Cultural competence op de huisartsenwachtpost en in de dagelijkse praktijk

Dr. Elisabeth Lecok, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

1. **Algemene inleiding**

2. **Joodse patiënten en eerstelijnszorg**

    1. Literatuuronderzoek
    1.1 Inleiding
    1.2 Methode
    1.3 Resultaten
    1.4 Discussie
    1.5 Besluit

    2. Interview
    2.1 Inleiding
    2.2 Methode
    2.3 Resultaten
    2.4 Discussie
    2.5 Besluit

3. **Huisartsen en culturele competentie**

    1. Literatuuronderzoek
    1.1 Inleiding
    1.2Methode
    1.3Resultaten
    1.4Discussie
    1.5Besluit

    2. Bevraging van de huisartsen
    2.1Inleiding
    2.2Methode
    2.3Resultaten
    2.4Discussie
    2.5Besluit

4. **Algemeen besluit**

5. **Referenties**

6. **Bijlagen**

Titel: Cultural competence op de huisartsenwachtpost en in de dagelijkse praktijk
HAIO: Elisabeth Lecok, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent
Praktijkopleiders: Dr. Lieve op 't Roodt, Dr. Inge Gobin,
Huisartsenpraktijk Lange Leemstraat 128 2018 Antwerpen

Inleiding

Tijdens mijn opleidingsjaren huisartsgeneeskunde kwam ik bijna dagelijks in contact met Joods Orthodoxe patiënten. Ondanks het feit dat er slechts zelden een taalbarrière was verliep een consultatie moeizamer. De gedragscode was anders. In de literatuur wordt dit geheel van gedragingen, houdingen en kennis om efficiënt te kunnen werken met groepen van een verschillende culturele achtergrond beschreven als culturele competentie.

Onderzoeksvraag

Ik vroeg me af of artsen werkzaam in Antwerpen dezelfde moeilijkheden ondervonden tijdens een consultatie met een Joods patiënt. Anderzijds wilde ik ook graag weten wat aandachtspunten zijn bij de zorgverlening aan een Joods Orthodoxe patiënt.

Methode

Joodse patiënten en de eerstelijnszorg

-Literatuurstudie: Een systematische zoektocht doorheen de online databank Pubmed werd ondernomen in juli 2013 met een combinatie van de Mesh-termen Jew, primary health care en general practioner.
-Interview met Joods Orthodoxe patiënten: Ik had een gesprek met een Joods Orthodoxe man en vrouw, gekende patiënten in de praktijk. De vragen van het interview kwamen tot stand na literatuuronderzoek en in overleg met mijn collega' s.

Huisartsen en culturele competentie

-Literatuurstudie: Een zoektocht doorheen de online databank Pubmed werd ondernomen in juli 2013 met een combinatie van de Mesh- termen cultural competence, primary health care en general practioner.
-Bevraging van de huisartsen: Op de huisartsenwachtpost in Antwerpen- Centrum (in een regio met een hoog aantal Joodse patiënten) werd een vragenlijst afgenomen van 12 artsen over de omgang met Joodse patiënten. De vragenlijst kwam tot stand na literatuuronderzoek en in overleg met mijn collega' s.

Resultaten

Joodse patiënten en de eerstelijnszorg

De kennis over ziekte en gezondheid is afkomstig van de informatie die ze mekaar doorgeven enerzijds en informatie die ze van hun (huis)arts krijgen anderzijds. Bij medische problemen is het gebruikelijk dat ook de rabbijn wordt geadviseerd. Er is een grote groep Joods Orthodoxe patiënten in Antwerpen die zich tot de alternatieve geneeskunde wendt. Zij staan sceptisch tegenover vaccinaties. Er is tevens een gebrek aan systematische vaccinatie campagnes in niet- erkende Joodse scholen. Joods Orthodoxe patiënten verwachten een minimale kennis door hun huisarts van de gebruiken en omgangsvormen om zo een goede dialoog niet in de weg te staan.

Huisartsen en culturele competentie

De geïnterviewde artsen wensen opleiding om meer cultureel competente zorg te kunnen bieden. Naarmate een arts ouder is voelt hij zich meer bekwaam een consultatie te voeren met een Joodse patiënt dan zijn jongere collega. De arts met een Joodse achtergrond heeft het hoogste aantal Joodse contacten. Hij heeft een globaal uitgesproken positieve houding naar deze groep.

Besluit

De Joods Orthodoxe gemeenschap in Antwerpen is een gesloten gemeenschap die vanuit medisch oogpunt de nodige aandacht verdient. Niet enkel religieuze factoren, maar ook een gebrek aan (juiste) informatie beïnvloeden de zorgvraag van een Joods Orthodoxe patiënt. Ook op organisatorisch vlak stelt zich een probleem. Niet- erkende scholen organiseren immers geen erkend vaccinatieprogramma.

