Experience of native patients about their immigrant primary care physician

Mohammad Massoud, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. Dr. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Universiteit Antwerpen

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

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

1. Abstract

Beleving van autochtone patiënten rond hun allochtone huisarts

HAIO: Mohammad Massoud mansnassimi@live.be, Universiteit Antwerpen
Promotor: prof. Dr. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen
Praktijk opleider: Dr. Katelijne Vos

Context: Review van de literatuur toont dat allochtone patiënten meestal de voorkeur geven aan artsen met dezelfde taal en cultureel achtergrond en er is minder informatie over de tevredenheid van de autochtone patiënten over hun allochtone huisartsen. Met dit onderzoek zal ik naar de ervaring van huisartsgeneeskunde kijken door het betrekken van de autochtone patiënten. Het delen van de ervaring van de autochtone patiënten rond allochtone huisartsen, kan ons helpen begrijpen wat de barrières zijn om feedback en informatie aan de huisartsen en dienstverlenende organisaties in de eerstelijnszorg te bezorgen.
Onderzoeksvragen: Wat is de beleving van autochtone patiënten over hun contact met een allochtone huisarts?

Methode: Het betrof een observationele beschrijvende-studie. Voor dit onderzoek heb ik een enquête opgesteld op basis van de review van relevante literatuur. De deelnemers werden gerekruteerd door hun huisarts of door de administratieve medewerkers van de praktijk De allochtone huisartsen zijn geselecteerd op basis van namen in verschillende huisartsenkringen en het boek van Orde der artsen, jaar 2016.

Resultaten: In totaal zijn er 150 enquêtes verdeeld en zijn er 69 ingevuld en terugbezorgd. 81% van deelnemers hebben hun huisartsen zelfgekozen en 19% door aanbevelingen van andere patiënten. 77% van de deelnemers denken dat hun huisartsen dezelfde geneeskunde beoefent als autochtone huisartsen. 93% van de patiënten vertrouwen op hun huisartsen, 97% zijn tevreden met hun huisartsen. 88% van de deelnemers geven aan dat de communicatie en taal van de huisartsen geen probleem is in hun consultaties en interactie. De verwijscijfers naar specialisten 91%, voorschriften voor antibioticum 91% en ziektebrieven 94% zijn in de nodige omstandigheden verstrekt. 77% van de deelnemers heeft in de afgelopen 6 maanden een technische/biochemische test gedaan. 38% van de deelnemer zou met hun huisartsen over verslaving en misbruik kunnen discussiëren. Praten over seksualiteit en gender is niet zo evident in dit onderzoek meer dan 59% van de deelnemers geven geen mening aan deze vraag, 32% kunnen erover praten. De deelnemers hebben 74% preventieve aanbevelingen, 46% aanbevelingen voor psychiatrische en mentale gezondheid en 19% aanbevelingen met betrekking tot seksueel overdraagbare aandoeningen gekregen. Huisartsen bespraken minder dan gemiddeld (20%) over vroegtijdige zorgplanning.

Conclusie: De meeste allochtone huisartsen oefenen de gezondheidszorg op dezelfde manier als de autochtone huisartsen en hun patiënten zijn zeer tevreden over de verstrekte gezondheidszorg. Taal is zelden een belemmering voor de communicatie en interactie van de huisartsen en de patiënten. De resultaten wijzen aan dat de mate van verwijzing naar de specialisten, het voorschrijven van antibiotica en ziektebrieven laag zijn. Dit toont een hoog kennisniveau in de praktijk en integratie van medische kennis van deze huisartsen.

Aanbevelingen rond verslaving, misbruik, geestelijke gezondheid, seksueel overdraagbare aandoeningen en vroegtijdige zorgplanning zijn minder besproken. Er kunnen veel redenen hiervoor zijn; kennis over deze onderwerpen, culturele verschillen, geslacht en leeftijd van huisartsen en deelnemers, arts-patiëntrelatie, ook dit onderzoek is in korte tijd gebeurd, we moeten het gedrag van huisartsen in een langere periode volgen om betere resultaten op te leveren. Het is nodig dat

huisartsen meer inzicht rond deze onderwerpen krijgen om hierover met de patiënten kunnen bespreken.

Table of contents

1. **Summary in Dutch (Samenvatting van het onderzoek) 5**
   - **1.1. Doelstelling en verantwoording 5**
   - **1.2. Onderzoeksvragen 6**
   - **1.3. Hoe zal ik de ervaringen van patiënten onderzoeken? 6**
   - **1.4. Deelnemers en rekrutering 6**
   - **1.5. Ethische overwegingen – veiligheid 6**
   - **1.6. Enquête analyse (data-analyses) 6**
   - **1.7. Bespreking 8**
   - **1.8. Dankwoord 10**
2. **Introduction 11**
3. **Purpose 12**
4. **Research questions 13**
5. **Material and methods 13**
   - **5.1. Review of Existing Literature 13**
   - **5.2. Data gathering 13**
     - **5.2.1.Participants 13**
     - **5.2.2.Survey questionnaire 14**
     - **5.2.3.Ethical Approval 14**
   - **5.3. Data analysis 14**
   - **5.4. Research findings 15**
     - **5.4.1.Review of the literature 15**
     - **5.4.2.Survey analysis 18**
     - **5.4.3.Profile of the respondents 19**
     - **5.4.4.Tables showing detailed results of the questionnaires 21**
6. **Discussion and conclusion 28**
7. **References 30**
8. **Attachments 31**

1. Samenvatting van het onderzoek

1.1. Doelstelling en verantwoording

De filosofie van de WHO (wereld gezondheidsorganisatie) over de primaire gezondheidszorg (Huisartsgeneeskunde) benadrukt het belang van de betrokkenheid van de gemeenschap bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van de primaire gezondheidszorg. Er zijn echter weinig aanwijzingen van publieke participatie in onderzoek naar de evaluatie van de primaire gezondheidszorg. Met dit onderzoek zal ik naar de evaluatie van de kwaliteit van huisartsgeneeskunde kijken door het betrekken van de patiënten. Huisartsgeneeskunde (Primaire gezondheidszorg) heeft een belangrijke rol in de gezondheidszorg. Review van de literatuur toonde dat de onderzoeken op dit gebied grotendeels over de autochtone huisartsen en de patiëntrelatie gaat. Efficiënte medische communicatie is afhankelijk van een goed begrip van het patiënten perspectief. Er is een snelle en continue toename van de etnische diversiteit bij de Europese bevolking. Review van de literatuur toont dat allochtone patiënten meestal de voorkeur geven aan artsen uit hun eigen cultuur, en er is minder informatie over de tevredenheid van de autochtone patiënten over hun allochtone huisarts. Daarom het nuttig is voor allochtone huisartsen om feedback van patiënten te krijgen. Enquête en feedback over tevredenheid van de patiënten zijn zinvolle informatie over de voorkeuren van de patiënt in de medische zorg. Ik zal in dit onderzoek een observationele beschrijvende-studie doen over de ervaring van autochtone patiënten met allochtone huisartsen.

Het doel van deze studie is om te onderzoeken hoe de autochtone patiënten denken over hun allochtone huisartsen met een andere etnische achtergrond en of dit hun praktijk en hun werk beïnvloed. Het meedelen van de ervaring van de autochtone patiënten rond allochtone huisartsen, kan ons helpen begrijpen wat de barrières zijn om feedback en informatie aan de huisartsen te geven. Soms kunnen de ervaring van allochtone huisartsen een voordeel bieden in consultaties met patiënten, we kunnen hun ervaring meedelen met ander huisartsen. Literatuurstudies geven aan dat allochtone huisartsen problemen zouden kunnen ervaren als gevolg van, onder andere, taal en cultuur verschillen met autochtone patiënten. Ik wil ook weten hoe ver dit probleem bestaat in de context van allochtone huisartsen hier in Antwerpen.

Mijn doelstelling is om informatie en aanbevelingen aan dienstverlenende organisaties en beleidsmakers in de eerstelijnszorg te bezorgen rond deze problemen, ervaren door autochtone patiënten met allochtone huisartsen

De studie gebeurt in twee fasen.

Eerste fase van het onderzoek is een literatuurstudie, opstellen van een enquête en het testen van de toepasbaarheid van de enquête. In tweede fase de enquête worden gebruikt voor verzameling van informatie en data.

1.2. Onderzoeksvragen

Wat is de beleving van autochtone patiënten over hun contact met een allochtone huisarts

1.3. Hoe zal ik de ervaringen van patiënten onderzoeken?

Een belangrijke manier om te weten of in de zorg de patiënt centraal staat, is door de bevraging van mensen die contact met de huisarts hebben gehad. Voor dit doel zal ik een enquête opstellen op basis van de review van relevante literatuur. In de enquête zal ik de patiënten vragen om hun ervaringen, zoals het maken van gewenste afspraken, de beschikbaarheid van de huisarts, informatie, communicatie met huisartsen, reactie van de praktijkmedewerkers te beschrijven.

Dit onderzoek is gestart op december 2016 en loopt tot mei 2018.

1.4. Deelnemers en rekrutering

De stad telt onder haar inwoners bijna 170 verschillende buitenlandse nationaliteiten. In dit onderzoek zijn de eerste en tweede generatie als immigranten aangenomen (We beschouwen allochtone huisartsen die in België woonachtig zijn en van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Wie zelf in het buitenland is geboren, hoort tot de eerste generatie, wie in België is geboren, hoort tot de tweede generatie).

Deelnemers aan deze studie zijn autochtone patiënten met een allochtone huisarts in Antwerpen met een contactduur van langer dan 6 maanden. De deelnemers zullen gerekruteerd worden via inleidende informatie door hun huisarts of door de administratieve medewerkers van de praktijk.

1.5. Ethische overwegingen – veiligheid

Deelname is vrijwillig. Patiënten kunnen ervoor kiezen om deze enquête te beantwoorden of niet. Als zij ervoor kiezen van het niet te doen, zal dit geen invloed hebben op de zorgen die zij krijgen en hun relatie met hun huisarts.

Deze vragenlijst is anoniem. De namen van de patiënten worden nergens vermeld. De resultaten van deze enquête zullen gebruikt worden voor dit onderzoek. De persoonlijke gegevens van patiënten kunnen niet achterhaald worden door derden.

1.6. Enquête analyse (data-analyses)

Verschillen in culturele, systeem- en taalachtergrond beïnvloeden de kennis en verwachtingen van allochtone huisartsen en zou resulteren in gevarieerde uitdagingen en behoeften aan ondersteuning en educatie. De literatuur wijst naar veel factoren die bijdragen tot de onderwerpen die moeilijk te bespreken zijn en soms tot stereotypering leiden zoals; geestelijke gezondheid, preventieve zorg, seksualiteit, abortus, ziektebrieven en informatie over vroegtijdige zorgplanning. De belangrijkste belemmeringen voor toegang tot en gebruik van gezondheidzorg zijn taal- en cultuurbarrières die leiden tot een gebrek

aan begrip van de aanbevelingen van zorgverleners. De literatuur beschouwt ook vertrouwen en vertrouwensfactoren als positieve invloeden op de zorgervaring van autochtone patiënten. Elke patiëntervaring is een unieke combinatie van vertrouwen, arts-patiëntrelatie, cultuur en verwachtingen die van invloed is op hoe deze patiënten hun huisartsen ervaren. Van de algemene factoren zijn vooral de communicatie/ taal en culturele achtergrond van invloed op de ervaringen van zowel huisartsen als patiënten.

