Voyageurs in de huisartsenpraktijk: bevraging van de gezondheidsaspecten in deze etnisch-culturele minderheidsgroep.

Leen de Mûelenaere, UGent

Promotor: Professor Dirk Avonts, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Voyageurs in de huisartsenpraktijk: bevraging van de gezondheidsaspecten in deze etnisch-culturele minderheidsgroep.

Haio: Leen de Mûelenaere, UGent
Promotor: Professor Dirk Avonts, UGent
Praktijkopleider: Dr. Guido Nicolaï

Context: Eén van kerncompetenties van een huisarts is patiëntgerichte zorg. Dit vereist een goede kennis en het steeds gebruik maken van de context van de patiënt, de familie, de leefomstandigheden en de cultuur. Tijdens mijn praktijkstage maakten de Herentalse Voyageurs een groot deel uit van de patiëntenpopulatie in mijn opleidingspraktijk. Door hun beperkte en onopvallende aanwezigheid van deze etnisch-culturele minderheidsgroep in onze samenleving is deze doelgroep door de meeste mensen (en gezondheidszorgverstrekkers) minder bekend. De Herentalse woonwagenbewoners (in totaal 82 personen) stammen af van inheemse rondtrekkende families (Voyageurs) maar verblijven vandaag de dag permanent op één van de twee residentiële woonwagenterreinen in de gemeente.

Onderzoeksvraag: Wie zijn de woonwagenbewoners van Herentals en hoe positioneren zij zich op vlak van levensstijl, gezondheidstoestand, onderwijs, tewerkstelling, inkomen, gebruik van gezondheidszorg en sociale integratie? Wat zijn de specifieke aandachtspunten voor gezondheidszorgverstrekkers met betrekking tot deze patiëntenpopulatie? Hoe kunnen huisartsen en andere hulpverleners bijdragen tot de verbetering van de gezondheidstoestand van deze groep en wat zijn de tekortkomingen in de huidige gezondheidszorg? Wat zijn de focuspunten in de preventieve gezondheidszorg in deze minderheidsgroep?

Methode: Het betreft hier een kleinschalig cross-sectioneel semi-kwantitatief epidemiologisch onderzoek waarbij aan de hand van enquêtes verschillende gezondheidsaspecten werden bevraagd bij de woonwagenbewoners wonende op de gemeentelijke woonwagenterreinen te de Herentals. De resultaten van dit onderzoek werden vergeleken met cijfers voor de algemene Belgische bevolking en cijfers voor de Vlaamse woonwagenbewoners.

Resultaten: De gemiddelde leeftijd van de bevraagden is 34 jaar. Het wooncomfort is goed. 81% van de bevraagden heeft geen diploma of enkel een diploma lager onderwijs. De activiteitsgraad is 22,6%. 22% van de bevraagden ontvangt een vervangingsinkomen wegens invaliditeit of ziekte. Het gemiddelde netto gezinsinkomen is 1355 euro per maand, gemiddeld 7% van het gezinsinkomen wordt uitgegeven aan gezondheidszorg. 81% van de bevraagden omschrijft zijn huidige gezondheid als goed of zeer goed. 34% rapporteert één of meerder langdurige aandoeningen of handicaps, voornamelijk cardiovasculaire aandoeningen en chronische rugklachten. 81% rookt of heeft ooit gerookt, ze rookten hun eerste sigaret gemiddeld op de leeftijd van 11,8 jaar en de dagelijkse rokers roken gemiddeld 26 sigaretten per dag. Er wordt geen druggebruik gerapporteerd. 66% drinkt nooit of zelden alcohol, 9% drinkt dagelijks. In 86% van de huishoudens drinken de kinderen dagelijks frisdrank. In 86% van de huishoudens met minderjarige kinderen wordt er minstens één keer week fastfood gegeten. 28% heeft zo goed als nooit lichaamsbeweging en 37,5% heeft voldoende lichaamsbeweging om een positieve impact te hebben op de gezondheid. 37% heeft overgewicht en 36% obesitas. De bevraagden hebben gemiddeld 1,7 kinderen. 15% geeft aan kinderen te hebben met een partner die familiaal verwant is. Kind en Gezin bereikt 100% van de kinderen. 94% heeft een vaste huisarts, ze hebben gemiddeld 7 contacten per jaar. 80% maakt hierbij altijd of meestal gebruik van de derdebetalersregeling. 47% neemt dagelijks medicatie. De bevraagden nemen gemiddeld 1,2 verschillende geneesmiddelen per dag, het overgrote deel (62,5%) van de geneesmiddelen bevindt zich in de categorie cardiovasculair stelsel.

Conclusies: De woonwagenbewoners vertonen heel wat gelijkenissen maar ook heel wat verschillen met de algemene bevolking. Socio-economische verschillen zijn een lager opleidingsniveau, een hogere werkloosheid en een lager inkomen. De belangrijkste gezondheidsverschillen zijn een hogere prevalentie chronische aandoeningen, hoger tabaksgebruik en een hogere prevalentie overgewicht en obesitas.

E-mail: leen_dm@hotmail.com

Laat mij je gids zijn

Ik ga naar huis, naar mijn wagen,

Wil je met mij meegaan?

Nee, wees niet bang,

Geef mij maar je hand.

Ik zal je een wereld laten zien,

Die vlak naast jouw huis begint.

Probeer niet te vallen over de kinderen

Die voor je uit zullen hollen.

Let niet op de blikken

Van de vrouwen achter de gordijnen.

Ook de mannen met hun duistere ogen,

Begroet ze met een lach.

Ik weet, je vindt het allemaal

Een beetje vreemd, een beetje eng.

Maar laat mij je gids zijn

En je zult zien:

De drempel naar mijn wereld

Is lager dan je denkt……..

Bluma Schattevoet,
Nederlandse woonwagenbewoonster

Inhoudstafel

1. Inleiding 1

1.1. Woonwagenbewoners in Herentals 1

1.2. Achtergrond 2

1.3. Concrete vraagstelling 2

2. Oriënterend literatuuronderzoek 2

2.1. Woonwagenbewoners in Vlaanderen 2

2.1.1. Voyageurs 3

2.1.2. Roms 4

2.1.3. Manoesjen 4

2.2. Woonwagenbewoners in de buurlanden 4

2.2.1. Nederland 4

2.2.2. Groot-Brittannië 5

2.3. Relevante onderzoeken 5

2.3.1. HIVA-studie 5

2.3.2. Nationale gezondheidsenquête 5

2.3.3. Eerder onderzoek bij de Voyageurs van Herentals 6

3. Onderzoeksmethodiek 7

4. Resultaten 8

4.1. Demografie 8

4.2. Huisvesting 8

4.3. Opleiding, tewerkstelling en inkomen 9

4.4. Onderwijs 9

4.5. Gezondheidstoestand 9

4.6. Levensstijl 10

4.7. Preventieve gezondheidszorg 11

4.8. Gebruik van gezondheidszorg 11
4.9. Maatschappelijk integratie 12
4.10. Communicatie 12
5. Discussie 12
5.1. Beperkingen van het onderzoek 12
5.2. Interpretatie onderzoeksresultaten 13
5.2.1. Demografie 13
5.2.2. Huisvesting 13
5.2.3. Opleiding, tewerkstelling en inkomen 14
5.2.4. Onderwijs 14
5.2.5. Gezondheidstoestand 15
5.2.6. Levensstijl 15
5.2.7. Preventieve gezondheidszorg 16
5.2.8. Gebruik van gezondheidszorg 16
5.2.9. Maatschappelijk integratie 17
5.2.10. Communicatie 18
5.3. Implementatie 18
6. Besluit 20
7. Referenties 20

BIJLAGEN

Bijlage 1: Demografie traditionele woonwagenbewoners in Vlaanderen en Brussel
Bijlage 2: Resultaten weergegeven in tabellen en grafieken
Bijlage 3: Community Oriented Primary Care (COPC)
Bijlage 4: Onderzoeksprotocol
Bijlage 5: Vragenlijsten
Bijlage 6: Informatiebrief
Bijlage 7: Toestemmingsbrief
Bijlage 8: Goedkeuring Ethische Commissie

1. Inleiding

Eén van de zes kerncompetenties van een huisarts, volgens de Europese definitie (WONCA 2002), is patiëntgerichte zorg. Verscheidene onderzoeken hebben reeds bewezen dat patiëntgerichte zorg een meetbare verbetering teweeg brengt van de kwaliteit van de zorg, het succes van de behandeling en de levenskwaliteit van diegenen die deze patiëntgerichte zorg kregen[1]. Patiëntgerichte zorg vereist een goede kennis en het steeds gebruik maken van de context van de patiënt, de familie, de leefomstandigheden en hun cultuur[2]. In een maatschappij met een toenemende etnisch-culturele diversiteit vormt dit voor de moderne huisarts een grote uitdaging. Kennis over cultuurverschillen geeft de arts niet alleen inzicht in de context van de patiënten, maar ook in de eigen culturele context, wat voor de interactie tussen arts en patiënt belangrijk is[3]. Kleinman heeft in 1980 het belang van het inzicht in cultuurverschillen onderkend en stelt dat iedere cultuur haar eigen opvattingen over ziekte en gezondheid kent[4]. Zo is ziekte voor de patiënt de ervaren kwaal bij zichzelf of verwanten (in het Engels: *illness*) en voor de arts de biomedische afwijking zoals geleerd tijdens de opleiding (in het Engels: *disease*). Kleinman noemt de cultureel bepaalde opvattingen over ziekte de 'klinische realiteit'. Hij stelt als voorwaarde voor een goed medisch beleid en therapietrouw van de patiënt dat arts en patiënt tot overeenstemming in verklaringsmodellen van die klinische realiteit komen[5]. Een Nederlands onderzoek toonde aan dat wederzijds begrip tussen arts en patiënt de beste voorspeller is van de therapietrouw[6]. Cultuurverschillen zijn te beschrijven als verschillen op dimensies of in structuur[3]. Voorbeelden van dimensies zijn collectivisme versus individualisme (groepsoriëntering versus individuele geaardheid), lange- versus kortetermijngerichtheid, grote versus kleine machtsafstand,… De consequenties van cultuurverschillen voor de gezondheidszorg zijn onderzocht, waarbij het verschil op de dimensie collectivisme-individualisme als het meest belangrijke naar voor komt[3]. Het leren positioneren van een patiënt op deze dimensie geeft een belangrijke inschatting van de culturele achtergrond van de patiënt. De huisarts kan de kwaliteit van zijn/haar medisch handelen verbeteren door zich te verdiepen in de context van de patiënt én de communicatie en het medisch beleid hierop af te stemmen. Bij culturele diversiteit denkt men waarschijnlijk in eerste instantie aan de toenemende migrantenpopulatie in ons land. Maar ook binnen de autochtone bevolking zijn er groepen die een andere achtergrond en cultuur hebben dan onszelf. Een voorbeeld hiervan zijn de woonwagenbewoners. Door hun beperkte en onopvallende aanwezigheid in onze samenleving is deze doelgroep door de meeste mensen minder bekend. Mensen hebben daarenboven vaak vooroordelen over deze groep en hulpverleners zijn hierin amper een uitzondering. Een goede manier om tegen vooroordelen in te gaan is kennis en ervaring.

1.1. Woonwagenbewoners in Herentals

De Herentalse woonwagenbewoners zijn 'residentiële Voyageurs', zij stammen af van inheemse rondtrekkende woonwagenbewoners. Tijdens de laatste decenia hebben deze families zich echter een meer sedentaire levensstijl aangemeten. Vandaag de dag trekken zij niet meer rond maar wonen zij wel nog in een woonwagen. Herentals is een stad in de Antwerpse Kempen met ruim 27.000 inwoner, nog geen 100 hiervan zijn woonwagenbewoners. Veel leden van de Herentalse Voyageurs-families wonen ondertussen in huizen. Het stadsbestuur wil de maatschappelijke kwetsbaarheid bij de woonwagenbewoners terugdringen door te zorgen voor woonzekerheid en door hen te ondersteunen bij hun integratie in de Herentalse gemeenschap. Woonzekerheid, wat voor vele

Vlaamse Voyageurs een groot probleem is, werd door de stad gewaarborgd door de bouw van twee gemeentelijke residentiële woonwagenterreinen in 2009 en 2010 met in totaal 37 standplaatsen. Er werd tevens een woonwagencommissie opgericht die initiatieven ontwikkelt met betrekking tot sociale integratie[7].

1.2. Achtergrond

Tijdens mijn stage als HAIO maakten de Herentalse Voyageurs een groot deel uit van de patiëntenpopulatie in mijn opleidingspraktijk. Deze groep intrigeerde mij erg en maakte mijn opleiding extra boeiend en leerrijk. Hoewel ik in dezelfde stad ben opgegroeid als deze mensen had ik zeer weinig kennis over hun leefgewoonten en cultuur. Door de ervaring tijdens mijn stage en de informatie van mijn praktijkopleider heb ik meer inzichten gekregen in de context van deze patiënten waardoor ik de arts-patiëntrelatie kon verbeteren om zo tot een meer patiëntgerichte en geïntegreerde zorg te komen. Ik merkte dat voor de woonwagenbewoners de drempel naar hulpverlening (huisartsenwachtpost, specialist, sociale hulpverlening,…) vaak nog groot was en dat ze zich vaak niet begrepen voelden. Anderzijds hoorde ik van collega (huis)artsen vaak vooroordelen over deze groep. Enkele voorbeelden zijn een gebrek aan inzicht in medische aandoeningen, een onrechtmatig en overmatig gebruik van gezondheidszorg, ondermaatse hygiëne en wooncomfort en gebrek aan respect voor de zorgverstrekker. In een Amerikaans onderzoek werd onderzocht wat het effect is van vooroordelen bij artsen over Afro- en Latijns-Amerikaanse patiënten op de perceptie van deze patiënten op de gekregen zorg. Uit de resultaten blijkt dat Afro-Amerikaanse patiënten minder tevreden waren over de consultatie bij de artsen met een groter vooroordeel over deze groep patiënten[8]. Aangezien vooroordelen best bestreden worden met kennis en ervaring kwam bij mij het idee een thesis te schrijven over deze minderheidsgroep.

1.3. Concrete vraagstelling

Wie zijn de woonwagenbewoners van Herentals en hoe positioneren zij zich op vlak van levensstijl, gezondheidstoestand, onderwijs, tewerkstelling, inkomen, gebruik van gezondheidszorg en sociale integratie?

Wat zijn de specifieke aandachtspunten voor gezondheidszorgverstrekkers met betrekking tot deze patiëntenpopulatie? Wat zijn de knelpunten op vlak van gezondheid en welzijn?

Hoe kunnen huisartsen en andere hulpverleners bijdragen tot de verbetering van de gezondheidstoestand van deze groep en wat zijn de tekortkomingen in de huidige gezondheidszorg? Wat zijn de focuspunten in de preventieve gezondheidszorg in deze minderheidsgroep?

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1. Woonwagenbewoners in Vlaanderen

De Vlaamse overheid definieert de traditionele woonwagenbewoners zo: ‘Personen die wonen of woonden in een woonwagen of waarvan de ouders dat deden, met uitzondering van bewoners van campings of gebieden met weekendverblijven[9]. Een woonwagen is een woongelegenheid, gekenmerkt door flexibiliteit en verplaatsbaarheid, bestemd voor permanente en niet-recreatieve

bewoning'[10]. Sommige bevolkingsgroepen worden wel eens verward met woonwagenbewoners maar zij vallen niet onder de noemer 'woonwagenbewoner'. Deze groepen zijn onder meer de Roma, kermisreizigers, circusreizigers, campingbewoners en nieuwe woonwagenbewoners (mensen die altijd in een vaste woning hebben gewoond maar bewust kiezen voor een woonwagen als woonvorm)[11].

Het aantal woonwagenbewoners, wonende in een woonwagen, werd in Vlaanderen en Brussel in 2011 op 967 gezinnen of 2576 individuen geraamd (raming van het Kruispunt Migratie-Integratie)[12]. De woonwagenbewoners zijn het best vertegenwoordigd in Limburg en Antwerpen (zie bijlage 1, tabel 1). Het overgrote deel van deze Vlaamse woonwagenbewoners woont het grootste deel van het jaar op een vaste standplaats. Slechts 3% van de Vlaamse woonwagenbevolking trekt het hele jaar door rond[12].

In het Vlaamse Gewest waren er in 2012 30 openbare residentiële terreinen, goed voor 474 standplaatsen[12]. Deze terreinen hebben de nodige voorzieningen die de woonkwaliteit moeten garanderen. Zo'n 500 woonwagengezinnen kunnen niet terecht op een openbare standplaats. Ze wonen op één van de ongeveer 100 private terreinen of staan in overtal op een openbaar residentieel terrein. Het overgrote deel van de private terreinen is niet vergund. Door een tekort aan reguliere standplaatsen hebben vele woonwagenbewoners te maken met een onzeker woonsituatie[12].

Woonwagenbewoners zijn een intern divers samengestelde groep. In Vlaanderen kunnen we drie groepen onderscheiden: Voyageurs, Manoesjen en Roms. Voyageurs vormen veruit de grootste groep woonwagenbewoners in Vlaanderen (zie bijlage 1, tabel 2). De verschillende groepen leven niet altijd strikt gescheiden, er zijn bijvoorbeeld heel wat gemengde huwelijken[11].

De woonwagenbewoners in Vlaanderen tonen een hogere incidentie ziekte en invaliditeit en hebben een lagere levensverwachting[12]. In Limburg lag tussen 2005 en 2009 de gemiddelde leeftijd van overlijden op 65 jaar[12], dat is meer dan 10 jaar minder dan het Vlaamse gemiddelde.

2.1.1. Voyageurs

Zeven op tien van de Vlaamse woonwagenbewoners zijn Voyageurs. Voyageurs zijn Vlamingen die afstammen van rondtrekkende families. In het begin van de negentiende eeuw werd naar alle waarschijnlijkheid de kiem gelegd van hun nomadische levenswijze. Door een aantal ernstige hongersnoden in een kort tijdsbestek was de toestand voor het armste deel van de stadsbevolking over heel West-Europa onhoudbaar geworden. Een deel van deze verpauperde massa bleef niet bij de pakken zitten. Zij kozen ervoor om hun overlevingskans te zoeken in een trekkend bestaan[13]. Hele families gingen van het ene dorp naar het andere en ze boden overal hun diensten aan. Anderen verkochten deur aan deur (kledij, stoffen, huishoudgerei), verhandelden oude metalen of lompen[11]. Ook het herstellen van huisraad zoals scharen slijpen of ketels lappen was een typisch beroep van de Voyageurs. In eerste fase trok men te voet, en werd er geslapen in de schuren of stallen van de boerderijen waar zij gingen helpen. Later kwamen er allerlei karen en nog later werden dat woonwagens. Op dit ogenblik zijn er in Vlaanderen ongeveer 8000 mensen die zich Voyageur noemen, het grootste deel woont vandaag de dag in huizen[13]. Rondtrekken om aan de kost te komen is vandaag de dag voor de meesten niet meer rendabel. Maar de woonwagen is nog steeds cultureel

belangrijk voor de Voyageurs. Hij bepaalt in grote mate hun identiteit en beantwoordt het best aan hun levensstijl.

