Academiejaar 2017 – 2018

LEGT DE OPLEIDING VAN HUISARTSEN EEN VOLDOENDE STERKE EN SPECIFIEKE NADRUK OP HET OPBOUWEN VAN CULTURELE COMPETENTIE OM DE LEVERING VAN HOGE KWALITEIT HUISARTSENZORG TE WAARBORGEN?

Alena Habryialian, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef huisartsgeneeskunde

2016 – 2018

Inhoudsopgave

Voorwoord(dankwoord).....3

Abstract.....4

Inleiding 5

Methoden 6

Resultaten.....7

Discussie 14

Besluit 17

Referenties 18

Bijlagen 19

Bijlage 1: Gunstig advies Ethische Commissie 19

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol..... 20

Bijlage 3: Resultaten onderzoek (HA,HAIO, studenten geneeskunde).....22

Bijlage 4: Resultaten patiëntenonderzoek.....26

Bijlage 5: Verzoek tot medewerking bij onderzoek.....28

Voorwoord(dankwoord)

Met dit dankwoord wil ik mij richten naar allen die geholpen hebben bij het tot stand komen van deze thesis. Ik wil graag van de gelegenheid gebruik maken om hen te bedanken voor hun steun, inzet en vertrouwen.

Bijzondere dank gaat uit naar de promotor, Professor Birgitte Schoenmakers, voor het aanreiken van het onderwerp en het kritisch evalueren van de tekst. Voor haar uitstekende begeleiding tijdens het opstellen van dit werk en voor alle tijd die ze heeft vrijgemaakt om deze masterpaper tot een goed einde te brengen.

Een aparte dank is voor praktijk opleider, Dr. Guido Lurquin, die me met raad en daad bijstond door het gehele proces. Zijn raadgevingen en adviezen zijn een grote hulp geweest.

Abstract

Context:

Een grote verandering op bevolkingsgebied staat ons te wachten als resultaat van de grootschalige migratie. Huisartsen, als eerstelijnszorgverleners, zullen in toenemende mate met multiculturaliteit en taaldiversiteit geconfronteerd worden want nieuwe inwoners vereisen uitgebreide gezondheidsbeoordelingen. In heel veel situaties zullen aangepaste methodes noodzakelijk zijn om dezelfde kwaliteit van de zorg te kunnen bereiken. Afgestudeerde studenten zouden in staat moeten zijn om om te gaan met de complexiteit van een diverse samenleving.

Onderzoeksvragen:

- Hoe kunnen we de opleiding van geneeskundestudenten in contact met multiculturele zorg verbeteren?
- Hoe kunnen we huisartsen en patiënten ondersteunen in multiculturele zorg?

Methode:

Het antwoord op de tweeledige onderzoeksvraag wordt gegeven aan de hand van de opgestelde enquêtes in elektronische en papieren vorm op basis van een voorafgaande literatuurstudie in de databanken Medline (PubMed).

Studenten van de opleiding huisartsgeneeskunde, HAIO' s en huisartsen werden verzocht via nieuwsberichtenpagina van de ICHO website, het Toledo-leerplatform, de sociaal media en de LOK (lokale kwaliteitsgroep) om een online enquête op Google Forms in te vullen met als gevolg een gedetailleerd overzicht te krijgen over de bestaande kennis en mening van onze doelgroep.

De patiëntenquête werd opgesplitst in twee delen. Het eerste element met algemene informatie over de patiënt werd verspreid tijdens het consult bij de huisarts. De voorkeur ging naar nieuwe patiënten van andersculturele origine. Daarna werden patiënten bevraagd middels een semi-gestructureerd interview na toepassing van de enquête tijdens consult. In antwoord op de tweede onderzoeksvraag wordt een tool uitgewerkt om patiënten van allochtone of andersculturele origine te helpen bij het voorbereiden en het voeren van de consultatie.

Resultaten:

Dit onderzoek toont aan dat het niveau van de kennis over de multiculturele samenleving niet goed is in alle focusgroepen (huisartsen, HAIO' s als bij studenten geneeskunde). Het onderzoek toont ook aan dat werkervaring bijdraagt tot een betere inschatting van het probleem.

Om opleiding rond multiculturele zorg te verbeteren zouden studenten geneeskunde zich actief moeten laten voorbereiden en huisartsen zich laten coachen in multiculturele zorg. Als voorbeeld kan in kleine groepen een klassiek trainingsconsult met simulatiepatiënten in multiculturele context aangeboden worden, met nadruk op lastige gesprekken en situaties. Videoconsult met een docent kan als een goede illustratie gebruikt worden, met een discussie rond.

Het tweede deel van ons onderzoek wijst erop dat patiëntenquête een reëel en haalbaar instrument is. Op basis van ons onderzoek willen wij een online tool bieden om huisartsen te ondersteunen in multiculturele zorg en drempels in de toegang tot de gezondheidszorg voor patiënten van andersculturele origine te verlagen.

Er zou daartoe de website "Voorbereiding voor consult : een betere dialoog tussen huisartsen en patiënten van andere origine"-kunnen worden gebruikt.

Inleiding

Er wordt veel gesproken in de media over de grootschalige migratie, wat nog tientallen jaren tot een permanent verschijnsel zal leiden in de wereldeconomie. Dit staat ons te wachten: een grote verandering op bevolkingsgebied.

Internationale migratie staat ook voor een directe toegang van migranten en asielzoekers tot gezondheidszorg. Een aantal rapporten melden dat asielzoekers en vluchtelingen een minder goede gezondheid hebben[1,2].

Dit brengt uitdagingen met zich mee . Huisartsen, als eerstelijnszorgverleners, zullen in toenemende mate met multiculturaliteit en taaldiversiteit geconfronteerd worden. Kunnen we ons de snelheid van de demografische veranderingen voldoende voorstellen?

Om een kwaliteitsvolle en veilige zorg te garanderen, hebben zorgverleners vaak nood aan gezondheidsgegevens zoals medische voorgeschiedenis en familiale anamnese. Niet alleen taal - barrière , maar ook gebrek aan voldoende informatie in verband met gezondheidstoestand, vaccinaties enz., kan invloed hebben op de kwaliteit van de zorg. Nieuwe inwoners vereisen uitgebreide gezondheidsbeoordelingen, want onbehandelde aandoeningen in het verleden zullen invloed hebben op de gezondheid op lange termijn .

In heel veel situaties zullen aangepaste methodes noodzakelijk zijn om dezelfde kwaliteit van de zorg te kunnen bereiken.

Herhaaldelijk wordt erop gewezen dat gezondheidszorgverstrekkers tijdens hun opleiding culturele competenties moeten bijbrengen[3,4,5]. Afgestudeerde studenten zouden in staat moeten zijn om te gaan met de complexiteit van een diverse samenleving.