In dit onderzoek komen de allochtone huisartsen (AH) uit verschillende delen van Antwerpen. Ze zijn meestal gevestigd in de stad Antwerpen, meer dan in de landelijke gebieden. De patiëntenpopulatie van deze AH'en zijn samengesteld op basis van hun herkomst, taal en cultuur achtergrond. Allochtone patiënten hebben de neiging om naar allochtone AH'en te gaan met dezelfde oorsprong, taal of culturele waarden. Daarom was het aantal autochtone deelnemers beperkter in de stad Antwerpen dan in de landelijke gebieden. AH'en die zich in de landelijk gebieden hebben gevestigd, hebben een groot aantal autochtone patiënten en hun deelname aan dit onderzoek is opmerkelijk breder dan die van de stad Antwerpen. De AH'en zijn geselecteerd op basis van namen in verschillende huisartsenkringen en het gegevensboek van Orde der artsen, jaar 2016. Criteria voor selectie waren alle AH'en met meer dan 6 maanden contact met de autochtone patiënten. Een totaal van 30 AH'en werden geïdentificeerd en ze werden uitgenodigd voor deelname per email en telefoon. 19 AH'en waren bereid en vonden de vragenlijst een goed hulpmiddel om feedback van hun patiënten te krijgen. In totaal werden 150 vragenlijsten verzonden naar de deelnemende HA'n en er werden in totaal 69 vragenlijsten verzameld. De rest van de vragenlijsten zijn niet teruggebracht naar de deelnemende huisartsen vanwege tijd gebrek. Een van de AH'en die eerst bereid was om deel te nemen aan dit onderzoek, vond de vragen bekritiserend voor haarzelf. Haar argument was; 'Ik ben allochtoon en mijn patiënten zijn blij met mijn praktijk en het is niet nodig mezelf opnieuw te markeren als AH en mijn patiënten vragen hun mening te geven over mij als een AH.

De leeftijden van de deelnemers zijn tussen de 20 en 75 jaar, meeste deelnemers zijn ouder dan 45 jaar. De meeste deelnemers waren vrouwen 62% er was maar één respondent met X-geslacht. De mentale en algemene gezondheidstoestand van de deelnemers schommelde tussen redelijk tot zeer goed 71%. In tegenstelling tot de bestudeerde literatuur hebben de meeste patiënten hun AH'en zelfgekozen en slechts 19% heeft aangegeven hun AH'en te hebben gekozen door aanbevelingen van andere patiënten. De deelnemers (77%) zijn het erover eens dat hun AH'en dezelfde geneeskunde beoefent als autochtone huisartsen en 16% geeft geen commentaar op deze vraag. Het vertrouwen van de patiënten ligt hoog op hun AH'en van 97% en ze zijn tevreden met hun AH'en

In tegenstelling tot de review van de literatuur zijn er geen negatieve opmerkingen over de communicatie en taal van deze AH'en die bevestigen dat taal geen probleem is in hun overleg. Taal is zelden een belemmering voor de communicatie en interactie tussen deelnemers en AH'en. 71% van deelnemers denken niet dat betere taalkennis van de AH'en zou leiden tot betere gezondheidszorg, 26% geeft geen mening op deze vraag en 3% denkt wel. De verwijscijfers naar specialisten 91%, voorschriften voor antibioticum 91% en ziektebrieven 94% zijn in de nodige omstandigheden aan de deelnemers in dit onderzoek verstrekt. Het aantal deelnemers dat in de afgelopen 6 maanden een technische/ biochemische test heeft ondergaan, was 77%.

Het bespreken van verslaving en misbruik is laag door de AH'en 38% van de respondent zou met zijn AH'en over die onderwerpen kunnen discussiëren. Praten over seksualiteit en gender is niet zo evident in dit onderzoek meer dan 59% van de deelnemers geven geen mening aan deze vraag, terwijl 32% over deze kwesties kan praten met hun AH'en. Van de AH'en verstrekken 74% preventieve aanbevelingen, 46% aanbevelingen voor psychiatrische en mentale gezondheid en 19% aanbevelingen met betrekking tot soa's (seksueel overdraagbare aandoeningen), AH'en bespraken minder dan gemiddeld over vroegtijdige zorgplanning 20%. Dit toont generalisatie van deze problemen bij de AH'en zowel in Antwerpen als in andere landen.

1.7. Bespreking

De deelnemers aan deze studie bestaan uit patiënten van verschillende leeftijdsgroepen met een redelijke goed mentale en algemene gezondheidstoestand. In dit onderzoek zijn de allochtone huisartsen (AH'en) vooral in de stad Antwerpen gevestigd, meer dan in de landelijke gebieden. De patiëntenpopulatie van deze AH'en bestaat grotendeels op basis van hun herkomst, taal en cultuur achtergronden. Daarom is het aantal autochtone deelnemers beperkter in de stad Antwerpen dan in de landelijke gebieden. Allochtone patiënten hebben de neiging om naar AH'en met dezelfde oorsprong, taal of culturele waarden te gaan, literatuuronderzoek wijst ook op deze tendens en laat zien dat taal en culturele kennis belangrijke factoren zijn in de gezondheidszorg. AH'en die in de landelijke gebieden zijn gevestigd, hebben een groter aantal autochtone patiënten dan allochtone en hun deelname aan dit onderzoek is opmerkelijker dan die van de stad Antwerpen. In tegenstelling tot mijn bevindingen uit de literatuurstudie hebben de autochtone patiënten zelf voor deze AH'en gekozen en zijn ze zeer tevreden over de gezondheidszorg van deze AH'en. De tevredenheidschoren schommelen meestal tussen 7 en 10 van de 10 voor de beste AH. Deelnemers zijn tevreden met het gebruik van elementen van patiëntgerichte zorg (betrokkenheid bij behandeling, discussie over ICE, hoog niveau van respect en vertrouwen). Meer dan de helft van de deelnemers zijn van mening dat de AH'en de gezondheidszorg

op dezelfde manier beoefenen als de autochtone huisartsen. Dit wijst naar een hogere mate van integratie en aanpassing van medische kennis aan de normen van België door deze AH'en.

Onderwerpen die minder zijn besproken door AH'en zijn aanbevelingen rond verslaving, misbruik, geestelijke gezondheid, SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen) en vroegtijdige zorgplanning. Praten over seksualiteit en gender zijn ook niet evident in mijn enquête. Mijn onderzoeksresultaten en literatuuronderzoek tonen generalisatie van deze problemen bij AH'en in Antwerpen en andere landen. In tegenstelling tot mijn review uit literatuur zijn de mate van verwijzing naar de specialisten, het voorschrijven van antibiotica en ziektebrieven lager bij AH'en, maar het gebruik van technische en biochemische tests zijn hoog als vermeld in review van de literatuur.

In tegenstelling tot de review van de literatuur vormt taal zelden een belemmering voor de communicatie van de AH'en en van de deelnemers. Ze geven aan dat AH'en hun klachten begrijpen en de aanbevelingen gemakkelijk uitleggen. De resultaten uit dit onderzoek wijzen ook aan dat het de mate van verwijzing naar de specialisten, het voorschrijven van antibiotica en ziektecertificaten zijn laag. Dit kan duiden op een hoog kennisniveau in de praktijk of omzeilen van de patiënten naar de ziekenhuizen/ specialisten zonder verwijzing van AH'en. We moeten dit probleem in de ziekenhuizen opsporen en proberen de verwijzing te centraliseren door de huisartsen. Huisartsen moeten de patiënten beter wegwijzen naar een beter gezondheidzorg, wat efficiënt en voordelig voor zowel de patiënt als de gezondheidszorgeconomie zou zijn. Het voorschrijven van antibiotica lijkt ook beperkt te zijn door de AH'en in tegenstelling tot de review van de literatuur. Het benadrukt de goede integratie van medische kennis van deze AH'en betere toepassing van richtlijnen. Hoewel het voorschrijven van antibiotica soms veel kan zijn, bv; tijdens postvirale infectieuze complicaties. Het is moeilijk om deze AH'en op een korte tijd erover te beoordelen daarom het is beter om de voorschrijft gedrag van deze AH'en over een langere periode op te volgen om meer exacte conclusies te trekken. AH'en in dit onderzoek schrijven meestal niet onnodige ziektebrieven voor de deelnemers. Het wijst ook naar betere medische en taalkennis van deze AH'en, deelnemers zijn tevreden met de gezondheidzorg, en zouden elkaar beter begrijpen. Dit onderzoek is in korte tijd gedaan, we moeten deze gedrag van AH'en ook in een langere periode volgen om betere resultaten op te leveren.

Uit het resultaat van mijn enquête blijkt dat onderwerpen die minder zijn besproken door AH'en zijn aanbevelingen rond verslaving, misbruik, geestelijke gezondheid, SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen) en vroegtijdige zorgplanning. Er kunnen veel redenen ervoor zijn; kennis over deze onderwerpen, culturele verschillen, geslacht en leeftijd van AH'en en deelnemers, arts-patiëntrelatie. AH'en moeten zich bewust zijn van het belang van deze onderwerpen in hun dagelijkse raadplegingen.

Het is belangrijk om aanbevelingen rond verslaving, misbruik, geestelijke gezondheid, SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen) en vroegtijdige zorgplanning te versterken en niet aannemen dat de patiënten weten dat dergelijke ondersteuning bestaat. Het is nodig om AH'en meer inzicht en opleiding rond deze onderwerpen krijgen om hierover met de patiënten kunnen bespreken.

1.8. Dankwoord

Ik wil professor Dr. Kristin Hendrickx bedanken voor haar begeleiding en ondersteuning van deze studie.

2. Introduction

The number of international migrants worldwide has continued to grow over the past seventeen years, reaching 258 million in 2017, up from 248 million in 2015, (International Migration Report 2017), according to the United Nation Population prospect, in 2017, the regions of Europe, Northern America and Oceania were net receivers of international migrants. 3 % of the world's population lived somewhere other than their country of origin, a number that is expected to continue rising in many countries. Consequently, immigrants are becoming a more common part of many societies, and often play a valuable role in maintaining a strong workforce and economy of the countries to which they migrate. As a consequence of this increasing globalization, our selection of relationships grows in scope, including people from a wide variety of different cultures. Such a widening of interactions has the potential to both enhance and hamper the life experiences of individuals in all facets of life.

One area in which this expansion of cultural interactions is crucial is the doctor-patient relationship. Even without cultural factors, the relationship between doctors and their patients are complex and often suboptimal. Because the doctor-patient relationship is a key element in successful health outcomes and patient satisfaction, several approaches have investigated this issue and how to improve it. This has led to a shift in Western thinking in the past few decades from an emphasis on a paternalistic doctor-patient relationship, toward one of a more equal partnership between doctor and patient. Supporting this, there is a growing interest in the literature in patients' perceptions of doctor-patient communication. Population based surveys indicate that access to health care is influenced by etno-cultural factors. Little is known, however, about the access to health and social services, utilization, and service care experiences of native patients consulting immigrant primary care physician. Primary health care services are the most frequently used in the health care system. Patient feedback on these services is important. On a societal level, increased costs are incurred by the healthcare system when more people remain unwell due to ineffective visits with medical professionals. Clearly, it is in the best interest of individuals and society to seek optimal health for citizens. Immigrant status, the doctor-patient relationship, and patients' perceptions of doctors' expectations are key elements that may influence the health of patients.

