



ONDERZOEK NAAR DE (NA)ZORG DIE CLB KUNNEN VERLENEN NAAR  
AANLEIDING VAN DE MEDISCHE CONSULTEN

ANN KEYMEULEN EN KATELIJNE VANHOECK  
VLAAMSE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG  
2014

# 1 Inhoud

---

2	Kansarmoede.....	2
2.1	Definities.....	2
2.2	Effecten van kansarmoede .....	3
2.3	Prevalentie.....	5
3	Standaarden jeugdgezondheidszorg: aandacht voor kansarmoede? .....	5
4	Wenselijke aanpak en methodieken .....	6
4.1	Werken in/met maatschappelijke kwetsbaarheid .....	6
4.2	Wat ouders in kansarmoede van het CLB verwachten .....	7
5	Communicatie tijdens het consult.....	8
6	Aanbevelingen voor CLB.....	9
7	Nuttige bronnen en materialen.....	11
8	Referenties .....	14

## 2 Kansarmoede

---

### 2.1 Definities

Er bestaan diverse **armoedefinities** en armoedegrenzen. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen de **financiële en ruimere definities** van armoede.

*De financiële definitie* vertrekt van een financiële armoedegrens en beschouwt iedereen wiens inkomen onder deze grens valt als arm. Een voorbeeld hiervan is de Europese armoedegrens.

*Een ruimere definitie, omschreven als kansarmoede* hanteert niet alleen een financieel criterium, maar wijst op de impact van armoede op diverse **levensdomeinen** waardoor een kloof ontstaat tussen de leefpatronen van mensen die leven in armoede en de algemeen aanvaarde leefpatronen in een samenleving. Structurele uitsluitingsmechanismen maken dat deze mensen onvoldoende toegang hebben tot basisrechten (bestaanszekerheid, onderwijs, huisvestinggezondheid, maatschappelijke dienstverlening, recht, werk, cultuur en vrije tijd). Dit heeft gevolgen voor de gevoelswereld van personen die leven in armoede en maakt dat zij andere kennis en vaardigheden ontwikkelen en minder participeren dan de rest van de samenleving (1).

Generatie-armoede duidt op de vicieuze cirkel waarbij armoede doorgaat van generatie op generatie.

**Kind en Gezin** definieert kansarmoede als een duurzame toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om te genieten van maatschappelijk hooggewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid en huisvesting. Om gezinnen, als kansarm te kunnen identificeren en een gepast aanbod te bieden, worden zes criteria gescoord. Deze zijn het maandinkomen, het opleidingsniveau, de arbeidssituatie van de ouders, het stimulatie-niveau van de ouders ten aanzien van hun kinderen, de huisvesting en de gezondheid van de gezinsleden. Wanneer een gezin op drie van deze criteria onder een bepaalde grens scoort, wordt het beschouwd als een kansarm gezin. Aangezien drie van de zes criteria volstaan hoeft een gezin dus geen grote financiële moeilijkheden te ervaren om als kansarm beschouwd te worden (2).

Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) hebben aandacht voor **maatschappelijk kwetsbare leerlingen**, vanuit hun decretaal omschreven opdracht (3). Ook het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de CLB voorziet ondersteuning van het schoolbeleid voor prioritaire doelgroepen (4).

**De prioritaire (kwetsbare) doelgroepen** worden omschreven als groepen van leerlingen die leerbedreigd zijn door hun sociale achtergrond of hun leefsituatie. Wat dit precies betekent, wordt niet nader omschreven.

Hun bijzondere noden groeien uit een bepaalde risicoconstellatie waarin kinderen en jongeren opgroeien. Diverse contexten bepalen de aard van het risico met name:

- **Risico vanuit een maatschappelijke context:** kinderen die opgroeien in kansarmoede lopen een groter risico op gezondheids- en ontwikkelingsproblemen op sociaal, emotioneel, cognitief en lichamelijk vlak. Subgroepen hiervan zijn anderstalige nieuwkomers, asielzoekers en kinderen die illegaal in het land verblijven. (5)
- **Risico vanuit een onderwijscontext:** jongeren die een technische en (deeltijds)beroepsonderwijs school lopen zijn kwetsbaarder in hun sociale en emotionele ontwikkeling en lopen meer risico op een problematischere uitkomst.  
Kinderen die school lopen in het buitengewoon onderwijs zijn bedreigd in hun ontwikkeling tot een zelfstandig functionerend maatschappelijk functionerende volwassene. (5)
- **Risico vanuit een individuele constellatie:** het persoonlijk ontwikkelingstraject, de medische voorgeschiedenis (chronische aandoening), de gezins- en sociale context maken of een kind al dan niet nood heeft aan gerichte maatregelen ter bescherming/bevordering van zijn/haar gezondheid en

ontwikkeling (5) .

Het concept sociaal-economische status (SES) verwijst naar de positie van een persoon op de maatschappelijk ladder, verwijzend naar het opleidingsniveau, het beroep en het inkomen. SES-indicatoren gebruikt in onderwijs, voor de toewijzing van middelen zijn, het opleidingsniveau van de moeder, het ontvangen van een schooltoelage en de thuistaal van de leerling die niet het Nederlands is.

## 2.2 Effecten van kansarmoede

Het rapport van vzw De Link maakt een goede synthese van de effecten op de gevoelswereld, de vaardigheden- en kennisopbouw en de maatschappelijke participatie van kansarme mensen. Omdat deze effecten onmiddellijke relevantie hebben voor de wijze waarop hulpverlening moet worden aangeboden, worden ze hier kort toegelicht (1).

- Effecten op de gevoelswereld

Mensen in armoede hebben een sterk minderwaardigheidsgevoel, voelen schaamte en vernedering doordat ze van kleins af aan geconfronteerd worden met veroordeling, onbegrip, wantrouwen, schuldinductie als zouden ze zelf verantwoordelijk zijn voor hun situatie. Ze hebben ook een sterk gevoel van onmacht omdat hun dromen en verlangens slechts beperkt worden gerealiseerd.

- Effecten op de kennisopbouw

De kennisopbouw loopt verschillend door een beperkte of ontmoedigende schoolcarrière en een beperkt sociaal netwerk waardoor ook het informele leren wordt benadeeld. Daar tegenover staat hun ervaringskennis over leven in armoede.