Code: Z04 sociaal culturele problemen
e-mail: elisabeth-lecok@hotmail.com

1. Algemene inleiding

Tijdens mijn opleidingsjaren huisartsgeneeskunde kwam ik bijna dagelijks in contact met Joods Orthodoxe patiënten. Ondanks het feit dat er slechts zelden een taalbarrière was verliep een consultatie moeizamer. De gedragscode was anders. Ik wist vaak niet goed wat ik mocht vragen, hoe ik deze patiënten kon begroeten of hoe ik aan een klinisch onderzoek begon.

In de literatuur wordt dit geheel van gedragingen, houdingen en kennis om efficiënt te kunnen werken met groepen van een verschillende culturele achtergrond beschreven als culturele competentie (1).

Ik vroeg me af of artsen werkzaam in Antwerpen dezelfde moeilijkheden ondervonden tijdens een consultatie met een Joods Orthodoxe patiënt. Anderzijds wilde ik ook graag weten hoe de Joods Orthodoxe patiënt zijn zorg ervaart.

Deze thesis is opgebouwd uit twee delen.

In een eerste deel wordt er bekeken wat de bijzonderheden zijn van Joods Orthodoxe patiënten en het contact met de eerstelijnszorg; enerzijds via een literatuuronderzoek, anderzijds via een interview met twee Joods Orthodoxe patiënten uit de praktijk.

In een tweede deel wordt het belang van cultureel competent gedrag van de arts voor het verlenen van goede zorg bekeken. Welke barrières ondervindt een arts? Er werd weerom gestart met een literatuuronderzoek, vervolgens werden artsen geïnterviewd die werkzaam zijn op de Huisartsenwachtpost Antwerpen-Centrum, waar een groot aantal Joodse patiënten zich aanmelden tijdens het weekend.

2. Joodse patiënten en eerstelijnszorg

1. Literatuur

1.1 Inleiding

Vandaag leven naar schatting 40 000- 50 000 Joden in België. De twee grootste gemeenschappen bevinden zich in Brussel en Antwerpen (2). Het Jodendom kent verschillende religieuze strekkingen (3).
De Antwerpse Joodse gemeenschap kan grofweg worden ingedeeld in 25% Chassidische Joden, 40% niet- Chassidische Orthodoxe Joden en 35% geseculariseerd Orthodoxe Joden (2).

Orthodoxe Joden leven volgens de Joodse leer zoals neergeschreven in de Tenach en de Talmoed (3). Deze Joodse leer heeft ook een invloed op de beleving van ziekte en gezondheid en het gebruik van de zorginstellingen (4).

Enkele passages uit het boek " Joodse riten en symbolen" (5), dat handelt over de gebruiken en voorschriften van het dagelijks joodse leven, kunnen dit illustreren.

Daarom hecht de joodse leer zo veel aan de gezondheid. Het is plicht, onvoorwaardelijke plicht, bij ziekte naar genezing te streven. (p250)

Bikkoer Choliem (ziekenbezoek) is plicht. Men moet de zieke altijd wat brengen: een opgewekt gezicht, een opbeurend woord, een hartelijke bede. (p252)

Voor een ernstige zieke vallen natuurlijk alle voorschriften van het godsdienstleven weg, die hinderend op de weg zouden komen, waarlangs de genezing gezocht dient te worden. Dan is de arts de hoogste autoriteit. … Een mensenleven heeft dus oneindige waarde. En al wat menselijk mogelijk is, moet derhalve voor de genezing gedaan. Maar niet alles ligt in de macht van de mens. De beslissing ligt ten slotte alleen in de Hoger Hand. Dat moeten wij ons wel terdege bewust zijn. (p254)

Dan vangt het Sjémoth aan. Er wordt de stervende niets toegediend. Men raakt hem niet of nauwelijks aan, omdat men vreest dat een aanraking of een onhandigheid de dood bespoedigen kan. Evenwel wordt er niet nagelaten, wat hem helpen kan of verfrissen of verlichten of zijn strijd, als die er is, verzachten. (p 261)

Dit oriënterend literatuuronderzoek wil nagaan wat problemen of bijzonderheden kunnen zijn bij patiënten met Joodse (Orthodox) culturele achtergrond in contact met de eerstelijnszorg.

1.2 Methode

Een systematische zoektocht doorheen de online databank Pubmed werd ondernomen in juli 2013. Door een combinatie van de Mesh-termen Jew, primary health care en general practioner werd de zoekopdracht zo sensitief mogelijk gehouden. Sociologische databanken werden buiten beschouwing gelaten. Er werden acht artikels weerhouden. Voor de zoekstrategie wordt verwezen naar appendix 1 en appendix 2.

De volgende inclusiecriteria werden weerhouden:
Artikels aangaande de Joodse religie en het gebruik van de eerstelijnszorg, preventie.

De volgende exclusiecriteria werden weerhouden:
Artikels met een te specifieke focus, bv OCD, artikels waarin Israëliërs werden bestudeerd, Joden en niet- Joden., artikels waarin een ander facet van de zorgsector werd bestudeerd.

1.3 Resultaten

Een overzicht van de geïncludeerde artikels zijn weergegeven in appendix 3.

De Joods Orthodoxe levenswijze kan een invloed hebben op de gezondheid en het gebruik van de zorgsector (4). De reden hiervoor is het strikt volgen van de Joodse leer zoals voorgeschreven (6).