Research in this area relates mainly to native doctor-patient relationships which fail to reflect the multidisciplinary nature of primary health care. The World Health Organization philosophy of primary health care stresses the importance of involving the community in the development, implementation and evaluation of services. Its principles of equity, accessibility, acceptability and cost effectiveness. There is, however, little evidence to suggest that public participation in the determining and evaluating of primary health care services is widespread. I am, not originally a Belgian, practising primary care as

first generation immigrant doctor. In this study I am seeking to improve the quality of primary health care by involving recipients. Efficient medical communication depends on an understanding of the patient perspective. It is useful for immigrant doctor/primary healthcare to obtain feedback from patients. My purpose to choose and dig into this subject is to find out the experience of native patients, given the growing number of immigrants residing in Europe, more information is needed to guide these healthcare providers and inform policymakers about the best ways to meet the needs of immigrant doctors who practices medicine.

3. Purpose

In this research my aim is to explore and assess barriers to health service utilization by native patients in Antwerp city of Belgium. How native patients experience their immigrant primary health care providers with a different ethnic background and whether this influences their practices and their work. This study was based on a critical review of the literature related to native patients and their feedback about their primary health care provider with an immigrant background. Review of literature indicated, however, little evidence to suggest that public participation in the determining and evaluating of primary health care services is widespread and very little is known about interaction, feedback and contact of native patients and their immigrant primary health care providers. Communicating the experience of native patients about immigrant primary healthcare providers can help us understand what the barriers are and provide feedback and information to the primary healthcare providers. Sometimes primary healthcare providers with an immigrant background can be an advantage in consultation with the patients, so that we can use their background and experience for other primary healthcare providers.

I am seeking to improve the quality of primary health care by involving recipients; furthermore, my objective is to provide information and recommendations to primary health care providers, educational institutions, service organizations and policy makers regarding health service barriers experienced by native patients with primary care physicians with an immigrant background. This study also aimed to generate ideas regarding future researches about immigrant primary care physicians

This study is done in two phases:

First phase; research, evaluation of relevant literature, the preparation of a survey and the applicability of the survey.

Subsequent phase; gathering information and data for the study.

4. Research questions

What is the Experience of native patients about immigrant primary care physician?

5. Material and methods

5.1. Review of Existing Literature

Pub Med and Google was searched for relevant articles and information with these MeSH terms/keywords (native[All Fields] AND ("patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields]) AND ("physicians"[MeSH Terms] OR "physicians"[All Fields]) AND ("comprehension"[MeSH Terms] OR "comprehension"[All Fields] OR "understanding"[All Fields]) AND ("behaviour"[All Fields] OR "behaviour"[MeSH Terms] OR "behaviour"[All Fields]), (("patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields]) AND Experience[All Fields] AND Strategy[All Fields] AND Improving[All Fields] AND Primary[All Fields] AND Care[All Fields]), ((Patients'[All Fields] AND experience[All Fields]) AND ("personal satisfaction"[MeSH Terms] OR ("personal"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "personal satisfaction"[All Fields]) AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields])), (Cultural Diversity at the End of Life: Issues and Guidelines for Family Physicians).
A total of 15 articles were identified, published after 2005 dealing with the experiences of native patients and immigrant/refugee primary/health care provider. The articles were critically analysed based on the abstract, type of article and publication date.

5.2. Data gathering

5.2.1. Participants

Participants in this study were native patients with an immigrant primary health care in Antwerp- Belgium. Antwerp, by having a large international harbour, has large and varying population of immigrants (170 different foreign nationalities). I have assumed the first and second generations as immigrant, (first-generation who were born in one country and relocated to another at a young age, or to their children born in the country they have relocated to. The term second-generation refers to children of first-generation immigrants). Patients were eligible to be selected for participation if they were aged 18 or over, with a valid GMD (Global medisch dossier) and registered with the same practice continuously for the past 6 months. Patients received brief information regarding the research and questionnaire from

their primary health care providers and/or the administrative assistants. I had provided a short leading letter to the participating primary health care providers so they can post it on their waiting rooms.
The primary health care provider participants were selected based on names in different primary health care circles/communities (Huisartsenkringen), and data book of Orde der artsen of Antwerp year 2016. Criteria for selection were all immigrant primary health care providers who have at least more than 6 months of contact with the native patients. A total of 30 primary care providers were identified, they were contacted by mail and phone for short information about research and invitation to participate? 19 of the contacted primary care providers were interested to participate in the research and asked for copies of the questionnaires. They were provided the needed copies for distribution among the willing patients.

5.2.2. Survey questionnaire

A survey questionnaire was constructed, based on the literature study, adopted CAHPS Clinician and Group Survey and PEQ (Patient experience Questionnaire 2000)(1). CAHPS is a validated questionnaire to measure patients 'experiences in primary care and PEQ is developed in primary care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation. The questionnaire has a multiple choice format hence it can be answered by the patients themselves.(2),(2;2;3;3;4) The questionnaire comprises of four parts (appendix number one).

Part one

The first part of the questionnaire comprises of general questions about experience and evaluation of the primary health care physician by the native patients.

Part two

This part of the questionnaire consists of questions about the experience of health care services by native patient self in the past 6 months.

Part three

The questions in the third part are designed to evaluate the clinic assistants.

Part four

Short demographic questions about participants.

5.2.3. Ethical Approval

An approval for of the research was obtained from Ethics Committee of the Antwerp University Hospital (UZA) on 24/04/2017 – Registration number B300201732353. Participants were recruited through short introductory information by their primary care providers, and administrative workers at the clinic.

5.3. Data analysis

Questionnaires were explored on the concerning issues; Excel spreadsheets were used to obtain the total and percentage of answers for emerging similarities and differences. The questionnaire

concentrated on major themes emerged from the literature. These themes included communication/language, consultation, doctor and patient relationship, confidence and trust. Their results were analysed and compared to the review of literature.

5.4. Research findings

5.4.1. Review of the literature:

The review indicated three areas of interest in the literature:

a) **How communication/language and culture can affect the practice of immigrant family physicians:** The most attention was given to language and culture and mechanisms by which language and cultural factors influence the health care service. The physicians who migrate to another country come from different countries, accordingly, the cultural, system, and linguistic backgrounds of migrant physicians vary between destination countries. Review of literature indicated IMGs themselves have articulated a need to improve their language and communication skills, in particular with the use of idiom, nuances and vernacular terms, and with being able to read nonverbal cues(5). Refusing patients' demands may be difficult, especially when language skills are limited, and foreign doctors often feel that their immigrant status put them at risk of receiving complaints (5;6). Cultural competence refers to the ability to interact with people of different cultures. GPs described being aware of cultural issues in consultations with immigrant and native patients, but rarely making these issues explicit (6;7) Review also indicated that GPs might experience difficulties due to, among other thing, language and culture differences with native patients (6;7). Educational needs and the lack of corresponding support structures have been highlighted by migrant physicians in relation to language (6;8) besides research has shown that patients place much value on effective communication with their health care providers, the responsiveness of clinicians and staff to their needs, and an overall sense of being treated with care and respect(9).

b) **How background/immigration has their effects on medical practice:** Immigrant GPs experienced a big workload related to immigrant patients, but they accepted this as a natural part of their work. There is evidence that immigrant patients usually prefer doctors from their own culture(6;10), and that they are less satisfied with their native GPs than native-born patients(11). While immigrant GPs experience difficulties in recruiting new patients to their list due to their immigrant names. The GPs stated that most of their patients had chosen them due to recommendations from other patients. Thus, most of the GPs had a selected population, with up to 75% of their patients being immigrants(7). Immigrant physicians did not differ significantly from native doctors regarding use of laboratory tests, minor surgery or length of consultations, but immigrant doctors wrote more sickness certificates(6). However, immigrant physicians wrote

more sickness certificates, sickness certification is a potential source of conflict between patient and physician and may require some negotiating skills; an alternative explanation could be cultural background. It is possible that in some countries, sickness certifications are more of a formality and written without much negotiation(8). Refusing patients' demands may be difficult, especially when language skills are limited, and foreign doctors often feel that their immigrant status put them at risk of receiving complaints. Therefore, immigrant physicians may experience a stronger pressure to accept patients' demands (6;8). The authors found only modest evidence that their clinical practice patterns are different from that of native doctors (6;8). Topics difficult to discuss and sometimes steeped in stereotyping were abuse, addiction, anger, sexuality, abortion, psychiatric diagnosis, and end-of-life directives (8;10). Medical education in many non-Western countries has little emphasis on behavioural sciences, communicative skills and mental health(6). Medical candidates from these schools are not familiar with patient-centred care and tend to have a more paternalistic attitude. Immigrant physicians from Asia, Africa and Latin America used psychiatric diagnoses significantly less than other doctors, indicating that these physicians are less sensitive to mental health problems. It is also possible that some immigrant doctors may be reluctant towards 'branding' the patient with a psychiatric diagnosis (6;8). It is not uncommon for health care professionals outside the United States to conceal serious diagnoses from patients, because disclosure of serious illness may be viewed as disrespectful, impolite, or even harmful to the patient. Physician Strategies commonly employed to minimize direct disclosure include using terminology that obscures the seriousness of a condition or communicating diagnostic and treatment information only to the patient's family members or shared physician- and family-based decision making among some cultures.(11). Certain cultures specifically view discussion of serious illness and death as disrespectful or impolite (8). Recent immigrants to the United States described Bosnian physicians as "going around" the diagnosis and being indirect about serious illness in contrast to American physicians, whose directness they described as hurtful (11). Many societies attribute a high degree of authority, respect, and deference to physicians. Patients and families defer end-of life decisions to the physician, who are seen as an expert. that they would prefer that physicians, because of their expert knowledge, make independent decisions to reduce the burden on patients and their families.(11). Patients from some cultures, particularly those with histories of health care discrimination, may not trust physicians who are of a different ethnic background. In this situation, it is good to ask patients directly if they are comfortable working with a physician of a different ethnic background.(11). We found that patients preferred doctors who did not behave in a rushed or hurried manner "Taking time" was also seen as a sign of respect for the patient, allowing them to have enough time to

ask questions.(12). Immigrant doctors less often provide recommended preventive care, more often overprescribe lipid-lowering agents, provide less contraceptive services to adolescent females, order more laboratory tests and refer more patients to specialists.(6) The NCAS (National Clinical Assessment Service) report indicated that non-UK-qualified doctors have higher rates of referral to NCAS for both assessment and for exclusion and suspension from work compared to UK qualifiers. . Exclusions/suspensions from hospital and community practice are higher among doctors from elsewhere in the European Economic Area (EAA) compared to doctors qualifying outside the EEA (13).

c) **Confidence and trust:** Satisfaction and experience increased with increasing age (14) in an article Asian Americans were less likely to be very satisfied with care, and less likely to have a great deal of trust in the doctor (12;12;14) Asian Americans were less likely to report that their doctors involved them in decision-making as much as they would like. They were less likely than white respondents to report that a doctor has ever talked to them about lifestyle issues (smoking, nutrition, exercise, or mental health issues) (12). They were less likely to report that their regular doctor understands their background and values. They were more likely to report that the doctor at the last visit did not spend as much time with them, listen to them, or involve them in decisions about care as much as they wanted (12). A study of French and American perspectives on advance directives, found that if there was a dispute between the family and the patient wishes, the French physicians would be more likely to comply with family wishes(6;13). Russian doctors were more likely than their Swedish and German counterparts to resuscitate against the patient's wishes in a hypothetical situation and reported less difficulty in decision-making (13;14).In contrast to above mentioned there was not differences between native and not native doctors in Australia: This study showed that the majority of predominantly Australian born patients who had a consultation with an international medical graduates (IMG) GP (or registrar) described a similar quality of experience to Australian born patients who saw Australian graduate GPs. This suggests a high level of patient satisfaction and acceptance of receiving care from IMGs in the practices and reinforces the perception that overseas trained GPs are valued members of our profession(5). There was statement of patients that the doctor encouraged patients to express their concerns and worries,' 'The doctor asked for their opinion(15).