- Effecten op het ontwikkelen van vaardigheden

Mensen in armoede ontwikkelen onvoldoende vaardigheden om zich te handhaven in de maatschappij door het ontbreken van voorbeelden en een gebrekkige basishechting. Als 'overleven' een dagelijkse prioriteit is, is er onvoldoende emotionele en mentale ruimte om te leren. De beperkte vaardigheden uit zich op het vlak van huishouden, administratiebeheer, opvoeding, communicatievaardigheden, opbouwen van relaties, omgaan met nieuwe ervaringen en situaties.

- Effecten op de maatschappelijke participatie

Het gekwetste zelfwaardegevoel en de andere competentie-ontwikkeling maken dat mensen in kansarmoede hun problemen niet (kunnen) aanpakken en dat hulpverleners het probleem vaak overnemen, zonder inspraak noch participatie van de betrokkenen. Hierdoor wordt de kans ontnomen om zelf verantwoordelijkheid en actie op te nemen. Door talrijke negatieve ervaringen met maatschappelijke diensten wordt hulpverlening vaak gewantrouwd en gemeden.

Naast deze negatieve effecten van kansarmoede wordt ook expliciet gewezen op positieve aspecten als motivatie, draag- en veerkracht die mensen in kansarmoede tentoon spreiden. Zij hebben ook kennis over wat wel kan werken in armoede-situaties, daarom moeten ze ook op deze vaardigheden worden aangesproken.

- Effecten op de gezondheid

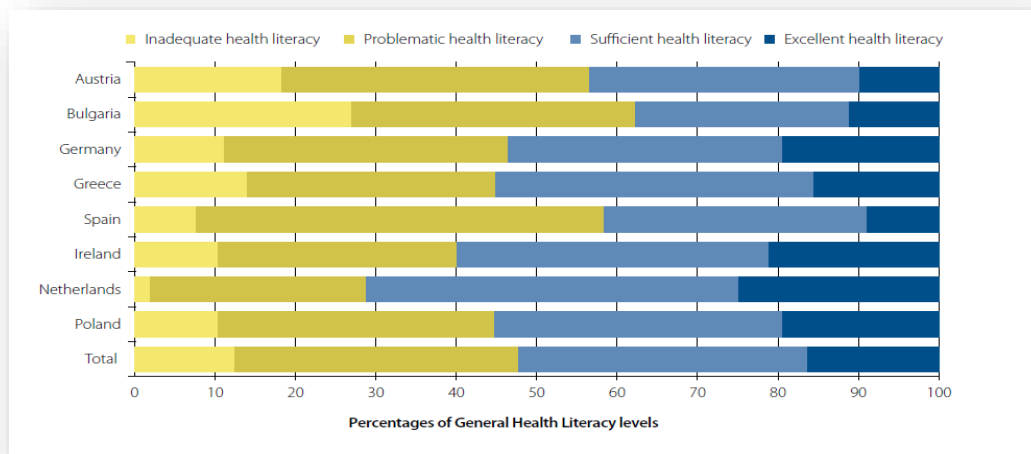
De cijfers van de Belgische Gezondheidsenquête van 2013 (6) tonen aan dat er in ons land **voor volwassenen** nog steeds een aantoonbare sociale gradiënt bestaat op vlak van gezondheid, met name dat de gezondheid van personen uit een lagere SES minder goed is dan bij personen met een hogere SES. Dit betreft niet alleen een aantal somatische indicatoren als (hoge) bloeddruk, cholesterol maar ook een groter aantal gezondheidsproblemen als lage rugpijn, maagzweer, darmstoornissen, nierziekte, urinaire klachten als incontinentie en algemeen een hogere multimorbiditeit. Op vlak van geestelijke gezondheid stelt men meer

depressieve gevoelens en psychische problemen vast evenals een hoger gebruik van psychotrope medicatie.

Ook voor wat de gezondheid en determinanten van gezondheid van kinderen en jongeren betreft, wordt een sociale gradiënt genoteerd en dit al van voor de geboorte. Zo beschrijft men meer foetaal overlijden, intra-uteriene groeiachterstanden, meer vroeggeboorte en laag geboortegewicht (7). Deze laatste worden in recenter onderzoek niet bevestigd (8). Kinderen ondervinden meer gezondheidsproblemen zoals luchtweginfecties, maag-darm problemen, astma, rachitis, cariës, onbehandelde visusstoornissen. Voor jongeren noteert men een ongezondere levensstijl die zich vertaalt in ongezonde voedingsgewoonten, meer roken en alcoholgebruik, meer nuttigen van frisdrank, minder tanden poetsen en dus meer cariës, meer tienerzwangerschap (7). Kinderen van laagopgeleide moeders vertonen meer risicogedrag en worden meer blootgesteld aan risico's voor hun gezondheid, groei en ontwikkeling, met name opgroeien bij een alleenstaande ouder, de jonge leeftijd van de moeder bij geboorte, ongeplande zwangerschap en dysmaturiteit (8)

Kansarmoede wordt geassocieerd met een lagere graad van health literacy. Dit begrip verwijst naar de mate waarin een individu in staat is om elementaire gezondheidsinformatie te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen en de mate waarin men diensten kan raadplegen, die helpen om passende gezondheidsbeslissingen te nemen. Het omvat zowel kennis omtrent de gezondheidsonderwerpen als de lees-, schrijf-, luister-, reken-, en communicatievaardigheden (9).

In Nederland heeft 29% van de bevolking een lage gezondheidsgeletterdheid (inadequate en problematische gezondheidsgeletterdheid). Waarvan bijna de helft (48%) volwassenen zijn met een lage socio-economische status (10).



Figuur 5: Percentage algemene gezondheidsgeletterdheid per land (Kickbusch et al., 2013).

Cijfers over de gezondheidsgeletterdheid in België zijn niet bekend (11). Informatie over de algemene geletterdheid<sup>1</sup> in Vlaanderen daarentegen wel, gebaseerd op de **PIAAC geletterdheidstest (12)**. Voor Vlaanderen noteert men dat 15 % van de volwassenen als laaggeletterd kunnen worden beschouwd en hierdoor gehinderd worden om volwaardig deel te nemen aan de moderne maatschappij.

