Samen in strijd tegen de sociale gezondheidsongelijkheid:

Perspectieven voor een samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werk in de aanpak van sociale determinanten.

Hadewich Vanneste, KU Leuven

Promotor: Dokter Peter Decat, vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg, UGent
Co-promotoren: Els Decroo, maatschappelijk werker en gezondheidspromotor WGC De Kaai
Lara Hardeman, Gezondheidspromotor WGC De Kaai

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2018-2020]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Het werk als huisarts in opleiding in wijkgezondheidscentrum de Kaai toonde vanaf dag één de invloed van de sociale situatie op de gezondheid. Deze praktijk zoekt alle dagen opnieuw naar een manier om elke persoon dezelfde kansen te bieden. Geïnspireerd door hun idealisme ontstond mijn thesisonderwerp. Dit idealisme leefde ook in mijn tweede opleidingspraktijk bij Geneeskunde voor het Volk in Zelzate. De kritische blik van Geneeskunde voor het Volk zorgde voor meer uitdieping van de inhoud. De interessante feedback en gesprekken rond dit maatschappelijk relevante thema met mijn promotor, Peter Decat, zorgde voor een constant enthousiasme om deze thesis tot een goed einde te brengen. De keuze om een artikel te schrijven komt uit de hoop tot een publicatie in Huisarts Nu. Op die manier neemt de kans toe dat een grotere groep zorgverleners geïnspireerd geraakt om de sociale gezondheidsongelijkheid aan te pakken.

Inhoudstafel

1. Inleiding

2. Methode

3. Resultaten

3.1. Kenmerken Deelnemers.
3.2. Barrières om te praten over sociale determinanten en om een goede doorverwijzing naar maatschappelijk werk mogelijk te maken.
3.3. Suggesties
3.4. Schematische weergave resultaten

4. Bespreking

4.1. Bedenking bij de onderzoeksvraag.
4.2. Aanvullingen bij de besproken barrères en suggesties.
4.3. Beperkingen en sterktes in het onderzoek

5. Besluit

6. Referenties

7. Bijlagen

1. Inleiding

Wetenschappelijk onderzoek bewijst dat het verschil in sociale situatie voor gezondheidsongelijkheid zorgt.[1-2] De oorzaken hiervan zijn veelvoudig en bevinden zich op verschillende niveaus. Dit maken Whithead en Dahlgren in hun regenboogmodel overzichtelijk.[3-4] Dit betekent dat in een goed gezondheidssysteem ook de sociale achtergrond in rekening wordt gebracht.[5] De arts moet daarom over de vaardigheden beschikken om sociale determinanten op te merken en hiermee aan de slag te gaan.[6] Op die manier kan deze gezondheidsongelijkheid verminderen. [7]

In hoeverre je als huisarts zelf deze sociale determinanten moet aanpakken is echter niet duidelijk. Uit de literatuur blijkt dat het voor een huisarts te belastend is om sociale problematieken alleen aan te pakken.[8] Zeker als we weten dat acht procent van de totale aantal diagnoses die de huisarts stelt een psychische of sociale diagnose is die met de vermaatschappelijking van de zorg enkel zal toenemen.[9-10] Het zou logisch zijn hier een maatschappelijk werker bij te betrekken. Deze is namelijk beter opgeleid om de sociale context te overzien. Op die manier kan de sociaal werker de huisarts ondersteunen om de sociale determinanten te integreren in een bredere medische praktijk, waardoor niet enkel de ongelijkheid in de zorg vermindert, maar ook de kwaliteit verbetert.[8,10-11-12-13] Net zoals er weinig kennis is over het bespreekbaar maken van sociale determinanten in de huisartspraktijk is er ook weinig geweten over de strategieën om naar de maatschappelijk werker door te verwijzen.

Het opzet van deze studie is tweeledig. Ten eerste het nagaan van wat de barrières en mogelijke strategieën zijn om sociale determinanten bespreekbaar te maken. Ten tweede wordt onderzocht wat de drempels zijn om als arts de patiënt efficiënt tot bij de maatschappelijk werker te krijgen en hoe deze verlaagd kunnen worden. Hiervoor werden huisartsen, maatschappelijk werkers en patiënten bevraagd. De bedoeling van dit kwalitatief onderzoek is niet om evidence based strategieën te geven, maar wel om de kennis over barrières en strategieën te verbreden.

2. Methode

De onderzoeksvragen kwamen tot stand na een reeks contacten met enkele huisartsen. Tijdens deze contacten gaven verschillende artsen aan moeilijkheden te ervaren om efficiënt in te spelen op de sociale determinanten. Ze gaven vooral aan dat het zelden evident blijkt om de patiënt bij de gepaste maatschappelijk instanties te krijgen. In een eerste poging om meer inzicht te krijgen in de problematiek werd de databank van het ICHO nagekeken binnen de ICPC-codes ‘(Z) Sociale problemen’ en ‘(A) Algemene en niet gespecificeerd’. Uit de thesissen kwamen enkele interessante referenties naar voor die het belang aantonen van de aanpak van sociale determinanten in de eerste lijn. Daarnaast werd via het 6Smodel van Brian Haynes de literatuur gescreend door gebruik te maken van de volgende MeSH-termen: ‘social worker’, ‘health equity’, ‘social determinants of health’, ‘general practitioner’ en ‘collaboration between general practitioner and social worker’. Verder leverde ook de WHO-database enkele relevante artikels op.

Naast dit beperkt literatuuronderzoek werden resultaten verzameld uit een analyse van een reeks focusgroepsgesprekken en diepteinterviews. De deelnemers van de groepsgesprekken en interviews werden vooral geselecteerd uit het patiënten- en huisartsenbestand van Wijkgezondheidscentrum De Kaai. Ook de betrokkenen maatschappelijk werkers zijn verbonden met dit wijkgezondheidscentrum. De participanten van de focusgroepgesprekken wisten op voorhand dat ze in groep ideeën zouden uitwisselen over een fictieve eerstelijns casus. (zie bijlage 1) De resultaten werden nadien besproken in individuele diepteinterviews met een aantal huisartsen. De uitgeschreven groepsgesprekken werden met het programma Nvivo volgens de thematische analyse verwerkt. De codeboom die hieruit ontstond werd vervolgens aangevuld met de data uit de diepteinterviews. (zie bijlage 2)

3. Resultaten

Hieronder staan de kenmerken van de deelnemers. Daarna volgt een bespreking van de meest opvallende barrières en suggesties die uit de gesprekken naar voor kwamen. Tot slot wordt het geheel van resultaten in twee schema's weergegeven.

3.1. Kenmerken deelnemers

De kenmerken van de deelnemers staan in figuur 1. Om voldoende informatie te verkrijgen uit een beperkt aantal gesprekken werden enkel huisartsen gekozen die vaak met een maatschappelijk werker in contact komen.