The literature outlines many factors contributing to the widespread topics difficult to discuss and sometimes steeped in stereotyping; mental health, preventive care, sexuality, abortion, sickness certificates and end-of-life directive. The major barriers to service access and utilization are language and cultural barriers leading to lack of understanding of service providers' recommendations. The

literature also explicitly considers confidence and trust factors as positive influences on the service care experience of native patients. Each patient experience is a unique mix of trust, doctor patient relationship, culture, expectations, and conceptual frameworks that influence how these patients view and experience their health care providers and family physicians. Differences in cultural, system, and linguistic backgrounds influence knowledge and expectations of migrant physicians and will, therefore, likely result in varied challenges and corresponding needs for support and education. Among the more general factors mostly communication/language and cultural background is affecting the experiences of both doctors and patients.

5.4.2. Survey analysis:

In this research the immigrant primary care physicians (IPCP) were from different areas of Antwerp, Belgium. They were mostly settled in the city of Antwerp, rather than in rural areas. The patient population of these IPCPs are mostly comprised based on their origin, language and culture. Therefore, the number of native respondents was limited in the city of Antwerp more than in the rural areas. Non-native patients tend to go to immigrant family physicians with the same origin, language or cultural values. Immigrant family physicians settled in the rural area have a large number of native population of patients and their participation in these researches were notable than the city of Antwerp. One of the family physicians who first was willing to participate in the research, found the questions offensive and criticizing for her. Her argument was; 'I am immigrant and my patients are happy with my practise and there is no need to mark myself again as immigrant doctor and ask my patients give their meaning about me as a non-native doctor. Other 18 doctors were willing and found the questionnaire a good tool to getting feedback of their patients. A total of 150 questionnaires were sent to the participating family physicians and a total of 69 questioners were collected back. The rest of the questionnaires were not returned to the participating family physicians due to lack of time.

The average duration of contact with IPCPs were <3 year (33%) and >5 year (38%) most of the respondents feel comfortable with their IPCPs (84%). ICE (idea, concern and expectations) were mostly applied in the consultations; idea (70%), concern (81%) but there were less emphasise in the expectation (62%) of respondents by IPCPs. Contrary to reviewed literature most of the patients have chosen their IPCPs themselves and only 19% have indicated to have chosen their IPCPs due to recommendations from other patients. Language is rarely a hamper to the communication and interaction of respondents. The respondents 71% don't think that better lingual knowledge of IPCPs would lead to better health care while 26% give no comment to this question and 3% have respondent positive. The respondents 86% indicated that their IPCPs explained diagnose and treatment of their complaints simply and

understandable, and 90 % of respondents agree on the comprehension of their IPCPs regarding to their medical history. In contrast to the reviewed literature there has been no negative comment on the communication and language of these IPCPs confirming that language is not a problem in their consultations. In contrast to literature the referral rate 91%, prescriptions of antibiotic 91%, and sickness certificates 94% were provided in needed conditions to the respondents. The IPCPs (89%) are giving enough instruction during clinical examination taking thoroughly anamneses and treated the respondents respectfully (99%). The respondent has received home visits of the IPCPs in needed cases on average of 1 to 3 hours in 38% of contacts and 49% of the respondents have never asked for house visits. Almost 57% of respondents make online appointment and find it easy to book appointments. The number of respondent underwent technical/biochemical test in the past 6 months were 77%. Most of respondents (74 %) indicated that they never received prescription without consultation. 87% of patients understand their diseases and its approach after consultation with their IPCPs. The respondents (77%) agree that their IPCPs practice medicine the same as native doctors and 16% give no comment to this question. The IPCPs in 74% of answers provided preventive recommendations, 46% provided psychiatric and mental health recommendations, and 19% recommendations regarding STDs (sexually transmitted disease) what shows a generalization of problem for these doctors and in other countries, in accordance to the reviewed literature.

Respondents indicated that important complaints were never ignored 90%, in 20% of cases IPCPs always involved them in decisions about their health care and in 61 if needed, 38% agreed that they were involved. 54% of the respondents indicated that their IPCPs have enough information about their family, 33% indicated no this question and 13% gives no comments. The IPCPs discussed less than average about end-of-life directives 20%, and on advance directives planning 17%. Most of the respondents (52%) indicated comfortable and ease to talk about private issues while 45% found it difficult. Discussing addiction and abuse is also low by the IPCPs 38% of the respondent could discuss about those subjects with their IPCPs. Talking about sexuality and gender is not so evident in this research more than 59% respondents give no meaning to this question while 32% can talk about these issues with their IPCPs. The trust of the patients is high to their IPCPs 97% and they are content with their IPCPs 99% they give mostly (30%-23% and 35%) 8-9-10 out of 10 admiral marks to their IPCPs

5.4.3. Profile of the respondents

The ages of respondents were between 20 and older than 75 years while most of the respondents are older than 45 years. Most of the respondents were women 62% there was only one respondent with X gender. The mental and general health condition of respondents fluctuated between reasonable to very

good 71%. Most of the respondents give positive feedback to the questions about clinic assistant/secretariats and feel satisfied of the interaction and assistances of these fellow workers.

5.4.4. Tables showing detailed results of the questionnaires.

Uw huisarts

1	Krijgt u de zorg van deze huisarts voor meer dan 6 maanden?	Ja	64	93%
		Nee	2	3%
		Geen mening	3	4%
2	Hoe lang bent u naar deze huisarts geweest?	Minder dan 1 jaar	14	20%
		Minder dan 3 jaar	23	33%
		Minder dan 5 jaar	6	9%
		Meer dan 5 jaar	26	38%
3	Bent u comfortabel met uw huisarts? Heeft hij/zij u informatie over uw achtergrond gevraagd die nuttig zou zijn voor uw zorg, arts-patiëntrelatie, of zorg van uw (kinderen, ouders, zus, broer)?	Ja	58	84%
		Nee	5	7%
		Geen mening	6	9%
4	Er zijn een aantal zaken, dat deze huisarts niet weet over mij.	Ja	19	28%
		Nee	40	58%
		Geen mening	10	14%
5	Deze huisarts weet alles over me en mijn familie.	Ja	37	54%
		Nee	23	33%
		Geen mening	9	13%
6	Vraagt uw huisarts naar uw ideeën over uw ziekte?	Ja	48	70%
		Nee	7	10%
		Geen mening	14	20%
7	Vraagt uw huisarts naar uw bezorgdheid over uw ziekte?	Ja	56	81%
		Nee	5	7%
		Geen mening	8	12%
8	Vraagt uw huisarts naar uw verwachting over uw ziekte?	Ja	43	62%
		Nee	14	20%
		Geen mening	12	17%
9	De huisarts behandelt u op een respectvolle manier?	Ja	68	99%
		Nee	0	0%
		Geen mening	1	1%
10	Mijn huisarts is geïnteresseerd in mij als een persoon niet alleen in mijn ziekte/ geïnteresseerd in de gezondheid van mijn hele familie.	Ja	55	80%
		Nee	2	3%
		Geen mening	12	17%
11	Denkt u dat uw huisarts medische beoefening anders is dan die van de autochtone huisartsen, en zo ja, hoe?	Ja	5	7%
		Nee	53	77%
		Geen mening	11	16%
12	Wilt u liever naar een autochtone huisarts gaan?	Ja	4	6%
		Nee	38	55%
		Geen mening	27	39%

13	Hebt u zelf deze huisarts gekozen of vanwege de aanbevelingen van andere patiënten?	Ja	56	81%
		Door andere pt	13	19%
		Geen mening	0	0%
14	Is de taal een probleem geweest in de consultaties	Ja	2	3%
		Nee	65	94%
		Geen mening	2	3%
15	Indien de huisarts de taal beter zou spreken zou de zorg voor u beter zijn geweest?	Ja	2	3%
		Nee	49	71%
		Geen mening	18	26%
16	Geeft uw huisarts u informatie over preventieve maatregelen (sprak met u over de levensstijl, fysisch activiteit, rookstop, kanker preventief screening, …)?	Ja	51	74%
		Nee	6	9%
		Geen mening	12	17%
17	Geeft uw huisarts u informatie over psychische problemen (depressie, burn-out)?	Ja	32	46%
		Nee	11	16%
		Geen mening	26	38%
18	Geeft uw huisarts u informatie over contraceptie, soa (Seksueel overdraagbare aandoening)?	Ja	13	19%
		Nee	22	32%
		Geen mening	34	49%
19	Hoe vaak wordt u doorverwijzen naar een specialisten door uw huisarts	Nooit	2	3%
		Als ik vraag	2	3%
		Als nodig	63	91%
		Soms	2	3%
		Altijd	0	0%
20	Hoe vaak schrijft uw Huisarts antibiotica voor u?	Nooit	10	14%
		Als ik vraag	1	1%
		Als nodig	53	77%
		Soms	5	7%
		Altijd	0	0%
21	Hoe vaak schrijft uw Huisarts ziektebriefje voor u?	Nooit	33	48%
		Als ik vraag	4	6%
		Als nodig	32	46%
		Soms	0	0%
		Altijd	0	0%
22	Heeft uw huisarts de diagnose van uw aandoening op een open en duidelijke manier met u besproken (zelfs als de uitkomst slecht zou zijn)?	Ja	59	86%
		Nee	1	1%
		Geen mening	9	13%
23	Geeft uw huisarts uitleg over uw lichamelijk onderzoek?	Ja	68	99%
		Nee	0	0%
		Geen mening	1	1%
24	Hoe grondig vraagt uw huisarts over uw klachten?	Uitstekend	29	42%

		Zeer goed	22	32%
		Goed	14	20%
		Tamelijk	3	4%
		Slecht	1	1%
25	Hoe goed uw huisarts luistert naar u?	Uitstekend	34	49%
		Zeer goed	21	30%
		Goed	13	19%
		Tamelijk	1	1%
		Slecht	0	0%
26	Belangrijke klachten en beslissingen worden over het hoofd gezien.	Ja	1	1%
		Nee	62	90%
		Geen mening	6	9%
27	Hoe vaak betrekt uw huisarts u in beslissingen over uw gezondheid en behandelingen?	Nooit	1	1%
		Als ik vraag	6	9%
		Als nodig	42	61%
		Soms	0	0%
		Altijd	20	29%
28	Legt uw huisarts uw ziekte of de behandeling die u nodig hebt uit?	Uitstekend	30	43%
		Zeer goed	21	30%
		Goed	17	25%
		Tamelijk	1	1%
		Slecht	0	0%
29	Praat uw huisarts over uw laatste wensen?	Ja	14	20%
		Nee	29	42%
		Geen mening	26	38%
30	Laat u uw huisarts beslissingen nemen over uw gezondheid, want dokters zijn expert (En om de lasten te verminderen op jezelf en je gezin)?	Ja	31	45%
		Nee	10	14%
		Geen mening	28	41%
31	Geeft uw huisarts u informatie over vroegtijdige zorgplanning *(negatieve wilsverklaring, wils verklaring euthanasie, verklaring voor orgaandonatie, Verklaring inzake de wijze van teraardebestelling)?	Ja	12	17%
		Nee	26	38%
		Geen mening	31	45%