2.1.2. Roms

Roms kwamen eind negentiende, begin twintigste eeuw vanuit Oost-europa naar België. Hun moedertaal is het Romanes, een gemeenschappelijke taal van Manoesj, Rom en Roma, die voortkomt uit talen van het land van oorsprong en van landen waar ze doortrokken. Frans is hun tweede taal, maar de jongere generatie die in Vlaanderen schoolloopt, spreekt Nederlands. Ongeveer 200 Romgezinnen wonen in woonwagens in Vlaanderen. Velen trekken in de zomer rond in familieverband[11].

2.1.3. Manoesjen

De groep van de Manoesjen heeft haar verre oorsprong in het India van meer dan duizend jaar geleden. Al sind de vijftiende eeuw verblijven deze mensen in onze streken. Een zeventigtal gezinnen woont in een woonwagen, een minderheid in vaste woningen. Ze spreken onderling Manoesj, een variant van het Romanes. Daarnaast is Nederlands hun voertaal.

2.2. Woonwagenbewoners in de buurlanden

2.2.1. Nederland

De woonwagenbewoners in Nederland kennen een vergelijkbare oorsprong als deze in België. Er wonen in Nederland ongeveer 30.000 Voyageurs (in Nederland gebruikt men de naam ‘reizigers’ of ‘kampers’) en ongeveer 3.500 Sinti en Roms. De leefomstandigheden en de maatschappelijke positie van de woonwagenbewoners is in Nederland de laatste decenia sterk bepaald door het overheidsbeleid. In 1978 verbood in Nederland de Rijksoverheid met de invoering van de Woonwagenwet het rondtrekken en dwong de woonwagenbewoners in grote centra te gaan wonen. Er werden 50 regionale kampen opgericht met eigen scholen, artsen en welzijnswerkers. Al snel werd duidelijk dat dit nieuwe beleid geen onverdeeld succes is. De beoogde integratie werd niet bereikt. Integendeel, de woonwagenbewoners vormden meer dan in het verleden een aparte groep, afgescheiden van de rest van de samenleving door hekken en een slagboom. Bovendien beperkten de grote kampen de kans om als zelfstandige een inkomen te verwerven. In de jaren ’70 en ’80 worden de woonwagenbewoners vrijwel collectief afhankelijk van een uitkering. Inmiddels is het concentratiebeleid weer teruggedraaid. Ook vanwege de enorme toename van de criminaliteit zijn de regionale kampen opgeheven. De bewoners zijn verspreid over kleine kampjes. Het is de zoveelste stap in de permanente poging van de overheid om de woonwagenbewoners in het gareel te krijgen en de integratie te bevorderen. Vele woonwagenbewoners zagen al deze maatregelen als bemoeienissen waardoor het wantrouwen in de overheid groeide en waardoor ook de woonwagenbewoners en de samenleving verder uit elkaar werden gedreven. De positie van de woonwagenbewoners in de Nederlandse maatschappij is in veel opzichten problematisch. Woonwagenbewoners hebben een lager inkomen, zijn vaker afhankelijk van een uitkering en zijn vaker langdurig werkloos[14]. Er zijn geen recente betrouwbare gegevens over de gezondheidstoestand van deze minderheidsgroep beschikbaar. Recente berichten in de pers wijzen op zware criminaliteit op een aantal woonwagenterreinen. Maar ook hierover zijn geen objectieve gegevens. Hierbij moet

onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds criminele bewoners en anderzijds woonwagenlocaties die aantrekkelijk zijn voor criminelen[15].

2.2.2. Groot-Brittannië

In Groot-Brittanië zijn er twee grote autochtone bevolkingsgroepen die afstammen van traditionele nomadische families. De grootste groep zijn de 'Romany Gypsies' die sinds het begin van de zestiende eeuw door Groot-Brittannië reisden. Hun oorsprong zou in India liggen. Een tweede groep zijn de 'Irish Travellers', afkomstig van Ierse nomadische volkeren. Er zijn geen officiële cijfers over het aantal in Groot-Brittanië maar wordt door academici geschat op 120.000 tot 300.000. Ongeveer de helft zou vandaag de dag in huizen wonen[16]. Een grootschalige epidemiologische studie uit 2007[17] toonde significante ongelijkheden in gezondheid tussen de Gypsies en Travellers in Engeland en hun niet-Gypsy tegenhangers, zelfs wanneer zij vergeleken werden met andere sociaal-gedepriveerde en uitgesloten groepen, en met andere ethische minderheidsgroepen. Gypsies en Travellers rapporteerden een slechtere gezondheidstoestand, hadden significant meer kans op langdurige ziektes, gezondheidsproblemen en invaliditeit dewelke het dagdagelijks functioneren en werk belemmerde. Zij hadden meer problemen met mobiliteit, zelfredzaamheid, pijn, discomfort, angst en depressie. Er was een hoger prevalentie van thoracale pijn, respiratoire problemen, gewrichtsklachten, miskramen, doodgeboortes en neonatale sterfte[17]. Deze groep vertoont een lagere levensverwachting. In de studie van Parry et al.[17] berekende men dat de groep van de Gypsies en Travellers, wanneer zij 75 jaar zouden worden, gemiddeld negen QALY's (Quality Adjusted Life Years) minder zou ervaren dan de controlegroep.

2.3. Relevante onderzoeken

2.3.1. HIVA-studie

In 2008 werd door het Agentschap voor Binnenlands Bestuur een onderzoeksopdracht uitgeschreven voor een 'kwantitatieve bevraging van de maatschappelijke en economische positie van woonwagenbewoners'. Deze bevraging werd in 2009 uitgevoerd onder coördinatie van het HIVA (Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving, vroeger Hoger Instituut voor de Arbeid). Deze bevraging betreft ca. 450 gezinnen van woonwagenbewoners in Vlaanderen en Brussel. De resultaten van deze bevraging werden door het Agentschap voor Binnenlands Bestuur verwerkt in een werkrapport. Dit werkrapport werd echt niet gepubliceerd. De relevant en betrouwbare informatie uit dit werkrapport werd wel rechtstreeks verwerkt in de omgevingsanalyse van het 'strategisch plan woonwagenbewoners' van de Vlaamse overheid[12]. De studie toont een lage werkzaamheidsgraad, slechts 29% van de ondervraagden binnen de beroepsactieve bevolking is heeft betaald werk. Er werd een hoge financiële stress gemeten bij de woonwagenbewoners. De studie toont dat de woonwagenbewoners laag tot niet-gediplomeerd zijn. Er is algemeen een overmatig gebruik van koffie, suiker, zout, vetten, sigaretten en geneesmiddelen[12].

2.3.2. Nationale gezondheidsenquête

Sinds 1997 organiseert het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP) om de vier à vijf jaar een nationale Gezondheidsenquête (HIS, Health Inteview Survey) bij de Belgische bevolking. Heel het jaar door interviewen enquêteurs meer dan 10.000 personen, verspreid over heel het land.

Het belangrijkste doel van deze gezondheidsenquête is het verkrijgen van een goed beeld van de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid van de Belgische bevolking, de evolutie ervan doorheen de tijd op te volgen en de samenhang van deze gezondheidstoestand met bepaalde gezondheidsdeterminanten en het gebruik van zorgen in kaart te brengen. De vijfde Nationale Gezondheidsenquête werd afgewerkt in 2013. De resultaten van deze enquête zijn echter nog niet beschikbaar. De meest recente rapporten bevatten de resultaten van de enquête van 2008[18-20]. De Resultaten werden voorgesteld in 6 rapporten: 'Gezondheidsstatus', 'Leefstijl en Preventie', 'Medische consumptie', 'Gezondheid en Samenleving', 'Ouderen en Gezondheid' en 'Sociale ongelijkheid in gezondheid'. De data zijn ook beschikbaar in een online interactieve applicatie[23].

2.3.3. Eerder onderzoek bij de Voyageurs van Herentals

Claudia Hendzel werkt als maatschappelijk werker bij de Stad Herentals en is de contactpersoon voor de woonwagenbewoners. Zij fungeert als schakel tussen de gemeentelijke diensten en het woonwagenvolk en speelt een belangrijke rol binnen het integratieproces van de woonwagenbewoners. Zij heeft zeer regelmatig contact met de woonwagenbewoners en is zeer goed op de hoogte van het reilen en zeilen op de woonwagenterreinen. Tijdens haar stage in het kader van haar bachelor-opleiding in het sociaal werk in 2010 maakte zij een eindwerk over het gemeentelijk woonwagenwerk, meer bepaald over de toepassing van de rehabilitatiemethodiek[24]. In het kader van dit eindwerk nam zij uitgebreide individuele enquêtes af bij de Herentalse woonwagenbewoners[24]. Deze enquête is vooral gericht op de bevraging van sociale aspecten zoals huisvesting, tewerkstelling, kadervorming, religie, onderwijs, buitenschoolse activiteiten, ouder-kindrelatie, cultuur, buurtcontacten, hobby's en familie. Op gebied van gezondheid komt naar voor dat zij op dat moment geen behoefte hadden aan gezondheidsprojecten. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de periode van de bevraging een periode was wanneer zij zich nog volop aan het settelen waren na een recente verhuis naar de nieuwe terreinen. Over gezonde voeding gaven ze aan dat ze het belangrijk vonden dat hun kinderen gezond eten en dat ze de informatie hieromtrent voornamelijk op internet zochten. Verschillenden onder hen gaven toen aan dat ze van huisarts wilden veranderen maar dat ze het niet durfden[24]. De familieband is voor de woonwagenbewoners zeer belangrijk, ze kunnen ten allen tijden op elkaar rekenen. Tijdens haar onderzoek merkte mevrouw Hendzel dat de vrouwen het meest te zeggen hebben binnen het huishouden en dat zij druk kunnen uitoefenen op hun mannen. Maar vaak zijn het de kinderen die bepalen hoe de familie draait, zij worden door de ouders op handen gedragen. Vrouwen en kinderen zijn dus de sleutelfiguren in de groep, wanneer zij betrokken worden bij het groepsgebeuren zal de rest van de groep sneller meewerken. Slecht één van de 44 ondervraagden vond buurtcontacten belangrijk. De anderen zijn uitgesproken van mening dat een verre vriend (woonwagenbewoner) beter is dan een goede buur (buger)[24]. Zij gaven aan dat de burgers onvoldoende geïnformeerd zijn over het reilen en zeilen van het woonwagenvolk en hun terreinen en dat er veel foute opvattingen zijn. De woonwagenbewoners willen dat buurtbewoners beter geïnformeerd worden en zien hierin een belangrijke rol weggelegd voor het stadsbestuur.

3. Onderzoeksmethodiek

Het betreft hier een kleinschalig cross-sectioneel semi-kwantitatief epidemiologisch onderzoek waarbij aan de hand van enquêtes verschillende gezondheidsaspecten werden bevraagd. De onderzochte populatie zijn de bewoners van de twee gemeentelijke woonwagenterreinen van de gemeente Herentals. Herentalse Voyageurs die in een huis wonen werden niet geïncludeerd worden in de studie. Enkel bewoners die 18 jaar of ouder zijn werden ondervraagd. Het gezinshoofd werd tevens ondervraagd over de minderjarige gezinsleden maar minderjarigen werden niet rechtstreeks ondervraagd.

De vragenlijst bestaat uit twee verschillende delen, een deel over het huishouden en een individuele vragenlijst (bijlage 5). Het eerste deel over het huishouden was bestemd voor de referentiepersoon van het huishouden. Alle mensen die samen wonen in 1 woonwagen worden in dit onderzoek beschouwd als 1 huishouden, dit kan dan uit 1 of meerder personen bestaan. De individuele vragenlijsten waren bestemd voor elk meerderjarig lid van het huishouden. De vragenlijsten werden vergezeld van een informatiebrief (bijlage 6) en een formulier voor schriftelijke toestemming (bijlage 7).

Volgende aspecten kwamen aan bod in de enquête:

- Samenstelling van het gezin, leeftijd en geslacht
- Sociaal-economische situatie (inkomen, tewerkstelling, onderwijs, huisvesting)
- Gezondheidsconsumptie
- Gezondheidstoestand
- Levensstijl

Om een vergelijkende analyse te vergemakkelijken werden de vragen opgemaakt aan de hand van de vragenlijsten van de Nationale Gezondheidsenquête[25] en de HIVA-studie[12].

Het veldwerk werd uitgevoerd in de periode juli-augustus 2014. Het onderzoek werd mondeling en via sociale media (via de facebook-groep 'Voyageurs Herentals') aangekondigd, hierbij kreeg ik de hulp van maatschappelijk werkster Claudia Hendzel. De meeste enquêtes werden ingevuld tijdens een face-to-face interview op huisbezoek. Bij sommige gezinnen werden de enquêtes al op voorhand persoonlijk afgegeven zodat zij deze reeds vóór het interview konden bekijken en eventueel al (deels) invullen. Deelname aan het onderzoek was op vrijwillige basis. Personen die niet wensten deel te nemen werden ook niet geïncludeerd.

De enquêtes werden manueel verwerkt en de data werden in een excell-bestand voor statistische analyse. De verwerking van de vragenlijsten gebeurde anoniem.

Er werd een eenvoudige beschrijvende analyse uitgevoerd op de bekomen data. De bekomen resultaten werden vergeleken worden met relevante resultaten uit andere onderzoeken (Belgische Nationale Gezondheidsenquête, HIVA-studie).

4. Resultaten

4.1. Demografie

Tabel 1 in bijlage 2 geeft de demografische gegevens van de Herentalse woonwagenbewoners weer. In totaal zijn er 37 huishoudens, 20 op Heirenbroek en 17 op Viaduct, met in totaal 82 bewoners (54 op Heirenbroek en 28 op Viaduct). Er zijn ongeveer evenveel mannen als vrouwen. Op Heirenbroek wonen er veel meer minderjarigen dan op Viaduct (19 tegenover 3). Op Viaduct zijn er slecht 2 gezinnen met minderjarige kinderen tegenover 11 op Heirenbroek. De leeftijdsverdeling wordt grafisch weergegeven in boxplots in figuur 1 in bijlage 2. Op Heirenbroek is er een grotere en meer gelijkmatige verdeling van de leeftijden. De gemiddelde leeftijd van de Herentalse woonwagenbewoners is 34. Op Heirenbroek is de gemiddelde leeftijd 28,7 en op Viaduct 43,1.

Op heirenbroek vulden 10 van de 20 huishoudens de enquêtes in, op Viaduct 12 van de 17. Dit is een responsrate van respectievelijk 50% en 70,6%. In totaal vulden 60% van de huishoudens de enquête in. De individuele enquêtes werd door 32 meerderjarigen ingevuld, dit is 53,3%, 15 (43%) op Heirenbroek en 17 (68%) op Viaduct. Hun demografische gegevens zijn weergegeven in tabel 2 in bijlage 2. Gemiddeld meldde de referentiepersoon 1,7 kinderen in het gezin, inclusief de kinderen die niet meer thuis wonen.

4.2. Huisvesting

De gemeentelijke woonwagenterreinen bestaan uit verharde percelen met individuele sanitaire units. De gemeente kijkt er op toe dat de terreinen goed onderhouden worden. Er wordt per standplaats een maandelijkse vergoeding gevraagd van 65,42 euro.

Gemiddeld wonen er 2,2 personen per woonwagen. Elke woonwagen beschikt over voldoende kamers, ook in de grotere gezinnen heeft elk kind een eigen kamer.

72% van de ondervraagden leeft al zijn hele leven in een woonwagen. Sommigen zijn door te trouwen met een woonwagenbewoner in een woonwagen terecht gekomen, anderen hebben een periode van hun leven in een huis of appartement gewoond.

Het wooncomfort wordt door de woonwagenbewoners als goed (62,5%) tot zeer goed (37,5%) ervaren. Slechts 5 van de ondervraagde huishoudens (23%) geeft aan dat er in de winter problemen zijn om de woning voldoende te verwarmen, bij 3 gezinnen is dit soms, bij 1 gezin vaak en bij 1 gezin meestal. Er is in het algemeen geen probleem met vocht of schimmelvorming in de woonwagens, slechts 2 van de 22 gezinnen (9%) heeft een klein probleem met vocht, geen enkel gezin heeft last van schimmelvorming. Geen enkele ondervraagde is dan ook van mening dat het feit dat zij in een woonwagen wonen een negatieve invloed heeft op hun gezondheid.

9 van de 22 ondervraagden (41%) zegt dat ze hun woonwagen wel zouden willen inruilen voor een huis. De meesten (59%) geven echter aan dat ze hun woonwagen nooit zouden willen inruilen voor een huis. Argumenten hiervoor zijn cultuur, de nabijheid van de familie, het grote verschil in huurprijs en beperkingen wat betreft huisdieren. Een jongere bewoner (21 jaar) zei dat hij zijn woonwagen wel zou willen verlaten maar “alleen als het een groot kasteel is waar heel de familie in kan”.

4.3. Opleiding, tewerkstelling en inkomen

De woonwagenbewoners van Herentals zijn over het algemeen laag geschoold (bijlage 2, tabel 4 en figuur 2). 17 van de 32 ondervraagden (53%) heeft geen diploma, 9 (28%) enkele een diploma lager onderwijs. Van de 21 ondervraagde 40-plussers hebben 15 (71%) geen diploma. Zij trokken als kind nog meer rond en velen gingen slechts sporadisch naar school. Veel van de oudere woonwagenbewoners zijn dan ook analfabeet. De mate van geletterdheid werd niet opgenomen in de kwantitatieve bevraging. Een oudere woonwagenbewoonster toonde mij haar schoolboekje, een boekje dat telkens wanneer ze naar school gingen werd ingevuld en afgestempeld door de school als bewijs dat ze er geweest waren. Er stonden scholen van over heel België in, meestal zaten ze er maar enkele weken en dan trokken ze weer verder. Het voortdurend veranderen van school en de discriminatie waarmee zo op school te maken kregen maakte dat vele voyageurskinderen nooit leerden lezen of schrijven. De ondervraagden zijn gemiddeld tot 15 jaar naar school geweest, 1 respondent geeft aan dat hij nooit naar school geweest is.

Van de 31 ondervraagden in de beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar) hebben er slecht 7 betaald werk, dit is een activiteitsgraad van slechts 22,6%. Van de 32 ondervraagden geeft zelfs meer dan de helft (53%) aan dat hij/zij nog nooit betaald werk gedaan heeft. Oude ambachten worden niet meer uitgeoefend, slechts enkelen houden zich nog bezig met het opkopen van oude metalen.

Tabel 5 en figuur 3 in bijlage 2 geven een beeld van wat de bronnen van inkomsten van de ondervraagden. Van de ondervraagden krijgt 25% een werkloosheidsuitkering, 22% een vergoeding wegens invaliditeit of ziekte, 12,5% een pensioen en 6% krijgt OCMW-steun.

Het gemiddelde netto gezinsinkomen van de ondervraagden is 1355 euro per maand. Ongeveer de helft van de gezinnen geeft aan dat ze hiermee makkelijk rondkomen, 37% van de huishoudens komt rond met zijn maandelijks inkomen maar vindt dit eerder moeilijk, 2 huishoudens (11%) komt moeilijk rond en 1 huidhouden (5%) geeft aan dat het zeer moeilijk is om de eindjes aan elkaar te knopen.