	Deelnemers	< 25 jaar	25-35 jaar	35-50 jaar	> 50 jaar	geslacht	WGC[x]	niet-WGC
focusgroep één	huisarts 1			x		V	x	
	huisarts 2			x		V	x	
	maatschappelijk werker		x			V	x	
	maatschappelijk werker			x		V		x
	patiënt 1			x		V	x	
	patiënt 2				x	V	x	
	patiënt 3		x			V	x	
	patiënt 4		x			M		
focusgroep twee	patiënt 1			x		V		x
	patiënt 2		x			V	x	
	patiënt 3				x	M		x
	patiënt 4				x	M	x	
Diepte Interviews	huisarts 1			x		M		x (GVHV)[xx]
	huisarts 2		x			M	x	

Figuur 1: Kenmerken deelnemers

[x] WGC = ingeschreven of werkend in een wijkgezondheidscentrum
[xx] GVHV = huisarts bij Geneesunde voor het volk

3.2. Barrières om te praten over sociale determinanten en om een goede doorverwijzing naar de maatschappelijk werker mogelijk te maken.

Schaamte

De eerste barrière die duidelijk naar voorkomt is schaamte. Patiënten schamen zich ten opzichte van de buitenwereld voor hun thuissituatie en voor de moeilijkheden die ze ervaren in hun dagelijks leven. Bijvoorbeeld als ze hun huishouden niet aankunnen. Het voelt voor hen als falen om hulp te vragen bij de huisarts of maatschappelijk werker voor sociale

problematieken. Ze zijn bang dat zaken worden doorverteld buiten het kabinet van de maatschappelijk werker en willen geen negatieve connotatie met het OCMW krijgen.

“Ik zou van alles doen, een extra job zoeken, om niet naar de maatschappelijk werker te moeten gaan.” “Ik vind het sowieso al beschamend om zoiets aan mijn huisarts te vertellen. Aan een maatschappelijk werker zou dit nog veel beschamender zijn.” (patiënt)

Te weinig of te veel vertrouwen verstoren het gesprek over sociale determinanten.

Zowel artsen als patiënten geven aan dat een laag vertrouwen tussen arts en patiënt hen tegen houdt om te praten over sociale determinanten. Patiënten nemen sneller hun vaste arts in vertrouwen en hebben schrik dat bij niet gekende artsen hun problemen niet binnen de muren van de praktijk blijven. Omgekeerd kan een te sterke vertrouwensband ook een belemmering zijn: *“Het is soms contrair. Patiënten die ik heel goed ken, gaan zich soms meer schamen voor mij, dan patiënten die mij helemaal niet kennen.” (huisarts)*

De arts als ‘doe-het-al’.

Artsen vinden het niet altijd even gemakkelijk om patiënten die ze goed kennen los te laten en door te sturen naar de maatschappelijk werker. Door niet door te sturen naar de maatschappelijk werker denken ze meer tegemoet te komen aan de verwachtingen van de patiënt. Ook de patiënt koestert vaak zeer hoge verwachtingen van zijn huisarts zoals onderstaande citaten duidelijk maken.

*“De huisarts heeft tijd om te luisteren” “Zij is mijn vertrouwenspersoon voor het fysieke en het psychische” Hij is de dossiermanager.” “Hij is het eerste aanspreking*spunt*”. “Een huisartsconsult is laagdrempelig.”* (patiënten)

Te weinig kennis.

Huisartsen hebben het gevoel weinig kennis te hebben over de mechanismen waarbij sociale determinanten leiden tot een slechtere gezondheidstoestand. Ze wijten dit vooral aan het feit dat deze mechanismen onderbelicht blijven in de literatuur.

“Ik weet veel minder wat de goede vragen zijn die mij de meeste informatie geven over de sociale situatie” *“Hoe leidt laaggeletterdheid tot roken en dan tot COPD en hoe los ik dat op?” (huisarts)*

Gevoel van onmacht.

Verschillende artsen geven aan met een gevoel van onmacht te zitten. Het maatschappelijk bestel is momenteeel onvoldoende georganiseerd om in te spelen op specifieke problemen die voorkomen uit de sociale determinanten. Een arts gaf als voorbeeld dat alleenstaande ouders onvoldoende ondersteuning krijgen. Het doorverwijzen naar de maatschappelijk werker voelt daarom soms al op voorhand aan als ontoereikend.

De controlerende en sanctionerende rol van de maatschappelijk werker.

De maatschappelijk werker heeft soms een controlerende en sanctionerende rol. Hierdoor

kan de arts weerstand voelen om de patiënt door te verwijzen. Sommige artsen hebben de ervaring dat patiënten eerder gestraft dan geholpen worden door de maatschappelijk werker.

“Mensen moeten uittreksels laten zien. Eerst wordt gekeken of men niet liegt. Dan wordt er gekeken of je in aanmerking komt voor de steun. Er wordt gekeken of je geen profiteur bent” (huisarts)

3.3. Suggesties

Een kleine duw in de rug van de patiënt om te praten over de sociale determinanten.

Zoals hierboven beschreven staat, ervaren sommige patiënten een zekere schaamte om zelf over hun sociale situatie te beginnen. Die drempel kan worden verlaagd door een al dan niet subtiele uitnodiging door de arts. Een arts die bijvoorbeeld vraagt “of er nog iets is waarover je wil praten” geeft een uitnodigend gevoel. Sommige patiënten brengen ook op indirecte wijze signalen ter sprake over hun sociale situatie. Het is belangrijk dat de arts deze signalen oppikt en hier al dan niet op in gaat. Een patiënt die aangeeft over te weinig financiële middelen te beschikken om medicatie te kopen, kan bijvoorbeeld een aanleiding vormen om op de precaire financiele situatie van de patiënt in te gaan.

“Als patiënt zou ik verwachten bij een eerste of tweede consult dat de dokter wel zou vragen naar werk en thuis. Ik zou dit normaal vinden.” “Het is soms belangrijk dat de huisarts een push geeft.”(patiënten)

De huisarts maakt de patiënt warm om naar de maatschappelijk werker te gaan.

Zoals hierboven beschreven staat heeft de maatschappelijk werker niet altijd een positieve connotatie bij de patiënt (cfr. sanctionerende en controlerende rol van de maatschappelijk werker). Hierdoor gaat de patiënt niet altijd in op een doorverwijzing. Door duidelijk te informeren en de positieve aspecten van de maatschappelijk werker te benadrukken kan de huisarts deze weerstand verlagen. Het moet duidelijk zijn wat de rol van de maatschappelijk werker is en waarom de arts de patiënt doorverwijst. Nagenoeg alle patiënten geven aan sneller in te gaan op de verwijzing als de huisarts het vertrouwen in de maatschappelijk werker wekt, een gezicht plakt op de maatschappelijk werker en ze een goede doorverwijsbrief meekrijgen. Informeren over de maatschappelijk werker kan ook via een infopunt in de praktijk. Ook dit kan drempelverlagend werken. Als een patiënt niet ingaat op een doorverwijzing kan het helpen om als arts duidelijk de grenzen van het eigen kunnen aan te geven en duidelijk te maken dat de maatschappelijk werker meer ervaren is in de aanpak van sociale determinanten dan de huisarts.