Uzelf en uw gezondheidszorg bij uw huisarts in de afgelopen 6 maanden

1	Hoe vaak hebt u uw huisarts bezocht of huisbezoek gehad?	Nooit	36	52%
		1-2keer	7	10%
		2-6keer	3	4%
		Zo nodig	23	33%
2	Hebt u uw huisarts over een dringend afspraak/huisbezoek (erg ziek, gevallen, verwonding) gecontacteerd?	Geen	32	46%
		1-2keer	11	16%
		2-6keer	1	1%

		Zo nodig	25	36%
3	Werd u gezien door uw huisarts voor uw dringende afspraak/huisbezoek binnen?	1uur	13	19%
		1-3uur	13	19%
		OP dezelfde dag meer dan 3uur	9	13%
		Geen contact gehad	34	49%
4A	In de afgelopen 6 maanden hebt u afspraken online gemaakt? Indien ja Vraag 4B	Ja	39	57%
		Nee	30	43%
4B	Is de webpagina van uw huisarts gebruiksvriendelijk	Ja	39	57%
		Nee	0	0%
		Geen mening	30	43%
5	In de laatste 6 maanden, hebt u een afspraak voor een check-up of een routinecontrole met uw huisarts gemaakt?	Ja	53	77%
		Nee	14	20%
		Geen mening	2	3%
6	Wanneer u uw huisarts/praktijkmedewerker belde om een afspraak voor een check-up of een routinecontrole te maken, hoe vaak hebt u een afspraak op uw gewenste dag gekregen?	Altijd	37	54%
		Als ik vraag	20	29%
		Soms	5	7%
		Nooit	0	0%
		Geen mening	7	10%
7	Hebt u contact opgenomen met uw huisarts/ praktijkmedewerker voor een medische vraag tijdens de spreekuren?	Ja	34	49%
		Nee	24	35%
		Geen mening	11	16%
8	Hoe vaak hebt u antwoord gekregen over uw medische vraag tijdens spreekuren?	Geen	5	7%
		1-2keer	4	6%
		Zo nodig	49	71%
		Geen mening	11	16%
9	Hoe vaak heeft uw huisarts zijn uitleg op een gemakkelijk manier, te begrijpen, voor u uitgelegd?	Altijd	58	84%
		Als ik vraag	9	13%
		Soms	1	1%
		Nooit	0	0%
		Geen mening	1	1%
10	Hoe vaak heeft u de uitleg van uw huisarts goed kunnen begrepen?	Altijd	59	86%
		Als ik vraag	6	9%
		Soms	3	4%
		Nooit	0	0%
		Geen mening	1	1%
11	Hoe vaak heeft uw huisarts de belangrijke informatie over uw medische geschiedenis goed kunnen begrijpen?	Altijd	57	83%
		Soms	5	7%
		Geen mening	7	10%
		Nooit	0	0%
12	Ik vind het moeilijk een aantal privézaken aan mijn huisarts te vertellen	Altijd	2	3%

		Soms	23	33%
		Nooit	36	52%
		Geen mening	8	12%
13	Ik voelde me gemakkelijk mijn huisarts over heel persoonlijke zaken te vertellen.	Altijd	36	52%
		Soms	21	30%
		Nooit	0	0%
		Geen mening	12	17%
14	Kunt u gemakkelijk met uw huisarts over alcohol en andere drugsmisbruik/verslaving praten?	Ja	26	38%
		Nee	0	0%
		Geen mening	43	62%
15	Kunt u gemakkelijk met uw huisarts over seksualiteit en gender (gerelateerde klachten omheen) praten?	Ja	22	32%
		Nee	6	9%
		Geen mening	41	59%
16	Kunt u gemakkelijk met uw huisarts over end-van het leven, laatste wensen praten?	Ja	16	23%
		Nee	5	7%
		Geen mening	48	70%
17	Hebt u over kanker/ voorgeschiedenis van kanker met uw huisarts besproken?	Altijd	13	19%
		Soms	14	20%
		Nooit	14	20%
		Geen mening	28	41%
18	Hoe vaak toont uw huisarts respect voor wat u te zeggen hebt?	Altijd	64	93%
		Soms	3	4%
		Nooit	0	0%
		Geen mening	2	3%
19	Hoe vaak besteed uw huisarts genoeg tijd voor uw gesprek/bezoek?	15minuten	12	17%
		15 - 30 minuten	53	77%
		30 - 60 minuten	1	1%
		Minder dan 15 minuten	1	1%
		Geen mening	2	3%
20	Ik wou dat het mogelijk was om iets langer met mijn huisarts kunnen praten.	Ja	9	13%
		Nee	39	57%
		Geen mening	21	30%
21	De tijd van de consultatie was niet lang genoeg om over alle klachten/problemen aan mijn huisarts te vertellen.	Altijd	3	4%
		Soms	17	25%
		Nooit	38	55%
		Geen mening	11	16%
22	In de afgelopen 6 maanden, heeft uw huisarts bloedonderzoek, RX (RX-foto), of andere onderzoeken voor u gevraagd?	Ja	53	77%
		Nee	11	16%
		Geen mening	5	7%
23		Altijd	45	65%

	Als uw huisarts bloedonderzoek, RX (RX-foto), of een ander onderzoek voor u heeft gevraagd, hoe vaak heeft uw huisarts/praktijkmedewerker de uitslag van deze onderzoeken aan u doorgegeven.	Als ik vraag	18	26%
		Soms	0	0%
		Nooit	1	1%
		Geen mening	5	7%
24	Werden er door uw huisarts beslissingen genomen over uw gezondheid die u niet begrepen had?	Ja	5	7%
		Nee	58	84%
		Geen mening	6	9%
25	In de laatste 6 maanden, hebt u voorschriften zonder consultatie van uw huisarts gekregen?	Altijd	3	4%
		Als ik vraag	8	12%
		Soms	4	6%
		Nooit	51	74%
		Geen mening	3	4%
26	Hoe vaak uw huisarts/praktijkmedewerker over gebruiksaanwijzing en bijwerking van uw voorgestelde geneesmiddelen uitleg gegeven?	Altijd	31	45%
		Als ik vraag	18	26%
		Soms	11	16%
		Nooit	3	4%
		Geen mening	6	9%
27	Na de consultatie met uw huisarts, hebt u uw probleem(s) of ziekte begrijpen?	Ja	60	87%
		Nee	4	6%
		Geen mening	5	7%
28	Na de consultatie met uw huisarts, voelt u dat u met uw probleem(s) of ziekte kan omgaan?	Ja	57	83%
		Nee	2	3%
		Geen mening	10	14%
29	Hoeveel vertrouwen hebt u in uw huisarts?	Veel	45	65%
		Genoeg	22	32%
		Niet veel	1	1%
		Geen vertrouwen	1	1%
		Geen mening	0	0%
30	Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van de gezondheidszorg die u tijdens de afgelopen 2 jaar van uw huisarts ontvangen.	Zeer	38	55%
		Goed	20	29%
		Tevreden	9	13%
		Niet tevreden	0	0%
		Geen mening	2	3%
31	Hebt u in de afgelopen 2 jaar van uw huisarts veranderd of wilde veranderen vanwege ontevredenheid	Ja	7	10%
		Nee	57	83%
		Geen mening	5	7%
32	Bij het gebruik van een getal van 0 tot 10, waarbij 0 is de ergste huisarts mogelijk en 10 is de best mogelijke huisarts, welk nummer zou u gebruiken om uw huisarts te waarderen?	0 (De ergste HA mogelijk)	0	0%
		1	0	0%
		2	0	0%
		3	0	0%
		4	0	0%

		5	3	4%
		6	1	1%
		7	4	6%
		8	21	30%
		9	16	23%
		10 (Best HA mogelijk)	24	35%

Over uzelf en medewerkers in de huisartspraktijk

1	In de afgelopen 6 maanden, hoe vaak waren de medewerkers in de praktijk van uw huisarts zo behulpzaam als je dacht dat ze zouden moeten zijn?	Altijd	57	83%
		Soms	1	1%
		Nooit	1	1%
		Geen mening	10	14%
2	In de afgelopen 6 maanden, hoe vaak heeft de medewerkers van de praktijk van uw huisarts met u met respect en vriendelijkheid omgegaan?	Altijd	59	86%
		Soms	0	0%
		Nooit	0	0%
		Geen mening	10	14%
3	Hoe zou u uw algemene gezondheid waarderen?	Uitstekend	4	6%
		Zeer goed	12	17%
		Goed	33	48%
		Tamelijk	17	25%
		Slecht	3	4%
4	Hoe zou u uw mentale en emotionele gezondheid waarderen?	Uitstekend	4	6%
		Zeer goed	15	22%
		Goed	30	43%
		Tamelijk	13	19%
		Slecht	2	3%
		Geen mening	5	7%
5	Uw geslacht?	M	25	36%
		V	43	62%
		X	1	1%

6. Discussion and conclusion

The participants of this study comprised of different age group with a reasonable mental and general health condition. In this research the immigrant primary care physicians (IPCP) were mostly settled in the city of Antwerp than rural areas. The patient population of these IPCPs are mostly comprised based on their origin, language and culture. Therefore, the number of native respondents was limited in the city of Antwerp rather than in the rural areas. Non-native patients tend to go to immigrant family physicians with the same origin, language or cultural values, review of literature also points out to this tendency and show that language and cultural knowledge are important factors in the health care services. IPCPs settled in the rural area have larger number of native population of patients than non-natives and their participation in this research were notable than the city of Antwerp. As opposed to my findings from review of literature the native patients have chosen these IPCPs themselves and are very satisfied with the healthcare services provided by these IPCPs, the satisfaction scores fluctuate mostly between 7 and 10 out of 10 for best IPCPs. Respondents have indicated satisfaction with the use of elements of patient centred care (involvement in treatment, discussion of ICE, high level of respect and trust) used by IPCPs in this research. More than the half of the respondents thinks that IPCPs practice healthcare the same as the native primary care physicians.

Topics less discussed by IPCPs were abuse, addiction, mental health, STD (sexually transmitted diseases) recommendations and end of life directives. Talking about sexuality and gender are also not evident in my survey. The result of the survey and review of literatures show generalization of these problems among IPCPs in Antwerp, Belgium and other countries. In contrast to my findings of literature review the rate of referral to the specialists, prescribing antibiotics, and sickness certificates are low in my survey, but the use of technical and biochemical tests are as high as mentioned in the reviewed literature.