4.4. Onderwijs

De kinderen die op de woonwagenterreinen in Herentals wonen gaan over het algemeen regelmatig naar school en hun ouders vinden de scholing van hun kinderen belangrijk. In de ondervraagde huishoudens waren de minderjarige kinderen de laatste 2 maanden van het schooljaar gemiddeld 3 dagen afwezig geweest. De afwezigheden werden echter uitsluitend gerapporteerd bij de kinderen jonger dan 6 jaar, zij waren gemiddeld 8 dagen afwezig op school.

4.5. Gezondheidstoestand

De subjectieve gezondheid is over het algemeen goed (bijlage 2, figuur 4). 25% vindt zijn of haar huidige gezondheidstoestand zeer goed, 56% goed, 16% redelijk en 3% slecht.

11 van de 32 ondervraagde Herentalse woonwagenbewoners (34%) geeft aan te lijden aan één of meerdere langdurige aandoeningen of handicaps. 4 van deze chronisch zieken hebben cardiovasculaire aandoeningen, 2 pulmonaire aandoeningen, 3 chronische rugklachten, 2

reumatische aandoeningen en 2 personen hebben blijvende letsels door geweld of een ongeval (bijlage 2, tabel 6). Slecht 1 persoon wordt ten gevolge van zijn gezondheid voortdurend belemmerd in zijn dagelijkse bezigheden, 6 af en toe en 4 personen niet of zelden.

De mentale gezondheid van de ondervraagden is goed (bijlage 5, figuur 4). 97% was voelde zich tijdens de maand voor de bevragen voortdurend of meestal gelukkig. 1 persoon (3%) gaf aan slechts af en toe gelukkig te zijn geweest.

4.6. Levensstijl

Het tabaksgebruik bij de woonwagenbewoners is hoog. 81% rookt of heeft ooit gerookt. 59% rookt dagelijks, 3% rookt af en toe en 19% heeft vroeger gerookt maar is gestopt (bijlage 2, figuur 7 en tabel 7). De woonwagenbewoners die dagelijks roken, roken gemiddeld 26 sigaretten per dag, dat is meer dan een pakje. De gemiddelde leeftijd waarop ze hun eerste sigaret rookten is 11,8 jaar. Velen vertelden dat ze vroeger als kind gewoon meerookten met hun ouders en familie, er was geen taboe rond roken. Er is geen verschil merkbaar tussen mannen en vrouwen en er is ook geen verschil tussen de verschillende leeftijdscategorieën. Doordat zo veel woonwagenbewoners roken en zij zo dicht op elkaar wonen worden ook kinderen en niet-rokers blootgesteld aan sigarettenrook, het aandeel passief rokers is dus groot. In 7 van de 22 ondervraagde huishoudens (32%) wordt er binnenshuis gerookt.

Er zijn geen problemen met druggebruik, geen enkele ondervraagde geeft aan het laatste jaar drugs te hebben gebruikt.

Het alcoholgebruik bij de woonwagenbewoners ligt over het algemeen laag, 66% geeft aan nooit of slecht bij speciale gelegenheden alcohol te drinken. 3 van de 32 ondervraagden geeft aan dagelijks alcohol te drinken. 1 op 4 heeft ooit wel het gevoel gehad dat ze moesten minderen met het drinken van alcohol, verschillende bevraagden geeft dan ook aan dat hij/zij vroeger meer dronk als nu. Eén van de bevraagden geeft aan dat hij/zij één maal per week zeer overmatig drinkt maar de rest van de week niet, dit is het fenomeen van ‘binge drinking’.

Alle bevraagde ouders geven aan dat ze het belangrijk vinden dat hun kinderen gezond eten. In alle ondervraagden huishouden eten de kinderen dagelijks groenten, in 86% van de huishoudens eten ze dagelijks fruit en in 86% van de huishoudens krijgen ze dagelijks melkproducten. In 86% van de bevraagde huishouden drinken de minderjarig kinderen elke dag minsten één glas frisdrank, in 57% van de huishoudens drinken ze gemiddelde minstens 2 glazen frisdrank per dag en in 14,3% van de huishouden drinken de kinderen gemiddelde meer dan 5 glazen frisdrank per dag (bijlage 2, figuur 8). 86% van de bevraagde huishoudens met minderjarige kinderen eet minstens één maal per week fastfood, vooral frietjes van de frituur, 43% eet minstens 2 keer per week fastfood (bijlage 2, figuur 9). In 43% van de bevraagde huishoudens eten de kinderen minstens één keer week vis. Alle bevraagde ouders geven aan dat ze altijd (71,5%) of meestal (28,5%) samen met hun kinderen aan tafel eten.

De lichaamsbeweging werd bij de Herentalse woonwagenbewoners bevraagd aan de hand van de IPAQ-module (International Physical Activity Questionnaire). Op basis van deze vragen kunnen de bevraagden ingedeeld worden in 3 categorieën: inactieven, minimale activiteit en voldoende

activiteit om een positieve impact te hebben op de gezondheid. De grenswaarden van deze categorieën worden in detail beschreven in tabel 8 in bijlage 2. 28% van de ondervraagden geeft aan zo goed als nooit lichaamsbeweging te hebben (inactieven) en 37,5% heeft voldoende lichaamsbeweging om een positieve impact te hebben op de gezondheid (bijlage 2, tabel 8).

De gemiddelde BMI (Body Mass Index) is 28,7. Slechts 27% heeft een normaal lichaamsgewicht, 17% licht overgewicht, 20% matig overgewicht, 23% obesitas klasse I, 10% obesitas klasse II en 1 ondervraagde (3%) obesitas klasse III of morbide obesitas (bijlage 2, figuur 11).

De bevraagden hebben gemiddeld 1,7 kinderen. De leeftijd waarop zij hun eerste kind kregen was voor de vrouwen gemiddeld 19,2 jaar en voor de mannen 23,9. De leeftijd waarop de bevraagden de eerste keer seksuele betrekkingen had was voor de vrouwen gemiddeld 17,2 jaar en voor de mannen 14,1 jaar. De vraag “heeft u kinderen met een partner die familiaal verwant is aan u?” werd door 26 individuele respondenten beantwoord. Vier van hen (15%) geeft aan kinderen te hebben met een partner die familiaal verwant is.

4.7. Preventieve gezondheidszorg

Alle bevraagde gezinnen (100%) geven aan dat hun kinderen door Kind & Gezin zijn opgevolgd en dat zij alle basisvaccinaties gekregen hebben.

4.8. Gebruik van gezondheidszorg

De bevraagde huishoudens gaven de afgelopen maand gemiddeld 100 euro uit aan gezondheidszorg, dit is gemiddeld 7% van hun netto maandelijks gezinsinkomen. 70% van de huishoudens had de afgelopen maand geld uitgegeven aan een consult bij de huisarts, 10% bij een specialist, 25% bij een tandarts, 60% aan geneesmiddelen en 1 persoon had een ziekenhuisopname moeten betalen.

60% van de bevraagden geniet een verhoogde tegemoetkoming bij de ziekteverzekering. 80% van de bevraagden maakt altijd of meestal gebruik van de derdebetalersregeling bij de huisarts, 10% doet dit af en toe en 10% doet dit nooit. 4 op 20 geeft aan dat hij/zij het afgelopen jaar gezondheidszorgen heeft uitgesteld omwille van financiële redenen, bij 1 persoon was dit de huisarts, de andere stelden een bezoek aan de tandarts uit.

94% van de bevraagde heeft een vaste huisarts (of huisartsenpraktijk), de overigen zijn naar eigen zeggen nooit ziek en hebben dus geen huisarts nodig. 93% van de bevraagden die een vaste huisarts hebben zijn patiënt in de praktijk waar ik als HAIO stage liep. 90% is tevreden over zijn/haar huisarts. 5 personen (17%) geeft aan te willen veranderen van huisarts.

47% van de bevraagden heeft de afgelopen maand minstens één contact met de huisarts gehad, 72% gedurende de laatste 3 maanden. Afgaande op het aantal contacten gedurende de laatste maanden hebben de ondervraagden naar schatting gemiddeld 7 contacten met de huisarts per persoon per jaar. 27% van de bevraagden is zeer tevreden over de laatste contacten met de huisarts, 63% tevreden, 7% neutraal en 3% eerder niet tevreden (bijlage 2, figuur 12).

7 bevraagden (22%) heeft de afgelopen 6 maanden minstens één keer de huisartsenwachtpost in Herentals bezocht. 6 van hen was tevreden tot zeer tevreden, 1 persoon was ontevreden over de

dienstverlening. 3 personen (9%) meldde zich te afgelopen 6 maanden minsten één keer aan op de dienst spoedgevallen, geen van hen werd doorverwezen door de huisarts. Zij waren eerder ontevreden over de dienstverlening.

Bijna de helft van de bevraagden (47%) neemt dagelijks 1 of meer verschillende geneesmiddelen. Gemiddeld nemen zij 1,25 verschillende geneesmiddelen per dag. Meer dan de helft van de geneesmiddelen bevinden zich binnen de categorie van het cardiovasculair stelsel (bijlage 2, figuur 13), vooral antihypertensiva, hypolipemiërende middelen en antitrombotica. Slechts één respondent neemt psychofarmaca, meer bepaald een sedativa. Tabel 9 in bijlage 2 geeft een overzicht van de gebruikte medicatie. De bevraagden gaven per huishouden de afgelopen maand gemiddeld 21,5 euro uit aan geneesmiddelen.

4.9. Maatschappelijk integratie

Eén derde van de kinderen uit de bevraagde gezinnen is lid van een sportclub. Zij gaan paardrijden, boxen of nemen zwemles.

4.10. Communicatie

53% van de bevraagden gebruikt internet (bijlage 2, figuur 14). 41% van de internetgebruikers (22% van de bevraagden) maakt gebruik van het internet om informatie op te zoeken in verband met gezondheid. 70% van de internetgebruikers (31% van de bevraagden) is actief op de sociale-media site Facebook en zijn lid van de Facebook-groep 'Voyageurs Herentals' die beheerd wordt door Claudia Hendzel (maatschappelijk werker Stad Herentals).

5. Discussie

5.1. Beperkingen van het onderzoek

De onderzoeksresultaten dienen met enige omzichtigheid en een kritische kijk geïnterpreteerd te worden. Er zijn namelijk heel wat elementen die de representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten bedreigen. De grootste zwakte van dit onderzoek is waarschijnlijk de beperkte niet-aselecte steekproef.

De representativiteit geeft de mate aan waarin de steekproef een correcte afspiegeling van de onderzoekspopulatie omvat. Om een goede representativiteit de bekomen moeten de steekproef op een willekeurige of aselecte manier getrokken worden en moet de steekproef voldoende groot zijn. De deelname aan de enquête was echter op vrijwillige basis waardoor de steekproef grotendeels bepaald werd door de bereidheid van de proefpersonen om mee te werken. Het terrein Heirenbroek bestaat eigenlijk uit twee delen en de bewoners staan gegroepeerd volgens hun familiebanden (kinderen uit eenzelfde gezin hebben een standplaats in de buurt van hun ouders, broers en zussen). In één deel was de respons-rate veel kleiner dan in het andere deel. Eén van de bewoners in dit deel was bezorgd om haar privacy en vond mijn onderzoek discriminerend ("waarom ondervraag je alleen de woonwagenbewoners en niet de andere mensen in de buurt? Wij zijn gewone mensen zoals alle anderen."). Haar opvattingen sloegen over op andere familieleden waardoor deze ook niet wilden meewerken. Hierdoor is deze familie ondervertegenwoordigd in de steekproef. In het

ondervertegenwoordigde deel van het terrein staan opvallend meer luxueuze woonwagens en duurdere auto's. Bovendien waren een aantal gezinnen tijdens de periode van de interviews op vakantie, hierdoor kan er tevens een ondervertegenwoordiging zijn van bepaalde deelgroepen in de populatie. Eén van de bewoners wou niet deelnemen omdat ze analfabeet is en zich hiervoor schaamde.

De verdeling van leeftijd en geslacht van de steekproef is wel vergelijkbaar met deze van de gehele onderzoekspopulatie.

Om een betrouwbaarheidsniveau van 95% te bekomen had ik de medewerking van minimaal 34 huishoudens en 53 individuen nodig. In werkelijkheid hadden 22 van de 37 huishoudens en 32 van de 60 meerderjarige individuen een enquête ingevuld. De steekproef is dus kleiner dan de minimale steekproefgrootte voor een 95% betrouwbaarheidsniveau en bovendien werden de enquêtes door sommige respondenten niet volledig beantwoord. Vooral de vragen over inkomen en seksualiteit werden niet door alle respondenten beantwoord. Bovendien gaat het hier om een niet-aselecte steekproef en zullen vele variabelen niet normaal verdeeld zijn binnen de populatie. Het is dus niet mogelijk correcte betrouwbaarheidsintervallen te bereken voor de onderzoekresultaten.

De enquêtes werden afgenomen in een face-to-face interview door één onderzoeker die door de meeste ondervraagden reeds bekend was door eerdere arts-patiënt contacten. Dit heeft voor- en nadelen. Een face-to-face interview geeft over het algemeen meer sociale wenselijkheid bias waarbij de respondent probeert het antwoord te geven waarvan hij denkt dat de onderzoeker dat graag horen wil, of waarvan hij denkt dat het sociaal meer aanvaardbaar is dan het werkelijke antwoord. Ook het feit dat de meeste respondenten de onderzoeker reeds kenden kan de antwoorden beïnvloed hebben. Het voordeel van een interview is wel dat er direct kan ingegrepen worden als een respondent een vraag niet of verkeerd begrijpt.

De enquêtes werden afgenomen in de zomer, een periode waarin er traditioneel minder acute ziektes gerapporteerd worden. Dit kan een onderschatting geven van de medische consumptie omdat de vragen met betrekking tot dit thema steeds gaan over de laatste maand(en).

5.2. Interpretatie onderzoeksresultaten

5.2.1. Demografie

De groep van de Herentalse woonwagenbewoners is jonger dan de algemene Belgische bevolking, gemiddeld 34 jaar bij de woonwagenbewoners tegenover 41 jaar in de algemene bevolking[26]. Er zijn gemiddeld 1,7 kinderen per gezin, dit is ongeveer evenveel als in de algemene bevolking (1,8 kinderen per gezin). De vrouwen zijn gemiddeld negen jaar jonger als ze hun eerste kind krijgen[27].

5.2.2. Huisvesting

Er is een evolutie merkbaar waarbij het mobiele aspect van de woonwagens inlevert voor een verhoogd comfort. Het wooncomfort wordt door alle bevraagden als goed tot zeer goed ervaren. Tijdens mijn huisbezoeken als huisarts in de winter was het in de meeste woonwagens altijd zeer warm. Over het algemeen zijn de woonwagens ook zeer proper en wordt er regelmatig gepoetst (er zijn natuurlijk uitzonderingen). Er is in het algemeen geen probleem met vocht of schimmelvorming

in de woonwagens. Geen enkele ondervraagde is dan ook van mening dat het feit dat zij in een woonwagen wonen een negatieve invloed heeft op hun gezondheid. In tabel 3 in bijlage 2 vergelijken we het wooncomfort van de Herentalse woonwagenbewoners met deze van de gemiddelde Belg en van de Vlaamse woonwagenbewoners. Hierbij zien we dat het wooncomfort vergelijkbaar is met deze van de gemiddelde Belg en dat zij een veel hoger wooncomfort hebben dan de gemiddelde Vlaamse woonwagenbewoner in de HIVA-studie[12].

5.2.3. Opleiding, tewerkstelling en inkomen

De woonwagenbewoners van Herentals zijn over het algemeen laag geschoold. Tabel 4 en figuur 2 in bijlage 2 geven een overzicht van het opleidingsniveau van de bevraagden, van de woonwagenbewoners in de HIVA studie en van de algemene Belgische bevolking. 81% van de bevraagden heeft geen diploma (53%) of enkel een diploma van de lagere school (28%). De scholingsgraad is vergelijkbaar met deze van de bevraagde woonwagenbewoners in de HIVA studie; 77% van de bevraagden had geen diploma of enkel een diploma lager onderwijs[12]. Het percentage laaggeschoolden is bij de woonwagenbewoners veel hoger dan in de algemene Belgische bevolking. In 2013 had 17,5% van de Belgen ouder dan 15 jaar geen diploma of enkel een diploma lager onderwijs[26].

Van de 31 ondervraagden in de beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar) hebben er slecht 7 betaald werk, dit is een activiteitsgraad van slechts 22,6%. Dit is een pak lager dan de Vlaamse activiteitsgraad van 69,3% [26]. De activiteitsgraad bij de Vlaamse woonwagenbewoners in de beroepsactieve leeftijd was in de HIVA-studie 29% [12].

Tabel 5 en figuur 3 in bijlage 2 geven een beeld van wat de bronnen van inkomsten van de ondervraagden zijn en hoe zich dat profileert tegenover de andere Vlaamse woonwagenbewoners en de Belgen. Het aandeel woonwagenbewoners dat een vervangingsinkomen krijgt is veel groter dan in de algemene Belgische bevolking. Het gemiddelde netto gezinsinkomen van de ondervraagden is 1355 euro per maand. 16% geeft van de gezinnen geeft aan moeilijk rond te komen met hun inkomen. De HIVA-studie toont aan dat de financiële stress bij de Vlaamse woonwagenbewoners hoger is, 3/4 van de ondervraagden gaven aan eerder moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen. De huishoudens die gemakkelijk tot zeer gemakkelijk rondkomen, situeerden zich bijna volledig binnen de groep Voyageurs[12]. Hoewel het gezinsinkomen lager ligt dan het gemiddelde inkomen van de Belgische gezinnen (2819 euro per maand) is de financiële stress vergelijkbaar. Uit een enquête die Test-Aankoop in 2013 uitvoerde bij 1.300 gezinnen blijkt dat voor 1 op 5 gezinnen het inkomen onvoldoende is om de maand door te komen[28].

5.2.4. Onderwijs

De kinderen die op de woonwagenterreinen in Herentals wonen gaan over het algemeen regelmatig naar school en hun ouders vinden de scholing van hun kinderen belangrijk. De HIVA-studie toont een oververtegenwoordiging in het buitengewoon onderwijs. Van de ondervraagde woonwagenbewoners volgde 27% van de kinderen buitengewoon onderwijs[12]. In Herentals zijn er momenteel 2 kinderen (8%) ingeschreven in het buitengewoon onderwijs.

5.2.5. Gezondheidstoestand

De bevraagden hebben een goede subjectieve gezondheid, 81% van de bevraagden omschrijft zijn/haar huidige gezondheidstoestand als goed of zeer goed. Deze cijfers zijn een stuk beter dan deze van de HIVA-studie waarbij 43% van de bevraagde woonwagenbewoners zijn/haar gezondheid goed tot zeer goed vindt en 34% slecht tot zeer slecht[12]. De subjectieve gezondheid van de bevraagden is meer vergelijkbaar met deze van de algemene Belgische bevolking. In 2008 gaf 77% van de bevolking van 15 jaar en ouder aan dat hun gezondheid goed of zeer goed is. Omgekeerd beoordeelt 23% van de bevolking de eigen gezondheid als gemiddeld, slecht of zeer slecht[18]. De resultaten van de nationale Gezondheidsenquête toont wel dat de subjectieve gezondheid slechter wordt naarmate de leeftijd stijgt. Aangezien het aandeel ouderen onder de woonwagenbewoners kleiner is dan in de algemene bevolking is het moeilijk deze twee cijfers te vergelijken.