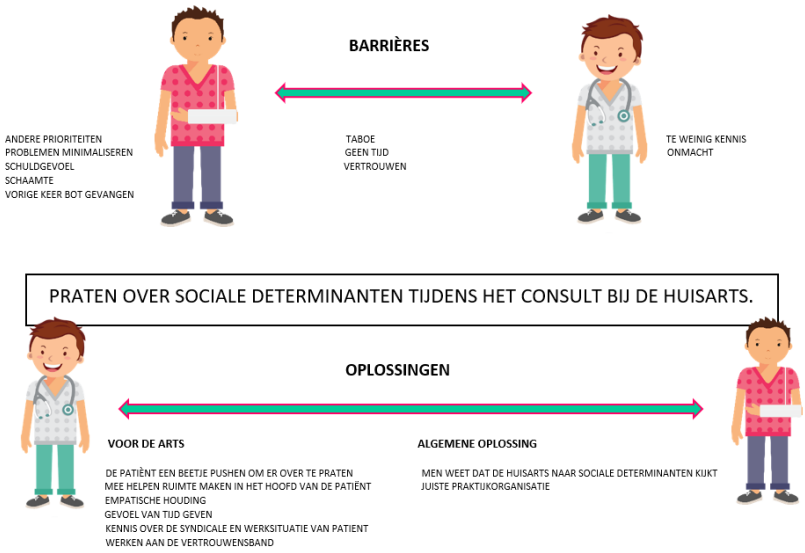
Een goede vertrouwensband.

Een goede verstandshouding tussen patiënt en arts verlaagt de drempel om over sociale determinanten te praten. Deze band kan worden versterkt door als huisarts zelf over de sociale determinanten te beginnen, veel te vragen naar wat leeft bij de patiënt, de patiënt op

zijn gemakt te laten voelen, door zoveel mogelijk te werken met vaste artsen,..

3.4. Schematische weergave van de resultaten.

Praten over sociale determinantent tijdens het consult bij de huisarts: Wat zijn mogelijke barrières en oplossingen?



Figuur 2: Praten over sociale determinanten tijdens het consult bij de huisarts: Wat zijn mogelijke barrières en oplossingen?

De huisarts doet een doorverwijzing naar de maatschappelijk werker: Wat zijn mogelijke barrières en oplossingen?



Figuur 3: De huisarts doet een doorverwijzing naar de maatschappelijk werker: Wat zijn mogelijke barrières en oplossingen?

4. Bespreking

Hieronder volgen een bedenking bij de onderzoeksvraag en enkele aanvullingen bij de besproken barrières en suggesties. De bespreking sluit af met enkele beperkingen en sterktes van het onderzoek.

4.1. Bedenking bij de onderzoeksvraag.

De doorverwijzing naar de maatschappelijk werker als vertrekassumptie.

Bij het opstellen van de onderzoeksvragen is vertrokken van de idee dat de doorverwijzing naar de maatschappelijk werker de meest logische oplossing is in de aanpak van sociale determinanten die voor gezondheidsongelijkheid zorgen. Maatschappelijk werk is namelijk een discipline die de sociale ontwikkeling, cohesie, empowerment en bevrijding van mensen bevordert, en daarbij rekening houdt met de principes van sociale rechtvaardigheid, mensenrechten en collectieve verantwoordelijkheid.[14] Vertrekkende vanuit deze assumptie is er gekeken naar barrières die een doorverwijzing naar de maatschappelijk werker bemoeilijkt. Dit is een belangrijke persoonsgerichte optie, maar niet de enige piste. Er kan niet besloten worden dat een doorverwijzing naar de maatschappelijk werker zaligmakend is. Op beleidsmatig niveau dienen sociale determinanten in de eerste plaats weggewerkt te worden (cfr. armoedebestrijding). Een aanpak volgens de principes van het proportionate universalisme kan daarin bijvoorbeeld een leidraad zijn. Volgens dit model moeten acties tegen de ongelijkheid in de gezondheidszorg zoveel mogelijk universeel georganiseerd worden en staat de intensiteit van hulp in verhouding tot het nadeel dat de patiënt ondervindt.[2,4]

4.2. Aanvullingen bij de besproken barrières en suggesties.

De verantwoordelijkheid van de arts en de patiënt.

Uit de gesprekken komt naar voor dat de arts gerust een duw in de rug van de patiënt mag geven om te praten over zijn sociale situatie. De huisarts is ook degene die de patiënt warm maakt om naar maatschappelijk werk te gaan. Uit de gesprekken komt naar voor dat de patiënt oplossingen in de aanpak van zijn sociale problematiek verwacht vanuit de huisarts. Dit sluit echter niet uit dat, zoals Huber het beschrijft, het bevorderend voor de gezondheid is als de patiënt zelf regie over zijn leven kan voeren.[15] Dit is een streven naar zelfregie waar ook de huisarts, als gezondheidsbevorderaar, een engagement dient op te nemen in samenwerking met de patiënt.[16] Zo kan het zinvol zijn dat de patiënt het gevoel heeft zelf te kunnen beslissen om al dan niet naar de maatschappelijk werker te gaan.

De controlerende en sanctionerende rol van de maatschappelijk werker.

In sommige contexten hebben maatschappelijk werkers ook een controlerend functie. Dit kan ervoor zorgen dat de patiënt zich niet geholpen, maar bestraft voelt. Een huisarts moet met een gerust hart zijn patiënten kunnen doorsturen naar een neutraal persoon. Een zorgverlener die altijd aan de kant van de patiënt staat en samen met hem, zonder onrealistisch te zijn, zoekt naar de nodige hulp. Pas als dit verzekerd is heeft het zin om de andere barrières aan te pakken en de suggesties toe te passen in de praktijk.

Geen uitgesproken voorkeur voor een bepaalde samenwerkingsvorm.

Tijdens de gesprekken kwamen verschillende praktische samenwerkingsvormen tussen zorgverleners naar voor om de praktische drempel naar de maatschappelijk werker te verlagen. Een consult met drie, de maatschappelijk werker in huis, de maatschappelijk werker in een laagdrempelig sociaal huis of binnen een geïntegreerd breed onthaal. Hierbij is de voorkeur voor het één of het ander niet uitgesproken. Het kan interessant zijn om in de toekomst de verschillende opties met elkaar te vergelijken.

De sociale kaart.

In figuur twee is te zien dat een meer gerichte doorverwijzing naar maatschappelijk werk kan plaatsvinden indien de arts zijn sociale kaart goed kent. Er is hier tijdens de gesprekken niet verder op ingegaan en zo blijven we met nog enkele vragen achter die interessant kunnen zijn om nog verder te onderzoeken in de toekomst. In welke mate moet een huisarts deze kennen? Is de huisarts de meest geschikte persoon om deze kaart te maken? Zouden we nog meer naar een gedigitaliseerde, meer objectieve, minder expert afhankelijke sociale kaart kunnen gaan?

4.3. Beperkingen en sterktes in het onderzoek.

De ideën die de maatschappelijk werkers in focusgroep één suggereerden werden niet afgetoetst bij andere sociaal werkers. De artsen die bevraagd werden waren reeds heel bewust over het belang van sociale determinanten en de samenwerking met maatschappelijk werk. Dit is een bewustzijn die vermoedelijk niet gegeneraliseerd kan worden. Wat betreft geslacht, leeftijd en sociale achtergrond was er wel voldoende diversiteit. Er ontstond intersubjectiviteit doordat elke nieuwe stap met een andere onderzoeker is afgetoetst.