The settlement of the IPCPs are mostly in thy city of Antwerp due to patients' preferences based on their origin, language and culture values and it also shows marginalization of these ICPCs who are busy with specific population of patients. Though, review of literature points to the dissatisfaction of not native patients about healthcare practice by their IPCPs. My findings show that the IPCPs practice healthcare the same as the native primary care physicians. What shows a high level of integration and adaptation of medical knowledge with the standards of Belgium by these IPCPs. We could use this survey by these not native patient population to find out more about these ICPCs in the city of Antwerp.

Findings from this study shows that language is not an evident barrier in the communication of IPCPs as opposed to what has been reported in the literature about ICPCs, language is rarely a hamper to the communication and interaction of IPCPs and the respondents, they indicated that IPCPs comprehended and explained their complaints and recommendations. Findings also indicated that the rate of referral to the specialists, prescribing antibiotics, and sickness certificates are low. This can indicate a high level of knowledge in the practising filed or a bypass of patients to the hospitals/specialists without IPCPs referral. We need to investigate this issue mostly in the hospitals and steps should be taken to centralize this issue by the primary care physicians. It would be efficient and beneficial to both the patient and healthcare economy. Prescription of antibiotics are low too by the IPCPs as opposed to the reviewed literature. It again emphasis the good integration of medical knowledge of these IPCPs and application of guidelines, though prescribing antibiotics can be sometimes high, for example; during post viral infectious complications. It is rather difficult to judge these IPCPs in a short period of time and would be necessary to assess the prescription attitude of primary care physicians over a longer period to draw more exact conclusions. Sickness certificates are not mostly written by the IPCPs. It could confirm better lingual and medical knowledge of the IPCPs, they could discus easily and comprehend each other, the IPCPs provide reasonable treatment. The survey was done over a short period of time, we need to follow this attitude also in a longer period to provide better results.

Topics less discussed by IPCPs were abuse, addiction, mental health, STD (sexually transmitted diseases) recommendations and end of life directives. There could be many reasons for these issues; knowledge about these topics, cultural differences, gender and age of IPCPs and respondents, doctor patient relation, we can name many reasons behind this issue. IPCPs need to be aware of the importance of these topics in their daily consultations. It is important to offer recommendations about abuse, addiction, mental health, STD (sexually transmitted diseases) and end of life directives to patients and not assume that the patients know that such support exists. It would be beneficial for IPCPs to be more trained so they can discuss and provide needed recommendations to their patients.

Acknowledgments

I would like to thank Professor Dr. Kristin Hendrickx for her guidance and supporting this study.

7. References

Reference List

(1) Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. Fam Pract 2001 Aug;18(4):410-8.

(2) Symons AB, Swanson A, McGuigan D, Orrange S, Akl EA. A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. BMC Med Educ 2009 Jan 8;9:1.

(3) Narumoto K, Schultz KC, Merenstein JH. Outpatient precepting of international medical graduates in family medicine. Fam Med 2012 Jul;44(7):478-85.

(4) Bowman KF, Rose JH, Deimling GT, Kypriotakis G, O'Toole EE. Primary care physicians' involvement in the cancer care of older long-term survivors. J Aging Health 2010 Aug;22(5):673-86.

(5) Harding C, Parajuli N, Johnston L, Pilotto L. Comparing patients' perceptions of IMGs and local Australian graduates in rural general practice. Aust Fam Physician 2010 Apr;39(4):231-3.

(6) Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Clinical practice patterns among native and immigrant doctors doing out-of-hours work in Norway: a registry-based observational study. BMJ Open 2012;2(4).

(7) Diaz E, Hjorleifsson S. Immigrant general practitioners in Norway: a special resource? A qualitative study. Scand J Public Health 2011 May;39(3):239-44.

(8) Klingler C, Marckmann G. Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. Hum Resour Health 2016 Sep 23;14(1):57.

(9) Browne K, Roseman D, Shaller D, Edgman-Levitan S. Analysis & commentary. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. Health Aff (Millwood) 2010 May;29(5):921-5.

(10) Kelly L, Brown JB. Listening to native patients. Changes in physicians' understanding and behaviour. Can Fam Physician 2002 Oct;48:1645-52.

(11) Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. Am Fam Physician 2005 Feb 1;71(3):515-22.

(12) Ngo-Metzger Q, Legedza AT, Phillips RS. Asian Americans' reports of their health care experiences. Results of a national survey. J Gen Intern Med 2004 Feb;19(2):111-9.

(13) Slowther A, Lewando Hundt GA, Purkis J, Taylor R. Experiences of non-UK-qualified doctors working within the UK regulatory framework: a qualitative study. J R Soc Med 2012 Apr;105(4):157-65.

(14) Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Fam Pract 2010 Aug 28;11:61.

(15) Horn IB, Mitchell SJ, Wang J, Joseph JG, Wissow LS. African-American parents' trust in their child's primary care provider. Acad Pediatr 2012 Sep;12(5):399-404.

attachment 1



Centrum Huisartsgeneeskunde

Enquête beleving van autochtone patiënten rond een allochtone huisarts

Promotor: prof. Dr. Kristin Hendrickx

Mohammad Massoud
HAIO
academiejaar 2016 - 2018

Doestelling

Het doel van deze enquête is om te verkennen hoe autochtone patiënten denken over allochtone huisartsen met een andere etnische achtergrond, en of dit hun praktijk en hun werk beïnvloed. Bovendien, de doelstelling van deze enquête is om informatie en aanbevelingen aan dienstverlenende organisaties en beleidsmakers met betrekking tot gezondheidzorg en huisartsen bieden over de ervaring en feedback van autochtone patiënten rond een allochtone huisarts.

Persoon die in België woonachtig is en van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Wie zelf in het buitenland is geboren, hoort tot de eerste generatie, wie in België is geboren, hoort tot de tweede generatie.

PRIVACY

Deze vragenlijst is anoniem. Uw naam moet nergens vermeld worden. De resultaten van deze enquête zullen gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek. Uw persoonlijke gegevens kunnen niet achterhaald worden door derden.

Uw deelname is vrijwillig. U kunt ervoor kiezen om deze enquête te beantwoorden of niet. Als u ervoor kiest niet deel te nemen, zal dit geen invloed hebben op de zorgen die u krijgt.

Vragenlijst instructies
Beantwoord elke vraag door het markeren van het vakje aan de linkerkant van uw gewenste antwoord.

Uw huisarts

1. Krijgt u de zorg van deze huisarts voor meer dan 6 maanden?

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

De vragen in deze vragenlijst zal verwijzen naar de huisarts van vraag 1 als "uw huisarts." Gelieve te denken van die huisarts als u de vragenlijst invult.

2. Hoe lang bent u naar deze huisarts geweest?

   [1] ☐ minder dan 1 jaar
   [2] ☐ minder dan 3 jaar
   [3] ☐ minder dan 5 jaar
   [4] ☐ meer dan 5 jaar

3. Bent u comfortabel met uw huisarts? Heeft hij u informatie over uw achtergrond gevraagd die nuttig zou zijn voor uw zorg, arts patiëntrelatie, of zorg van uw (kinderen, ouders, zus, broer)?

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

4. Er zijn een aantal dingen, dat deze huisarts niet weet over mij.

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

5. Deze huisarts weet alles over me en mijn familie.

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

6. Vraagt uw huisarts naar uw ideeën over uw ziekte?

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

7. Vraagt uw huisarts naar uw bezorgdheid over uw ziekte?

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

8. Vraagt uw huisarts naar uw verwachting over uw ziekte?

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

9. De huisarts behandelt u op een respectvolle manier?

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

10. Mijn huisarts is geïnteresseerd in mij als een persoon niet alleen in mijn ziekte / geïnteresseerd in de gezondheid van mijn hele familie.

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

11. Denkt u dat uw huisarts medische beoefening anders is dan die van de autochtone huisartsen, en zo ja, hoe?

    [1] ☐ Ja

    [2] ☐ Nee

12. Wilt u liever naar een autochtone huisarts gaan?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

13. Hebt u zelf deze huisarts gekozen of vanwege de aanbevelingen van andere patiënten?

    [1] ☐ Zelf gekozen
    [2] ☐ Aanbeveling door andere patiënten

14. Is de taal een probleem geweest in de consultaties

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

15. Indien de huisarts de taal beter zou spreken zou de zorg voor u beter zijn geweest?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

16. Geeft uw huisarts u informatie over preventieve maatregelen (sprak met u over de levensstijl, fysisch activiteit, rookstop, kanker preventief screening, …)?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

17. Geeft uw huisarts u informatie over psychische problemen (depressie, burnout)?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

18. Geeft uw huisarts u informatie over contraceptie, SOA (Seksueel overdraagbare aandoening)?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

19. Hoe vaak wordt u doorverwijzen naar een specialisten door uw huisarts?

    [1] ☐ Nooit
    [2] ☐ Als ik vraag
    [3] ☐ Als nodig
    [4] ☐ Soms
    [5] ☐ Altijd

20. Hoe vaak schrijft uw Huisarts antibiotica voor u?

    [1] ☐ Nooit
    [2] ☐ Als ik vraag
    [3] ☐ Als nodig
    [4] ☐ Soms
    [5] ☐ Altijd

21. Hoe vaak schrijft uw Huisarts ziektebriefje voor u?

    [1] ☐ Nooit
    [2] ☐ Als ik vraag
    [3] ☐ Als nodig
    [4] ☐ Soms
    [5] ☐ Altijd

22. Heeft uw huisarts de diagnose van uw aandoening op een open en duidelijke manier met u besproken(zelfs als de uitkomst slecht zou zijn)?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

23. Geeft uw huisarts uitleg over uw lichamelijk onderzoek?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

24. Hoe grondig vraagt uw huisarts over uw klachten?

    [1] ☐ Uitstekend
    [2] ☐ Zeer goed
    [3] ☐ Goed
    [4] ☐ Tamelijk
    [5] ☐ Slecht

25. Hoe goed uw huisarts luistert naar u?

    [1] ☐ Uitstekend
    [2] ☐ Zeer goed
    [3] ☐ Goed
    [4] ☐ Tamelijk
    [5] ☐ Slecht

26. Belangrijke klachten en beslissingen worden over het hoofd gezien.

    1☐ Ja
    2☐ Nee

27. Hoe vaak betrekt uw huisarts u in beslissingen over uw gezondheid en behandelingen?

    1☐ Nooit
    2☐ Als ik vraag
    3☐ Als nodig
    4☐ Soms
    5☐ Altijd

28. Legt uw huisarts uw ziekte of de behandeling die u nodig hebt uit?

    1☐ Uitstekend
    2☐ Zeer goed
    3☐ Goed
    4☐ Tamelijk
    5☐ Slecht

29. Praat uw huisarts over uw laatste wensen?

    1☐ Ja
    2☐ Nee

30. Laat u uw huisarts beslissingen nemen over uw gezondheid, want dokters zijn expert (En om de lasten te verminderen op jezelf en je gezin)?

    1☐ Ja
    2☐ Nee

31. Geeft uw huisarts u informatie over vroegtijdige zorgplanning *(negatieve wilsverklaring, wils verklaring euthanasie, verklaring voor orgaandonatie, Verklaring inzake de wijze van teraardebestelling)?