In dit onderzoek wordt nagegaan hoe kunnen we de opleiding van geneeskundestudenten in contact met multiculturele zorg verbeteren en hoe kunnen we huisartsen ondersteunen in multiculturele zorg.

De uitkomst van het onderzoek wordt bovendien gebruikt om een "Tool " voor te bereiden ter ondersteuning van het consult, zodat de patiënt van allochtone of anders-culturele origine het consult kan voorbereiden.

Methoden

Het antwoord op de tweeledige onderzoeksvraag wordt gegeven aan de hand van de opgestelde enquêtes in elektronische en papieren vorm op basis van een voorafgaande literatuurstudie in de databanken Medline (PubMed).

Met gebruik van MeSH-systeem werd in de databank Medline (PubMed) naar relevante onderzoeksartikelen gezocht met een combinatie van de zoektermen "General practitioner "en " Migrants ". Via de zoekmachine Google Scholar werd gezocht naar artikels gebruikmakende van verschillende combinaties van volgende zoektermen: "Interculturele communicatie", "multiculturele zorg", "Culturele competentie". Verder werden in de referentielijsten van de gevonden artikels andere relevante artikels geselecteerd.

De eerste onderzoeksvraag wordt uitgevoerd als een kwalitatief beschrijvend onderzoek met opvolging. In antwoord op deze onderzoeksvraag wordt kennis van geneeskundestudenten en huisartsen over multiculturele zorg geïnventariseerd. Om een gedetailleerd overzicht te krijgen over de bestaande kennis en mening van onze doelgroep werd een enquête samengesteld.

De vragenlijst werd in 2 categorieën verdeeld. Op de eerste plaats wordt feitelijke kennis van huisartsen over het thema "multiculturele zorg" geanalyseerd via meerkeuzevragen. In het tweede luik wordt gepeild naar de mening over dit onderwerp.

Voor studenten van de opleiding huisartsgeneeskunde , HAIO en huisartsen wordt een online enquête vertoond op Google Forms. Voor het verspreiden van de enquête werd een oproep gedaan op de nieuwsberichtenpagina van de ICHO website, op het Toledo-leerplatform, via de sociaal media en op de LOK (lokale kwaliteitsgroep) tijdens bijscholingen.

In antwoord op de tweede onderzoeksvraag wordt een tool uitgewerkt om patiënten van allochtone of andersculturele origine te helpen bij het voorbereiden en het voeren van de consultatie. Deze vraag wordt beantwoord in een kwalitatief beschrijvend onderzoek met als uitkomstmaten 'tevredenheid over het consult en toepasbaarheid'.

De patiëntenquête werd gesplitst in twee delen. Het eerste element met algemene informatie over de patiënt werd verspreid tijdens het consult bij de huisarts. De voorkeur ging uit naar nieuwe patiënten van andersculturele origine. Daarna werd gevraagd om een tweede component betreft de mening van de patiënt in te vullen.

Goedkeuring van de Ethische Commissie werd bekomen. Het referentienummer is mp19012.

Resultaten

Kennis

Aan dit onderzoek hebben 121 personen deel genomen. 89,3% (n= 108) van hen kwam reeds in contact met patiënten van verschillende etnische afkomst en andere culturele achtergrond en slechts 10,7% (n = 13) hebben nog geen ervaring ermee, waarvan er zes studenten geneeskunde zijn , drie HAIO 's 8ste jaar, een HAIO 9de jaar en drie huisartsen met werkervaring meer dan 5 jaar.

Geïnterviewde deelnemers hadden diverse werkervaring en sterk gevarieerde leeftijd (van 20 tot 70 jaar) waaronder 51 mannen (42,1%) en 70 vrouwen (57,9%). Een minimale respons kwam uit de focusgroepen van huisartsen met werkervaring minder dan 1 jaar (n=3) en werkervaring tussen 1 en 5 jaar (n=4). Andere focus groepen hadden gemiddeld hetzelfde aantal respondenten (tabel 1).

Achtergrondvariabelen	Aantal
Geslacht	
Man	51 (42,1%)
Vrouw	70 (57,9%)
Leeftijd	
20 – 30	82 (67,77%)
31 – 50	22 (18,18%)
51 – 70	17 (14,05%)
Statuut	
Huisarts (werkervaring: minder dan 1 jaar)	3 (2,48%)
Huisarts (werkervaring: tussen 1 en 5 jaar)	4 (3,31%)
Huisarts (werkervaring: meer dan 5 jaar)	32 (26,45)
HAIO (8ste jaar)	30 (24,79)
HAIO (9de jaar)	21 (17,36)
Student (e) geneeskunde	31 (25,61)
Kwam u reeds in contact met patiënten van verschillende etnische afkomst en andere culturele achtergrond?	
Ja	108 (89,3%)
Neen	13 (10,7%)

Tabel 1: Achtergrondvariabelen

Hoogste kennis score vinden wij terug in de focusgroepen HAIO 9de jaar (3,38) en huisartsen met meer dan 5 jaar ervaring (3,28). Studenten geneeskunde en HAIO 8ste jaar hebben lagere score op de kennisvragen. (Tabel 2)

Er is een te kleine respons (n=7) in de andere focus groepen (huisartsen met werkervaring minder dan 1 jaar en werkervaring tussen 1 en 5 jaar) om een conclusie te vormen.

58,68% meent dat 25% van de mensen van allochtone origine met een NIET-EUROPESE HERKOMST leeft onder de armoedegrens wat een correcte antwoord is . 28,93% meent dat het 20% is, 7,43% zijn van mening dat het 15% is en slechts 4,96% koos voor antwoord 10%.

38,8% meent dat 15 % mensen van allochtone origine met een EUROPESE HERKOMST onder de armoedegrens leeft. 33,1% dacht dat het 20% is, 19,8% dat het 10% is en 8,3% dacht dat het 25% is.

Meer dan 50% (51,24 % om precies te zijn) meent dat het percentage van de Belgische bevolking met een buitenlandse nationaliteit ligt tussen 10% en 15%. Andere respondenten kozen voor onjuiste antwoorden: 33,88%meende dat het meer dan 15 % is, 9,1% dat het minder dan 10% is en 5,78% meende dat het meer dan 20% is.

Het percentage van niet-EU-burgers in de Belgische bevolking met een buitenlandse nationaliteit werd juist geschat door 33,9% respondenten, ze kiezen als antwoord "circa 30%". 24,8% meent dat het circa 20% is, 23,1% dat het circa 10% is en 18,2% dat het circa 10% is.