37,5% van de bevraagden geeft aan te lijden aan één of meerder langdurige ziekte of handicap. Dit cijfer is lager dan de voor de Vlaamse woonwagenbewoners (52%)[12] maar hoger dan voor de algemene Belgische bevolking. In de nationale Gezondheidsenquête van 2008 had 27,2% minsten één langdurige aandoening of handicap[18]. Dit percentage is dus lager dan bij de bevraagde woonwagenbewoners. Dit is opmerkelijk voor zo'n jonge populatie. Wanneer we zouden corrigeren voor leeftijd zou het verschil nog groter zijn, het percentage met langdurige aandoeningen stijgt namelijk sterk met de leeftijd[18] (zie bijlage 2, figuur 5). De resultaten van de Gezondheidsenquête toonde een sterke samenhang tussen het rapporteren van een langdurige aandoening en het opleidingsniveau. Naarmate het opleidingsniveau stijgt, daalt het percentage van personen dat een langdurige aandoening rapporteert. Na correctie voor geslacht en leeftijd verminderen de verschillen tussen de opleidingsklassen weliswaar, maar blijft de gradiënt sterk significant[18]. Tabel 6 in bijlage 2 geeft een overzicht van de prevalentie van chronische aandoeningen bij de bevraagde woonwagenbewoners en de bevraagden van de Gezondheidsenquête van 2008. Hypertensie en chronische rugklachten behoren in beide groepen tot de meeste prevalente chronische aandoeningen. Bij de woonwagenbewoners zien we een hogere prevalentie van blijvende letsels na een ongeval of geweld. In de algemene Belgische bevolking is er een hoger prevalentie van allergie, migraine, nek- en rugklachten. Er is in de algemene Belgische bevolking ook een hogere prevalentie van chronische aandoeningen die typisch gelinkt zijn aan ouderdom (osteoporose, prostaatklachten, urinaire incontinentie, diabetes, artrose,…).

De mentale gezondheid van de bevraagden is beter dan deze van de algemene Belgische bevolking waarbij slechts drie vierde een goede mentale gezondheid heeft[18].

5.2.6. Levensstijl

Vele woonwagenbewoners hebben een ongezonde levensstijl. Er is een opvallend overmatig gebruik van tabak. Het percentage rokers is 2,5 keer hoger dan in de gemiddelde Belgische bevolking (62% versus 25%), ze roken gemiddeld een half pakje per dag meer en ze beginnen gemiddeld 4 jaar vroeger met roken (bijlage 2, tabel 7). Ook het aandeel passief rokers is hoog.

Er werd geen druggebruik gerapporteerd. Ook in de HIVA-studie ondervond men geen bijzondere drugsproblematiek onder de Vlaamse woonwagenbewoners[12].

Er is een hogere prevalentie van overgewicht (37%) en obesitas (36%) bij de bevraagden in vergelijking met de algemene Belgische bevolking (bijlage 2, figuur 10). De Gezondheidsenquête van 2008 toont dat 33% van de Belgen overgewicht heeft en 13,8% obesitas. De gemiddelde BMI (Body Mass Index) is 28,7, dit is hoger dan het Belgische gemiddelde van 25,3[18]. De bevraagden hebben over het algemeen te weinig lichaamsbeweging. 28% heeft zo goed als nooit lichaamsbeweging. 37,5% heeft voldoende lichaamsbeweging om een positieve impact te hebben op de gezondheid. Het is moeilijk een uitspraak te doen over de voedingsgewoonten van de woonwagenbewoners van Herentals, sommige huishouden houden er heel wat ongezonde voedingsgewoonten op na, anderen eten meestal gezond. Ouders vinden het over het algemeen wel belangrijk dat hun kinderen gezond eten. De meeste kinderen eten dagelijks groenten en fruit. Uit de bevraging blijkt wel dat er een overmatig gebruik van frisdrank is door de kinderen. Dit brengt natuurlijk met zich mee dat deze kinderen een verhoogd risico hebben op tandproblemen (erosies en cariës). Er is ook een overmatig gebruik van fastfood, voornamelijk frietjes van de frituur. Alle bevraagde ouders geven aan dat ze altijd of meestal samen met hun kinderen aan tafel eten. Verscheidene wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat het samen aan tafel eten het risico op obesitas en eetstoornissen reduceert[29].

Het alcoholgebruik bij de woonwagenbewoners ligt over het algemeen laag. Het percentage dagelijkse drinkers ligt lager dan in de algemene Belgische bevolking volgens de gezondheidsenquête van 2008 (9% versus 12%[19]). Eén van de bevraagden geeft aan dat hij/zij één maal per week zeer overmatig drinkt maar de rest van de week niet, dit is het fenomeen van 'binge drinking'. 'Binge drinking' wordt door 8% van de Belgische bevolking een de gezondheidsenquête van 2008 vermeld[19].

15% van de bevraagden geeft aan kinderen te hebben met een partner die familiaal verwant is. Koppels die familiaal verwant zijn hebben dubbel zoveel kans dat hun kinderen een aangeboren afwijking hebben[30].

5.2.7. Preventieve gezondheidszorg

Kind en Gezin is algemeen aanvaard bij de woonwagenbewoners, er is een goed contact met de regioverpleegkundige en de opvolging is goed. Alle bevraagde gezinnen geven aan dat hun kinderen door Kind & Gezin zijn opgevolgd en dat zij alle basisvaccinaties gekregen hebben. De structurele aanpak van vaccinaties door Kind & Gezin wordt belangrijk gezien. Dit is ook de conclusie uit de HIVA-studie[12].

Ook de opvolging door het CLB is goed en algemeen aanvaard bij de woonwagenbewoners. De kinderen nemen gewoon deel aan het preventief medisch consult door het CLB, de ouders vinden dit ik belangrijk. Ik heb de indruk, vanuit mijn ervaring als HAIO en CLB-arts, dat verwijzingen vanuit het CLB goed opgevolgd worden.

5.2.8. Gebruik van gezondheidszorg

In absolute cijfers geven de bevraagde huishoudens gemiddeld 25 euro per maand minder uit aan gezondheidszorg dan een gemiddelde Belgisch huishouden maar zij geven een even groot percentage van het maandelijks beschikbaar inkomen uit aan gezondheidszorg, namelijk 7%[20].

60% van de bevraagden geniet een verhoogde tegemoetkoming bij de ziekteverzekering en 80% van de bevraagden maakt altijd of meestal gebruik van de derdebetalersregeling bij de huisarts. De derdebetalersregeling is een belangrijk instrument om de drempel naar de huisarts te verkleinen. 5% geeft aan dat hij het afgelopen jaar een bezoek aan de huisarts heeft uitgesteld omwille van financiële redenen, in Vlaanderen is dit 6,1%[28]. In de gezondheidsenquête van 2008 gaf 14% van de huishoudens in België gaf aan dat financiële belemmeringen er de oorzaak van waren dat ze in de loop van de afgelopen twaalf maand medische zorgen, tandverzorging, (voorgeschreven) geneesmiddelen, een bril en/of mentale zorgen nodig hadden, maar deze niet konden betalen[21]. Voor de bevraagden was dit 20% waarbij en ging het bij drie vierde om tandheelkundige verzorging.

94% van de bevraagde heeft een vaste huisarts (of huisartsenpraktijk) en 90% is tevreden over zijn/haar huisarts. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de cijfers uit de gezondheidsenquête, waarbij 95% een vaste huisarts heeft met een tevredenheid van 95%[20]. 5 personen (17%) geeft aan te willen veranderen van huisarts.

Afgaande op het aantal contacten gedurende de laatste maanden hebben de ondervraagden naar schatting gemiddeld 7 contacten met de huisarts per persoon per jaar. Dit is iets hoger dan het Belgische gemiddelde van 4,5 contacten per persoon per jaar[20]. Uit de resultaten van de nationale gezondheidsenquête van 2008 blijkt een duidelijke socio-economische gradiënt: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger het gemiddeld aantal contacten met de huisarts. Ook na correctie voor leeftijd en geslacht blijven de socio-economische verschillen sterk significant[20].

Het percentage bevraagden dat dagelijks medicatie neemt is iets hoger dan in de algemene Belgische bevolking (46,9% tegenover 42,2%[20]). De bevraagden nemen gemiddeld 1,3 verschillende geneesmiddelen per dag, dit is evenveel als de gemiddelde Belg[20]. Zowel het aantal gebruikers als het aantal gebruikte geneesmiddel stijgt significant met de leeftijd[20]. Bij de bevraagden gaat het vooral over geneesmiddelen in de categorie cardiovasculair stelsel. Als we de gebruikte medicatie vergelijken met deze van de algemene Belgische bevolking (bijlage 2, tabel 10 en figuur 13) valt het op dat de bevraagden relatief meer geneesmiddelen gebruiken die te maken hebben met het cardiovasculair stelsel (62,5% versus 38,1%) en minder geneesmiddelen die te maken hebben met het zenuwstelsel(2,5% versus 16,2%), pijn en ontsteking (2,5% versus 10,4%) en het ademhalingsstelsel (2,5% versus 7,7%).

5.2.9. Maatschappelijk integratie

Doordat de woonwagenbewoners vandaag de dag een vaste woonplaats hebben is de maatschappelijke integratie de laatste decennia reeds positief geëvolueerd. Ook de stad doet heel wat inspanningen om de maatschappelijk integratie te bevorderen.

De kinderen zijn een belangrijke schakel in het contact met andere burgers. Doordat de kinderen deelnemen aan het normale schoolgebeuren hebben zij, en ook hun ouders, regelmatige sociale contacten via de school. Na school of tijdens de vakantie komen hun vriendjes van school op bezoek bij de woonwagenkinderen, en andersom. Dit was vroeger niet het geval. De kinderen mochten van hun ouders buiten de school niet met burgerkinderen omgaan, vooral om hen te beschermen tegen pesterijen[24].

Eén derde van de kinderen uit de bevraagde gezinnen is lid van een sportclub. Zij gaan paardrijden, boxen of nemen zwemles. In het onderzoek van Claudia Hendzel[24] geven ouders aan dat ze een sportclub in een andere stad verkiezen te bescherming van hun kinderen tegen discriminatie. Ze geven aan dat waar men hun afkomst niet kent, men hen met meer respect behandeld. Ook ouders doen dan makkelijker een praatje met andere ouders. De deelname van de volwassenen aan het verenigingsleven is zeer beperkt. Werk is over het algemeen een belangrijk bron van sociale contacten maar aangezien het grootste deel van de woonwagenbewoners geen werk heeft zijn ook hun sociale contacten eerder beperkt. Het contact met de buurtbewoners is zeer beperkt[24].

5.2.10. Communicatie

De bevraagden maken minder gebruik van het internet dan de algemene Belgisch bevolking (53% versus 82%[24]). 41% van de internetgebruikers (22% van de bevraagden) maakt gebruik van internet om informatie op te zoeken in verband met gezondheid. In een onderzoek uitgevoerd bij 232 personen door Sylvie Latour in het kader van haar masterproef huisartsgeneeskunde[32] geeft 84% van de ondervraagden aan regelmatig informatie omtrent gezondheid op te zoeken op internet. 70% van de internetgebruikers (31% van de bevraagden) is actief op de sociale-media site Facebook en zijn lid van de Facebook-groep 'Voyageurs Herentals' die beheerd wordt door Claudia Hendzel (maatschappelijk werker Stad Herentals). Voor de jongere generatie woonwagenbewoners is internet en sociale media een goed communicatiekanaal. De oudere generatie zal men hiermee niet bereiken, daarenboven zijn vele oudere bewoners analfabeet.

5.3. Implementatie

De woonwagenbewoners vormen in Herentals een kleine etnisch-culturele minderheidsgroep. Zij vertonen heel wat gelijkenissen met de algemene (patiënten)populatie maar er zijn zeker ook verschillen. Het bewustzijn en kennis van deze verschillen (en gelijkenissen) geeft de zorgverlener meer inzicht in de context van de patiënt. Dit inzicht is een belangrijk instrument in de patiëntgerichte zorg en zoals in de inleiding reeds besproken heeft dit een positieve invloed op de kwaliteit van de zorg en uitkomsten van de interventies[1]. De verschillen kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën: socio-economische verschillen, gezondheidsverschillen en cultuurverschillen.

De belangrijkste socio-economische verschillen zijn een lager opleidingsniveau, een hogere werkloosheidsgraad, een lager inkomen en een achterstand in maatschappelijke integratie. We kunnen stellen dat de Herentalse woonwagenbewoners in het algemeen een lage socio-ecomomische status (SES) hebben op basis van de drie meest gebruikte indicatoren (opleidingsniveau, beroepsstatus en inkomen). Talloze onderzoeken hebben reeds aangetoond dat de socio-economische status een belangrijke invloed heeft op de gezondheid van het individu[1,21,30,32-33]. Op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête van 2008 zag men dat personen met een lage socio-economische status (afgaande op het opleidingsniveau) een slechtere subjectieve gezondheid hadden, meer chronische aandoeningen hadden, meer kans hadden op obesitas, minder lichaamsbeweging hadden, ongezondere eetgewoonten hadden en meer rookten[21].

Uit de onderzoekresultaten komen volgende gezondheidsverschillen het sterkst naar voren als men vergelijkt met de algemene Belgische bevolking:

- Hogere prevalentie chronische aandoeningen
- Hoger tabaksgebruik
- Hogere prevalentie overgewicht en obesitas

Wat betreft cultuur is het verschil niet zo groot aangezien het hier gaat om een autochtone bevolkingsgroep die dezelfde wortels heeft als de doorsnee Belg. Het gaat hier dus meer om een 'subcultuur'. Als we het hebben over cultuurverschillen heeft het verschil in dimensie individualisme-collectivisme de grootste consequenties voor de gezondheidszorg[3]. In deze dimensie positioneren de woonwagenbewoners zich meer in de richting van het collectivisme. Zij leven in een groepscultuur waarbij het groepsbelang meer voorop wordt gesteld dan in de traditionele Belgische cultuur. De arts dient zich dus niet enkel op het individu te richten (patiëntgerichte zorg) maar daarnaast ook op de gemeenschap. Het model van 'Community Oriented Primary Care' (COPC) kan hierbij inspirerend werken[34]. Figuur 1 in bijlage 3 geeft het '4-stappen model' weer waarbij COPC in 4 stappen wordt weergegeven: 1) definiëren van de 'community' of gemeenschap, 2) identificatie van de gezondheidsproblemen, 3) interventies gericht op het verbeteren van deze gezondheidsproblemen en 4) evaluatie van het effect van deze interventies. Later werd dit model herwerkt tot het 'stars in the circle model' (bijlage 3, figuur 2), waarin COPC wordt voorgesteld als een meer dynamisch proces. Figuur 3 in bijlage 3 geeft weer hoe de eerstelijnsgezondheidszorg de socio-economische gezondheidsverschillen kan terugdringen door zich, behalve op de individuele en gezinsgerichte benadering, ook oriënteert op de lokale gemeenschap en hierbij intersectoraal samenwerkt. Deze hypothese werd geformuleerd in een onderzoek, gerealiseerd door het 'Knowledge Network Health Systems' van de 'Commision on Social Determinants of Health' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)[35].

Preventieve gezondheidszorg moet in deze patiëntengroep vooral gericht zijn op het verlagen van het cardio-vasculair risico, gewichtsreductie en het streven naar een gezondere levensstijl. Volgende interventies zijn hierbij prioritair:

- Rookstopbegeleiding
- Systematisch controle van bloeddruk en cholesterolwaarden (en eventueel opstarten van een preventieve behandeling)
- Stimuleren tot meer lichaamsbeweging
- Informatie verstrekken over gezonde voeding en de implementatie ervan stimuleren

Deze preventieve maatregelen kunnen zowel op individueel niveau als op groepsniveau worden toegepast. De huisarts kan een centrale rol spelen in de preventie, het signaleren van gezondheidsproblemen en het opstarten van interventies en kan hierbij best samenwerken met andere hulpverleners zoals de maatschappelijke dienst, Kind en Gezin en het CLB. Zoals eerder vermeld spelen de kinderen een belangrijke rol in het contact met de groep en kunnen zij als mogelijke toegangspoort gebruikt worden bij interventies ter bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging. Het beste communicatiekanaal in deze groep is nog steeds rechtstreeks contact. Internet en sociale media maakt zijn opmars in deze groep, dus kan ook als extra communicatiekanaal gebruikt worden.

Knelpunten die buiten het bereik van de eerstelijnsgezondheidszorg liggen zijn de hoge werkloosheid en het lage opleidingsniveau. De huisarts kan hier wel een signaalfunctie innemen naar andere netwerkpartners toe of kan de patiënten naar andere hulpverleners toeleiden.

De drempel naar de huisarts is voor de Herentalse woonwagenbewoners eerder beperkt, ze zijn tevreden over hun huisarts en door het gebruik van de derdebetalersregeling is de financiële drempel klein. Ook de toegankelijkheid van Kind en Gezin en het CLB is goed.

6. Besluit

Patiëntgerichte zorg brengt een verbetering teweeg van de kwaliteit van de zorg, het succes van de behandeling en de levenskwaliteit van de patiënt. Deze patiëntgerichte zorg vereist een goede kennis van de context van de patiënt, de familie, de leefomstandigheden en hun cultuur. Door middel van een semi-kwantitatief onderzoek met behulp van enquêtes trachtte ik deze kennis van de context van de woonwagenbewoners van Herentals te vergroten. Door de resultaten van dit onderzoek en mijn praktijkervaring in deze thesis te verwerken hoop ik andere hulpverleners meer informatie over deze minderheidsgroep te kunnen aanreiken zodat ook zij een meer patiëntgerichte zorg kunnen bieden.

Door hun lage socio-economische status, de hoge prevalentie chronische aandoeningen, hun eerder ongezonde leefstijl en hun eerder beperkte maatschappelijke integratie vormen de woonwagenbewoners een kwetsbare groep in de samenleving. Doordat de cultuur van de woonwagenbewoners meer in de richting van het collectivisme neigt dienen hulpverleners zich niet enkel op het individu richten maar ook op de groep als geheel. Het model van ‘Community Oriented Primary Care’ kan hierbij inspirerend werken. Vooral op gebied van preventieve gezondheidszorg ben ik van mening dat dit model een meerwaarde kan betekenen.

Prioritaire interventies ter bevordering van de gezondheid en preventie van ziekte in de groep van de Herentalse woonwagenbewoners zijn rookstopbegeleiding, systematische controle van bloeddruk en cholesterolwaarden, initiatieven ter bevordering van de lichaamsbeweging en initiatieven met betrekking tot gezonde voeding.

7. Referenties

1. World Health Organisation. The World Health Report 2008, Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie, WONCA, 2002. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2003.
3. Harmsen H, Bruijnzeels M. Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit? Huisarts & Wetenschap 2005; 48(4): 166-170.
4. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Londen: University of California Press; 1980.
5. Kleinman A. The cultural meanings and social uses of ilness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in te development of primary care theory and research. Journal of Family Practice 1983; 6: 539-545.