5. Besluit

Sociale determinanten hebben een belangrijke invloed op de gezondheid. Om de gezondheidsongelijkheid te kunnen verminderen moet de arts hier bewust van zijn en worden sociale determinanten idealiter tijdens het consult meegenomen in het beleid. Dit onderzoek toont echter aan dat er veel barrières zijn om sociale determinanten tijdens het huisartsenconsult aan te brengen en om een doorverwijzing naar maatschappelijk werk mogelijk te maken. De kennis over de mogelijke barrières is dus belangrijk. Schaamte, te weinig tijd, te weinig kennis over de rol van de maatschappelijk werker, angst voor controles,…zijn enkele voorbeelden die aan bod kwamen. Om deze barrières weg te werken kwamen enkele suggesties aan bod, zoals het bewerkstelligen van een goede arts-patiënt relatie, het informeren over de rol van de maatschappelijk werker, een goede kennis over de sociale kaart,…Deze kennis kan helpen bij het opzetten van een goede praktijkorganisatie waarbij sociale gezondheidsongelijkheid structureel wordt aangepakt.

6. Referenties

1. Richard Wilkinson and Michael Marmot. Social determinants of health. The Solid Facts. Second edition. World Health Organization; 2003
2. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Executive Summary. Institute of Health equity; 2010
3. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health. 1991; 2007. Beschikbaar via:* https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf. Geraadpleegd op 2019 december 12
4. Vereniging van WGC's, Het Netwerk tegen armoede en het VIGeZ. Hoe de socio-e economische gezondheidskloof dichten? Het "proportioneel universalisme" als strategie voor de aanpak van de toenemende gezondheidsongelijkheid; 2015. Beschikbaar via http://www.samenvoorlasante.be/wp-content/uploads/2017/02/Proportionate-Universalism-VWGC-VIGeZ-Vlaams-Netwerk-2015.pdf. Geraadpleegd op 2020 februari 2
5. DeMilto L, Nakashian M. Using Social Determinants of Health Data to Improve Health Care and Health: A Learning Report. 2016. Beschikbaar via https://www.rwjf.org/en/library/research/2016/04/using-social-determinants-of-health-data-to-improve-health-care-.html. Geraadpleeg op 2018 oktober 4
6. Daniel H, Bornstein SS, Kane GC. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: an American College of Physicians position paper. Ann Intern Med 2018, 168(8): 577–578.
7. Hautekeur G. Recht op gezondheid. Aanpak van de gezondheidskloof. Resultaten van een verkenning. Samenlevingsopbouw Vlaanderen VZW; 2012
8. Wackenier L. Wat vinden huisartsen belastend aan psychosociale zorg en hoe kan deze belasting verminderd worden [thesis]? Gent: U Gent; 2014.
9. Van Audenhove C, Van Humbeek G, Van Meerbeeck A. De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Leuven: LannooCampus; 2005.
10. Vriezen J, Van der Lee H, Eizenga W, Van den Bogaard F, Van Hoof E, Lucassen P, OldenzielR, Van Overstraten Kruysse A. Landelijke Eerstelijns samenwerkings afspraak. Psychosociale problematiek [Huisarts Wet] 2007. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/psychosociale_problematiek.pdf. Geraadpleegd 2019 juni 16.
11. Rijnders Niels. Aanpak van psychosociale problemen binnen de context van het wijkgezondheidscentrum [thesis]. Leuven: K.U. Leuven: 2019
12. Daue F, Crainich D. De Toekomst van de gezondheidszorg: Diagnose en remedies. Brussel: ASP nv; 2008.
13. Remon K. De maatschappelijk werker als regisseur. De implementatie van interdisciplinaire methodiek ter bevordering van communicatie en teameffectiviteit. Een praktijkgericht onderzoek binnen een geriatrische ziekenhuiscontext [scriptie]. Antwerpen: KdG Hogeschool Antwerpen: 2015
14. IFSW. Global definitie van social work. 2014. Beschikbaar via https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work//. Geraadpleegd op 2019 december 12
15. Huber M, van Vliet M, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. Ned. Tijdsch. Geneeskd 2016, 160: A7720

16. Lowie De Loose. De Vlaamse huisarts: Een geboren health advocate? [masterproef]. Gent U Gent: 2016

7.Bijlagen

Bijlage 1: Vignet

Het verhaal van Ilse

“Ilse is een vrouw van 48 jaar , ze is moeder van 3 kinderen in de lagere school, ze komt bijna één keer per maand bij één van de artsen en vraagt dan een “een briefje dat ze niet kan werken omdat ze ziek is”
Vaak heeft ze niet echt een reden waarom ze niet is kunnen gaan werken.
Geen energie, geen zin, niet uit bed geraakt en heel vaak is de reden buikpijn.
De huisarts onderzoekt haar maar vindt niets.
Doorheen de verschillende bezoeken bij de dokter heeft Ilse al een paar keer gezegd dat ze thuis heel veel voor haar zieke moeder moet zorgen, waardoor ze nooit iets voor haarzelf kan doen.
Ze is 5 jaar geleden gescheiden en heeft geen nieuwe relatie.
Ze zegt dat ze veel financiële problemen heeft.
Na enkele onderzoeken en zelfs een afspraak bij de specialist kunnen we besluiten dat er geen fysieke oorzaak is voor deze buikpijn.
Na al de onderzoeken en het bezoek bij de specialist komt Ilse nog eens bij de huisarts, omdat ze weer niet op haar werk is geraakt door de buikpijn.”

Bijlage 2: codeboom NVIVO

Codeboom na volledig thematische analyse in 6 stappen

Name	Description
samenwerken met MW	
barrieres voor de pt	
Andere prioriteiten in het leven	mama, werk, eten.. Geen plaats in het hoofd
Angst	
bemoeien met hun leven	
voor een fysieke oorzaak	
Herhaling van wat je al ooit tegen de huisarts heb gezegd	
onduidelijkheid over de taak van een maatschappelijk werker	

Name	Description
MW gaat niets aan mijn situatie kunnen doen	
praktisch	
afstand	
te dicht waar iedereen je kent	
te ver	
geen MW aan de ene kant van de brug in ZZ	
Geen tijd	
tgv schaamte	
doorvertellen	
geconnoteerd met het OCMW	stempel die op het OCMW ligt
Gevoel van falen	
hoe drempel voor doorverwijzing naar MW verlagen	
algemene oplossingen	
consult met drie	
gepland	
MW komt wat later in het consult bij de HA toe	
nadelen	
vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt geraakt verstoord	huisarts vertrouw je meer. Wat je tegen hen zegt is niet hetzelfde als wat je tegen een maatschappelijk werker zou zeggen
Je zegt niet tegen beide zorgverleners hetzelfde	
op de bots	
toestemming patiënt nodig	
voordelen	
drempelverlagend	omdat de toegangspoort dan aanwezig is. JE ziet dan dat dat een normale mens is.
autoriteit van de arts	
Elk zijn kennis en meerwaarde in het verhaal	
Duidelijkheid over de rol van de MW	