42,98% denkt dat het percentage van de Vlaamse bevolking met een buitenlandse afkomst (inclusief personen zonder Belgische nationaliteit en personen die in de loop van de jaren Belg zijn geworden) rond 20% ligt. Reacties van andere respondenten zijn niet correct: 26,44% meent dat het circa 30% is, 24,79% meent dat het circa 30% is en 5,79% meende dat het circa 40% is.

Slechts 18,2% meent dat een op drie van de Vlaamse kinderen van een buitenlandse afkomst is wat ook een correcte antwoord is. 41,3% meent dat het een op vijf, 38,8% dat het een op vier en 1,7% dat het een op twee ervan zijn.

32,2% respondenten is van mening dat 25% van de kinderen geboren in Vlaanderen in 2011 niet het Nederlands als moedertaal heeft. Een grote meerderheid geeft onjuiste antwoorden: 46,3% meent dat het 20% is, 18,2% dat het 30% is en 3,3% dat het 50% is.

Mensen zonder wettig verblijf worden niet geregistreerd. Exacte cijfers zijn dus niet beschikbaar. Bij de vraag om een schatting te maken rond illegalen in Vlaanderen en Brussel meent 25,6% dat het circa 100.000 is , wat ook correct is. 38% meent dat het circa 75.000 is, 27,3% dat het circa 50.000 is en 9,1% dat het circa 125.000 is. (Bijlagen 3)

Statuut	aantal respondenten	algemeen score	gemiddelde score per respondent
Huisarts (werkervaring: minder dan 1 jaar)	3	8	2,67
Huisarts (werkervaring: tussen 1 en 5 jaar)	4	7	1,75
Huisarts (werkervaring: meer dan 5 jaar)	32	105	3,28
HAIO (8ste jaar)	30	84	2,8

HAIO (9de jaar)	21	71	3,38
Student (e) geneeskunde	31	91	2,94

Tabel.2. Kennisscore

Het tweede deel van de vragenlijst houdt 7 stellingvragen rond multiculturele zorg in.

39,7% respondenten (n=48) vindt dat de grootschalige migratie met snel veranderende samenleving de arts-patiëntrelatie onder druk zet. 32,2% (n=39) is van mening dat het niet zo is.

Bij lage kennisscore (0-3) zijn meer respondenten akkoord met deze stelling (36 tegen 27 die niet akkoord waren).

Bij hoge kennisscore (4-8) tonen geïnterviewden dezelfde mening (12 respondenten waren akkoord en 12 niet akkoord).

66,9 % (n=81) vindt dat voor anderstalige/andersculturele patiënten cultuurverschillen de toegang tot de gezondheidszorg beperken, 74,4 % respondenten (n = 90) is niet akkoord dat geloofsovertuiging van de patiënt de belangrijkste barrière tijdens het consult is.

Aanwezigheid van een professionele tolk tijdens het consult vindt 48% (n=58) nuttig. Maar gebruik van een tolkentelefoon tijdens het consult vinden meer respondenten nuttig (60,3% (n = 73) om de taalbarrière te overbruggen. In tegenstelling vindt slechts 38,8% (n = 47) een kind een goede tolk voor zijn ouders.

60,3 % (n = 73) vindt dat artsen zich op interculturele bemiddelaars moeten kunnen beroepen om het consult met een andersculturele patiënt tot een goed einde te brengen.

Bij vragen naar hun mening vindt 73,55 % (n=89) dat huisartsen folders over verschillende ziektebeelden en gezondheid in verschillende talen beschikbaar moeten hebben.

Bijna de helft van de respondenten (49,59%; n = 60) vindt dat ze niet voldoende competenties in multiculturele zorg heeft om een kwaliteitsvolle en veilige zorg aan anderstalige patiënten met diverse culturele achtergrond te garanderen.

Ook bij hogere score op de kennisvragen (4-8) hebben 21 personen als mening dat ze niet genoeg competent zijn, tegenover 15 die vinden van wel. In de groep met lagere score op kennisdeel (0-3) is er dezelfde tendens: 39 vinden een te kort aan competenties, en slechts 22 respondenten vinden dat ze wel deskundig zijn in multicultureel zorg.

58,68% (n = 71) van respondenten signaleert een nood aan een opleidingsmodule over communicatie met andersculturele patiënten. Slechts 28,1 % (n = 34) is van mening dat dit niet vereist is. 13,22% (n=16) houdt zich aan de neutrale mening.

Bij kennis score 0-3 zijn 21 respondenten niet akkoord met deze mening tegenover 43 respondenten die wel akkoord zijn. Ook bij hogere kennis score (4-8) is de meerderheid (n = 28) akkoord met deze mening, tegenover 13 respondenten die niet akkoord zijn.

De absolute meerderheid van de respondenten 87,6% (n=106) vindt dat een tool voor de patiënten van allochtone origine ter voorbereiding en ondersteuning van het consult heel voordelig en praktisch zou kunnen zijn. In vrije commentaar is als opmerking gemaakt dat vragenlijsten voor patiënten , inzake allergieën, medische antecedenten, operaties enzovoort eerder online moeten beschikbaar zijn, dan op papier.

34,71% (n = 42) vindt dat taalbarrière geen obstakel is om patiënten met migratieachtergrond te verwijzen naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. 33,88% (n = 41) vindt van wel want de taalbarrière in die gesprekken is nog groter.

40,50 % (n = 49) vindt dat patiënten van andersculturele origine meer initiatief moeten nemen als het gaat over hun gezondheid en preventie van ziekten. Iets minder respondenten (31,40% (n = 38)) zijn niet akkoord met deze mening.

Absolute meerderheid , 82,65 % (n= 100) , vindt dat patiënten van allochtone origine minder gebruik maken van de ouderenzorg aangezien zorgen voor ouderen nog meer eigen zijn aan hun cultuur. Slechts 4,1 % (n = 5) is eerder niet akkoord met deze mening.

57,85% (n=70) vindt het belangrijk om met patiënten eerst in het Nederlands te spreken en op deze manier te wijzen op het belang om onze taal te kennen. 24,79 % (n = 30) heeft tegengestelde mening.

78,5% (n = 95) maakt gebruik van vertaalprogramma's (google etc) en andere tools (pictogrammen etc) om met anderstalige patiënten te communiceren.

'Als de echtgenoot van een moslima het woord wil voeren voor zijn vrouw, sta ik dat zonder meer toe'. Hier is 47,93 % (n = 58) niet akkoord en 31,41% (n = 38) akkoord met deze mening. Uit de vrije commentaar blijkt dat er geen implicatie met geloofsovertuiging meestal is. Vooral de mannen hebben werk , en kunnen daardoor wel sneller het Nederlands leren. Zij zullen daarom vaker meekomen op consultatie om te vertalen aangezien de vrouwen vaker minder goed het Nederlands beheersen.