6. Van Wieringen JC, Harmsen JA, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. European Journal of Public Health 2002; 12: 63-68.
7. http://www.herentals.be/woonwagenbeleid
8. Blair I, Steiner J, Fairclough D, Hanrally R, Price D, Hirsh H, Wright L, Bronsert M, Karimkbani E, Magid D, Havranek E. Clinicians' Implicit Etnic/Racial Bias and Perceptions of Care Among Black and Latino Patients. Annals of family medicine 2013; 11: 43-52.
9. Art 5, 2° decreet van 28 april 1998 betreffende het Vlaamse integratiebeleid, gewijzigd door het decreet van 30 april 2009.
10. Art 2, 33° decreet van 15 juli 1997 houdende de Vlaamse Wooncode, gewijzigd door het decreet van 15 december 2006.
11. Fierens A, Beersmans D, redacteurs. Wonen op wielen. Brussel: Agentschap voor Binnenlands Bestuur; 2010. p. 160.
12. Vlaamse overheid. Strategisch plan woonwagenbewoners 2012-2015. Brussel: Agentschap voor Binnenlands Bestuur; 2012. P. 42.
13. Kerff M. Kom, we zijn tebie! Bezembinders en scharenslieps. Voyageurs in Vlaanderen. Leuven: Uitgeverij Van Halewyck; 2000. p. 157.
14. FRANET. Netherlands. National Focus Point Social Thematic Study: The situation of Roma. Art. 1; 2012.
15. Vos W, Waardenburg W. Woonwagenbewoners in Nederland 2011: Rapport Inspectie Leefomgeving en Transport. Amersfoort: BMC; 2012.
16. Bowers J. Gypsies and Travellers: their lifestyle, history and culture. Travellers' Time Online. Beschikbaar via: http://www.travellerstimes.org.uk/downloads/lifestyle_history_and_culture_24052010111520.pdf. Geraadpleegd 2014 augustus 4.
17. Parry P, Van Cleemput P, Peters J, Walters S, Thomas K, Cooper C. Health status of Gypsies and Travellers in England. Journal of Epidemiology and Community Health 2007; 61: 198-204.
18. Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Brussel : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2010.
19. Gisle L, Hesse E, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J, Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II – Leefstijl en Preventie. Brussel : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2010.
20. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, Gisle L, Demarest S, Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport III – Medische consumptie. Brussel : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2010.
21. Demarest S, Hesse E, Drieskens S, Van der Heyden J, Gisle L , Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport IV – Gezondheid en Samenleving. Brussel : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2010.
22. Demarest S, Drieskens S, Gisle L, Van der Heyden J, Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport V – Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid. Brussel : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2010.
23. Charafeddine R, Demarest S, Drieskens S, Gisle L, Tafforeau J, Van der Heyden J. Health Interview Survey Interactive Analysis. Public Health and Surveillance, Scientific Institute of Public Health. Beschikbaar via: https://hisia.wiv-isp.be/. Geraadpleegd 2014 augustus.

24. Hendzel C. Van rehabilitatiewerker tot (buiten)gewone hulpverlener. Inspirerende methodische handelwijze binnen het gemeentelijk woonwagenwerk. Katholieke Hogeschool Kempen; 2010.
25. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Vragenlijsten: gezondheidsenquête, België, 2008. Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Vragenlijsten.aspx. Geraadpleegd 2013 augustus.
26. http://statbel.fgov.be/
27. Kind en Gezin. Het kind in Vlaanderen 2013.
28. Test Aankoop. Crisis maakt geen willekeurige slachtoffers. Persbericht 26 nov 2013. Beschikbaar via: http://www.test-aankoop.be. Geraadpleegd augustus 2014.
29. Hammons A, Fiese B. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children en adolescents? Pediatrics 2011; 127: p. e1565-e1574.
30. Zlotogora J, Shalev SA. The consequences of consanguinity on the rates of malformations and major medical conditions at birth and in early childhood in inbred populations. Am J Med Genet A 2010;152A:2023–2028.
31. Detollenaere J, Vos J, De Maeseneer J, Willems S. Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg: focus op de Vlaamse huisartsgeneeskunde. SWVG-Rapport. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2014.
32. Latour S. "Dokter, ik heb een myocardinfarct!" Over de internetpatiënt: hoe de wachtzaal van de huisarts plots vol specialisten zit. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013.
33. Paes M, De Maeseneer J. What about the context in family medecine? British Journal of General Practice 2010; 60: 56-58.
34. Mackenback JP. Health inequalties: Europe in profile. United Kingdom Presidency of the EU. Rotterdam: Erasmus MC, 2006.
35. Strelnick AH. Community-Oriented Primary Care. The State of an Art. Archives of Family Medicine 1999; 8: 550-552.
36. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte ML, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Network. Beschikbaar via: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2002_en.pdf. Geraadpleegde augustus 2014.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS TRADITIONELE WOONWAGENBEWONERS IN VLAANDEREN EN BRUSSEL

Tabel 1: Aantal gezinnen en spreiding (raming van het Kruispunt Migratie-Integratie).

	2003	2011
TOTAAL	**841**	**967**
Antwerpen	213	234
Vlaams-Brabant	152	212
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	47	60
Oost-Vlaanderen	180	186
Limburg	224	240
West-Vlaanderen	5	5
Rondtrekkenden	20	30

Tabel 2: Aantal woonwagenbewoners en gezinnen per groep[12]

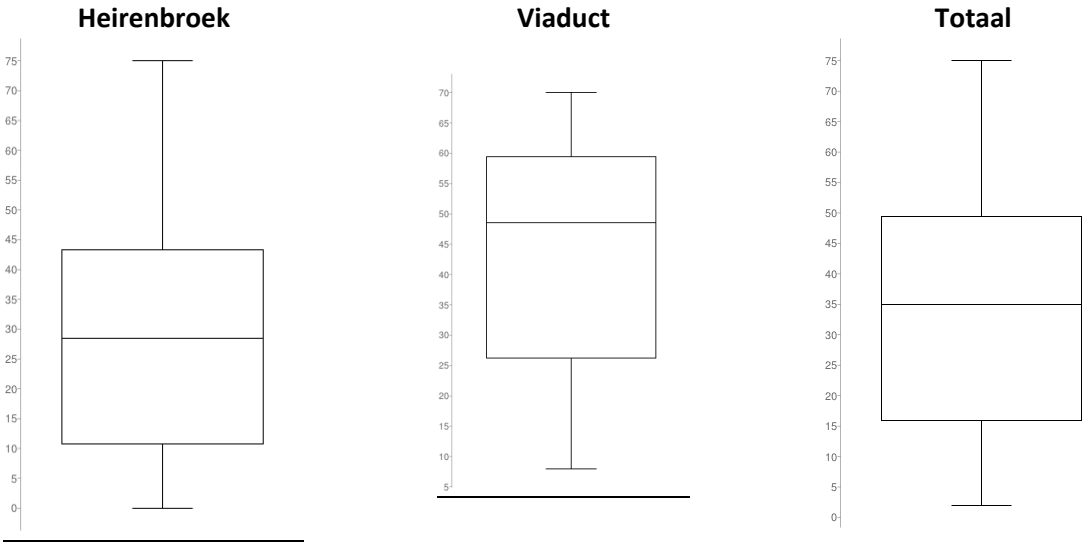
	Voyageurs	Rom	Manoesj	TOTAAL
Weging	7/10	2/10	1/10	10/10
Aantal gezinnen	677	215	75	967
Gemiddelde gezinsgrootte	2,5	3,23	2,5	
Aantal woonwagenbewoners	1693	695	188	2576

BIJLAGE 2: ONDERZOEKSRESULTATEN WEERGEGEVEN IN TABELLEN EN GRAFIEKEN

Tabel 1: Demografische gegevens woonwagenbewoner Herentals

	Heirenbroek	Viaduct	Totaal
Aantal bewoners	54	28	82
Aantal mannen	27	15	42
Aantal vrouwen	27	13	40
Aantal minderjarigen	19	3	22
Aantal meerderjarigen	35	25	60
Gemiddelde leeftijd	28,7	43,1	34
Mediaan leeftijd	28,5	48,5	35
Minimum Leeftijd	0	8	0
Maximum leeftijd	75	70	75
Gemiddelde leeftijd meerderjarigen	39,9	46,7	41,3
Gemiddelde leeftijd minderjarigen	7,9	12,7	8,3
Aantal huishoudens	20	17	37
Gemiddeld aantal leden per huishouden	2,7	1,6	2,2
Minimum aantal leden per huishouden	1	1	1
Maximum aantal leden per huishouden	5	4	5

Figuur 1: Leeftijdsverdeling weergegeven in boxplots



Tabel 2: Demografische gegevens respondenten

	Heirenbroek	Viaduct	Totaal
Aantal individuele respondenten	15	17	32
Aantal mannen	7	10	17
Aantal vrouwen	8	7	15
Gemiddelde leeftijd	46,3	41,8	43,9
Minimum leeftijd	20	21	20
Maximum leeftijd	60	70	70
Aantal huishoudens	10	12	22
Gemiddeld aantal leden per huishouden	2,8	1,4	2,0
Gemiddeld aantal kinderen referentiepersoon (inclusief kinderen die niet meer thuis wonen)	1,9	1,5	1,7

Tabel 3: Wooncomfort

	Herentalse woonwagenbewoners	Vlaamse woonwagenbewoners	Belgen
Onvoldoende verwarming in winter	23%	30% (1)	15% (2)
Vochtproblemen	9%	12% (1)	2,6(3)-14(2)%
Schimmelvorming	0%		2,2% (3)
Gebrek aan elementair comfort	0%		1% (2)
- Geen stromend warm water	0%	33% (1)	
- Geen bad/douche	0%	18% (1)	
- Geen toilet met doorspoeling	0%	13% (1)	

(1) HIVA-studie 2009

(2) EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) enquête 2007

(3) Belgische Nationale gezondheidsenquête 2008[18]

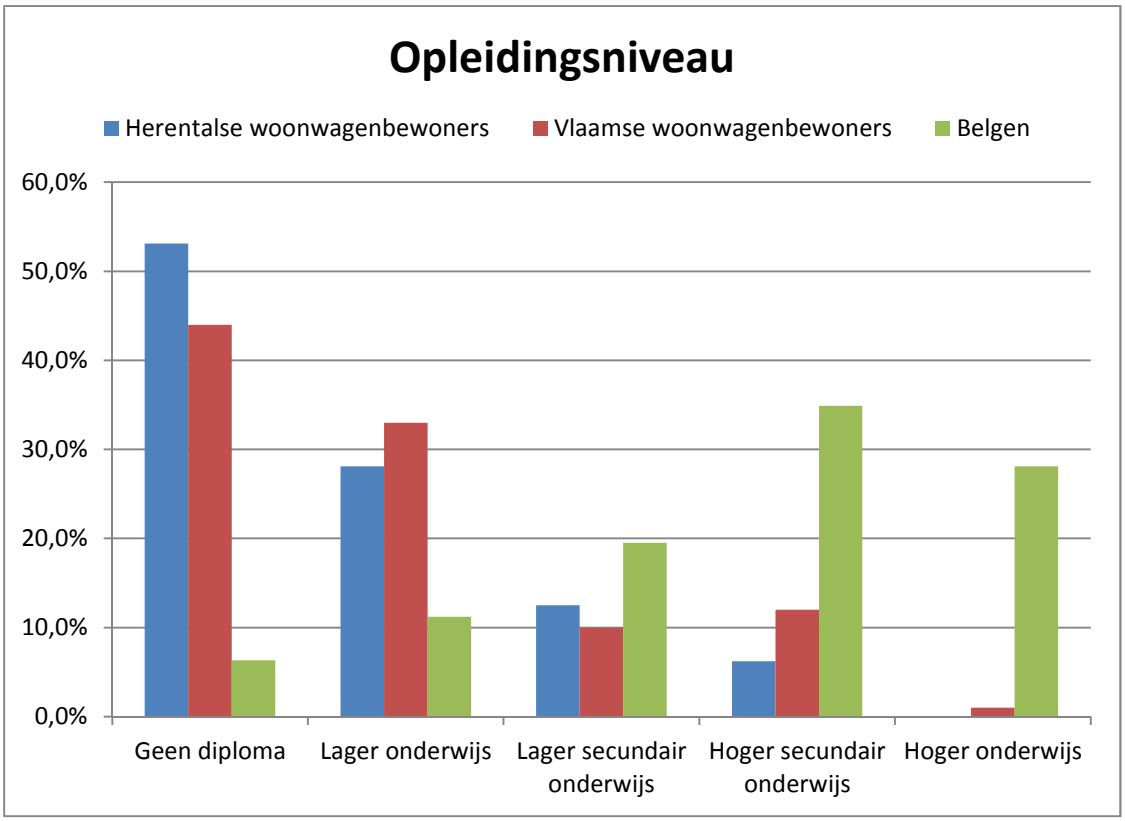
Tabel 4: Opleidingsniveau

	Herentalse woonwagenbewoners	Vlaamse woonwagenbewoners(1)	Belgen(2)
Geen diploma	53,1% (n=17)	44%	6,3%
Lager onderwijs	28,1% (n=9)	33%	11,2%
Lager secundair onderwijs	12,5% (n=4)	10%	19,5%
Hoger secundair onderwijs	6,2% (n=2)	12%	34,9%
Hoger onderwijs	0,0% (n=0)	1%	28,1%

(1) HIVA-studie 2009

(2) cijfers FOD Economie 2013 [26]

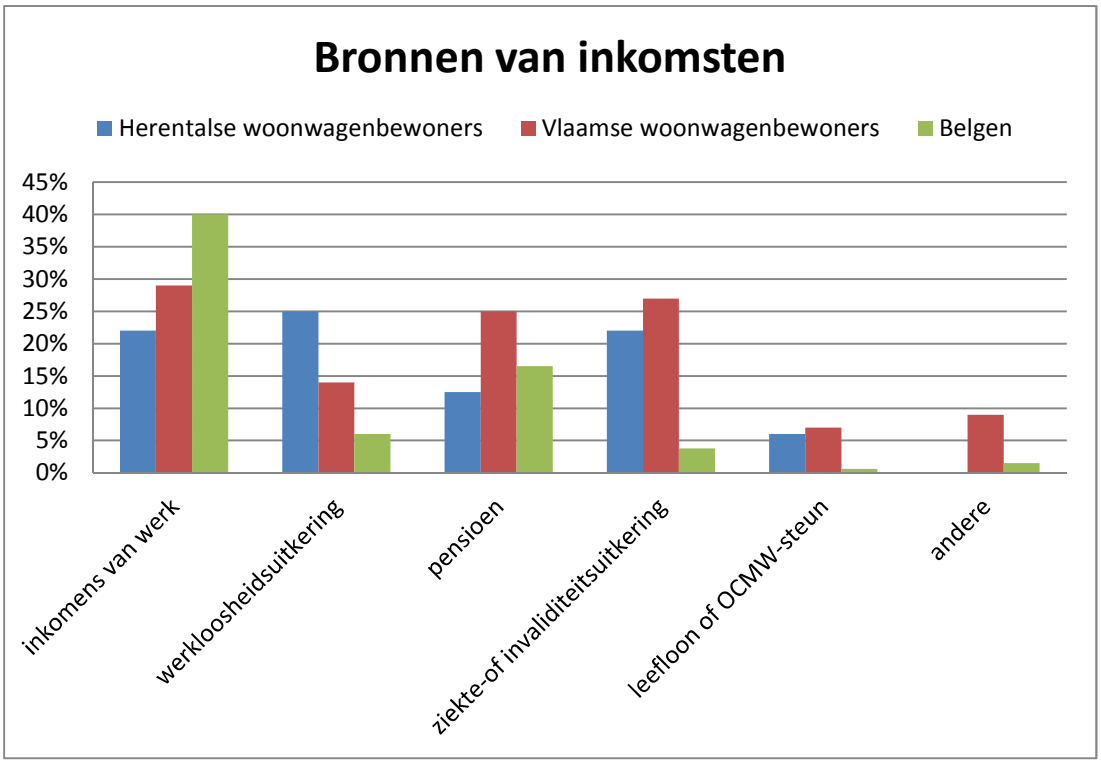
Figuur 2: Opleidingsniveau



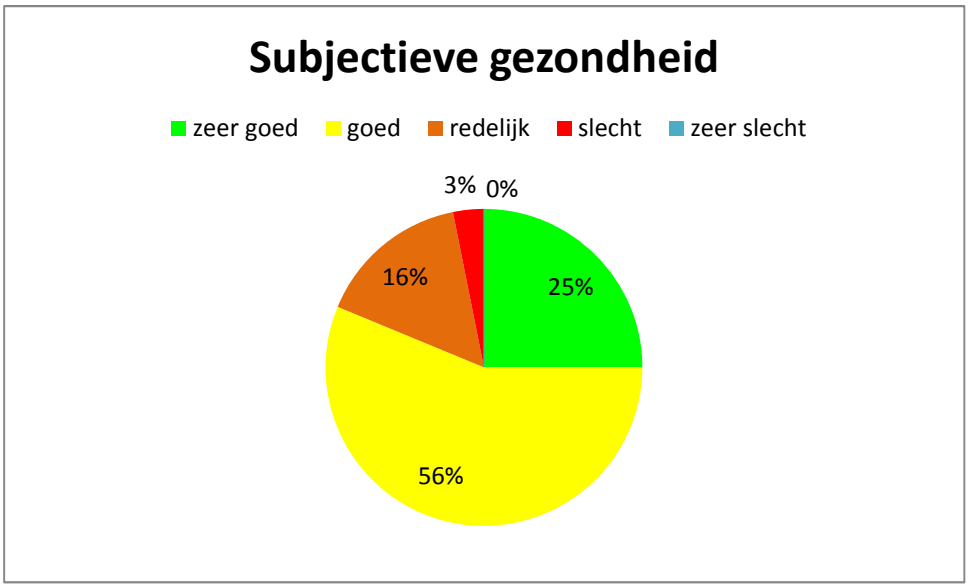
Tabel 5: Bronnen van inkomsten

	Herentalse woonwagenbewoners	Vlaamse woonwagenbewoners	Belgen
inkomens van werk	22%	29%	40%
werkloosheidsuitkering	25%	14%	6%
pensioen	12,5%	25%	16,5%
ziekte-of invaliditeitsuitkering	22%	27%	3,8%
leefloon of OCMW-steun	6%	7%	0,6%
andere	0%	9%	1,5%