<sup>1</sup> De vaardigheid om geschreven teksten te begrijpen, te evalueren, te gebruiken en er zich op zo'n manier mee in te laten dat men kan deelnemen aan de maatschappij, de eigen doelen kan realiseren en de eigen mogelijkheden en kennis kan ontwikkelen. (PIAAC). Volwassenen die onder niveau 2 scoren, worden als laaggeletterd beschouwd.

## 2.3 Prevalentie

Naargelang de gehanteerde definitie en de focus op de populatie kan men vaststellen dat de prevalentie van financiële armoede en kansarmoede toeneemt. Enkele cijfers:

- naargelang de bron noteert men dat 11 % (13) tot 15 % (14) van de bevolking leeft onder de inkomensarmoedegrens;
- 11.6 % van de kinderen groeit op in een eenoudergezin (15);
- bij 3.6 % van de kinderen werkt geen van beide ouders (15);
- bij 6.8 % van de kinderen is de werksituatie van de ouders onzeker (15);
- de kansarmoede-index bedraagt 10.45 %<sup>2</sup> (15);
- het armoederisico bedraagt in België 15 % (14);
- het armoederisico voor kinderen van een alleenstaande ouder loopt op tot 34.2 % (14);

## 3 Standaarden jeugdgezondheidszorg: aandacht voor kansarmoede?

---

De standaarden voor goede praktijkvoering die ontwikkeld werden voor de thema's, visus, groei en puberteit, gewicht, mondgezondheid, vaccinaties en infectieziekten formuleren de werkwijze van handelen, de materialen, verwijscriteria en contouren voor het verwijsbeleid. De standaarden beschrijven drie types van nazorg: (1) geen bijzondere nazorg, (2) advies, (3) selectieve controle en (4) verwijzing naar de behandelende arts of tandarts, eventueel vooraf gegaan door een kort motiverend traject.

De standaarden besteden slechts in de marge aandacht aan kansarmoede. Hierop zijn wel uitzonderingen. In de standaard Mondgezondheid, is kansarmoede een expliciete indicatie voor een mondonderzoek bij elk medisch consult, daar waar het onderzoek in andere gevallen beperkt is tot de eerste en de tweede kleuters en op indicatie (vraag of pijn). In de standaard Gewicht is (kans)armoede een risicofactor die aanleiding geeft tot sneller verwijzen. De standaarden Visus en Vaccinaties adviseren een doorgedreven aanklappend werken bij kinderen in kansarmoede. Voor Visus geldt dit voor de opvolging van de verwijzing na screening. Via schriftelijke en/of telefonische reminders worden ouders aangemoedigd om op de verwijzing in te gaan. De standaard vaccinaties omschrijft een methodiek om een inhaalvaccinatieschema op te stellen voor wie nog niet of onvoldoende gevaccineerd werd en biedt een link naar buitenlandse basisvaccinatieschema's van de WHO.

Telefonische en schriftelijke reminders worden ingezet om ouders aan te moedigen om de toestemmingsformulieren voor vaccinatie terug in te leveren. De standaarden leveren typebrieven om toestemming tot vaccinatie te geven. Deze brieven beschrijven de aard van het vaccin, de risico's verbonden aan het vaccin en enkele absolute tegenindicaties. Ouders moeten vervolgens aanduiden of ze toestemming geven tot vaccineren, dan wel of ze naar de huisarts gaan of weigeren. Bij het redigeren van de documenten werd aandacht besteed aan eenvoudig taalgebruik maar gezien de complexiteit van de boodschappen, blijft het taalgebruik relatief moeilijk.

De wijze waarop met ouders moet worden gecommuniceerd wordt in de standaarden niet beschreven.

De resultaten van de medische consulten worden via een brief aan de ouders meegedeeld. Deze resultaatbrieven worden eventueel aangevuld met adviezen over gezonde leefgewoonten en mondhygiëne en/of een verwijsbrief voor de behandelende arts, oogarts of tandarts. Deze brieven worden automatisch aangeleverd door het elektronisch dossier. Bij de redactie van de typebrieven werd aandacht besteed aan eenvoudig taalgebruik.

---

<sup>2</sup> KA-Index = Aantal kinderen geboren in X, X-1 en X-2 dat leeft in kansarmoede en woont in het betreffende gebied op 31 december van het jaar X gedeeld door het totaal aantal kinderen geboren in X, X-1 en X-2 en wonend in het betreffende gebied op 31 december van het jaar X

Er werden enkele folders ontwikkeld die toelichting geven aan ouders over amblyopie.

## 4 Wenselijke aanpak en methodieken

---

### 4.1 Werken in/met maatschappelijke kwetsbaarheid

Onderwerp van debat is of een doelgroep-specifieke aanpak wenselijker is dan een universalistische aanpak in de benadering van kansarme kinderen, jongeren en de gezinnen waarin ze leven (16).

De voorstanders van een doelgroepgerichte benadering wijzen op het mattheüseffect van een universele aanpak. Het proportioneel groter gebruik van diensten door mensen met hogere SES, bestendigt en versterkt de ongelijkheden in de samenleving. Voorstanders van een universele aanpak daarentegen wijzen op een vermindering van het maatschappelijk draagvlak wanneer interventies enkel op kansarme doelgroepen zijn gericht. Een universeel aanbod voor alle burgers waarborgt via het politieke debat en de maatschappelijke controle ook de kwaliteit van de dienstverlening wat dan verdienstelijker is voor wie in armoede leeft.

Het concept 'progressief universalisme' brengt de wenselijke effecten van de universele en doelgroep-specifieke aanpak samen. Binnen een breed toegankelijk, kwaliteitsvol aanbod, besteed men tegelijk bijzondere aandacht aan de specifieke ondersteuningsnoden van kansarme doelgroepen.

De medische consulten zijn een voorbeeld van een universeel aanbod, dat in de CLB-sector wordt beschreven als een breed basisaanbod voor alle kinderen. Elke leerling moet hierbij kunnen rekenen op de gepaste nazorg. Voor gezinnen die in kansarmoede leven zal de wijze waarop de nazorg na de consulten wordt gerealiseerd in enkele aspecten aangepast zijn. Voor een kwaliteitsvol advies, een selectieve medische controle door het CLB of een effectieve verwijzing naar de huisarts zal de kansarme ouder op een aangepaste, mogelijks intensievere manier, moeten worden betrokken, hierbij gebruik makend van de persoonlijke krachten en expertise van personen of groepen in een minderheidspositie of afhankelijkheidssituatie.