Resultaten patiëntenonderzoek.

Resultaten van het eerste onderzoek tussen de huisartsen, HAIO's en studenten-geneeskunde tonen dat de absolute meerderheid van respondenten (87,6%) een tool voor de patiënten van allochtone origine, ter voorbereiding en ondersteuning van het consult, heel voordelig en praktisch vindt.

In het tweede deel van ons onderzoek hebben wij geprobeerd om na te gaan of een samengestelde vragenlijst voor anderstalige patiënten eenvoudig te gebruiken is . Deze vragenlijst zou een centrale plaats moeten vinden bij het opstellen van de tool.

In het begin werden patiënten gevraagd om thuis een vragenlijst in te vullen over de belangrijkste aspecten rond hun gezondheid : een actueel overzicht van chronische medicatie, chronische

ziekten, operaties , rookgewoonten en alcoholgebruik, familiale anamnese en allergieën. Er werd gevraagd om lengte en gewicht in te vullen met daaropvolgende BMI index berekening. Er werd ook aandacht besteed aan psychosociale aspecten, met nadruk op traumatische gebeurtenissen in het recente verleden en de gezinssituatie. Voor vrouwen was er nog een kort deel inbegrepen in verband met gynaecologische anamnese.

Tijdens het volgende bezoek bij de huisarts werden de ingevulde vragenlijsten samen met de patiënten bekeken. Vervolgens werd gevraagd om anoniem een mening over de enquête en het consult te geven.

Aan dit onderzoek hebben 26 personen deel genomen waarvan 16 vrouwen en 10 mannen.

Onder de geënquêteerden zijn 9 personen, minder dan een jaar in België woonachtig , 13 personen, die er al meer dan een jaar wonen en 4 personen meer dan 5 jaar. Er zijn 3 personen die meer dan vijf jaar onder toezicht van de huidige huisarts zijn, 7 personen meer dan een jaar en 16 minder dan een jaar.

Er werd gevraagd om een kennisniveau van de Nederlandse taal aan te geven.

2 personen duiden aan dat ze geen Nederlands kunnen spreken. 13 personen duiden aan van matig, 6 personen voldoende , 4 personen goed en 1 persoon zegt het Nederlands zeer goed te kunnen beheersen.

Als moedertaal werden volgende talen door de bevraagde patiënten genoemd : Turks (n=7), Pools (n=6), Arabisch (n=5), Russisch (n = 3), Pashto (n=2), Koerdisch (n=1), Roemeens (n=1), Chinees (n= 1) (zie tabel 3)

Achtergrondvariabelen	Aantal
Geslacht	
Vrouw	16
Man	10
Leeftijd	
20 - 30	8
31 - 40	10
41 - 50	6
51 - 70	2
Duur van het verblijf in België	
Minder dan een jaar	9
Meer dan een jaar	13
Meer dan vijf jaar	4
Moedertaal	
Turks	7
Pools	6
Arabisch	5
Russisch	3
Pashto	2
Koerdisch	1
Roemeens	1
Chinees	1

Kennisniveau van het Nederlands	
Zeer goed	1
Goed	4
Voldoende	6
Matig	13
Geen	2
Duur van het toezicht van de huidige huisarts	
Minder dan een jaar	16
Meer dan een jaar	7
Meer dan vijf jaar	3

Tabel 3: Patiënten achtergrondvariabelen

De meeste patiënten (84,62% , n = 22) gaven toe dat de opgestelde vragenlijst eenvoudig te begrijpen was.

15,38% (n= 4) hield zich aan de neutrale mening. Raadpleging met een voorbereiding heeft volgens hetzelfde aantal deelnemers een pluspunt in dit onderzoek.

Dat het invullen van een vragenlijst veel tijd kost, vond slechts 19,23% (n=5), terwijl 65,38 % (n=17) vond dat het niet zo is.

Iets meer dan de helft van de patiënten (53,85%, n = 14) merkte dat communicatie met de huisarts vlotter verliep met de vragenlijst. 46,15% (n=12)) hield zich aan de neutrale positie bij deze stelling.

Absolute meerderheid van de patiënten in dit onderzoek (88,46%, n= 23) vond dat de belangrijkste aspecten in verband met de gezondheid in de enquête werden nagevraagd. Andere patiënten kozen voor een neutrale stelling (11,54%, n = 3).

Iets minder patiënten (69,23%, n = 18) vonden dat ook belangrijke aspecten over de sociaal status en persoonlijke situatie nagevraagd werden. Voor een neutrale mening koos 30,77% (n = 8).

Slechts 34,62% (n = 9) meldden dat ze meer initiatief tijdens de consultatie durfden te nemen mits voorbereiding voor het consult. Eén persoon was er niet mee akkoord . 61,54% (n = 16) koos voor een neutraal antwoord.

Meer dan de helft van de patiënten (53,84%, n = 14) was niet akkoord met de stelling dat de vragenlijst vooral gemakkelijk is, wanneer de patiënt iemand als tolk mee kan nemen tijdens de consultatie bij de huisarts. 26,92% (n = 7) vond dat het wel zo is. De andere 19,23% (n = 5) hield zich aan de neutrale mening.

Bij vragen of patiënten zich tijdens consultatie emotioneel gemakkelijker voelden met de voorbereiding voor het consult , koos 61,54% (n = 16) een neutrale antwoord. 31,62% (n = 9) was ermee akkoord en slechts 3, 85 % (n = 1) niet akkoord.

Dat de huisarts voldoende aandacht gaf aan de ingevulde enquête , dat vond de absolute meerderheid van de patiënten (84,61%, n = 22), 11,53% (n = 3) koos voor een neutrale mening en slechts één patiënt (3,85%) was het er niet mee eens.

96,15% (n = 25) vind het belangrijk dat de huisarts van de medisch achtergrond op de hoogte moet zijn. Slechts een persoon vind dat het niet van belang is.

14 patiënten (53,84%) meenden dat ze nu een actieve rol kunnen opnemen tijdens een consultatie en in de zorg voor hunzelf. 11,53% (n = 3) was er niet mee akkoord . 34,61% (n = 9) toonde een neutraal standpunt.

46,15% (n = 12) meent dat ze de voornaamste klachten duidelijk kunnen aanduiden , terwijl dat 50% (n = 13) een neutrale mening toont en 3,84% (n = 1) niet akkoord is

53,84% vind dat gebruikmaken van de vragenlijst zou kunnen bijdragen tot het voorkomen of verminderen van gezondheid gerelateerde problemen. 43,31% (n = 11) houdt zich aan neutrale mening en 3,85% (n = 1) is er niet mee akkoord.

Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat de kennis over de multiculturele samenleving in alle focusgroepen (huisartsen, HAIO' s als bij studenten geneeskunde) niet goed is. Terwijl er herhaaldelijk in de literatuur op gewezen wordt dat gezondheidszorgverstrekkers in staat zouden moeten zijn om om te gaan met de complexiteit van een diverse samenleving[3,4,5].

Huisartsen met meer dan 5 jaar ervaring en HAIO' s 9de jaar tonen een hogere kennisscore, vergeleken met andere leeftijdsgroepen en respondenten die minder ervaring hebben in multiculturele zorg : studenten geneeskunde en HAIO 8ste jaar hebben een lagere score op de kennisvragen.

Waarschijnlijk speelt praktische ervaring een belangrijke rol in opbouwen van vaardigheden in multiculturele zorg[6]. Om een praktisch voordeel te behalen zouden studenten geneeskunde zich actief moeten laten voorbereiden en huisartsen zich laten coachen in multiculturele zorg. Als voorbeeld kan in kleine groepen een klassiek trainingsconsult met simulatiepatiënten in multiculturele context aangeboden worden, met nadruk op lastige gesprekken en situaties. Videoconsult met een docent kan als een goede illustratie gebruikt worden, met een discussie rondom.

Bij lage kennisscore waren er meer respondenten akkoord dat de grootschalige migratie met snel veranderende samenleving, de arts-patiëntrelatie onder druk zet , terwijl we bij hoge kennisscore deze tendens niet zien. Het maakt het mogelijk om aan te nemen dat ondervraagden met hoge kennisscore rond multiculturele zorg een goede inschatting van het probleem hebben en daarom geen moeilijkheden in de arts- patiënt relatie meer verwachten. Daarentegen, respondenten met lagere kennisscore wel een barrière op dit gebied verwachten omwille van gebrek aan kennis in de huidige situatie.

Bijna de helft van de respondenten meldt dat ze niet voldoende competenties in multiculturele zorg heeft. Ook meer dan helft respondenten ziet een nood aan een opleidingsmodule over communicatie met andersculturele patiënten.

Er is geen correlatie tussen kennisscore en de twee laatstgenoemde meningen. De uitkomst van deze vragen spreekt voor zichzelf: gebrek aan competenties vraagt naar een opleidingsmodule in de multiculturele zorg om een kwaliteitsvolle en veilige zorg aan anderstalige patiënten met diverse culturele achtergrond te garanderen.

Twee derde van de respondenten in dit onderzoek is van mening dat voor anderstalige/andersculturele patiënten cultuurverschillen de toegang tot de gezondheidszorg beperken. Anderzijds, door iets meer respondenten wordt geloofsovertuiging van de patiënt niet beschouwd als de belangrijkste barrière tijdens het consult.

Waarschijnlijk wordt het door de respondenten vanuit verschillende invalshoeken bekeken . Huisartsen bieden een gelijkwaardige medische zorg aan de patiënten ongeacht culturele en religieuze overtuigingen. Echter anderstalige/andersculturele patiënten moeten steun krijgen om drempels in de toegang tot de gezondheidszorg te verlagen.

Ongetwijfeld is communicatie tussen artsen en patiënten een fundamenteel aspect van de gezondheidszorg[7,8,9]. Een grote meerderheid van respondenten in ons onderzoek maakt gebruikt van vertaalprogramma's (google etc.) en andere tools (pictogrammen etc.) om met anderstalige patiënten te communiceren. Meer dan helft van respondenten vindt gebruik van een tolkentelefoon tijdens het consult nuttig om de taalbarrière te overbruggen.

In vroegere studies is al aangetoond dat het gebruik van professionele tolken voor minder fouten/ foutreductie kan zorgen [10,11,12]. Toch vindt maar minder dan de helft respondenten de aanwezigheid van een professionele tolk tijdens een consult nuttig, ondanks het feit dat een professionele tolk zeker een hoge kwaliteit van de vertaling geeft. Waarschijnlijk speelt hier de rol van de geheimhoudingsplicht mee. In gevoelige gespreken wordt een professionele tolk ook mee betrokken en het is niet vanzelfsprekend dat de patiënt aan een onbekende persoon volledig zijn/haar vertrouwen geeft.

Vermoedelijk , om dezelfde reden, vindt het grootse deel van respondenten hulp van de kinderen niet de beste optie om de taalbarrière tijdens het consult te overbruggen.

Kinderen met een buitenlandse herkomst leren talen inderdaad sneller dat hun ouders, maar er zijn factoren die gênant kunnen zijn voor een kind (vb. seksueel gerelateerde of relatie gerelateerde vragen).

Het tweede deel van ons onderzoek wijst erop dat patiëntenquête een reële en haalbare instrument is.

De absolute meerderheid van anderstalige patiënten in ons onderzoek vindt dat de opgestelde vragenlijst eenvoudig te begrijpen is en de belangrijkste aspecten in verband met de gezondheid nagevraagd worden . Ze vinden ook dat het invullen van de vragenlijst niet tijdrovend is.

De meesten van onze patiënten denken dat de huisarts van de medisch achtergrond op de hoogte moet zijn. Ze melden ook dat de huisarts tijdens het consult genoeg aandacht heeft besteed aan de ingevulde enquête.

Tijdens het onderzoek werd merkbaar, dat de patiënten de voornaamste klachten niet kunnen aanduiden met behulp van een enquête. Opzettelijk was dit niet opgenomen in de vragenlijst om de eenvoudigheid en het gebruiksgemak te behouden. Maar in de online tool "Voorbereiding voor consult : een betere dialoog tussen huisartsen en patiënten van andere origine" is er wel hiervoor een belangrijke rol voorzien. De patiënt kan daar nuttige tips bekijken en zich op zijn eigen tempo voorbereiden.

Terwijl meer dan helft van de patiënten aanduidde dat ze zich emotioneel gemakkelijker voelde tijdens het consult dankzij de voorbereiding, was er toch slechts een derde, die meer initiatief durfde te nemen tijdens de consultatie mits voorbereiding voor het consult.

Meer dan de helft van de patiënten denkt dat ze wel een actieve rol kan opnemen tijdens een consultatie en in de zorg voor zichzelf, terwijl de artsen daar niet zo zeker van zijn. Slechts 40 % van

geïnterviewde artsen is van mening dat patiënten van andersculturele origine meer initiatief moeten nemen als het gaat over hun gezondheid en preventie van ziekten.