Figuur 3: Bronnen van inkomsten



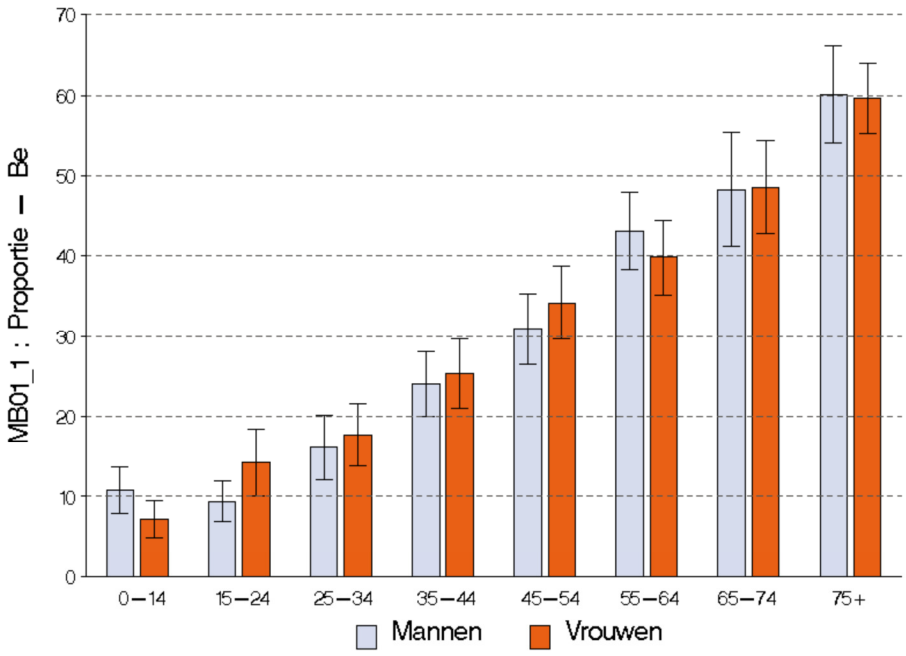
Figuur 4: Subjectieve gezondheid



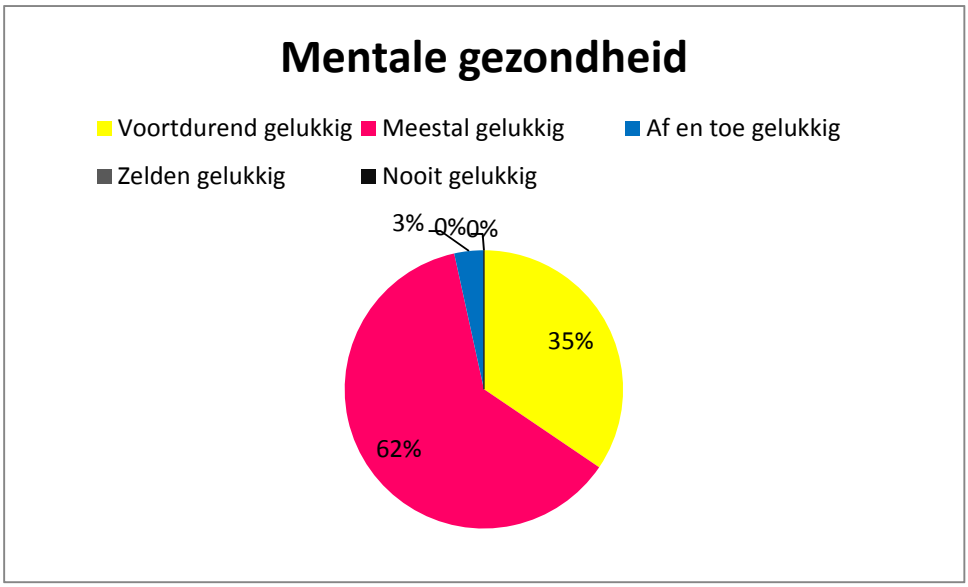
Tabel 6: Chronische aandoeningen

	Herentalse woonwagenbewoners	Belgen (HIS 2008)
Hypertensie	12,5% (n=4)	13%
Chronische rugklachten	9% (n=3)	16,9%
Blijvende letsels door ongeval/geweld	6,2% (n=2)	5,3%
Hartritmestoornissen	6,2% (n=2)	Onbekend
Artrose	3,1% (n=1)	13,1%
Allergie	3,1% (n=1)	13%
Chronische nekklachten	3,1% (n=1)	9,5%
Reumatoïde artritis	3,1% (n=1)	6%
COPD	3,1% (n=1)	3,8%
Chronische huidaandoening	3,1% (n=1)	2,6%
Coronaire hartaandoening	3,1% (n=1)	1,8%
Kanker	3,1% (n=1)	1,7%
Stollingsstoornissen	3,1% (n=1)	Onbekend
Fibromyalgie	3,1% (n=1)	Onbekend
Slaapapneu	3,1% (n=1)	Onbekend
Ernstige hoofdpijn/migraine	0% (n=0)	8,1%
Osteoporose	0% (n=0)	3,9%
Schildklierlijden	0% (n=0)	3,7%
Diabetes	0% (n=0)	3,5%
Urinaire incontinentie	0% (n=0)	3,1%
Prostaatlijden	0% (n=0)	3,1%

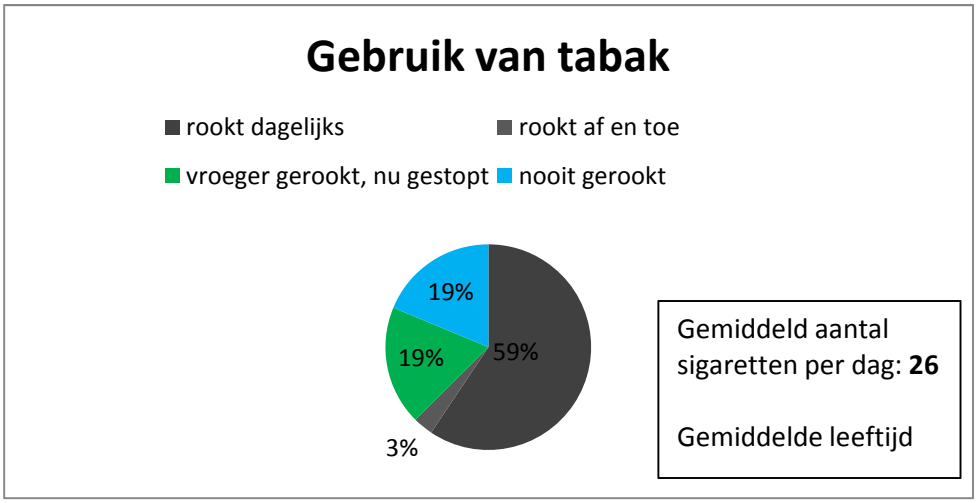
Figuur 5: Percentage van de bevolking dat een of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen heeft of handicaps heeft, volgens geslacht en leeftijd, België, Gezondheidsenquête 2008[18]



Figuur 6: Mentale gezondheid gedurende de laatste maand



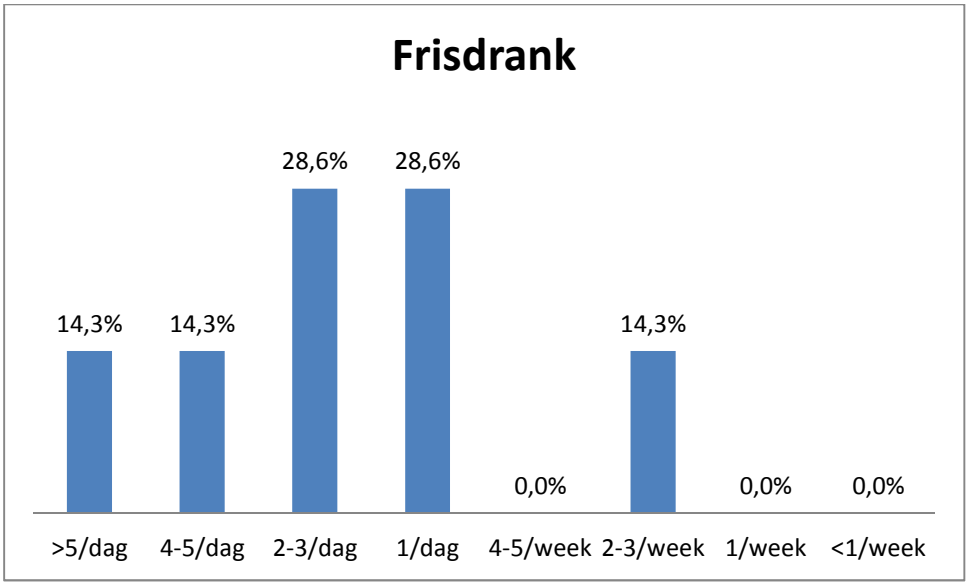
Figuur 7: Gebruik van Tabak



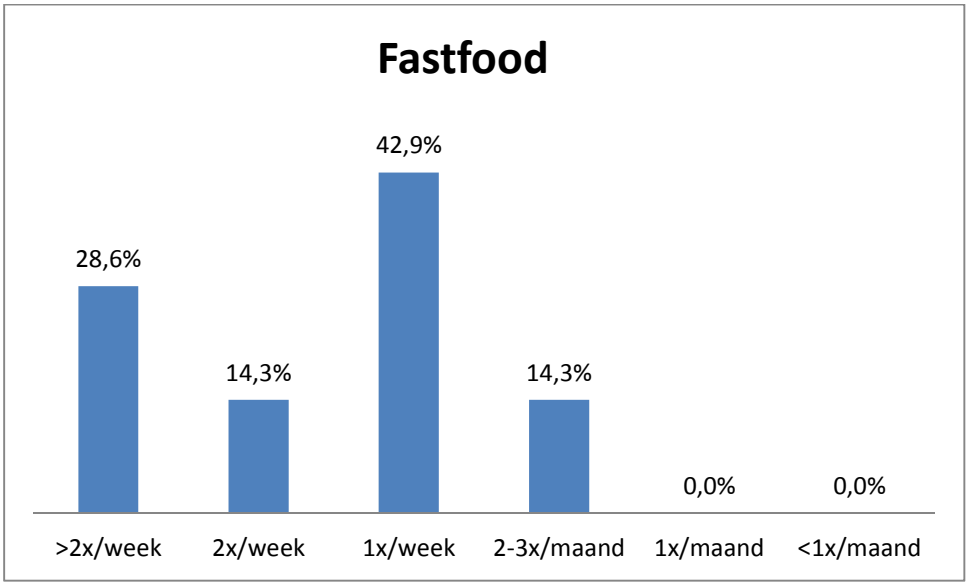
Tabel 7: Gebruik van tabak

	Herentalse woonwagenbewoners	Belgen (Nationale gezondheidsenquête 2008[19])
Dagelijkse rokers	59%	21%
Occasionele rokers	3%	4%
Ex-rokers	19%	22%
Nooit gerookt	19%	54%
Zware rokers (>20 sigaretten per dag)	37,5%	7%
Gemiddeld aantal sigaretten per dag	26	17
Gemiddelde leeftijd eerste sigaret	11,8 jaar	16

Figuur 8: Gemiddelde hoeveelheid frisdrank gedronken door de minderjarige kinderen per huishouden



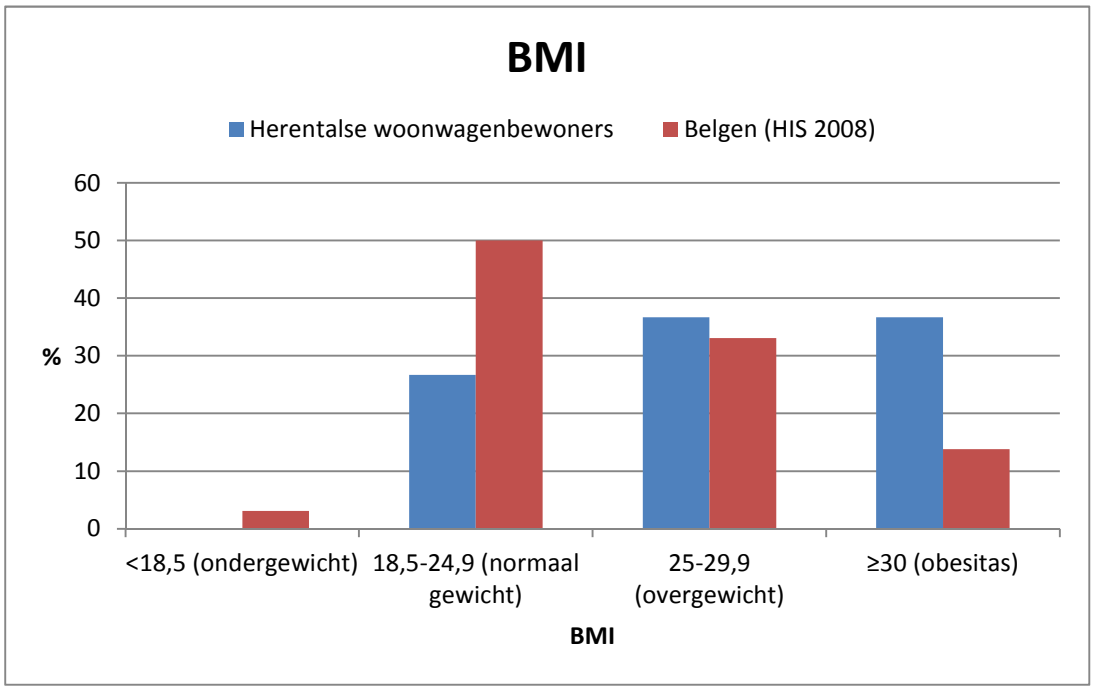
Figuur 9: Gemiddeld aantal momenten dat de huishoudens met minderjarige kinderen fastfood (frituur, McDonalds, kebab, pizza,…) eten



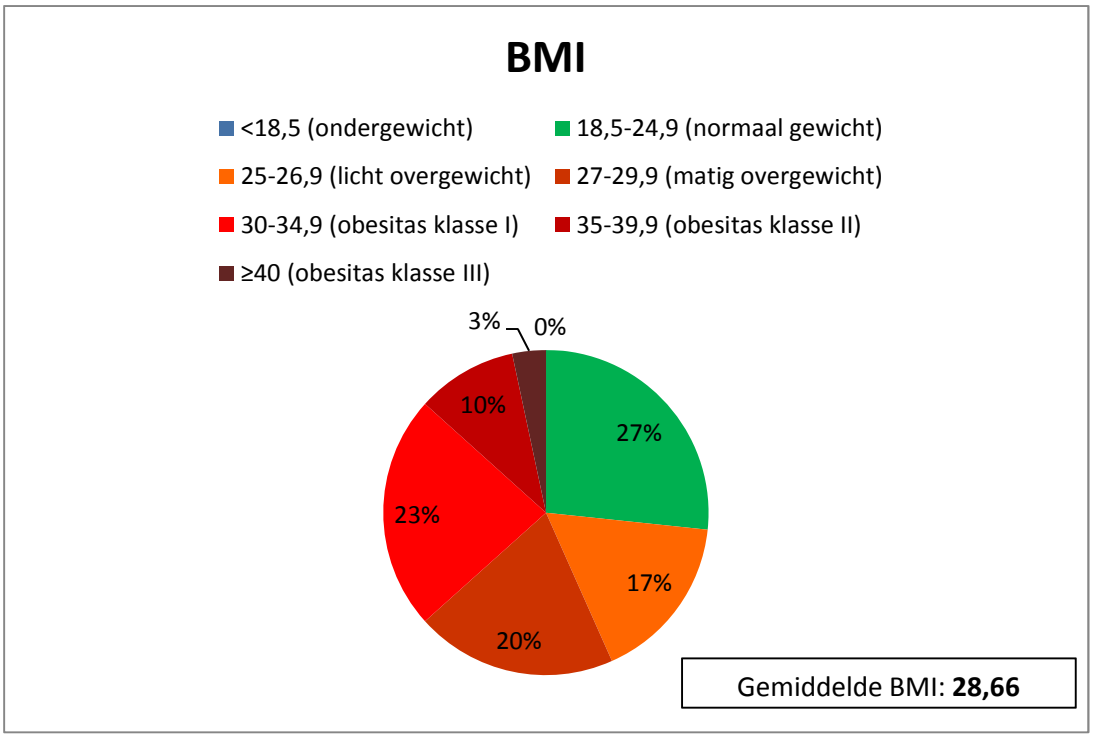
Tabel 8: Lichaamsbeweging

Grenswaarden volgens IPAQ 2004	N (tot=32)	%
1) Inactieven • alle personen die niet de karakteristieken aangeven beschreven in niveau 2 en 3	9	28
2) Minimale activiteit • 3 dagen of meer van intensieve activiteiten en dit minstens 20 minuten per dag • 5 dagen of meer van matige activiteiten of stappen en dit minstens 30 minuten per dag • 5 dagen of meer van activiteiten op een niveau met minimum een totaal van 600 minuten per week	11	34,5
3) voldoende activiteit om een positieve impact te hebben op de gezondheid • personen die de minimum grenswaarde, beschreven op niveau 2, overschrijden	12	37,5

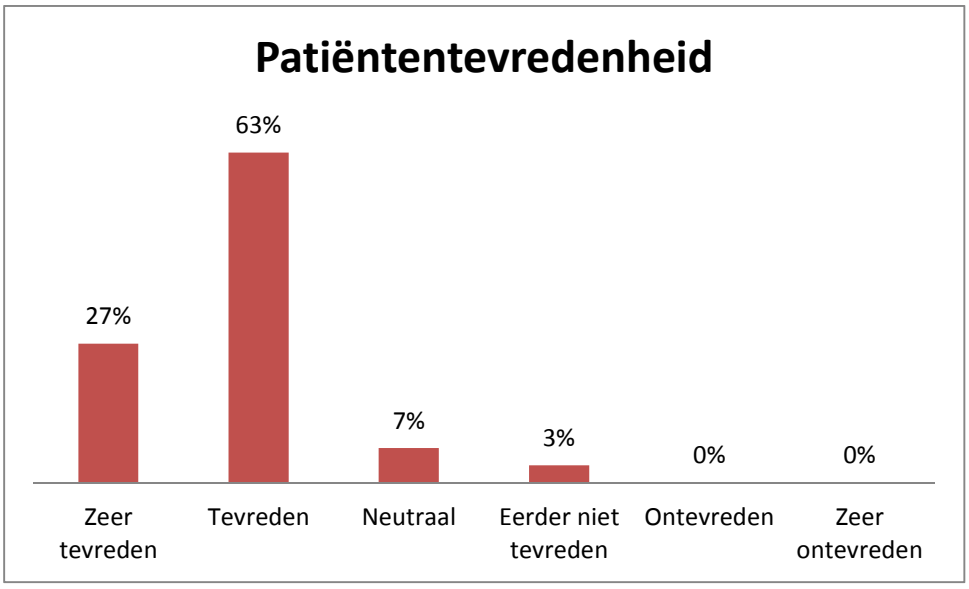
Figuur 10: BMI (Body Mass Index)



Figuur 11: BMI (Body Mass Index)