Empowerment kan worden omschreven als het "proces van versterking waarbij individuele personen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie" (17). Het denk- en handelingskader en de achterliggende waarden van empowerment sluit aan bij de uitgangspunten die door de handelingsgerichte methodiek van werken in de CLB en bij uitbreiding in onderwijs werd geïntroduceerd. De centrale betrachting van empowerment ligt in het volwaardig burgerschap dat zich ontwikkelt in permanente wisselwerking tussen micro- (individuele kenmerken), meso- (gezin, buurt, school, hulpverlening, organisaties) en macrosystemen (brede maatschappelijke structuren). De interacties tussen de verschillende niveaus kunnen de keuze- en handelingsmogelijkheden van mensen stimuleren maar ook afremmen. Bijgevolg ontstaan sociale verschillen van de mogelijkheden en kansen.

Empowerment impliceert te vertrekken vanuit de krachten en de positieve kenmerken in de persoon en de context (meso- en macrosysteem) en het geloof in het inherente vermogen om te leren en te groeien en de mogelijkheid dat omgevingsfactoren kunnen veranderen. Empoweren betekent dan dat krachten worden herkend, aangesproken en gestimuleerd. Veerkracht is een bijzonder krachtig aangrijpingspunt om empowerend te werken (17). Gezien de beperkte/bedreigde maatschappelijke participatie van kansarme personen, zal het effect van deze werkwijze ook zijn weerslag kennen op de andere domeinen van het persoonlijk en maatschappelijke functioneren.

## 4.2 Wat ouders in kansarmoede van het CLB verwachten

Het netwerk tegen armoede verenigt 60 verenigingen die als doel hebben om de armoede en de sociale uitsluiting te bannen. In deze organisaties staan mensen die in armoede leven centraal.

Aan de hand van vier dossiers (18-21) stelt het netwerk aandachtspunten op voor de CLB om succesvol te kunnen werken met leerlingen en hun gezinnen die in kansarmoede leven (22). De verwachtingen van ouders die in armoede leven relateren aan de effecten ervan op de gevoelswereld, de vaardigheden- en kennisopbouw en het (on)vermogen tot maatschappelijke participatie. Uit de dossiers blijkt daarenboven de wens van kansarme ouders om op hun kracht en exclusieve expertise (i.c. het vermogen om in kansarme omstandigheden te overleven) aangesproken te worden.

Ouders verwachten duidelijke informatie over het takenpakket van de CLB en dit idealiter in onverdachte omstandigheden. Kansarme ouders worden doorgaans aangesproken wanneer er problemen te melden zijn en associëren CLB daarom met 'vervelende contacten'. Een kennismaking in een positieve sfeer is in deze des te sterker omdat het een basis voor een vertrouwensrelatie. Kennismaking met het CLB gebeurt best in een persoonlijke contact met een CLB-medewerker die regelmatig op school komt. Het opbouwen van een vertrouwensband tussen een 'vaste', herkenbare CLB-medewerker en gezinnen door respectvolle interacties bevorderen de toekomstige samenwerking en eventuele begeleiding. Bovendien verlaagt een vertrouwd gezicht de drempel voor een kansarme ouder om contact op te nemen in geval van problemen. Een school-nabije werking is bijgevolg aan te bevelen. Info- en contactmomenten op school, zoals bij oudercontacten, zijn ideale gelegenheden voor het CLB om zichtbaar aanwezig te zijn.

Juist omdat de drempel voor contactname met een CLB door kansarme ouders veel groter is, is een louter vraaggestuurd werking niet wenselijk. Men verwacht daarom van een CLB ook initiatieven en sturing van haar aanbod.

Wanneer CLB en ouders in armoede moeten samenwerken, in het kader van een probleem (leren, gedrag, gezondheid,...) verwacht de ouder een open en positieve ingesteldheid vanwege het CLB en geen vooringenomenheid, betutteling noch schuldinductie. Ouders staan open voor steun, begeleiding en coördinatie van hulpverlening en wensen dit in een open en duidelijke dialoog waarbij ze aangesproken worden op hun opvoedingsbekwaamheid in het bepalen van de keuze van het hulpverleningstraject. Daarom moet de communicatie, mondeling en schriftelijk in verstaanbare taal gebeuren.

In haar 'Standpunt CLB' (22), benadrukt het Netwerk tegen armoede de noodzaak van een psychosociale dienstverlening op het vlak van signalering en preventie, begeleiden van leerlingen én de gezinscontext en het verwijzen naar de gepaste diensten. De onafhankelijk positie van het CLB ten aanzien van de school wordt als een troef gezien.

De medische zorg, onder meer via de periodieke consulten, wordt sterk geapprecieerd omdat kansarme ouders niet (snel) zelf de stap zetten naar de huisarts voor monitoring en surveillance van groei en ontwikkeling. Een goede samenspraak tussen CLB-arts en huisarts wordt belangrijk geacht. Uit vrees voor stigmatisering wensen kansarme ouders dat de medische zorgen niet op school worden verleend, maar wel in het CLB-centrum. Daar tegenover staat dat ouders vinden dat de CLB-arts gemakkelijk te bereiken moet zijn voor het bespreken van medische aangelegenheden.

De impact van schriftelijke communicatie is eerder beperkt. De lagere (gezondheids)geletterdheid maakt dat verslaggeving na een consult en eventuele verwijsbrieven onvoldoende worden gelezen en/of begrepen, waardoor de ouders onvoldoende gevolg geven aan de aanbevolen nazorg.



## 5 Communicatie tijdens het consult

---

Niettegenstaande mensen in armoede regelmatig beroep moeten op diverse maatschappelijke voorzieningen, ervaren zij een communicatiekloof (18). Het gebruik van jargon en een hulpverlenersreflex om zorg van mensen in armoede over te nemen en te sturen zonder inspraak, versterken die kloof en het wantrouwen.

De stijl en de aanpak van communicatie zijn even belangrijk als de inhoud van de boodschap (18).