Het doet vermoeden dan huisartsen preventie beschouwen als een van de belangrijkste taken van hun job. Samenwerking met patiënten is zeker van belang maar huisartsen zorgen op dit gebied voor een professionele aanpak met een besturend rol.

Helaas was er een kleine respons bij het patiëntenonderzoek. Bij het kiezen van deelnemers werd de voorkeur gegeven aan nieuwe patiënten van allochtone origine. Maar nieuwe patiënten, die ermee instemmen om deel te nemen, verhuizen vaak vanwege aangeboden werk of sociale woning. Er werd hier geen rekening mee gehouden met als gevolg, een aanzienlijk kleinere respons dan te verwachten was. Resultaten van dit deel van ons onderzoek kunnen dan ook maar alleen als een tendens beschreven worden.

Een beperking van het onderzoek is dat sommige vragen te suggestief waren opgesteld. Toch laten resultaten duidelijk zien dat er een nood is om huisartsen in multiculturele zorg te ondersteunen.

Er zou daartoe de website "Voorbereiding voor consult : een betere dialoog tussen huisartsen en patiënten van andere origine"-kunnen worden gebruikt. Nieuwe inwoners kunnen daar algemene informatie over organisatie van gezondheidszorg in België vinden, nuttige tips ter voorbereiding voor een consult bij de huisarts en kunnen een vragenlijst over de belangrijkste aspecten van hun gezondheid en medische achtergrond invullen.

Besluit

Dit onderzoek toont aan dat het niveau van de kennis over de multiculturele samenleving niet goed is in alle focusgroepen (huisartsen, HAIO' s als bij studenten geneeskunde). Het onderzoek toont ook aan dat werkervaring bijdraagt tot een betere inschatting van het probleem.

Om opleiding rond multiculturele zorg te verbeteren zouden studenten geneeskunde zich actief moeten laten voorbereiden en huisartsen zich laten coachen in multiculturele zorg. Als voorbeeld kan in kleine groepen een klassiek trainingsconsult met simulatiepatiënten in multiculturele context aangeboden worden, met nadruk op lastige gesprekken en situaties. Videoconsult met een docent kan als een goede illustratie gebruikt worden, met een discussie rond.

Het tweede deel van ons onderzoek wijst erop dat patiëntenquête een reëel en haalbaar instrument is. Op basis van ons onderzoek willen wij een online tool bieden om huisartsen te ondersteunen in multiculturele zorg en drempels in de toegang tot de gezondheidszorg voor patiënten van andersculturele origine te verlagen.

Er zou daartoe de website "Voorbereiding voor consult : een betere dialoog tussen huisartsen en patiënten van andere origine"-kunnen worden gebruikt.

Referenties

1. Lamkaddem M., Stronks K., Gerritsen A., Devillé W. en Essink-Bot M. Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen. Vervolgonderzoek onder mensen met een verblijfsvergunning in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 27-03-2013.
2. Gerritsen AMM, Devillé W, van der Linden FAH, Bramsen I, Willigen LHM, Hovens JEJM. Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde. 2006;150.
3. Dekeyser Y, Khamzatkhanova M, Moens B, Schoofs I, Schoenmakers B. Toren van Babel in de praktijk. Omgaan met anderstalige patiënten en multiculturaliteit. Huisarts Nu 2016;45:129-34.
4. Dr. L. Meeuwesen, psycholoog, dr. j.A.M. Harmsen, huisarts. Valkuilen in de multiculturele huisartspraktijk: het 'stille' gesprek. m o d e r n m e d i c i n e · 2 0 0 7 · n r . 2
5. J. De Maeseneer. Artsen opleiden in een veranderend maatschappelijk veld. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, juni 2003 | Vol. 22, nr. 4, p. 161-168.
6. Devillé W1, Greacen T, Bogic M Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. BMC Public Health. 2011 Sep 13.
7. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. Annu Rev Publ Health 2004; 25: 439–455.
8. Nesterko Y., Glaesmer H. Verständigung mit Patienten mit Migrationshintergrund aus der Sicht von Hausärzten The Quality of Communication between Family Practitioners and their Migrant Patients. Deutscher Ärzte-Verlag | 2015; 91 (12).
9. Harmsen H, Bruijnzeels M. Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit? Huisarts & Wetenschap 48(4) april 2005.
10. Bot, H., Meeuwesen, L., & Harmsen, H. (2011). Tolken in de zorg onmisbaar. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 9, 609-612.
11. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. Langendijk-van den Berg I., Verdonk P, Abma T. NED TIJDSCHR GENEESKD. 2014;158
12. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency? A systematic review of the literature. Health Serv Res 2007; 42: 727–754

Bijlage 1: Gunstig advies Ethische Commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "LEGT DE OPLEIDING VAN HUISARTSEN EEN VOLDOENDE STERKE EN SPECIFIEKE NADRUK OP HET OPBOUWEN VAN CULTURELE COMPETENTIE OM DE LEVERING VAN HOGE KWALITEIT HUISARTSENZORG TE WAARBORGEN?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "LEGT DE OPLEIDING VAN HUISARTSEN EEN VOLDOENDE STERKE EN SPECIFIEKE NADRUK OP HET OPBOUWEN VAN CULTURELE COMPETENTIE OM DE LEVERING VAN HOGE KWALITEIT HUISARTSENZORG TE WAARBORGEN?" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

De OBC keurt deze aanvraag goed, maar geeft volgende opmerkingen mee: - in de patiëntinfo: vertrouwelijkheid garanderen

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

Titel van de studie: LEGT DE OPLEIDING VAN HUISARTSEN EEN VOLDOENDE STERKE EN SPECIFIEKE NADRUK OP HET OPBOUWEN VAN CULTURELE COMPETENTIE OM DE LEVERING VAN HOGE KWALITEIT HUISARTSENZORG TE WAARBORGEN?

Registratienummer: mp19012

Student(en): Alena Habryialian

Promotor: Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be - u0031684 – ACHG)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit, ...)

Het onderzoek is: praktijkverbeterend

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Er wordt veel gesproken in de media over de grootschalige migratie, wat tot een permanent verschijnsel nog tientallen jaren zal leiden in de wereldeconomie. Dit staat ons te wachten: een grote verandering op bevolkingsgebied.

Dit brengt uitdagingen met zich mee . Huisartsen, als eerstelijnszorgverleners zullen in toenemende mate met multiculturaliteit en taaldiversiteit geconfronteerd worden. Kunnen we ons de snelheid van de demografische veranderingen voldoende voorstellen?