Name	Description
Gezich op de MW plakken	
afsnuffelen	
doorsturen voor iets praktisch	briefje, formulier
samen met patient langs MW passeren	
foto	
goede uitleg door arts	
De reden van doorverwijzing goed toelichten als arts	
Aanpak totale plaatje	
de fysieke klacht	de reden van doorverwijzing is de buikpijn. De buikpijn wordt mede veroorzaakt doro bepaalde maatschappelijke zaken die niet in orde zijn.
Inhoud MW goed uitleggen	
ze zit hier in het wgc	
infopunt in de praktijk	wat is er allemaal in het wgc?
Naam veranderen in wijkwelzijnscentrum	
ons ken ons	
Praktische kant moet duidelijk zijn	
Je mag zelf een afspraak maken	
Prijs	
wachtlijst	
geintigreerd breed onthaal voor de sociale prolbematieken	Hulpverleners die samen kijken of de grondrechten gegarandeerd blijven eniedereen z bijdraagt. Vaak hulpverlening op eigen eiland en de hulp is afhankelijk van of je hulpverlener zich smijt
Gemeente moet inzetten op de sociale dienst van het OCMW	
laagdrempelig sociaal huis	
in elke wijk	
met elke vraag kunnen binnenwandelen	
Meer overleg	
meer MDO's	

Name	Description
Rechtstreekse lijn tussen HA en MW	
MW en HA in hetzelfde gebouw	de idee dat ze er is is al heel belangrijk
= droom	
consult MW na consult HA	
stigma's proberen te ontkrachten	
OCMW heeft ook goede MW'ers	
zelfstandige MW met terugbetaling	
voor de arts	
aanvaarden dat ze nu niet klaar voor zijn voor doorverwijzing	
Af en toe er op terugkomen	Maar als je dit allemaal hebt gedaan en Ilse vraagt toch o mhaar gewoon te laten doen en door te doen en zich te berederen. Maar i kga we lvragen of ik er af en toe op mag terugkomen .Iemand afstoten en zeggen dit zijn mijn eisen om mijn breifje te schrijven, zal ik niet snel doen. Tenzij ik het gevoel heb dat ze profiteren. Maar deze gevallen zijn zeer zelfdzaam. Meestal geraken ze er zelf niet uit.
Als arts de grens van je kunnen aangeven	MW zal beter kunnen helpen voro dat probleem
In onderlinge overeenkomst een beleidsplan maken	samen een stappenplan afspreken, hoe samen aanpakken/ Voor buikpijn bij mij met al de rest bij iemand anders
Aan de planning houden	niet letterlijk zo gezegd, maar wat isa bedoeld is dat MW een deel van de planning is
bij profiteurs afspraak bij MW in ruil voor AO-attest	commitment
nadelen	
arbeidsongeschiktheidsattest hangt niet af van motivatie	
koppelverkoop is niet correct	
Als arts mee helpen ruimte in het hoofd vrij te maken	
Mee nadenken om de praktische barrieres te verminderen	
consult in de week dat de kinderen bij de partner zijn	
De HA regelt de afspraak bij MW	
nadelen	

Name	Description
patient durft geen nee zeggen tegen de arts en komt niet opdagen op het consult	
voordelen	
Als arts patient warm maken	
Als patiënt jezelf op de eerste plaats zetten	
Duidelijkheid over de rol van de MW	
goede uitleg door arts	
De reden van doorverwijzing goed toelichten als arts	
Aanpak totale plaatje	
de fysieke klacht	de reden van doorverwijzing is de buikpijn. De buikpijn wordt mede veroorzaakt doro bepaalde maatschappelijke zaken die niet in orde zijn.
Inhoud MW goed uitleggen	
Praktische kant moet duidelijk zijn	
Je mag zelf een afspraak maken	
Prijs	
wachtlijst	
ze zit hier in het wgc	
Gezich op de MW plakken	
afsnuffelen	
doorsturen voor iets praktisch	briefje, formulier
samen met patient langs MW passeren	
foto	
samen een doorverwijsbrief schrijven	
Vertrouwen in de maatschappelijk werker uitspreken naar de patiënt	
Duidelijkheid over hoe het sociale het fysieke beinvloed	
fysieke niet altijd splitsen van het sociale	fysieke oorzaak en sociale determinant vallen niet altijd op te splitsen. werk maakt schouder kapot. DUS kapotte schouder EN werk aanpaken. OF buikpijn tgv stress, maar darmen

Name	Description
	trekken ook letterlijk samen.. je hoort dit met je stetoscoop
stress doet zuurtegraad in de maag stijgen	
stress verhoogt de peristaltiek in de darmen	
Goede doorverwijzing	
praktisch	
doorverwijskaartjes	
Duidelijke verwijsbrief	
MW en HA werken in zelfde dossier	
Schuldgevoel wegnemen	Bv kopen en kopen of net omdat ze sociaal het niet rond krijgen omdat ze er alleen voro stan… dat benoemen maakt dat je de schuld wegneemt bij de pt end at prestatiegerichte daar van wegneemt.
de oorzaak is vaak een maatschappelijk probleem en geen persoonlijk probleem	
geld in Belgie is onrechtvaardig verdeeld	
te zwaar werk	
veel mensen in deze situatie	
sociale kaart en kennis van de hulpverleners kennen	
Voor de maatschappelijk werker	
controlerende rol moet verminderen	
op huisbezoek	
telefonisch of per mail	
bevestiging afspraak	
nadelen	
geen tijd daarvoor	
voordelen	
Gerustelling dat MW op de hoogte is van je komst	
Vermijnselijking van de MW	e hebt de stem al is gehoord. MW beeld: een bureau, iemand die daar zit. Je denkt niet aan een persoonlijkheid. Als je iemand al is ziet of hoort denk ik dat dat al helemaal anders is.

Name	Description
met de vraag of oplossing	
redenen moeilijke doorverwijzing volgens de arts	
1 arts ervaart geen moeilijkheden met doorverwijzen	
MW die controleren en sanctioneren	e moet echt altegen de muur staatn. Privacy $... uitreksels latenzien. Eerst wordt gekeken of je niet liegt.. En dan kijken ze of je in anamerking komt voor de steun .Er wordt gekeken of je geen profiteur bent
onvoldoende hulpverleners, onvoldoende tijd voor persoonlijk hulpverlening	veel mensen hebben intensieve begeleiding nodig
Te sterke vertrouwensband	
met de arts	
de huisarts als ontvanger van signalen	
de huisarts heeft tijd om naar sociale signalen te luisteren	
De huisarts is de dossiermanager doorheen de tijd	
De huisarts is de vertrouwenspersoon	
fysiek en psychisch	
de huisarts is een eerste aansprekingspunt	
een huisartsconsult is laagdrempelig	
met de patiënt	als arts alles zelf willen doen. MAAR MW is daar veel beter in
sociale determinantent tijdens de raadpleging bij de huisarts	
barriers om over sociale determinanten te praten	
barriereres voor de arts om over sociale determinanten te praten	
Onmacht	
moeilijkheid om er iets aan te doen	opm: mag geen reden zijn om het niet aan te halen. Vb: poetsvrouw met kapotte schouder, werk is duidelijk de oorzaak, maar je kan er nkets aan doen
samenleving die foute prioriteiten stelt	Weinig opties van hulp voor vrouwen die er alleen voor staan
Dit mag geen barriere zijn, dit moet net extra stimuleren om voor je patiënt te vechten	