Een klassiek arts-patiënt consult kent enkele essentiële onderdelen, met name het opbouwen van een therapeutische relatie, het inwinnen van informatie, het begrijpen van het patiëntenperspectief, het delen van informatie en het komen tot een gezamenlijke besluitvoering (23). Dit vraagt van de arts een aantal communicatievaardigheden op volgende domeinen:

1. *Het geven van informatie*: een duidelijke, beknopte en expliciete aanbevelingen die de patiënt makkelijk kan onthouden, met als gevolg dat hij weet wat de arts van hem verlangt,
2. *Aandacht schenken aan de emoties van de patiënt*: emotionele ondersteuning, vriendelijkheid, empathie, het opbouwen van een goede relatie
3. *Een gedeeld besluitvormingsproces*: de mate waarin de patiënt inspraak krijgt in de beslissing omtrent de behandeling. De mate van participatie in de besluitvorming wordt best bij aanvang van het consult besproken (24).

Onderzoek toont aan dat de gezondheidszorg beter en effectiever is als de patiënt actief betrokken is in de besluitvorming. Deze vorm van participatie verhoogt onder meer de tevredenheid, de therapietrouw, het effect van de behandeling, de kwaliteit van zorg, de veiligheid en draagt het bij tot een betere arts-patiëntrelatie (25-27). Omdat niet iedereen in even grote mate betrokken wil worden in dit proces, is het aan de arts om na te gaan welk niveau van participatie de patiënt wenst.

De kwaliteit van de arts-patiënt communicatie wordt beïnvloed door de communicatiestijlen en demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, ras) van respectievelijk de patiënt en de arts, en het opleidingsniveau van de patiënt. Kennis en inzicht van de arts in de leefwereld van mensen in armoede bevordert de (therapeutische) relatie.

Onderzoek naar de **communicatiestijlen en interacties** tussen artsen en patiënten leveren volgende bevindingen over de attitude en interventies van de arts t.a.v. patiënten in armoede of sociaal culturele minderheden:

- Het opleidingsniveau van de patiënt beïnvloedt de graad van partnerschap tussen arts en patiënt. Hoger opgeleide patiënten ontvangen meer uitingen / signalen om een partnerschap op te bouwen.
- Bij patiënten met een lagere SES hanteert de arts eerder het medisch ziektemodel versus het holistische bio-psychosociale model bij patiënten met een hogere SES. Hierdoor is de arts minder alert voor psychische signalen bij de patiënt. Actief luisteren en empathie zijn vaardigheden die minder worden ingezet bij deze kansarme patiënten (28)
- Er wordt meer informatie en verduidelijking gegeven aan mensen met een hogere SES
- Om tot een gezamenlijke besluitvorming te komen moet de patiënt als een gelijke en volwaardige partner worden gezien en is aandacht voor de emoties en een ondersteunende en zorgende houding van de arts noodzakelijk (17, 29). Blijkt dat de arts patiënten met een lagere SES minder betreft in het besluitvormingsproces en vraagt/verwacht ook minder dat deze patiënt verantwoordelijkheid opneemt voor zijn/haar zorg (30).
- Artsen denken, categoriseren en handelen op basis van stereotypen en vooroordelen (31). De intelligentie, de compliance en zelfs de persoonlijkheidskenmerken van mensen van een lagere SES en etnisch-culturele minderheden worden minder hoog ingeschat. Dit heeft invloed op het interpreteren van symptomen en het stellen van een diagnose (32).

- De arts vertoont een minder patiëntgerichte attitude. Patiëntgerichtheid bevordert het begrijpen van denkbepelden, gevoelens en verwachtingen van de patiënt en maakt dat de geleverde zorg tegemoet komt aan de behoeften die mogelijks betrekking hebben op etniciteit en religieuze overtuigingen (33).
- De arts biedt minder psychosociale begeleiding.
- De arts selecteert naargelang de SES andere preventiethema's. Artsen hebben de neiging om patiënten met een hogere SES vaker aan te spreken over beweging en voedingsgewoonten. Patiënten met een lager inkomen daarentegen over roken (28). De arts maakt dus zelf een selectie van relevante thema's zonder inspraak van de patiënt.
- In de weinige onderzoeken over non-verbaal gedrag werden er geen opmerkelijke verschillen aangetoond in relatie met de sociale klassen(34). Wel is er een verschil merkbaar in lichaamshouding van de arts op basis van het opleidingsniveau van de patiënt. Wanneer de arts praat met een patiënt met een hogere opleiding, richt de arts z'n lichaam meer naar de patiënt, in vergelijking met een patiënt met een lagere opleiding (35).

Voor wat betreft onderzoeken naar de **attitude en verwachtingen van patiënten met een lage SES** noteert men dat zij een meer directieve aanpak van de arts verwachten die gericht is op het afleveren van een voorschrift, geruststelling en advies. Gevraagd naar de voorkeurstijl die om tot een beslissing te komen, kiezen patiënten met een hogere SES ervoor om actief deel te nemen aan het besluitvormingsproces. Patiënten met een lagere SES verkiezen eerder paternalisme en 'consumerism' (25, 36, 37). Niettemin willen deze patiënten toch worden gehoord en verwachten ze dat de arts zich empathisch opstelt en ingaat op hun sociaal-emotionele problemen. Dit vraagt weliswaar een grotere alertheid van de arts omdat deze patiënten slechts erg subtiele signalen uitzenden (38).

Bij patiënten met een lage SES beschrijft men een lagere locus of control. Zij geloven dat de reden en oorzaak van hun ziekte, buiten hun mogelijkheden ligt, wat kan verklaren waarom ze minder deelnemen aan het consult (2). Bijkomend stellen patiënten uit lagere sociale klassen zich op alsof ze minder geïnteresseerd zijn in preventie en hebben ze neiging tot uitstellen inzake gezondheidszorg (39).

Taal- en cultuurverschillen tussen arts en patiënt beïnvloeden de kwaliteit van het consult. Het leidt tot misverstanden en onbegrip. Basiskennis van de elkaars taal laat wel eenvoudige vraagstelling en informatie-uitwisseling toe maar mist de subtiliteit om emotioneel geladen gesprekken te voeren.

## 6 Aanbevelingen voor CLB

---

De methodiek van de (verplichte) periodieke medische consulten in de CLB, is een mooi voorbeeld van een progressief universalistisch aanbod. Via deze systematische contacten wordt toegezien op de groei en ontwikkeling van schoolgaande kinderen en jongeren. De standaarden jeugdgezondheidszorg geven een kwaliteitsvolle invulling aan de consulten. Kansarmoede wordt in diverse standaarden als bijzondere risicofactor opgenomen waarvoor een aangepast beleid wordt aanbevolen. De effectiviteit van de nazorg kent zonder twijfel een sociale gradiënt. Algemene kennis over de oorzaken en gevolgen van kansarmoede en het inzetten van de geschikte methodieken voor een doelmatige werking van de CLB, overstijgen de thema-specifieke aanbevelingen van de standaarden maar maken deel uit van het reguliere en kwaliteitsvolle aanbod.