Om een kwaliteitsvolle en veilige zorg te garanderen, hebben zorgverleners vaak nood aan gezondheidsgegevens zoals medische voorgeschiedenis en familiale anamnese. Niet alleen taal - barrière , maar ook gebrek aan voldoende informatie in verband met gezondheidstoestand kan invloed hebben op kwaliteit van de zorg. Nieuwe inwoners ver eisen uitgebreide gezondheidsbeoordelingen, want onbehandelde aandoeningen in het verleden zullen invloed hebben op de gezondheid op lange termijn .

In heel veel situaties zullen aangepaste methoden noodzakelijk zijn om dezelfde kwaliteit van de zorg te kunnen bereiken.

Vraagstelling:

Er zijn twee onderzoeksvragen:

- Hoe kunnen we de opleiding van geneeskundestudenten in contact met multiculturele zorg verbeteren

- Hoe kunnen we huisartsen en patiënten ondersteunen in multiculturele zorg

Methodologie:

De eerste onderzoeksvraag wordt uitgevoerd als een kwalitatief beschrijvend onderzoek met opvolging. In antwoord op de eerste onderzoeksvraag worden kennis van geneeskundestudenten en huisartsen over multiculturele zorg geïnventariseerd. Om een gedetailleerd overzicht te krijgen over de bestaande kennis en mening van ons doelgroep wordt een enquête samengesteld.

De vragenlijst zal in 2 categorieën verdeeld worden. In eerste plaats wordt feitelijke kennis van huisartsen over het thema "multiculturele zorg" geanalyseerd via meerkeuzevragen .

In een tweede luik van deze onderzoeksvraag worden leermethodes geïnventariseerd die geneeskundestudenten en huisartsen moeten ondersteunen in multiculturele zorg.

De beste leermethoden moeten tot een blijvende verbetering van kennis leiden en inzicht op lange re termijn en de deskundigheid en zelfvertrouwen van huisartsen in contact met muliticultiraliteit verhogen.

Op basis van deze inventaris wordt van een training in multiculturele zorg voor huisartsen opgesteld. Deze training zal ter beoordeling worden voorgelegd aan de huisartsen.

In antwoord op de tweede onderzoeksvraag wordt een tool uitgewerkt om patiënten van allochtone of andersculturele origine te helpen bij het voorbereiding en het voeren van de consultatie. Deze vraag wordt beantwoord in een kwalitatief beschrijvend onderzoek met als uitkomstmaten 'tevredenheid over het consult en toepasbaarheid'. De huisartsen en patiënten zullen bevraagd worden middels een semi-gestructureerd interview na toepassing van de tool in de praktijk.

Populatie

Studenten van de opleiding huisartsgeneeskunde , HAIO en huisartsen zijn de doelpopulatie.

De resultaten van het onderzoek zullen leiden tot een opleidingsmodule voor huisartsen(HAIO) en tot een tool voorbereiden voor patiënten ter ondersteuning van het consult.

Referenties:

- Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen. Vervolgonderzoek onder mensen met een verblijfsvergunning in Nederland. Majda Lamkaddem, Karien Stronks, Annette A.M. Gerritsen, Walter L.J.M. Devillé en Marie-Louise Essink-Bot. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 27-03-2013.

- Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. Gerritsen AMM, Devillé W, van der Linden FAH, Bramsen I, Willigen LHM, Hovens JEJM. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde. 2006;150.

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

- 95944_1492546634_703_verzoek_tot_medewerking_bij_onderzoek_pdf.pdf
- 37268_1492546647_363_patienten_enquete_pdf.pdf
- 84263_1492546654_4298_enquetetevredenheid_pdf.pdf
- 67386_1492546660_3524_enquete_ha_haio_pdf.pdf

Bijlage 3. Resultaten onderzoek (HA,HAIO, studenten geneeskunde)

3.1 Enquête HA, HAIO, studenten geneeskunde : *kennis*

Kennisvraag	Aantal respondenten dat juist antwoordde (%)	Aantal respondenten dat fout antwoordde (%)
Hoeveel procent van de Belgische bevolking heeft een buitenlandse nationaliteit?	62 (51,24%)	59 (48,76%)
Hoeveel daarvan zijn niet-EU-burgers?	41 (33,88%)	80 (66,12%)
Hoeveel procent van de Vlaamse bevolking heeft een buitenlandse afkomst? (inclusief personen zonder Belgische nationaliteit en personen die in de loop van de jaren Belg zijn geworden)	52 (42,98%)	69 (57,02)
Hoeveel Vlaamse kinderen zijn van een buitenlandse afkomst?	22 (18,18%)	99 (81,82%)
Hoe veel kinderen geboren in Vlaanderen in 2011 die niet het Nederlands als moedertaal hebben?	39 (32,23%)	82 (67,77%)
Mensen zonder wettig verblijf (illegalen)worden niet geregistreerd. Exacte cijfers zijn dus niet beschikbaar. Hoe groot wordt het ongeveer geschat in Vlaanderen en Brussel ?	31 (25,62%)	90 (74,38%)
Bij de personen van Belgische herkomst valt meer dan 10% onder de armoedegrens. Hoeveel mensen van allochtone origine met een EUROPESE HERKOMST leven onder de armoedegrens?	47 (38,84%)	74 (61,16%)
Hoeveel mensen van allochtone origine met een NIET-EUROPESE HERKOMST leven onder de armoedegrens?	71 (58,68%)	50 (41,32%)

3.2 Enquête HA, HAIO, studenten geneeskunde: *stellingen*

Stelling	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord
De grootschalige migratie met snel veranderende samenleving zet de arts-patiëntrelatie onder druk.	48 (39,7%)	34 (28,1%)	39 (32,2%)
Cultuurverschillen beperken de toegang tot de gezondheidszorg voor anderstalige/andersculturele patiënten.	81 (66,9%)	12 (9,9%)	28 (23,1%)

Om de taalbarrière tijdens consult te overbruggen is een professionele tolk onmisbaar.	58 (48%)	32 (26,4%)	31 (25,6%)
Kinderen met een buitenlandse herkomst leren talen sneller en zijn daarom goede tolken voor hun ouders.	47 (38,8%)	21 (17,4%)	53 (43,8%)
Het gebruik van tolkentelefoon tijdens het consult is een goede manier om de taalbarrière te overbruggen.	73 (60,3%)	29 (24%)	19 (15,7%)
Artsen moeten zich kunnen beroepen op interculturele bemiddelaars om het consult met een andersculturele patiënt tot een goed einde te brengen.	73 (60,3%)	36 (29,8%)	12 (9,9%)
De geloofsovertuiging van de patiënt is de belangrijkste barrière tijdens het consult.	16 (13,2%)	15 (12,4%)	90 (74,4%)