Name	Description
weinig hulp voor vrouwen die er alleen voor staan	
taboe	vooral de socio-economische status en de opleding
Te weinig kennis	, ik weet veel minder wat de goede vragen die mij de meeste informatie geven. maar ook hoe leiden deze soc determinanten juist tot deze gezondheidstoestant bij mijn pt. hoe leidt laaggeletterijheid leidt tot roken en dan to COPD? + hoe los ik dat op
oplossingen	werk, huisvestiging zal ik sneller doen andere minder
pathofysiologisch mechanisme	hoe leidt laaggeleterdheid tot roken. (roken tot copd <eet ik wel)
tijd	uitgebreid bespreken kost tijd
vertrouwen	Soms even tijd nodig voor je het vertrouwen vna de patient krigjt om verder te vragen
te hoog	Bepaalde gevoelige zaken zijn moeilijk te bespreken met iemand die je te goed kent
te laag	
barrieres voor de patient om te praten over sociale determinanten	
Andere prioriteiten	Totaal niet mee bezig. GEen plaats in het hoofd. Bezig op automatische piloot
minimaliseren	
bang dat huisarts ze zal mimimaliseren	
problemen niet willen erkennen	facade opzetten
van eigen problemen	
negatieve emoties	
schaamte	gemakkelijker om over fysieke zaken te praten. voor thuissituatie
gefaald	
slechte thuissituatie	
weer dezelfde fysieke klacht	
zij kunnen het wel en ik niet = taboe	= hardnekkig probleem. maar behoort tot de fantasiewereld. bv: groot huis, maar veel schulden
fierheid primair narcisme	

Name	Description
schuldgevoel	aangepraat door het neoliberalisme: waarbij armen zieken en vluchtelingen met de vinger worden gewezen. Zelf schuldige van hun situatie
te weinig vertrouwen	
doorvertellen	
geen plaats bij je vaste arts	
tijd	Druk bezig met andere zaken, geen tijd om de sociale determinanten aan te pakken
bezig met andere zaken	
geen tijd maken voor jezelf	altijd voor een ander
vorige keer bot gevangen	
oplossingen om beter te kunnen praten over sociale determinantent in de raadpleging	
Als HA een beetje pushen om over sociale situatie te praten	
Duidelijk maken dat prraten over SD nuttig zal zijn	
hoe de arts de patiënt dan wel gaat helpen	Eerst moet ze voelen dat de arts haar wel gaat kunnen helpen. Als ze niet zeker heeft dat het gaat helpen .DOus ze moet de feeling krijgen dat ze gaat om verbetering in de situatie te kunnen krijgen .Dat gevoel is noodzakelijk.
In gaan op de signalen dat pt over sociale determinanten wilt praten	
last om medicatie te betalen	900000 mensen stellen zorg uit owv financiele problemen
vaak met hetzelfde probleem afkomen	
is er nog iets waarover je wil praten	
Rechtstreeks vragen naar de mogelijke linken met de klachten	voeding? stress? kinderen? iets anders?
Snel vragen naar de sociale situatie	
als iemand veel met hetzelfde fysieke probleem komt	Pt die blijft komen wilt gehoord worden
bij kinderen snel naar schoolbeleving vragen	
Vanaf het begin beide sporen opentrekken	
vanaf intake	
Geeft duidelijkheid over je psychosociale taak als arts	

Name	Description
Vanaf tweede consult	
duidelijk maken dat je als HA ook bezig bent met de invloed van sociale determinanten op de gezondheid	
empatische huisarts	
je kan je niet volledig verplaatsen in de situatie van een arme	constant stress zorgt voor een andere otnwikkeling van de hesenen (peter adriaensen)
Klacht au serieux nemen	de buikpijn komt van niets fysiekHet is belangrijk om de pt duidelijk te maken da je deze au serieux neemt. Als die buikpijn heeft heeft die buikpijn. DKan organisch zijn kan psychologisch zijn, kan ernstig zijn eenbanaal .Moet uigeklaard worden.. Pt moet inzicht krijgen dat je al zaken aan he uit dokteren bent. Dat je samen met speicalist aan het kijken bent naar het probleem. Ik wil ook heel duidleijk maken dat. Het is niet of psychisch of lichamelijk .Als je veel stress heb kan je maagpijn hebben, dan is
gerustelling omtrent het fysieke	
Doorsturen naar de specialist ter geruststelling	
je autoriteit gebruikeen voor de geruststelling in het fysieke	
Niet onnodig doorsturen naar de specialist	Onnodig, te snel dorosturen kan het idee dat er ies fysiek is bekrahtigen bij de patient
specialist is niet mee in het sociaal determinanten verhaal	
het is niets	
te ver gaan	
gevoel geven dat er tijd is om er over te praten	
extra lang consult	
volgende consult	
vrije consultatie vs gepland consult	gepland consult = praatconsult
zelfde consult	
juiste praktijkorganisatie	
20 min per patient	
goed noteren in het medisch dossier	Duidelijkheid tussen de collega's: niet genoteerd is niet gevraagd. Geen herhaling mogelijk
MW in huis	

Name	Description
WGC	
Kennis vergroten	
syndicale werking	
werkvloer	
Ruimte maken in het hoofd	
werken aan de vertrouwensband	beetje bij beetje zal zo het verhaal los komen
door naar sociale determinanten te vragen	
door veel te praten met je pt	
essentieel	
patient zich thuis doen voelen	
vaste arts	
wel moet voldoende afstand	Het blijft een hulpverleenster

Bijlage 3: Verzoek tot advies van het ethisch comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS. IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

'HOE BRENG JE DE AANWEZIGHEID VAN SOCIALE DETERMINANTEN OVER AAN JE PATIËNT TIJDENS EEN CONSULTATIE EN HOE GA JE EEN GOEDE SAMENWERKING MET MAATSCHAPPELIJK WERK AAN OM ZO DE PATIËNT MEE TE KRIJGEN IN DEZE INTEGRALE SAMENWERKING.'