De periodieke consulten in het kader van het CLB-aanbod verschilt in diverse aspecten van de klassieke therapeutische consultaties. Het doel van de systematische contacten is niet curatief maar van preventieve aard en ouders zijn vaak onvoldoende geïnformeerd over wat er concreet tijdens een consult wordt gedaan.

Consulten worden voorafgegaan door een schriftelijke communicatie over het nakende onderzoek met de vraag om een medische vragenlijst in te vullen. Een CLB moet erover waken dat de schrijfstijl en het woordgebruik tegemoet komt aan de lagere geletterdheid van mensen. Hulp bieden bij het invullen van de vragenlijsten, of

persoonlijke toelichting geven bij de toestemmingsformulieren voor vaccinatie, verhoogt de kwaliteit van zorg tijdens de consulten en bevordert het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie tussen kansarme ouders en het CLB.

Geïnspireerd door de verzuchtingen en verwachtingen van mensen die in armoede leven (22) kunnen volgende aandachtspunten worden geformuleerd voor het aanbod en de nazorg in het kader van de periodieke medische consulten.

- Het systematisch aanbod van de preventieve consulten komt tegemoet aan de **behoefte van een aanbod-gestuurde CLB-werking** naast de vraaggestuurde werking. De preventieve consulten liggen in het verlengde van de preventieve contacten en gezinsondersteuning aangeboden door Kind en Gezin. Deze contacten, zowel via Kind en Gezin als via de CLB, zijn een operationalisering van een **progressief universalisme** (16), met een identiek aanbod voor alle leerlingen, die de kans biedt om binnen dit aanbod te differentiëren volgens de nood van deelgroepen of individuen. Deze werkwijze voorkomt stigmatisering.
- Gezien het grote **maatschappelijke draagvlak** en brede bereik (zonder verplichting) van de consulten van Kind en Gezin, zouden de periodieke onderzoeken in de CLB als verlengde van het aanbod van Kind en Gezin moeten worden geduid. Dan is het vanzelfsprekend dat ouders van jonge kleuters hun kind vergezellen tijdens het consult. Dit laatste wordt actueel niet in alle CLB gerealiseerd en is verantwoordelijk voor een omslag in de perceptie van de kracht van de jeugdgezondheidszorg op voorschoolse en schoolse leeftijd.
- **Aanwezigheid van ouders bij het eerste (en/of volgende) kleuterconsult** biedt de gelegenheid van een contact en kennismaking met een CLB-medewerker. Deze 'onverdachte' gelegenheid kan de basis leggen voor een vertrouwensrelatie die de drempel voor latere contactname door de ene of andere partij kan verkleinen. Het persoonlijk contact met ouders is een geschikte gelegenheid om het gebruik van het CLB-toe te lichten, ouders te wijzen op hun recht van inzage in het CLB-dossier en waar nodig, aan opvoedingsondersteuning te doen.
- Duidelijke informatie over de **doelstelling van de systematische consulten** (monitoring van groei en ontwikkeling versus een gezondheidsbilan) en de relatie van de CLB-arts tot de huisarts moet onrealistische verwachtingen temperen. Door de bijzondere positie die de ouder aan de CLB-arts toedicht, biedt een **collegiale samenwerking tussen de CLB-arts en de huisarts** een belangrijk steunend netwerk.
- Omdat ouders niet snel zelf de stap zetten naar de huisarts, is het goed dat de CLB-arts of verpleegkundige dit opvangt door **aanklampend te werken**, weliswaar met respect voor het tempo en de levensomstandigheden van de ouders en de leerling.
- Onderzoek toont dat de gezondheidszorg effectiever is als patiënten betrokken worden bij de besluitvorming in geval van verwijzing, diagnostiek of behandeling. Niet alle ouders/leerlingen wensen dezelfde graad van participatie. Bijgevolg is het belangrijk om, in dialoog met de ouders, op zoek te gaan naar de meest wenselijke werkwijze, vertrouwend op hun ervaringen, voorkeuren, behoeften en vragen. Ij een gedeelde besluitvorming hoort een adviserende gesprekstijl. Zo kunnen er niveaus van participatie worden beschreven (figuur 1) met corresponderende communicatieve vereisten. Belangrijk hierbij is de ouders te erkennen in hun opvoedings- en beslissingsbekwaamheid. Om al deze redenen is het aan te bevelen om ouders te spreken bij een verwijzing na het consult. Ten behoeve van een transparante samenwerking met de ouders is het goed om afspraken te maken over de werkwijze van de nazorg en het aanklampend werken. Dit om te anticiperen op gevoelens van onzekerheid en wantrouwen die de bemoeizorg zonder duiding kan uitlokken.



Figuur 1: participatieladder (40)

- **Opleiding voor CLB-medewerkers** in kennis over de effecten van het leven in armoede en de impact op de leefwereld, de gezondheid en ontwikkeling van kinderen moet leiden tot een groter begrip voor het handelen en de beslissingen die ouders nemen. Naast verwachtingen op vlak van technische deskundigheid, hebben ouders ook relationele verwachtingen. Uit bevragingen blijkt dat zij zich op een gestandaardiseerde, onpersoonlijke wijze aangesproken menen met als resultaat dat vooral kansarme ouders zich hierdoor afgeschrikt voelen en wantrouwen gaan ontwikkelen (16). De stijl van communiceren wordt als even belangrijk gewaardeerd dan de inhoud van de boodschappen. Deze mag niet neerbuigend noch paternalistisch, betuttelend zijn.

## 7 Nuttige bronnen en materialen

Concrete tips voor het verlagen van de drempel CLB- kansarme ouders.