Figuur 12: Tevredenheid over de laatste contacten met de huisarts



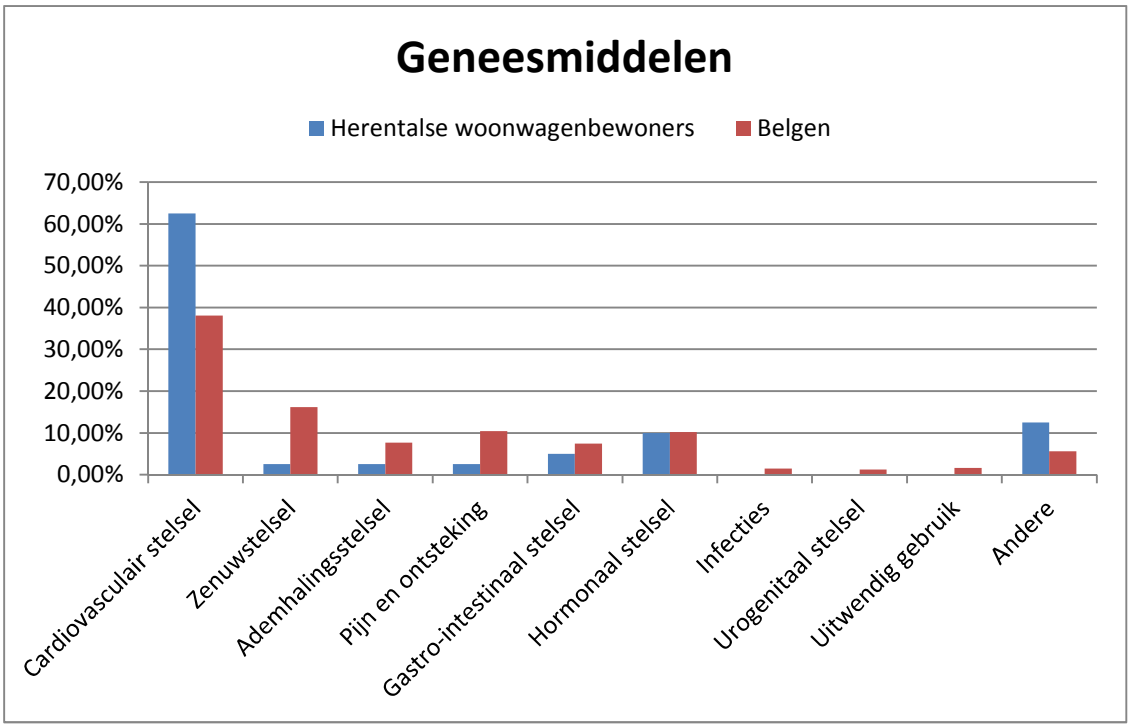
Tabel 9: gebruikte geneesmiddelen

Antihypertensiva	8
Antiaritmica	1
Hypolipemiërende middelen	8
Antitrombotica	6
Middelen tegen arterieel vaatlijden	2
Maagzuursecretie-inhibitoren	2
Middelen tegen COPD	1
Middelen tegen allergie	1
Pijnstillers	1
Benzodiazepines	1
Hormonale substitutie	4
Antitumorale middelen	1
Immunomodulatoren	1
Voedingssuplementen	2
Totaal	40

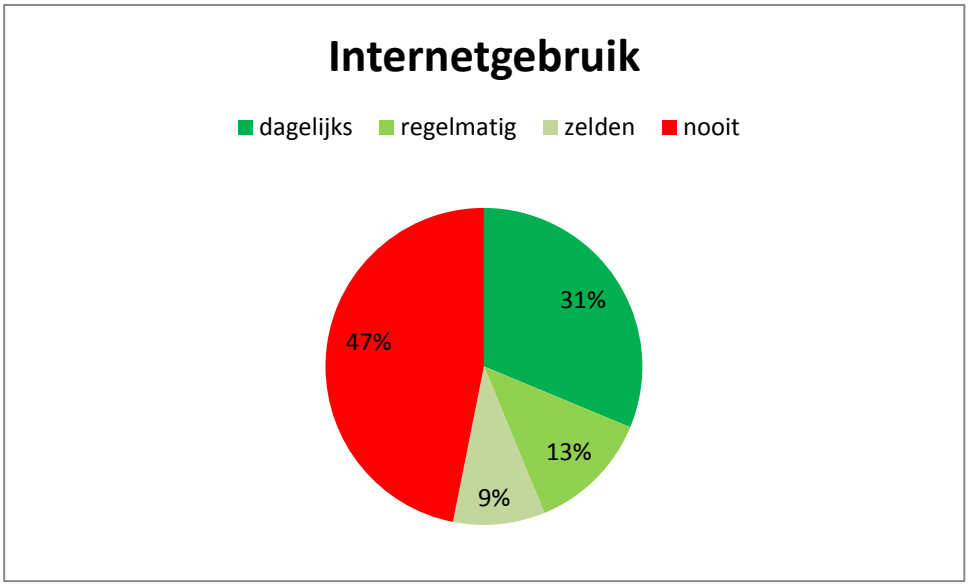
Tabel 10: Verdeling van de geneesmiddelen volgens geneesmiddelengroep

	Herentalse woonwagenbewoners	Belgen (HIS 2008)
Cardiovasculair stelsel	62,5% (n=25)	38,1%
Zenuwstelsel	2,5% (n=1)	16,2%
Ademhalingsstelsel	2,5% (n=1)	7,7%
Pijn en ontsteking	2,5% (n=1)	10,4%
Gastro-intestinaal stelsel	5% (n=2)	7,4%
Hormonaal stelsel	10% (n=4)	10,2%
Infecties	0% (n=0)	1,5%
Urogenitaal stelsel	0% (n=0)	1,2%
Uitwendig gebruik	0% (n=0)	1,6%
Andere	12,5% (n=5)	5,6%

Figuur 13: Verdeling van de geneesmiddelen volgens geneesmiddelengroep

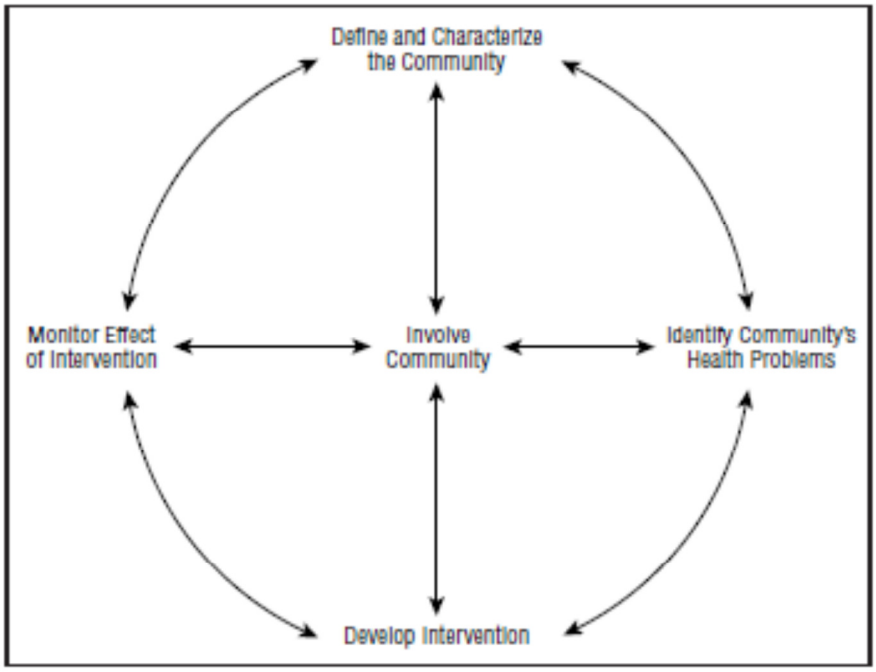


Figuur 14: gebruik van internet

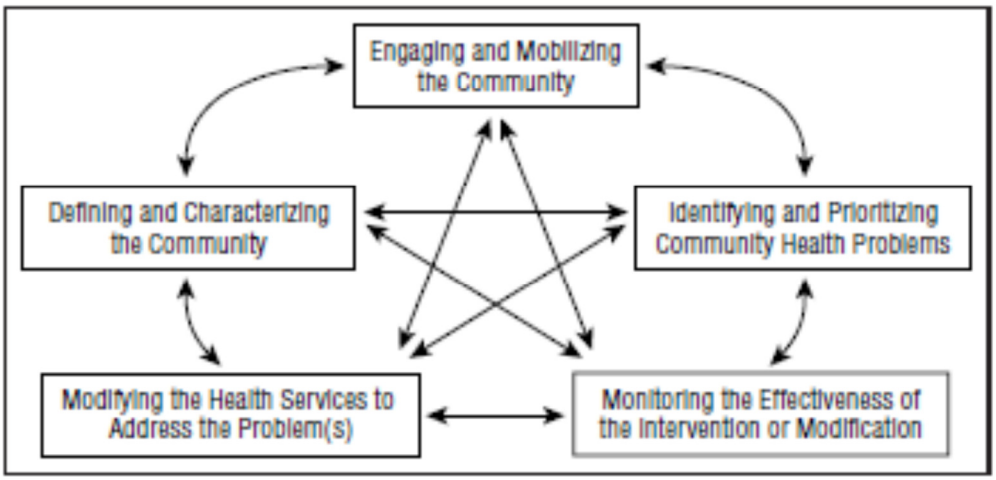


BIJLAGE 3: COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE (COPC)

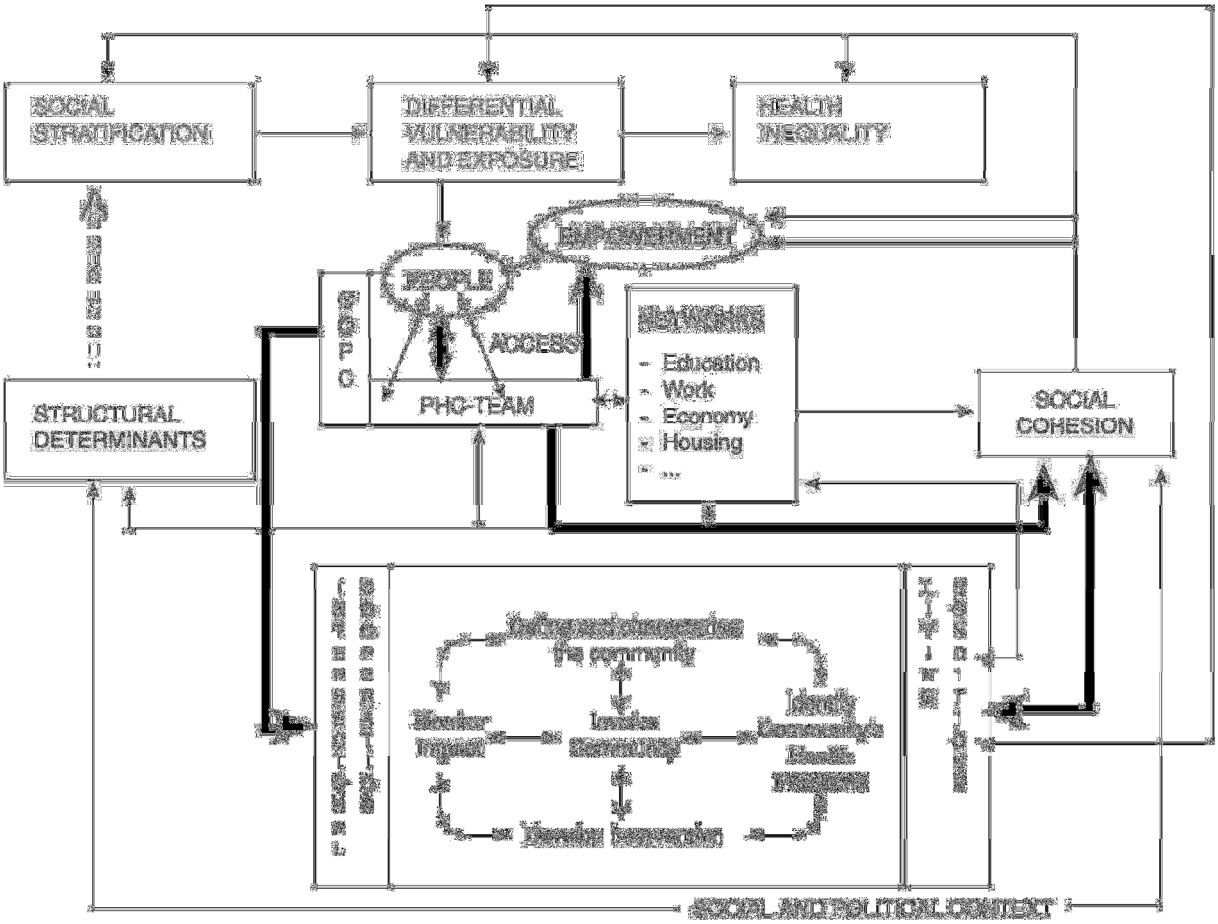
Figuur 1: COPC-model volgens Rhyne et al.[34]



Figuur 2: Het 'star in the circle' model volgens Strelnick[34]



Figuur 3: Eerstelijnsgezondheidszorg als een strategie om meer gelijkheid te realiseren (De Maeseneer et al.[35])



BIJLAGE 4: ONDERZOEKSPROTOCOL

1 Context

Tijdens mijn stage als HAIO (Huisarts in Opleiding) maakten de Voyageurs een groot deel uit van de patiëntenpopulatie in mijn opleidingspraktijk. Deze groep intrigeerde mij erg en maakte mijn opleiding extra boeiend en leerrijk.

Voyageurs zijn autochtone Belgen die afstammen van rondtrekkende handelaars en ambachtslui. Vandaag de dag trekken zij niet meer rond maar zijn zij overgeschakeld op een sedentaire levensvorm. Een groot deel van hen leeft nog steeds in een woonwagen maar staan meestal op gemeentelijke terreinen. Dit is ook in Herentals het geval, hier wonen de woonwagenbewoners op twee gemeentelijke woonwagenterreinen met in totaal 37 staanplaatsen.

In Vlaanderen wonen ongeveer 967 gezinnen in een woonwagen. Hiervan zijn ongeveer 7 op 10 Voyageurs, hun totaal aantal wordt geschat op 1693.

Door hun specifieke woonvorm, hun unieke culturele bagage en hun gebrekkige integratie in de maatschappij vormen zij een uitdaging voor de huisarts en andere hulpverleners.

Ik merkte meermaals dat de meeste mensen in en rond Herentals al wel eens gehoord hebben van de woonwagenbewoners (‘de Kotjakkers’ zoals ze hier genoemd worden) en dat er heel wat vooroordelen bestaan over deze groep maar dat er maar weinig zijn die écht weten wie de woonwagenbewoners zijn en hoe zij leven. De huisartsen en andere gezondheidsmedewerkers zijn hierin amper een uitzondering.

Om een geïntegreerde aangepaste gezondheidszorg te bewerkstelligen is echter een goede kennis van de gezondheidsaspecten en de cultuur van deze groep noodzakelijk.

2 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om aan de hand van enquêtes informatie te vergaren over de gezondheidsaspecten en de leefomstandigheden van de Voyageurs in Herentals. De resultaten van dit onderzoek worden samen met mijn persoonlijke ervaringen, de ervaringen van andere hulpverleners en informatie uit de literatuur gebundeld in een thesis waarmee ik mijn opleiding Master in de Huisartsgeneeskunde zal afronden.

3 Relevantie

3.1 Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is eerder beperkt. De onderzochte populatie is representatief voor de woonwagenbewoners van Herentals maar de steekproef is niet representatief voor de gehele populatie Voyageurs in Vlaanderen of België en al zeker niet voor de volledige populatie woonwagenbewoners in ons land. Al zijn er natuurlijk heel wat gelijkenissen tussen de verschillende groepen Voyageurs in Vlaanderen.

In 2008 werd door het Agentschap voor Binnenlands Bestuur een onderzoeksopdracht uitgeschreven voor een ‘Kwantitatieve bevraging van de maatschappelijke en economische positie van

woonwagenbewoners'. Aspecten over de onderwijssituatie, het inkomen, tewerkstelling, de gezondheidssituatie, huisvesting en de mate van sociale integratie bij woonwagenbewoners werden bevraagd onder coördinatie van het HIVA.

3.2 Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie is eerder lokaal. Het doel van de thesis is huisartsen en andere hulpverleners uit de regio meer informatie over deze groep te verschaffen. Deze informatie kan bijdragen tot een betere hulpverlening en het wegwerken van vooroordelen. Ook voor de gewone burgers kan deze informatie nuttig zijn om meer te weten te komen over de woonwagenbewoners in Herentals en onterechte vooroordelen te ontkrachten. Zo hoop ik ook dat anderen meer respect zullen krijgen voor deze mensen, want "onbekend is onbemind".

4 Methodologie

4.1 Studiedesign

Het betreft hier een cross-sectioneel epidemiologisch onderzoek waarbij aan de hand van enquêtes verschillende gezondheidsaspecten worden bevraagd.

4.2 Onderzoekspopulatie

De onderzochte populatie zijn de bewoners van de twee gemeentelijke woonwagenterreinen van de gemeente Herentals. Herentalse Voyageurs die in een huis wonen zullen niet geïncludeerd worden in de studie. Enkel bewoners die 18 jaar of ouder zijn zullen ondervraagd worden. Het gezinshoofd zal tevens ondervraagd worden over de minderjarige gezinsleden maar minderjarigen zullen niet rechtstreeks ondervraagd worden.

4.3 Gebruikte instrumenten

De vragenlijst bestaat uit twee verschillende delen, een deel over het huishouden en een individuele vragenlijst. Per huishouden zou 1 vragenlijst over het huishouden ingevuld moeten worden. Alle mensen die samen wonen in 1 woonwagen worden in dit onderzoek beschouwd als 1 huishouden, dit kan dan uit 1 of meerder personen bestaan. De individuele vragenlijst dient door elk lid van het huishouden ingevuld te worden. De vragenlijsten worden vergezeld van een informatiebrief en een formulier voor schriftelijke toestemming.

Volgende aspecten komen aan bod:

- Samenstelling van het gezin, leeftijd en geslacht
- Sociaal-economische situatie (inkomen, tewerkstelling, onderwijs, huisvesting)
- Gezondheidsconsumptie
- Gezondheidstoestand
- Levensstijl

Een groot aantal vragen kwamen ook voor in de Nationale Gezondheidsenquête zodat de resultaten kunnen vergeleken worden.

4.4 Procedure veldwerk

Het onderzoek wordt mondeling en via sociale media (via de facebook-groep 'Voyageurs Herentals') aangekondigd. De enquêtes zullen ingevuld worden tijdens een face-to-face interview op huisbezoek. Bij sommige gezinnen zal ik de enquêtes al op voorhand persoonlijk gaan afgeven zodat deze reeds voor het interview kunnen bekeken en eventueel al (deels) ingevuld worden. De patiënt zal voor het interview zowel schriftelijk als mondeling geïnformeerd worden over het onderzoek. Het toestemmingsformulier zal vóór het interview ondertekend worden.

Deelname aan het onderzoek is op vrijwillige basis. Personen die niet wensen deel te nemen zullen ook niet geïncludeerd worden.

Voor het eerste deel van de enquête over het huishouden streeft ik naar een participatie van 70%. Voor het tweede, individuele deel streef ik naar een participatie van 50%.

4.5 Verwerking data

De enquêtes zullen manueel verwerkt worden en de data zullen in een excell-bestand verzameld worden voor statistische analyse. De verwerking van de vragenlijsten gebeurt anoniem.

4.6 Analyse data

Er zal eerst een beschrijvende analyse worden uitgevoerd op de bekomen data. De bekomen resultaten zullen vergeleken worden met relevante resultaten uit andere onderzoeken (Belgische Nationale Gezondheidsenquête, HIVA-studie, studie Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen, studie Provincie Antwerpen). De resultaten van deze statische analyses zullen zo veel mogelijk grafisch weergegeven worden.

BIJLAGE 5: VRAGENLIJSTEN

I. Vragenlijst over het huishouden

(1 enquête per huishouden)

A. Samenstelling van het huishouden

Hoeveel kinderen zijn er in uw gezin? ……. Hoeveel hiervan wonen nog thuis? …….

Voornaam	Geslacht	Geboortedatum	Relatie met referentie-persoon	Gezondheids-toestand	Beroep
Referentiepersoon:					

B. Gezondheid en omgeving

Is er iemand die elke dag of bijna elke dag in de woning rookt?

- o Ja
- o Neen

Bestaan er enige beperkingen in verband met het roken in deze woning?