3.3 Enquête HA, HAIO, studenten geneeskunde: *eigen mening*

Mening	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik vind dat we als huisartsen folders over ziekte en gezondheid in verschillende talen beschikbaar moeten hebben.	5(4,1%)	11 (9,1%)	8 (6,6%)	8 (6,6%)	36 (29,8%)	28 (23,1%)	25 (20,7%)
Ik heb voldoende competenties in multiculturele zorg om een kwaliteitsvolle en veilige zorg aan anderstalige patiënten met diverse culturele achtergrond te garanderen.	5(4,1%)	17 (14%)	38 (31,4%)	30 (24,8%)	21 (17,4%)	9 (7,4%)	1 (0,8%)
Ik heb nood aan een opleidingsmodule over communicatie	6(5%)	8(6,6%)	20 (16,5%)	16 (13,2%)	38 (31,4%)	20 (16,5%)	13 (10,7%)

met een andersculturele patiënt.							
Een tool voor patiënten van allochtone origine ter voorbereiding en ondersteuning van het consult zou heel voordelig /praktisch kunnen zijn. (bv. vragenlijsten laten invullen inzake allergieën, medische antecedenten, operaties, ziekenhuisopnamen door de patiënt met behulp van een tolk, bemiddelaars, online –*translate en zo* voort.)	0	0	4 (3,3%)	11(9,1%)	30 (24,8%)	37 (30,6%)	39 (32,2%)
Ik stuur patiënten met migratie achtergrond minder vaak naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg omdat de taalbarrière in die gesprekken nog groter is.	7 (5,8%)	18 (14,9%)	17 (14%)	38 (31,4%)	22 (18,2%)	10 (8,3%)	9 (7,4%)
Gezondheidsstatus onder allochtonen is minder goed dan van autochtonen. Ik vind dat patiënten van andersculturele origine meer initiatief moeten nemen als het gaat over hun gezondheid en preventie van ziekten.	8(6,6%)	7 (5,8%)	23 (19%)	34 (28,1%)	29 (24%)	14(11,6 %)	6 (5%)
Patiënten van allochtone origine maken minder gebruik van de ouderenzorg. Ik denk dat zorgen voor	0	0	5(4,1%)	16 (13,2%)	45 (37,2%)	37 (30,6%)	18 (14,9%)

ouderen nog meer eigen is aan hun cultuur.							
Ik spreek patiënten altijd eerst in het Nederlands aan om hen te wijzen op het belang onze taal te kennen.	5 (4,1%)	14 (11,6%)	11 (9,1%)	21 (17,4%)	25 (20,7%)	26 (21,5%)	19 (15,7%)
Ik vind het belangrijk dat patiënten mij goed verstaan. Daarom gebruik ik vertaalprogramma's (*google* etc) *of* andere tools (pictogrammen etc) om met anderstalige patiënten te communiceren.	2 (1,7%)	2 (1,7%)	7 (5,8%)	15 (12,4%)	26 (21,5%)	45 (37,2%)	24 (19,8%)
Als de echtgenoot van een moslima het woord wil voeren voor zijn vrouw, sta ik dat zonder meer toe.	11 (9,1%)	17 (14%)	30 (24,8%)	25 (20,7%)	25 (20,7%)	10 (8,3%)	3 (2,5%)

Bijlage 4. Resultaten patiëntenonderzoek

4.1 Patiëntenquête: *stellingen*

Stelling	Helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Helemaal akkoord
Opgestelde vragenlijst is eenvoudig te begrijpen	0	0	4	15	7
Raadpleging met een voorbereiding heeft duidelijk een pluspunt	0	0	4	19	3
Het kost veel tijd *om de vragenlijst* in te vullen	8	9	4	5	0
Communicatie met huisarts verloopt vlotter met vragenlijst	0	0	12	13	1
De belangrijkste aspecten in verband met gezondheid zijn nagevraagd	0	0	3	12	11
De belangrijkste aspecten in verband met mijn sociale status/persoonlijke situatie zijn nagevraagd	0	0	8	14	4
Als ik voorbereid ben voor het consult durf ik meer initiatief nemen tijdens consultatie .	0	1	16	8	1

4.2 Patiëntenquête: *eigen mening*

Mening	Helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Helemaal akkoord
De vragenlijst is vooral gemakkelijk als ik iemand als tolk mee	5	9	5	6	1

kan nemen naar de dokter					
Ik voelde me emotioneel gemakkelijker tijdens consult want ik was ervoor al voorbereid	0	1	16	7	2
Ik vind dat de arts genoeg aandacht aan mijn enquête gaf	1	0	3	17	15
Ik vind het belangrijk dat de huisarts op de hoogte is van mijn medische achtergrond	0	1	0	9	16
Ik voel dat ik nu een actieve rol kan opnemen tijdens de consultatie en in de zorg voor mezelf	0	3	9	10	4
Ik kan mijn voornaamste klachten /problemen duidelijk aanduiden	0	1	13	12	0
Gebruik van de vragenlijst kan bijdragen tot het voorkomen of verminderen van problemen met betrekking tot mijn gezondheid.	1	0	11	11	3

Bijlagen 5: Verzoek tot medewerking bij onderzoek

Titel : LEGT DE OPLEIDING VAN HUISARTSEN EEN VOLDOENDE STERKE EN SPECIFIEKE NADRUK OP HET OPBOUWEN VAN CULTURELE COMPETENTIE OM DE LEVERING VAN HOGE KWALITEIT

HUISARTSENZORG TE WAARBORGEN?

Geachte heer/ mevrouw,

In het kader van de masterproef, binnen de opleiding master in de huisartsgeneeskunde, wil ik, Dr. Alena Habryialian, onder begeleiding van prof. Dr. B. Schoenmakers u uitnodigen om deel te nemen aan dit onderzoek.

Om patiënten van allochtone of andersculturele origine te helpen bij de voorbereiding en het voeren van de consultatie vragen wij u deze enquête in te vullen.

Deze enquête brengen de huidige problematiek, risico's en aandoeningen waarmee mensen van allochtone of andersculturele origine geconfronteerd worden aan het licht. Met de resultaten van dit onderzoek wordt een advies voor de huisarts opgesteld om deze groep patiënten beter te begeleiden. Daarnaast wordt er een tool voor patiënten ontworpen ter ondersteuning van het

consult.

Uw medewerking aan dit onderzoek is uiteraard vrijblijvend. U hebt vanzelfsprekend ten allen tijde de mogelijkheid de deelname aan het onderzoek stop te zetten. Dit zal geen enkele invloed hebben op onze samenwerking.

Alvast bedankt,

Met vriendelijke groet,

Alena Habryialian

studente master in de huisartsgeneeskunde

alena.habryialian@mail.ru

(deze tekst wordt in begin van vragenlijst geplaatst)