Concrete tips 'Hoe communiceren'. [http://www.recht-op.be/index.php?option=com\\_phocadownload&view=file&id=22:clb-van-wantrouwen-naar-dialog&Itemid=16](http://www.recht-op.be/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=22:clb-van-wantrouwen-naar-dialog&Itemid=16)

Materialen ontwikkeld door project 3-klap: suggestielijst en leidraad voor gesprekken met kansarme ouders: [http://www.vclbleuven.be/sub-page.php?id=2&sub\\_id=8](http://www.vclbleuven.be/sub-page.php?id=2&sub_id=8)

Om de communicatie tussen de hulpverlener en de patiënt te verbeteren of mogelijk te maken, kan men tools inzetten als hulpmiddel. Zoals **tolken, cultureel bemiddelaars, online tool of voorlichtingsmateriaal in verschillende talen**. Ondanks het feit dat er in België weinig tools voorhanden zijn, volgt hieronder een lijst van mogelijke hulpmiddelen.

### Intermediairs

Intercultureel bemiddelaars: [www.foyer.be](http://www.foyer.be) 'De interculturele bemiddelaars van Foyer vzw vervullen een brugfunctie die de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg moet vergroten. De interculturele bemiddelaars

staan in voor taalbijstand, hulp aan patiënten, emotionele ondersteuning, conflictbemiddeling, pleitbezorging, 'outreach' hulpverlening, signaleren van knelpunten & voorlichting'

Tolken (Vlaams): [www.vlaamsetolkentelefoon.be](http://www.vlaamsetolkentelefoon.be): 'Ba-bel, Vlaamse tolkentelefoon vzw verschaft telefonische tolkhulp aan dienst- en hulpverlenende organisaties onder Vlaamse bevoegdheid.'

Tolken (Provinciaal): <http://www.kruispuntmi.be/thema/sociaal-tolken-en-vertalen>: 'Vanaf 1 januari 2015 hoort het Kruispunt Migratie-Integratie bij het Agentschap Integratie en Inburgering. Het Agentschap ondersteunt het Vlaams integratiebeleid. Je vindt in het Agentschap alle diensten voor integratie, inburgering, sociaal tolken en vertalen (behalve de diensten in de steden Gent en Antwerpen).'

Tolken (Waaals): [www.setis.be/](http://www.setis.be/) : 'De SETIS (vertaal- en tolkdiensten voor de sociale omgeving) bieden vertaaldiensten en tolkdiensten aan de non-profit sector (nutsbedrijven en vzw) om de communicatie met personen van buitenlandse afkomst met beperkte of geen kennis van het Frans te vergemakkelijken. Deze werkwijze heeft enerzijds het nadeel dat het betalend is, dat er wachttijden mogelijk zijn en dat men werkt met een 'onbekende'. Anderzijds vult deze onbekende een formele rol, wat dan als een voordeel gezien wordt.

### Online vertaaltools

- Traducmed: <http://www.traducmed.fr/> Deze website is ontworpen door een Franse huisarts, met als doel het medisch personeel te ondersteunen bij het inschatten van een situatie, het evalueren van medische noodgevallen en bij sociale of administratieve zaken. Deze site reikt een audiologe vertalingen aan van een medisch onderzoek en standaard zinnen om de medische zorg te verduidelijken aan de patiënt.
- Google translate: <https://translate.google.be/> een online vertaalsite.
- Online taalgids: [www.health.wyo.gov/rfhd/multicultural/phrasebook.html](http://www.health.wyo.gov/rfhd/multicultural/phrasebook.html). De taalgids bevat standaard zinnen en woorden.
- De Ward tool: [http://www.health.qld.gov.au/multicultural/support\\_tools/WCT.asp](http://www.health.qld.gov.au/multicultural/support_tools/WCT.asp)  
De Ward Communication Tool werd ontwikkeld door Queensland Health om ziekenhuispersoneel te helpen communiceren over dagelijkse zaken, met patiënten die geen of beperkt Engels spreken. De tool vertrekt vanuit vaak voorkomende woorden binnen de ziekenhuiscontext, die vertaald worden naar verschillende talen en bijkomend verduidelijkt worden met een foto en een fonetische spelling van het woord.

Het gebruik van de online tools voorziet een vertaling van standaard zinnen, vrije teksten, talenposter, iconen en afbeeldingen. Maar bepaalde tools vragen goede leesvaardigheden van de patiënt. De patiënt antwoordt vervolgens in de eigen taal, spraakverwarring is mogelijk en nuances gaan vaak verloren.

### Voorlichtingsmateriaal en folders

Brieven of folders zijn deze zelden in het Engels of Frans geschreven. voorlichtingsmateriaal in verschillende talen.

- Zelfzorgfolders omtrent vaak voorkomende problemen:  
<http://www.kringhaaglanden.nl/kennisgebieden/fonds-huisartsen-achterstandswijken/zelfzorgfolders-allochtonen>: De folders bespreken vaak voorkomende aandoeningen zoals koorts, maagpijn, slaapproblemen ea. Ze zijn beschikbaar in de volgende talen: Turks, Arabisch, Chinees, Dari, Engels, Farsi, Frans, Portugees, Russisch, Servisch, Sorani en Somalisch.
- Voorlichtingsmateriaal: <http://www.huisarts-migrant.nl/voorlichting-page/>  
Naast inhoudelijke informatie voor de arts, biedt de website voorlichtingsmateriaal aan in eenvoudig

Nederlands en andere talen. Rubrieken zoals anticonceptie, genitale verminking, diabetes, huiselijk en seksueel geweld, ... zijn hier terug te vinden.

### Bijkomende nuttige info:

- Boek 'Zeg het met spreuken en zegswijzen' Interpretatie als toegevoegde waarde bij interculturele bemiddeling ( door Foyer vzw) . Gratis te downloaden via:  
<http://www.foyer.be/IMG/pdf/zeghetmetspreukendef.pdf>. Het boekje is concreet en herkenbaar voor hulpverleners. Het komt recht uit de praktijk van bemiddelaars die professioneel aanwezig zijn als brugfiguur bij het proces van het boodschappen wederzijds verstaanbaar maken tussen hulpverlener/zorgverstreker.
- Kortfilm door regisseur Kris Kaerts: 'Zeg het met spreuken'  
[http://www.foyer.be/?page=sommaire&modal=article&id\\_article=10737&lang=nl&ztr=26&nouv](http://www.foyer.be/?page=sommaire&modal=article&id_article=10737&lang=nl&ztr=26&nouv)  
In de film wordt op een luchtige en karikaturale wijze het werk voorgesteld van de interculturele bemiddelaars. Veel meer dan louter vertalen moeten zij vaak hertalen, beeldspraak, spruken, non-verbaal gedrag en culturele elementen duiden voor hulpverleners. Beeldspraak wordt vaak gebruik om onderwerpen uit de taboesfeer te omzeilen. Bijvoorbeeld wanneer een Marokaanse man zegt dat hij zijn been niet meer recht kan krijgen. Wil hij iets zeggen over zijn seksleven ipv zijn kniegewrichten.
- Video culturele competentie en talenkennis:  
<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/>  
<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/FlashPlayer/play508.asp?Video=QHpart1>  
(Office of Minority Health)