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PETER DE CAT

- FUNCTIE: HUISARTS
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: …DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND PRIMARY CARE
- TELEFOONNUMMER:0477478746
- E-MAIL:PETER.DECAT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER:

CO-PROMOTOR 1

- NAAM: ELS DECROO
- FUNCTIE: MAATSCHAPPELIJK WERK EN GEZONDHEIDSPROMOTIE
- OPLEIDINGSPRAKTIJK: WGC DE KAAI
- TELEFOONNUMMER: 09 216 86 50
- E-MAIL: ELS.DECROO@WGCDEKAAI.BE

CO-PROMOTOR 2

- NAAM: LARA HARDEMAN
- FUNCTIE: GEZONDHEIDSPROMOTIE
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: WGC DE KAAI
- TELEFOONNUMMER: 0491/25.30.78
- E-MAIL: LARA.HARDEMAN@WGCDEKAAI.BE

3. GEGEVENS VAN DE HOOFDONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: HADEWICH VANNESTE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: KU LEUVEN
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0472554000
- E-MAIL: HADEWICHVANNESTE@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: ISABEL DE BRABANDERE
- ADRES: MAÏSSTRAAT 380
- TELEFOONNUMMER: …09 216 86 50
- E-MAIL: ISABEL.DEBRABNDERE@WGCDEKAAI.BE
- TYPE-PRAKTIJK: WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM/MULTIDISCIPLINAIR

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

NIET VAN TOEPASSING

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 4/2019… (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 06/2020

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ❑ VRAGENLIJSTEN
  - ❑ **INTERVIEW**

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

SYNOPSIS

SOORT ONDERZOEK?

KWALITATIEF ONDERZOEK MET 2 A 3 FOCUSGROEPEN

WAAR ZAL HET ONDERZOEK PLAATS VINDEN?

GENT. WGC DE KAAI

DOEL VAN HET ONDERZOEK?

FORMULERING VAN STRATEGIEËN OM DE SAMENWERKING VAN HUISARTSEN EN MAATSCHAPPELIJK WERK TE OPTIMALISEREN

EINDPUNT?

VOLDOENDE INFORMATIE VERZAMELEN OM TOT EEN GOEDE DOORVERWIJZING TE KOMEN DOOR DE HUISARTS NAAR DE MAATSCHAPPELIJKE WERKER WANNEER DE HUISARTS DE AANWEZIGHEID VAN SOCIALE DETERMINANTEN OPMERKT TIJDENS ZIJN CONSULTATIE. EN DIT OP EEN MANIER WAARBIJ ALLE DRIE DE PARTIJEN, NAMELIJK HUISARTS, MAATSCHAPPELIJK WERKER EN PATIËNT ZICH GOED VOELEN.

GROOTTE VAN DE ONDERZOCHTE POPULATIE?

2 A 3 FOCUSGROEPEN VAN TELKENS ONGEVEER 13 PERSONEN.

DEELNEMERS DIE GEÏNCLUDEERD ZULLEN WORDEN?

HUISARTSEN, MAATSCHAPPELIJK WERKERS EN PATIËNTEN VAN WGC DE KAAI

ACHTERGROND/RATIONALE

HEEL DEZE THESIS ZAL KADEREN IN EEN PILOOTPROJECT DAT LOOPT IN WGC DE KAAI WAAR MET ANDERE ACTOREN PROACTIEF INGEZET ZAL WORDEN OP SOCIALE GRONDRECHTEN MET ALS DOEL HET VERBETEREN VAN DE LEVENSKWALITEIT VAN ONDER BESCHERMDE KWETSBARE GEZINNEN, INGESCHREVEN IN WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM DE KAAI. DE RESULTATEN VAN DEZE THESIS WORDEN MEEGENOMEN IN DE VERDERE UITBOUW VAN EEN STRUCTURELE AANPAK VAN MAATSCHAPPELIJK WERK IN EEN 1E LIJNS GEZONDHEID SETTING.

SELECTIE EN AANWERVING VAN DE DEELNEMERS

INCLUSIECRITERIA

ZE MOETEN HUISARTS, MAATSCHAPPELIJK WERKER OF PATIËNT (MEER DAN 18 JAAR MET OF ZONDER KINDEREN JONGER DAN 21 JAAR)

EXCLUSIECRITERIA

Jonger dan 18 jaar.

TIJDSBESTEDING

FOCUSGROEPE EN DIEPTEINTERVIEWS: EEN AVOND, WAARBIJ ONGEVEER 2 UUR IN GESPREK MET DE GROEP OF PERSOON WORDT GEGAAN

AANWERVING

WE ZULLEN ONZE DEELNEMERS REKRUTEREN DOOR HEN PERSOONLIJK AAN TE SPREKEN EVENTUEEL MET BEHULP VAN ONZE PROMOTOREN.

9. HOE IS HET ONDERZOEK

EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ❑ **JA:**
   - ❑ NEEN

   PATIËNTEN LIJDEND AAN : NIETS. IK GA ENKEL HUN MENING BEVRAGEN

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ❑ JA
   - ❑ **NEE**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: …40
D. LEEFTIJD : 18 - 99
E. GESLACHT : ALLE GESLACHTEN
F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DOOR ZE PERSOONLIJK AAN TE SPREKEN/SCHRIJVEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

B. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

MIJN INFORMATIEFORMULIER IS EEN KOPIE VAN MIJN INFORMED CONSENT. IS DIT OKÉ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEE

16. VERZEKERING

Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer BEL000862

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEE

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN
   - ❑ JA
   - ❑ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?
   - ❑ JA
   - ❑ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN
   - ❑ JA
   - ❑ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
   - ❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
   - ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.
   - ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
   GEEN BIJWERKINGEN MOGELIJK

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ JA
- ❑ **NEEN --> NIET NODIG. ER ZIJN GEEN MEDISCHE RISICO'S VERBONDEN AAN DIT ONDERZOEK.**

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

❑ **NIET VAN TOEPASSING**

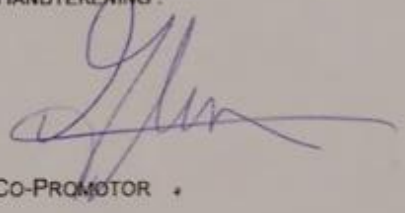
IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

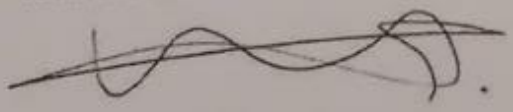
DATUM :19/02/19
NAAM : HADEWICH VANNESTE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 19/02/2019
NAAM :
HANDTEKENING :



PROMOTOR
DATUM : 19/02/2019
NAAM : PETER DE CAT
PROF. SARA WILLEMS
HANDTEKENING :



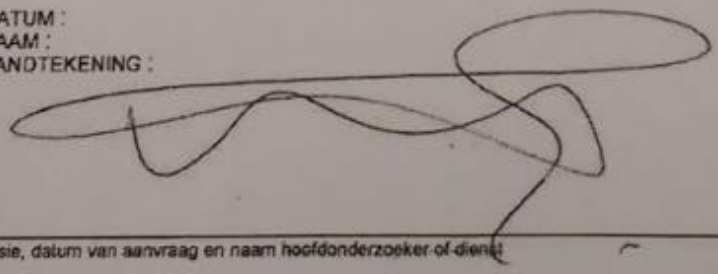
CO-PROMOTOR

HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)?