    1☐ Ja
    2☐ Nee

***(Negatieve wilsverklaring**. Hier kan u aangeven welke medische behandelingen u niet meer wenst teondergaan. **Wilsverklaring euthanasie.** Hier kan u aangeven dat u euthanasie wenst te krijgen in geval van een onomkeerbaar coma. Uw arts zal bepalen wanneer een coma onomkeerbaar is. U kan - maar moet niet - het document laten registreren bij de gemeente. **Verklaring voor orgaandonatie**. Hoewel de wet stelt dat elke Belg orgaan doneer is na zijn overlijden, worden in de praktijk nooit organen weggenomen. Meestal wil men de vraag niet stellen aan de familie. Indien u expliciet wél uw organen wilt afstaan, is het goed dit vooraf neer te schrijven. U kan - maar moet niet - dit document laten registreren bij de gemeente. **Verklaring inzake de wijze van teraardebestelling.** U schrijft neer hoe u uw begrafenis of crematie ziet. U kan - maar moet niet - dit document laten registreren bij de gemeente. **De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen** maakte ook een overzichtsdocument van alle mogelijke wilsverklaringen samen.)

Uzelf en uw gezondheidszorg bij uw huisarts in de afgelopen 6 maanden

Deze vragen gaan over uw eigen gezondheidszorg. Het omvat niet de zorg die u in een ziekenhuis of van andere arts dan uw huisarts gekregen hebt.

1. Hoe vaak hebt u uw huisarts bezocht of huisbezoek gehad?

   [1] ☐ Geen
   [2] ☐ 1 – 2 keer
   [3] ☐ 2 – 6 keer
   [4] ☐ meer dan 6 keer

2. Hebt u uw huisarts over een dringend afspraak/huisbezoek (erg ziek, gevallen, verwonding) gecontacteerd?

   [1] ☐ Geen
   [2] ☐ 1 – 2 keer
   [3] ☐ 2 – 6 keer

3. Werd u gezien door uw huisarts voor uw dringende afspraak/huisbezoek binnen?

   [1] ☐ 1 uur
   [2] ☐ 1 – 3 uur
   [3] ☐ Op dezelfde dag meer dan 3 uur
   [4] ☐ Geen contact gehad

4. In de afgelopen 6 maanden hebt u afspraken online gemaakt?

   [1] ☐ Nee
   [2] ☐ Ja → **Als** ja, is de webpagina van uw huisarts gebruikersvriendelijk?
   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

5. In de laatste 6 maanden, hebt u een afspraak voor een check-up of een routine controle met uw huisarts gemaakt?

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

6. Wanneer u uw huisarts/praktijkmedewerker belde om een afspraak voor een check-up of een routine controle te maken, hoe vaak hebt u een afspraak op uw gewenste dag gekregen?

   [1] ☐ Altijd
   [2] ☐ Als ik vraag
   [3] ☐ Soms
   [4] ☐ Nooit

7. Hebt u contact opgenomen met uw huisarts/ praktijkmedewerker voor een medische vraag tijdens de spreekuren?

   [1] ☐ Ja
   [2] ☐ Nee

8. Hoe vaak hebt u antwoord gekregen over uw medische vraag tijdens spreekuren?

   [1] ☐ Geen
   [2] ☐ 1 – 2 keer
   [3] ☐ 2 – 6 keer
   [4] ☐ meer dan 6 keer

9. Hoe vaak heeft uw huisarts zijn uitleg op een gemakkelijk manier,te begrijpen, voor u uitgelegd?

   [1] ☐ Altijd
   [2] ☐ Als ik vraag
   [3] ☐ Soms
   [4] ☐ Nooit

10. Hoe vaak heeft u de uitleg van uw huisarts goed kunnen begrepen?

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Als ik vraag
    [3] ☐ Soms
    [4] ☐ Nooit

11. Hoe vaak heeft uw huisarts de belangrijke informatie over uw medische geschiedenis goed kunnen begrijpen?

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Soms
    [3] ☐ Geen mening
    [4] ☐ Nooit

12. Ik vind het moeilijk een aantal privézaken aan mijn huisarts te vertellen

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Soms
    [3] ☐ Geen mening
    [4] ☐ Nooit

13. Ik voelde me gemakkelijk mijn huisarts over heel persoonlijke zaken te vertellen.

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Soms
    [3] ☐ Geen mening
    [4] ☐ Nooit

14. Kunt u gemakkelijk met uw huisarts over alcohol en andere drugs misbruik/verslaving praten?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee
    [3] ☐ Geen mening

15. Kunt u gemakkelijk met uw huisarts over seksualiteit en gender (gerelateerde klachten omheen) praten?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee
    [3] ☐ Geen mening

16. Kunt u gemakkelijk met uw huisarts over end-van het leven, laatste wensen praten?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee
    [3] ☐ Geen mening

17. Hebt u over kanker/ voorgeschiedenis van kanker met uw huisarts besproken?

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Soms
    [3] ☐ Geen mening
    [4] ☐ Nooit

18. Hoe vaak toont uw huisarts respect voor wat u te zeggen heb?

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Soms
    [3] ☐ Geen mening
    [4] ☐ Nooit

19. Hoe vaak besteed uw huisarts genoeg tijd voor uw gesprek/bezoek?

    [1] ☐ 15 minuten
    [2] ☐ Tussen 15 en 30 15 minuten
    [3] ☐ Tussen 30 en 60 minuten
    [4] ☐ Minder dan 15 minuten

20. Ik wou dat het mogelijk was om iets langer met mijn huisarts kunnen praten.

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

21. De tijd van de consultatie was niet lang genoeg om over alle klachten/problemen aan mijn huisarts te vertellen.

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Soms
    [3] ☐ Geen mening
    [4] ☐ Nooit

22. In de afgelopen 6 maanden, heeft uw huisarts bloedonderzoek, RX (RX foto), of andere onderzoeken voor u gevraagd?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

23. Als uw huisarts bloedonderzoek, RX (RXfoto), of een ander onderzoek voor u heeft gevraagd, hoe vaak heeft uw huisarts/praktijkmedewerker de uitslag van deze onderzoeken aan u doorgegeven.

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Als ik vraag/bel
    [3] ☐ Soms
    [4] ☐ Nooit

24. Werden er door uw huisarts beslissingen genomen over uw gezondheid die u niet begrepen had?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

25. In de laatste 6 maanden, hebt u voorschriften zonder consultatie van uw huisarts gekregen?

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Als ik vraag/bel
    [3] ☐ Soms
    [4] ☐ Nooit

26. Hoe vaak uw huisarts/praktijkmedewerker over gebruiksaanwijzing en bijwerking van uw voorgestelde geneesmiddelen uitleg gegeven?

    [1] ☐ Altijd
    [2] ☐ Als ik vraag/bel
    [3] ☐ Soms
    [4] ☐ Nooit

27. Na de consultatie met uw huisarts, hebt u uw probleem(s) of ziekte begrijpen?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

28. Na de consultatie met uw huisarts, voelt u dat u met uw probleem(s) of ziekte kan omgaan?

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

29. .Hoeveel vertrouwen hebt u in uw huisarts?

    ☐ Veel vertrouwen
    ☐ Genoeg vertrouwen
    ☐ Niet veel vertrouwen
    ☐ Geen vertrouwen

30. Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van de gezondheidszorg die u tijdens de afgelopen 2 jaar van uw huisarts ontvangen.

    ☐ Veel tevreden
    ☐ Goed tevreden
    ☐ Tevreden
    ☐ Niet tevreden

31. Hebt u in de afgelopen 2 jaar van uw huisarts veranderd of wilde veranderen vanwege ontevredenheid

    [1] ☐ Ja
    [2] ☐ Nee

32. Bij het gebruik van een getal van 0 tot 10, waarbij 0 is de ergste huisarts mogelijk en 10 is de best mogelijke huisarts, welk nummer zou u gebruiken om uw huisarts te waarderen?

    ☐ 0 De ergste huisarts mogelijk
    ☐ 1
    ☐ 2
    ☐ 3
    ☐ 4
    ☐ 5
    ☐ 6
    ☐ 7
    ☐ 8
    ☐ 9
    ☐ 10 Best huisarts mogelijk

Medewerkers in de huisarts praktijk

1. In de afgelopen 6 maanden, hoe vaak waren de medewerkers in de praktijk van uw huisarts zo behulpzaam als je dacht dat ze zouden moeten zijn?

   [1] ☐ Altijd
   [2] ☐ Soms
   [3] ☐ Geen mening
   [4] ☐ Nooit

2. In de afgelopen 6 maanden, hoe vaak heeft de medewerkers van de praktijk van uw huisarts met u met respect en vriendelijkheid omgegaan?

   [1] ☐ Altijd
   [2] ☐ Soms
   [3] ☐ Geen mening
   [4] ☐ Nooit

Over uzelf

1. Hoe zou u uw algemene gezondheid waarderen?

   [1] ☐ Uitstekend
   [2] ☐ Zeer goed
   [3] ☐ Goed
   [4] ☐ Tamelijk
   [5] ☐ Slecht

2. Hoe zou u uw mentale en emotionele gezondheid waarderen?

   [1] ☐ Uitstekend
   [2] ☐ Zeer goed
   [3] ☐ Goed
   [4] ☐ Tamelijk
   [5] ☐ Slecht

3. Wat is uw leeftijd?

   [1] ☐ 18 to 24
   [2] ☐ 25 to 34
   [3] ☐ 35 to 44
   [4] ☐ 45 to 54
   [5] ☐ 55 to 64
   [6] ☐ 65 to 74
   [7] ☐ 75 or older

4. Uw geslacht?

   [1] ☐ Manelijk
   [2] ☐ Vrouwlijk
   [3] ☐ X

Attachment 2



Centrum Huisartsgeneeskunde

Beleving van autochtone patiënten rond een allochtone huisarts

Masterproef protocol

Promotor: prof. Dr. Kristin Hendrickx

Mohammad Massoud

HAIO

academiejaar 2016 – 2018

Samenvatting onderzoek

Doelstelling en verantwoording

De filosofie van wereld gezondheid organisatie van de primaire gezondheidszorg (Huisartsgeneeskunde) benadrukt het belang van de betrokkenheid van de gemeenschap bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van de primaire gezondheidszorg dienstverlening. Het benadrukt het principe van gelijkheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kosteneffectiviteit. Er is echter weinig aanwijzingen van publiek participatie naar de evaluatie van de primaire gezondheidszorg. Met dit onderzoek zal ik naar de evaluatie van de kwaliteit van huisartsgeneeskunde door het betrekken van de patiënten onderzoeken.

Huisartsgeneeskunde (Primaire gezondheidszorg) wordt het meest gebruikt in de gezondheidszorg. Review van de literatuur toonde dat de onderzoeken op dit gebied grotendeels over autochtone huisarts en patiënten relatie gaat. Efficiënte medische communicatie is afhankelijk van een goed begrip van de patiënten perspectief. Er is een snelle en continue toename van de etnische diversiteit van de Europese bevolking. Review van de literatuur toont dat allochtone patiënten meestal de voorkeur aan artsen uit hun eigen cultuur geven, en er is minder informatie over de tevredenheid van de autochtone patiënten rond hun allochtone huisarts. Daarom het nuttig is voor allochtone huisartsen om feedback van patiënten te krijgen. Enquête en feedback over tevredenheid van de patiënten zijn zinvolle informatie over de voorkeuren van de patiënt in de medische zorg.

Ik zal in dit onderzoek een observationele beschrijvende –studie doen de ervaring van autochtone patiënten rond en allochtone huisartsen te vinden. De enquête is aangepast consultatie tevredenheid vragenlijst, ontworpen voor gebruik met de huisartsen consultatie als een instrument voor het meten van ervaringen van patiënten en feedback voor de huisartsen.