## 8 Referenties

---

1. De Link, vzw. Visie op armoede. [http://www.de-link.net/wp-content/uploads/2013/10/2012\\_Visie-op-armoede\\_De-Link.pdf](http://www.de-link.net/wp-content/uploads/2013/10/2012_Visie-op-armoede_De-Link.pdf); vzw De Link, 2012.
2. Crabbe B, De Craecker A, Devriendt V, Eggermont M, Schoorens G, Duprez V, et al. EINDRAPPORT. Naar een betere zorgrelatie tussen generatiearmen en gezondheidswerkers in de perinatale zorg. Projectmatig wetenschappelijk onderzoek opleidingen. . Professionele Bachelor Verpleegkunde en Vroedkunde., 2008.
3. Decreet betreffende de centra voor leerlingbegeleiding. Edulex: wetgeving en omzendbrieven voor het Vlaamse onderwijs1998.
4. Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor leerlingenbegeleiding;. Edulex wetgeving en omzendbrieven voor het Vlaamse onderwijs2009.
5. Beleidsplan. VVWJ, 2014.
6. Van der Heyden J, Charafeddine R. Gezondheidsenquête 2013: Rapport 1: gezondheid en welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. 2014 D/2014/2505/52.
7. Steenssens K, Aguilar L, Demeyer B, Fontaine. Kinderen in armoede. Status quaestiones van het wetenschappelijk onderzoek voor België. HIVA - IGOA-GiReP, 2008.
8. Van den Branden S, Guérin C, Roelants M, Van Leeuwen K, Desoete A, Hoppenbrouwers K. Sociale verschillen in determinanten van gezondheid bij jonge kinderen (0-3 jaar) in de Vlaamse geboortecohorte JONG! Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin, 2014 Contract No.: 2014/09 - 24.
9. Giordano L, Webster P, Anthony C, Szarewski A, Davies P, Arbyn M, et al. Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes. . Patient Education and Counseling. 2008;72(1).
10. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AG. Health literacy, the solid factors. World Health Organisation 2013.
11. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. De prestatie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport (Vol. 196As). KCE, 2012
12. Vaardig genoeg voor de 21ste Eeuw? Overzicht van de eerste Vlaamse resultaten bij PIAAC. Universiteit Gent, 2013.
13. Vranken J, De Boyser K. Naar een doelmatige armoedebestrijding. In: Departement Welzijn VeG, editor.: Universiteit Antwerpen; 2008.
14. Armoede en Welzijn in België [press release]. 2014.
15. Gezin K. Het kind in Vlaanderen 2005. 2005 2005. Report No.
16. Vandenbroeck M. Input voor de armoedetoets op de ontwerpen van Uitvoeringsbesluiten en Ministeriële besluiten van het Decreet Preventieve Gezinsondersteuning. Antwerpen: Vlaams Armoedesteunpunt, 2013.
17. Steenssens K, Demeyer B, Van Regenmortel T. Conceptnota empowerment en activering in armoedesituaties. Leuven: HIVA. Hoger Instituut voor Arbeid, 2009 978-90-8836-019-0.
18. Recht-op A. Dossier CLB: Van wantrouwen naar dialoog'. . 2009.
19. De Zuidpoort Gent. 'Ouder, je bent en blijft het. Onderwijs en ouderbetrokkenheid: aanzet tot praktijk voor scholen, brugfiguren, CLB en gezinsbetrokken welzijnsdiensten.' 2009.
20. Vierdewereldgroep mensen voor mensen. 'Ouders in armoede en het CLB. Een andere kijk.' Aalst: 2014.
21. Vrienden van het Huizeke. 'Kansarmoede en onderwijs. Beleidsdossier: sociale dienst of cel schoolmaatschappelijk werk,' Van Brussel: 2014.
22. Armoede Nt. Standpunt CLB. Het ideaal CLB volgens het Netwerk tegen Armoede. 2014 140909/standpunt CLB/Sg.

23. Duffy F, Gordon G, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. Participants in the American academic on physician and patient's conference on education and evaluation of competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. . *Academic medicine*. 2004;79(6):495-507.
24. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communications skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Education and Counseling*. 2005;58:265-70.
25. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999;49:477-82.
26. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*, 50, 982-99. *Br J Gen Pract*. 2000;50:982-99.
27. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks. 1995.
28. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg*. Den Haag Lemma; 2006.
29. Thorarinsdottir K, Kristjansson K. Patients' perspectives on person-centred participation in health care: a framework analysis;. *Nurs Eth*(21), 129-147. *Nurs Ethics*. 2014;21:129-47.
30. Kaplan S, Greenfield S, Rogers W, Ware J. Patient and visit characteristics related to physician's participatory decision making style. *Med care*. 1995:1176-87.
31. Betancourt JR. Eliminating racial and ethnic disparities in health care: what is the role of academic medicine? *Academic medicine*. 2006:788-92.
32. De Maesschalck S. Linguistic and cultural diversity in the consultation room: a tango between physicians and their ethnic minority patients. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Medical Sciences. Ghent University, 2012.
33. Roter D. Three blind men and an elephant: reflections on meeting the challenges of patient diversity in primary care practice. *Fam Med*. 2002;31(3):390-3.
34. Verlinde E, De laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*. 2012;11(12).
35. Street RL, Buller DR. Patients characteristics affecting physician-patient nonverbal-communication. *Human communication research* 1988:60-90.
36. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. . *BMJ*. 2000;321(7265):867-71.
37. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient Education and Counseling*. 2007;65:189-96.
38. Bensing JM, Kerssens JJ, Vanderpasch M. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of non behaviour*. 1995:223-42.
39. Verlinde E. Primary health care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration. Ghent University. 2012.
40. Hecke V, Eecklo. *Empowerment (UGent)*. Federale overheidsdienst 2014.