PROF SARA WILLEMS

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :



Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of diens

Bijlage 4: Gunstig advies van het ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Peter DECAT
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2019/0854		25-jun-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

Hoe breng je de aanwezigheid van sociale determinanten over aan je patiënt tijdens een consultatie en hoe ga je een goede samenwerking met maatschappelijk werk aan om zo de patiënt mee te krijgen in deze integrale benadering.
(Manama Hadewich Vanneste)

Belgisch Registratienummer: B670201940734

* Antwoord onderzoekers
  dd 23/06/2019 (Ontvangen dd 24/06/2019) op opmerkingen EC dd 17/06/2019
* Adviesaanvraagformulier dd. 23/06/2019
  (Herwerkte versie n.a.v. opmerkingen EC dd 17/06/2019) Versie 2
* (patiënten)- informatie en toestemmingsformulier dd. 23/06/2019
  (Herwerkte versie n.a.v. opmerkingen EC dd 17/06/2019) Versie 2

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. DECAT ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/06/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/06/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/06/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/06/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/07/2019

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/07/2019

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
P. DECAT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Bijlage 5: Informatiefiche

Informatiebrief voor de deelnemers aan een experiment

Titel van de studie: ‘Op zoek naar strategiën om de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werk te optimalisere

Officiële titel: Hoe breng je de aanwezigheid van sociale determinanten over aan je patiënt tijdens een consultatie en hoe ga je een goede samenwerking met maatschappelijk werk aan om zo de patiënt mee te krijgen in deze integrale samenwerking.’

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een klinische studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere mensen. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.

1 WAT IS HET DOEL VAN DE STUDIE

Het onderwerp van het onderzoek betreft het verbeteren van de communicatie tussen patiënt, huisarts en maatschappelijk werk, wanneer sociale problemen het consult binnensluipen.

Heel deze thesis zal kaderen in een pilootproject dat loopt in WGC De Kaai waar met andere actoren proactief ingezet zal worden op sociale grondrechten met als doel het verbeteren van de levenskwaliteit van onderbeschermde kwetsbare gezinnen, ingeschreven in Wijkgezondheidscentrum de Kaai. De resultaten van deze thesis worden meegenomen in de verdere uitbouw van een structurele aanpak van maatschappelijk werk in een 1e lijnsgezondheidssetting. Van de niet-zorgverleners mogen enkel volwassenen meedoen die kinderen hebben jonger dan 21 jaar.

Na een analyse van de gegeven ideeën en meningen hopen we een kader te creëren voor al de zorgverleners zodat er efficiënter kan omgegaan worden met welzijnsproblemen aangebracht door de patiënt. Op deze manier hopen we zowel op winst voor de zorgverleners als de patiënten. We willen een gevoel creëren van er niet

alleen voor te staan, om de berg samen met de patiënt te beklimmen en op die manier ook te werken aan hun gezondheid.

2 WAT HOUDT DEELNAME AAN DE STUDIE IN VOOR U?

Een deelname aan de studie houdt in dat u twee uur vrijmaakt om mee te doen aan focusgroep/groepsgesprek met andere patiënten van WGC De Kaai, huisartsen en maatschappelijk werkers uit de bloemekeswijk.

3 HOEVEEL PATIËNTEN ZULLEN AAN DEZE STUDIE DEELNEMEN?

Per focusgroep 4 patiënten, 2 huisartsen en 2 maatschappelijk werkers. Dit komt neer op 12 patiënten, 6 huisartsen en 6 maatschappelijk werkers.

4 WAT IS DE DUUR VAN DEZE STUDIE?

De deelnemers zullen enkele 2 uur tijd vrij moeten maken in de zomervakantie voor een gesprek. Na de drie focusgroepen zijn alle data verzameld en zullen ze geanalyseerd worden door de onderzoekers. Hiervoor is er geen inbreng meer nodig van de deelnemers.

5 WAT WORDT VERWACHT VAN DE DEELNEMER?

De deelnemers zullen enkele 2 uur tijd vrij moeten maken in de zomervakantie voor een gesprek. Het gaat over een focusgroep waarbij ideeën worden gedeeld en waar het niet de bedoeling is om tot een consensus te komen. Na de drie focusgroepen zijn alle data verzameld en zullen ze geanalyseerd worden door de onderzoekers. Hiervoor is er geen inbreng meer nodig van de deelnemers.

6 WELKE PROCEDURES VINDEN TIJDENS DE STUDIE PLAATS?

6.1 Procedures:

Een focusgroep van 2 uur. Dit zal met drie verschillende groepen gedaan worden.

6.2 Studieverloop:

Indien u besluit deel te nemen aan de studie en aan alle voorwaarden voor deelname voldoet, zal u onderstaande testen en onderzoeken doorlopen:

De deelnemers zijn enkel nodig voor het verzamelen van de data tijdens de focusgroepen.

7 WAT ZIJN UW RECHTEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

Uw deelname aan deze studie zal beëindigd worden als de arts meent dat dit in uw belang is. U kan ook voortijdig uit de studie teruggetrokken worden door de

onderzoeker als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.

Indien u uit de studie gehaald wordt, zullen de reeds verzamelde gepseudonimiseerde gegevens in de databank blijven voor analyse, maar er zal geen nieuwe data toegevoegd worden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

7.1 Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) or (f)en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier).Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Hadewich Vanneste. Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be of privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

7.2 Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding in het geval van schade ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer BEL000862). Indien de arts-onderzoeker van mening is dat er verband met de studie mogelijk is (er is geen verband met de studie bij schade ten gevolge van het natuurlijke verloop van de ziekte of ten gevolge van gekende bijwerkingen van de standaardbehandeling), zal hij/zij de aangifteprocedure bij de verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de arts-onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, en steeds wanneer u dit nodig acht, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00).

8 WAT ZIJN DE RISICO'S EN VERWACHTE VOORDELEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan wel helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.

"De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.

U hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op uw bereidheid om te blijven deelnemen aan deze studie, zult u daarvan op de hoogte worden gebracht. Mocht u door uw deelname aan de studie toch enig nadeel ondervinden, zal u een gepaste behandeling krijgen.

9 ZIJN ER KOSTEN VERBONDEN AAN DE DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

10 IS EEN VERGOEDING VOORZIEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Er zal een kleine attentie worden voorzien van rond de 5 euro.

11 TOT WIE KUNT U ZICH RICHTEN IN HET GEVAL VAN PROBLEMEN OF INDIEN U VRAGEN HEEFT?

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Hadewich Vanneste
Adres: Oude Brusselseweg 106 9050 Gentbrugge.
Telefoonnummer: 0472554000

Bijlage 6: Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS AAN EEN EXPERIMENT

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan een experiment" pagina 1 tot en met 5 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om	

vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen, ook op medische vragen.	
Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de arts-onderzoeker. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijks willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking.	
Ik ben akkoord dat mijn email adres wordt gebruikt om mogelijks vragen naar toe te sturen	

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum

Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 7: Gevraagde kader bij publiceren in Huisarts NU

Wat is gekend:
Een verschil in sociale achtergrond zorgt voor gezondheidsongelijkheid.

Wat is nieuw:

- Een opsomming van barrières die het praten over sociale determinanten bemoeilijken en enkele suggesties om deze barrières te verlagen.
- Een opsomming van barrières die de doorverwijzing naar de maatschappelijk werker bemoeilijken en enkele suggesties om deze barrières te verlagen

In de praktijk:
De kennis van barrières en suggesties kunnen helpen bij het opzetten van een goede praktijkorganisatie waarbij sociale gezondheidsongelijkheid structureel wordt aangepakt.