Het doel van deze studie is om te onderzoeken hoe de autochtone patiënten denken over hun allochtone huisartsen met een andere etnische achtergrond en of dit hun praktijken en hun werk beïnvloed. Het meedelen van de ervaring van de autochtone patiënten rond allochtone huisartsen, kan ons helpen begrijpen wat de barrières zijn en feedback en informatie aan de huisarts geven. Soms huisartsen met een allochtone achtergrond kan een voordeel zijn in consultatie met de patiënten, zodat we hun achtergrond en ervaring kunnen gebruiken voor de nieuwe huisarts. Literatuurstudies punten ook dat allochtone huisartsen zouden problemen kunnen ervaren als gevolg van, onder andere, taal en cultuur verschillen met autochtone patiënten. Ik wil ook weten hoe ver dit probleem voldoet aan de context van allochtone huisarts hier in Antwerpen.

Bovendien, mijn doelstelling is om informatie en aanbevelingen aan dienstverlenende organisaties en beleidsmakers met betrekking tot gezondheidzorg in de eerstelijns rond de problemen ervaren door autochtone patiënten met allochtone huisartsen te geven.

Deze studie gebeurt in twee/drie fasen:

Eerste fase pilootkwalitatief onderzoek, evaluatie van relevante literatuur, het opstellen van een enquête en de toepasbaarheid van de enquête.

Latere fasen de enquête kan gebruikt worden in een bredere context (vergelijken van autochtone en allochtone huisartsen in Vlaanderen van heel de België).

Onderzoeksvragen

Beleving van autochtone patiënten rond een allochtone huisarts

Hoe zal ik de ervaringen van patiënten onderzoeken?

Een belangrijke manier om te weten of in de zorg de patiënt centraal staat, is door het interviewen van mensen die contact met de huisarts hebben gehad. Voor dit doel zal ik een enquête opstellen op basis van review van relevante literatuur en geadopteerde CAHPS Clinician and Group Survey en PEQ (Patient experience Questionnaire 2000). CAHPS is gevalideerd vragenlijst om ervaringen van patiënten in de eerstelijns te meten en PEQ is ontwikkeld in de eerstelijns gezondheidszorg voor het meten van de patiënten 'ervaring van interactie, emotie en consultatie.

In de enquête zal ik de patiënten vragen om hun ervaringen te beschrijven. Patiënten ervaring in gebieden dat patiënten waarderen in mijn review van literatuur, bijvoorbeeld het maken van gewenste afspraken, de beschikbaarheid van huisarts, informatie, communicatie met huisartsen, reactie van de praktijkmedewerkers. De enquête kan naargelang de context en tijdens de studie aangepast worden. Aanvullende vragen kunnen toegevoegd worden en niet relevante vragen kunnen uitgehaald worden.

Dit onderzoek is gestart op december 2016 en loopt tot het einde van het tweede jaar van de opleiding HAIO.

Deelnemers en rekrutering

Deelnemers aan deze observationele beschrijvende studie zijn autochtone patiënten met een allochtone huisarts in Antwerpen. Contactduur met de huisarts langer dan 6 maanden. De stad telt onder haar inwoners bijna 170 verschillende buitenlandse nationaliteiten. In dit onderzoek zijn de eerste en tweede generatie als immigranten aangenomen (We beschouwen allochtone huisartsen die in België woonachtig zijn en van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Wie zelf in het buitenland is geboren, hoort tot de eerste generatie, wie in België is geboren, hoort tot de tweede generatie). Het aantal van de deelnemers zou 50 allochtone patiënten bij elke huisarts zijn het aantal van huisartsen zou10 zijn.

De deelnemers zullen gerekruteerd worden via inleidende informatie door hun huisarts of administratieve medewerkers van de praktijk en mezelf.

Ethische overwegingen – veiligheid

Deelname is vrijwillig. Patiënten kunnen ervoor kiezen om de enquête te beantwoorden of niet. Als zij ervoor kiezen niet te doen, zal dit geen invloed hebben op de zorgen die zij krijgen en hun relatie met hun huisarts.

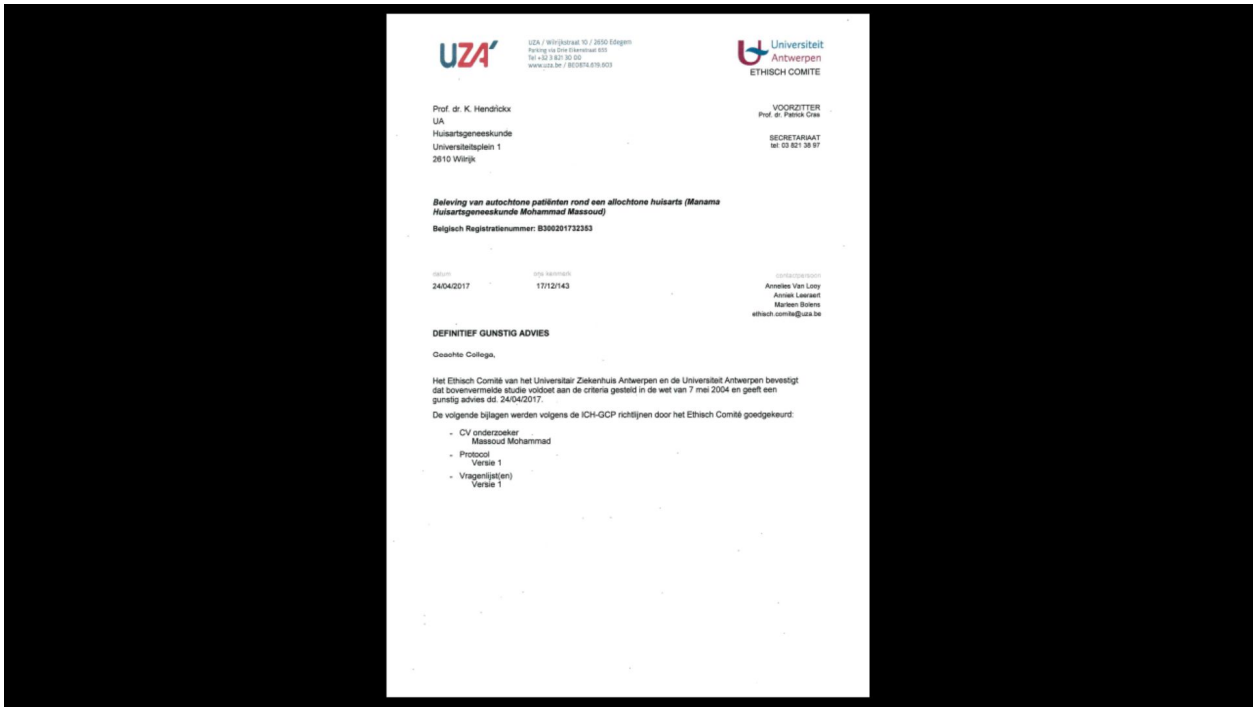
De vragenlijsten zijn anoniem. De namen van de patiënten worden nergens vermeld. De resultaten van de enquête is gebruikt voor dit onderzoek. De persoonlijke gegevens van patiënten kunnen niet achterhaald worden door derden.

Verwerking van enquêtes (data analyses)

De antwoorden op de enquêtes en notatie tijdens de gesprekken met de patiënt worden geanalyseerd, voor overeenkomsten en verschillen met de literatuur.

Enquêtes worden onderzocht met betrekking tot kwesties van, bijvoorbeeld het maken van gewenste afspraken, de beschikbaarheid van huisarts, informatie, communicatie met huisartsen, reactie van de praktijkmedewerkers.

Attachment 3



UZA

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.803

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. K. Hendrickx
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Beleving van autochtone patiënten rond een allochtone huisarts (Manama Huisartsgeneeskunde Mohammad Massoud)

Belgisch Registratienummer: B300201732353

datum	ons kenmerk	contactpersoon
24/04/2017	17/12/143	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

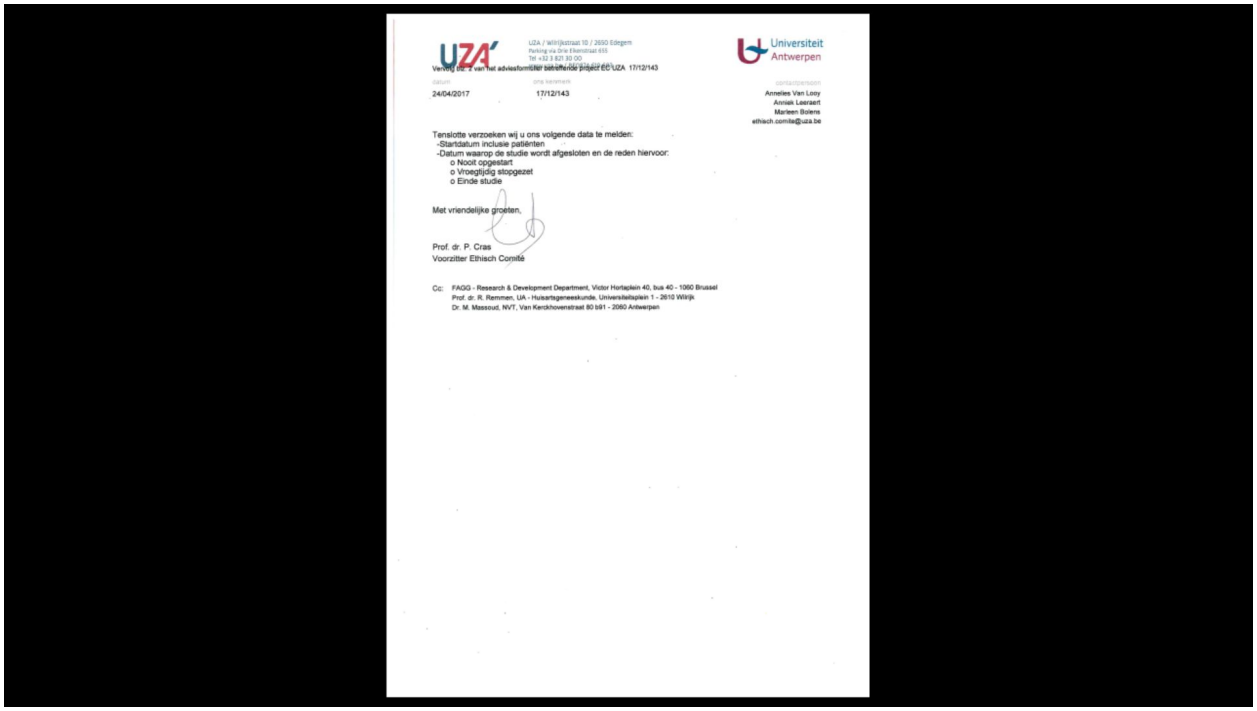
DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 24/04/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Massoud Mohammad
- Protocol
  Versie 1
- Vragenlijst(en)
  Versie 1



UZA

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.803

Universiteit Antwerpen

Verlenging nr. 1 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 17/12/143

datum	ons kenmerk	contactpersoon
24/04/2017	17/12/143	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  o Nooit opgestart
  o Vroegtijdig stopgezet
  o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. M. Massoud, NVT, Van Kerckhovenstraat 80 b91 - 2060 Antwerpen