- o Neen, geen enkele
- o Ja, aan rokers wordt gevraagd niet binnenshuis te roken
- o Ja, roken is enkel toegelaten in bepaalde ruimtes
- o Ja, het is verboden te roken in aanwezigheid van jonge kinderen
- o Ja, andere beperkingen, omschrijf:……

C. Inkomen

Welke bronnen van inkomens ontvangen u of de andere leden van uw huishouden?

- o Inkomens van werk (als tewerkgestelde of zelfstandige)
- o Werkloosheidsuitkeringen
- o Rust- of overlevingspensioenen
- o Ziekte- of invaliditeitsuitkeringen
- o Leefloon of OCMW-steun
- o Kinderbijslagen
- o Studiebeurzen
- o Andere regelmatige inkomens (huuropbrengsten, lijfrenten, …)
- o Geen inkomens

Als alle inkomens van u of andere leden van uw huishouden ontvangen meegerekend worden wat is dan uw totaal maandelijks netto-inkomen, dit is na het afhouden van belastingen en sociale zekerheidsbijdragen? Indien dit inkomen per maand varieert gelieve dan een gemiddelde aan te geven.

						Euro

U vindt het misschien moeilijk om deze vraag te beantwoorden. De volgende vraag is wellicht gemakkelijker te beantwoorden. In welke categorie valt het maandelijks netto-inkomen van uw huishouden?

- < 1000 euro/maand
- 1000 – 1500 euro/maand
- 1500 – 2000 euro/maand
- 2000 – 2500 euro/maand
- > 2500 euro/maand
- Weet het niet
- Geen antwoord

Met dit inkomen voor ogen, is uw huishouden in staat de eindjes aan elkaar te knopen?

- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Eerder moeilijk
- Eerder gemakkelijk
- Gemakkelijk
- Zeer gemakkelijk

D. Uitgaven voor gezondheidszorgen

Kruis aan voor welke gezondheidszorgen uw huishouden de afgelopen maand uitgaven gehad heeft en geef aan hoeveel hieraan (ongeveer) werd uitgegeven.

- Huisarts (……euro)
- Specialist (…….euro)
- Tandarts (…….euro)
- Andere gezondheidszorgverstrekkers zoals kinesist, homeopaath, dietist, psycholoog, logopedist,… (……euro)
- Geneesmiddelen (……euro)
- Verblijf in een verzorgingsinstelling zoals een ziekenhuis of een rusthuis (……..euro)
- Medische hulpmiddelen zoals verbanden, injectiemateriaal, zuurstofflessen,… (…….euro)

Genieten de leden van uw huishouden van een verhoogde tegemoetkoming bij de ziekteverzekering? (als je verhoogde tegemoetkoming hebt eindigt de code onderaan op uw klever van het ziekenfonds op een 1)

- Ja, alle leden van het huishouden
- Ja, maar niet alle leden van het huishouden
- Neen
- Weet ik niet

Maakt uw huishouden bij de huisarts gebruik van de derde-betalers-regeling (dit wil zeggen dat u enkel het remgeld betaalt)?

- Altijd
- Meestal
- Af en toe
- Zelden

- Nooit
- Ik betaal geen remgeld (ik geef enkel een klevertje van het ziekenfonds af)
- Andere regeling (OCMW, schuldbemiddeling,…)

Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u of iemand van uw huishouden de volgende zorgen nodig had, maar niet kon betalen? Zo ja, kruis aan om welke zorgen het ging.

- Consultatie bij de huisarts
- Consultatie bij een specialist
- Tandverzorging
- Behandeling bij een kinesist
- Operatie
- Voorgeschreven geneesmiddelen
- Bril of contactlenzen
- Mentale zorgen, zoals van een psycholoog of psychiater

E. Huisvesting

Op welk woonwagerterrein woont u?

- Heirenbroek
- Viaduct

Hoeveel slaapkamers zijn er in uw woning? …….

Zijn er momenten in de winter dat u uw woning niet voldoende kan verwarmen?

- Nooit
- Soms
- Vrij vaak
- Meestal

Hebt u vochtproblemen in uw woning?

- Neen, geen probleem
- Ja, een klein probleem
- Ja, een vrij ernstig probleem
- Ja, een zeer ernstig probleem

Is schimmelvorming een probleem in uw woning?

- Neen, geen probleem
- Ja, een klein probleem
- Ja, een vrij ernstig probleem
- Ja, een zeer ernstig probleem

Bent u van mening dat het feit dat u in een woonwagen woont een negatieve invloed heeft op uw gezondheid?

- Ja, in grote mate
- Ja, in beperkte mate
- Neen

Indien ja, becommentarieer:

……
……

F. Vragen over de minderjarige kinderen in het huishouden

Werden de kinderen als baby opgevolgd door Kind&Gezin?

- Ja
- Ja, ik ging af en toe
- Ja, maar niet allemaal
- Neen

Hebben de kinderen alle basisvaccinaties gehad?

- Ja
- Nee, ze hebben niet alle vaccinaties gehad
- Nee, enkel de verplichte vaccinatie tegen polio

Door wie werden deze vaccinaties gegeven?

- Kind&Gezin
- Huisarts
- Sommigen door Kind&Gezin, anderen door de huisarts

Hoe vaak gaan de kinderen op controle bij de tandarts?

- Jaarlijks
- 1 keer per 2 jaar
- Minder dan 1 keer per 2 jaar
- Ze gaan nooit op controle, ze gaan enkel als er klachten zijn

Hoeveel dagen zijn de kinderen de afgelopen 2 maanden afwezig geweest op school omwille van ziekte?

Kind 1 (……..): …… dagen
Kind 2 (……..): …… dagen
Kind 3 (……..): …… dagen
Kind 4 (……..): …… dagen
Kind 5 (……..): …… dagen

Zijn de kinderen lid van een sportclub?

Voornaam Kind	Ja	Neen	Zo ja, welke sport?

Nemen de kinderen deel aan andere buitenschoolse activiteiten (jeugdbeweging, muziekschool, ….)?

Voornaam Kind	Ja	Neen	Zo ja, welke activiteit?

Eten de kinderen dagelijks fruit?

- Ja
- Neen

Eten de kinderen dagelijks groenten?

- Ja
- Neen

Eten de kinderen dagelijks melkproducten (melk, yogurt, kaas,…)?

- Ja
- Neen

Hoeveel frisdrank drinken de kinderen gemiddeld?

- Meer dan 5 glazen per dag
- 4-5 glazen per dag
- 2-3 glazen per dag
- 1 glas per dag

- 4-5 glazen per week
- 2-3 glazen per week
- 1 glas per week
- Minder dan 1 glas per week

Hoe vaak eten de kinderen fastfood (frituur, mcDonalds, kebap, pizza's,…)?

- Meer dan 2 keer per week
- 2 keer per week
- 1 keer per week
- 2-3 keer per maand
- 1 keer per maand
- Minder dan 1 keer per maand

Hoe vaak eten de kinderen vis?

- 4 tot 6 keer per week
- 1 tot 3 keer per week
- Minder dan 1 keer per week
- Nooit

Eten jullie samen aan tafel?

- Ja, altijd
- Ja, meestal
- Af en toe
- Zelden
- Neen, nooit

Hoe belangrijk vindt u het dat uw kinderen gezond eten?

- Zeer belangrijk, ik ben er dan ook erg mee bezig
- Wel belangrijk, maar ik ben er niet zo mee bezig
- Niet zo belangrijk
- Ik hecht er geen belang aan

II. Individuele vragenlijst

(In te vullen door 1 of 2 meerderjarigen per huishouden)

A. Algemene info

Op welk woonwagenterrein woont u?

- o Heirenbroek
- o Viaduct

Wat is uw leeftijd? ☐ jaar

Wat is uw geslacht?

- o Man
- o Vrouw

B. Studies en tewerkstelling

Welk is het hoogste diploma of de hoogste graad die u behaald heeft?

- o Lager onderwijs
- o Algemeen lager secundair onderwijs
- o Lager technisch, kunst- of beroepssecundair onderwijs
- o Algemeen hoger secundair onderwijs
- o Hoger technisch secundair onderwijs
- o Hoger beroepssecundair onderwijs
- o Post-secundair niet-hoger onderwijs
- o Hoger onderwijs van het korte type
- o Hoger onderwijs van het lange type
- o Universitair onderwijs
- o Geen diploma

Hoe oud was u toen u uw studies beëindigde?

☐☐ jaar

Hebt u op dit moment betaald werk, eventueel tijdelijk onderbroken?

- o Ja
- o Neen

Indien ja, bent uw tewerkgesteld als werknemer of zelfstandige?

- o Werknemer
- o Zelfstandige

Indien ja, welk werk verricht u?

……

Indien nee, in welk van volgende situaties bevindt u zich?

- o Werkloosheid
- o Ziekte of invaliditeit
- o Pensioen
- o Ik doe het huishouden, zonder uitkering
- o Ik ben helpster van een zelfstandige
- o Andere situatie, omschrijf: …….

Indien nee, hebt u ooit betaald werk gehad?

- o Ja
- o Neen

Bent u de afgelopen 12 maanden op het werk afwezig geweest door gezondheidsproblemen?

- o Ja, ☐ dagen in totaal
- o Neen

Wordt u op uw werk geconfronteerd met pesterijen of discriminatie?

- Ja
- Neen

C. Woonomstandigheden

Hebt u uw hele leven in een woonwagen gewoond?

- Ja
- Neen, sinds ☐

Bent u tevreden over uw huidige wooncomfort?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Eerden niet tevreden
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

Zou u uw woonwagen willen inruilen voor een woning?

- Ja
- Neen

Verklaar uw antwoord: ……
……

D. Gezondheidstoestand

Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?

- Zeer goed
- Goed
- Gaat wel (redelijk)
- Slecht
- Zeer slecht

Hebt u één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps?

- Ja
- Nee

Zo ja, welke?

……
……

Bent u vanwege deze ziekte(n), aandoening(en) of handicaps belemmerd in uw dagelijkse bezigheden?

- Voortdurend
- Af en toe
- Niet of zelden

Voelde u zich de afgelopen maand gelukkig?

- Voortdurend
- Meestal
- Af en toe
- Zelden
- Nooit

Welke geneesmiddelen gebruikt u dagelijks?

……
……

Welke andere geneesmiddelen hebt u de laatste maand gebruikt?

……
……

Wat is uw lengte en gewicht?

[ ] cm [ ] kg

E. Levensstijl

Rookt u of heeft u ooit gerookt?

- Ja, ik rook dagelijks (gemiddeld ……. sigaretten per dag)
- Ja, ik rook af en toe
- Ja, ik heb gerookt maar ben gestopt sinds ……..
- Nee, ik heb nooit gerookt

Indien ja, op welke leeftijd hebt u voor het eerst gerookt?

[ ] jaar

Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden eender welke alcoholische drank gedronken?

- Elke dag of bijna dagelijks
- 5-6 dagen per week
- 3-4 dagen per week
- 1-2 dagen per week
- 2-3 dagen per maand
- Minder dan 2 dagen per maand

Heb u ooit het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?

- Ja
- Neen

Hebt u de laatste 12 maanden drugs gebruikt?

- Ja
- Neen

Zo ja, om welke drugs gaat het en hoe vaak gebruikt u het?

……

Op hoeveel dagen deed u tijdens de afgelopen 7 dagen zware lichamelijke activiteiten zoals zwaar tilwerk, joggen, voetbal, aerobics,….?

[ ] dagen per week

Hoeveel tijd spendeert u op zo een dag gewoonlijk aan zware lichamelijk activiteiten?

[ ] uren [ ] minuten per dag

Op hoeveel dagen deed u tijdens de afgelopen 7 dagen matige lichamelijke inspanning zoals dragen van lichte lasten, fietsen op normaal tempo, lichte sporten zoals zwemmen,…? (wandelen of stappen niet meegerekend)

[ ] dagen per week

Hoeveel tijd spendeert u op zo een dag gewoonlijk aan matige lichamelijk activiteiten?

[ ] uren [ ] minuten per dag

Op hoeveel dagen hebt u tijdens de afgelopen 7 dagen gedurende minstens 10 minuten aan één stuk gewandeld of gestapt?

[ ] dagen per week

Hoeveel tijd spendeert u op zo een dag gewoonlijk aan wandelen of stappen?

[ ] uren [ ] minuten per dag

F. Gezondheid en seksualiteit

Hebt u ooit seksuele betrekkingen gehad?

- Ja
- Neen

Hoe oud was u toen u voor het eerst seksuele betrekkingen had?

[ ] jaar

Hoe oud was u toen u voor het eerst een kind kreeg?

[ ] jaar

Heeft u kinderen met een partner die familiaal verwant is aan u?

- Ja
- Neen

G. Contacten met de huisarts

Hebt u een vaste huisarts of een vaste huisartspraktijk?

- Ja
- Neen

Indien neen, kunt u aangeven waarom u geen vaste huisarts of huisartsenpraktijk hebt?

- Ik ben nooit ziek
- Ik raadpleeg verschillende huisartsen, naargelang het probleem
- Ik ga doorgaans onmiddellijk naar een specialist
- Ik ga doorgaans onmiddellijk naar de spoedopname
- Andere reden, omschrijf: ……

Indien ja, wie is uw huisarts?

……

Bent u tevreden over uw huisarts?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Eerden niet tevreden
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

Bent u de laatste 5 jaar veranderd van huisarts?

- Ja
- Neen

Zo ja, wat was hiervoor de reden?

……

……

Zou u willen veranderen van huisarts?

- Ja
- Neen

Indien ja, om welke reden en waarom bent u (nog) niet veranderd?

……

……

Hoeveel keer hebt u de afgelopen 4 weken een huisarts geraadpleegd?

☐ keer

Hoeveel keer hebt u de afgelopen 3 maanden een huisarts geraadpleegd?

☐ keer

H. Contacten met de huisartsenwachtpost

Hoe vaak hebt u de afgelopen 6 maanden de huisartsenwachtpost geconsulteerd?

☐ keer

Was u tevreden over de dienstverlening?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

I. Contacten met de spoedgevallendienst

Hoe vaak hebt u de afgelopen 6 maanden een spoedgevallendienst geconsulteerd?

☐ keer

Werd u de laatste keer dat u een spoedgevallendienst consulteerde doorverwezen door uw huisarts?

- Ja
- Neen

Was u tevreden over de dienstverlening?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

J. Communicatie

Maakt u gebruik van internet?

- Ja, dagelijks
- Ja, regelmatig
- Zelden
- Nooit

Maakt u gebruik van internet om informatie te verkrijgen omtrent gezondheid?

- Ja
- Neen

Bent u vertrouwd met sociale media zoals Facebook?

- Ja, ik ben er actief mee bezig
- Ja, maar ik ben er niet mee bezig
- Neen

Bent u lid van de Facebook-groep 'Voyageurs Herentals'?

- Ja
- Neen

Hartelijk dank voor uw medewerking aan deze enquête!

BIJLAGE 6: INFORMATIE VOOR DE PATIENT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn master-na-master opleiding huisartsgeneeskunde voer ik een onderzoek uit naar bepaalde gezondheidsaspecten bij de woonwagenbewoners of Voyageurs in Herentals. Dit gebeurt aan de hand van een enquête.

Ik merkte meermaals dat de meeste mensen in en rond Herentals al wel eens gehoord hebben van de woonwagenbewoners en dat er heel wat vooroordelen bestaan over jullie als groep maar dat er maar weinig zijn die écht weten wie de woonwagenbewoners zijn en hoe jullie leven. De huisartsen en andere gezondheidsmedewerkers zijn hierin amper een uitzondering.

Tijdens mijn 2-jarige samenwerking met dokter Nicolaï heb ik het voorrecht gehad kennis te mogen maken met een groot aantal woonwagenbewoners als patiënten. Dit waren steeds zeer aangename en leerrijke contacten. Als Herentalsenaar had ik vóór deze periode natuurlijk wel al eens gehoord van de woonwagenbewoners maar mijn kennis van jullie leefgewoonten was toch zeer beperkt. Ondertussen is deze kennis al wat gegroeid maar aan de hand van dit onderzoek wil ik een beter inzicht krijgen in bepaalde gezondheidsaspecten zoals de gezondheidstoestand, de levensstijl en het gebruik van de gezondheidszorg. Aan de hand van mijn ervaringen, de resultaten van deze enquête en wat opzoekwerk zal ik een korte verhandeling schrijven. Het doel is om mijn opgedane kennis te delen met andere gezondheidsmedewerkers om zo de gezondheidszorg beter te kunnen afstemmen op de specifieke behoeften, verwachtingen en gezondheidsproblemen in jullie gemeenschap.

De enquête bestaat uit 2 delen. Het eerste deel gaat over alle leden van uw huishouden, hiervan moet er 1 exemplaar ingevuld worden. Het 2de deel is een individuele vragenlijst, hiervan moeten 1 of 2 exemplaren ingevuld worden door meerderjarige leden van uw huishouden.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.
Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u niet verplicht bent op alle vragen te antwoorden. Wanneer u niet wenst te antwoorden op bepaalde vragen kunt u deze gewoon overslaan.
Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan dit onderzoek.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen via e-mail (leen.demuelenaere@ugent.be).

Ik stel uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Leen de Mûelenaere

BIJLAGE 7: TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dr Leen de Mûelenaere mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.
5. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…….

Handtekening……

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum…….
Naam……
Handtekening…….

BIJLAGE 8: GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 55 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0666	30-jul-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Voyageurs in de huisartsenpraktijk: Bevraging van de gezondheidsaspecten in deze etnisch-culturele minderheidsgroep - ManaMA Leen De Müelenaere

Belgisch Registratienummer: B670201421582

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier versie 1.0 dd. 24/06/2014 (volledig ontvangen dd. 17/07/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 1.0) dd. 25/05/2014
* Protocol (versie 1.0) dd. 25/05/2014
* Vragenlijsten (versie 1.0) dd. 25/05/2014

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 29/07/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 29/07/2015, 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 29/07/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 29/07/2015, 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 19/08/2014

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/08/2014

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0666	30-jul-14	Zie "CC"

- *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 - Dimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

ETHISCH COMITE
2011-2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185
9000 Gent

Voorzitter: Prof.dr. D. MATTHYS (UZG – kindercardioloog, ♂)
Secretaris: Prof.dr. K. VANDEWOUDE (UZG – internist, ♂)

Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (jurist, ♂)
Dr. G. DE CUYPERE (UZG – psychiater, ♀)
Prof.dr. E. DE BAERE (UZG – medische genetica, ♀)
Dhr. D. GOEMINNE (UZG – verpleegkundige, ♂)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. P. DE SUTTER (UZG – gynaecoloog, ♀)
Prof.dr. R. LEFEBVRE (UZG – klinisch farmacoloog, ♂)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Mevr. S. VERCOUTERE (UZG – verpleegkundige – moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)

Experten betrokken bij de beoordeling van alle protocollen:

- Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
- Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
- Prof.dr. D. DE CLERCQ (Ugent – expert biomechanica en bewegingsanalyse)
- Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundig stafmedewerker ethiek, ♂)

Aanvullend expert bij farmacologische studies:

- Prof.dr. M. PETROVIC (UZG – geriater – klinisch farmacoloog, ♂)

Aanvullend expert bij psychologische studies:

- Prof.dr. W. NOTEBAERT (UGent – psycholoog, ♂)

Aanvullende experten bij pediatrische studies (alternerend):

Worden gekozen door Prof.dr. D. Matthys in functie van de onderwerpen (cfr. goedkeuring)