Schnall reflecteert over het effect van de Joods Orthodoxe religie op het al dan niet gebruiken van psychotherapie. Hij besluit dat Joods Orthodoxe patiënten slechts zelden een vraag tot psychologische begeleiding zullen hebben om verscheidene redenen. Sommige patiënten zijn bang een stigma te krijgen in de gemeenschap, en zo hun naam te bezoedelen. Men is terughoudend omdat men niet wil toegeven dat religie toch niet alle vragen kon beantwoorden. Men hecht veel belang aan het advies van de rabbijn, die psychologische begeleiding kan ontraden (7).

Ook op palliatieve zorg en euthanasie drukt de Joods Orthodoxe leer zijn stempel. In de wetteksten leest men dat het leven zo lang mogelijk bewaard moet blijven, onafhankelijk van de prognose, pijn of lijden. Toch besluit Kinzbrunner dat wanneer men de Tora bestudeert de Joodse leer wel compatibel kan zijn met de palliatieve zorg zoals we hem kennen (6).

Vier onderzoeksgroepen hebben gegevens verzameld aangaande het effect van religie, bij 2 groepen meer specifiek Joods Orthodoxe religie, en het effect op het gebruik van de zorgsector.

Ten eerste besluiten Purdy et al, na analyse van gegevens uit twee huisartsenpraktijken die de zorg verlenen aan een groot deel van de Joods Orthodoxe gemeenschap, dat Joods Orthodoxe gezinnen gekenmerkt worden door een hoger geboortecijfer. Zij consulteerden hun arts vaker en vroegen vaker een huisbezoek aan. Er was een lagere deelname aan screening naar cervixkanker. De vaccinatiegraad bij kinderen was eveneens lager. Er was geen noemenswaardig verschil op te merken naar borstkankerscreening, noch verschilde de prevalentie diabeten (4).

Ten tweede vinden Preston et al het moeilijk na literatuuronderzoek besluiten te trekken omtrent de invloed van religie op het gebruik van gezondheidszorg. Zij trekken voorzichtig de conclusie dat Joden de zorgsector vaker benutten dan patiënten van andere religieuze strekkingen (8).

Als derde trekt Benjamins de voorzichtige conclusie na data- analyse dat er een positieve relatie bestaat tussen religiositeit en de deelname aan preventieve onderzoeken bij oudere vrouwen. Joodse vrouwen hebben in deze groep het hoogste aantal deelnemers (9). Dit onderzoek bevestigt eerdere resultaten van Benjamins omtrent de positieve invloed die religie heeft op de deelname aan preventieve onderzoeken. Dit effect was het meest uitgesproken bij vrouwen (9).

Henderson et al probeerden ten slotte via hun kwalitatieve studie een reden te vinden voor de lagere vaccinatiegraad bij kinderen uit Joods Orthodoxe gezinnen in het oosten van Londen. Uit hun onderzoek blijkt dat de lage vaccinatiegraad te wijten is aan geruchten omtrent de mogelijke schadelijke gevolgen van vaccineren. Religieuze of praktische bezwaren waren er niet (10).

1.4 Discussie

De meeste onderzoekers zijn het erover eens dat religie een invloed heeft op gezondheid en de zorgvraag in de eerste lijn (4, 6, 7, 9). Opvallende kenmerken zijn: een hoger geboortecijfer en een lage vaccinatiegraad. Zij consulteren relatief vaker de huisarts, vooral via het aanvragen van een huisbezoek. De deelname aan preventieve onderzoekingen is wisselend.

Er zijn verschillende onderzoekers die eerder een persoonlijke reflectie schrijven over de invloed van de Jood Orthodoxe religie op de zorgvraag, zonder dat deze besluiten gestoeld zijn op (meetbare) gegevens uit de praktijk (6, 7, 11).

De onderzoekers die het effect van religie op de zorg met meer kwantitatieve gegevens proberen te staven doen dit vaak op een eerder slordige manier.
Hun onderverdeling in religieuze groepen is onduidelijk. Wanneer de Joodse religie ter sprake komt, wordt er geen onderverdeling gemaakt in subgroepen (8, 9). Nochtans lijkt dit wenselijk gezien het groot aantal verschillen in de beleving van religie bij de verschillende subgroepen (3).
Er is een onduidelijke en niet goed beschreven socio- economische factor die mogelijk een invloed uitoefent op de resultaten. Benjamins probeert deze invloed gedeeltelijk in haar resultaten te verwerken door er factoren in op te nemen zoals het krijgen van sociale steun en de gepercipieerde gezondheid (9).

Vermoedelijk is er meer kwalitatief onderzoek nodig om de karakteristieken van de Joods Orthodoxe gemeenschap te kunnen beschrijven (9). Hierbij zou men zich moeten beperken tot een regio en een welomschreven subgroep binnen de Joods orthodoxe gemeenschap. Dan kan men andere factoren dan de strikt religieuze ontdekken die een invloed hebben op het zorggebruik. (zoals in Hendersons onderzoek naar de lagere vaccinatiegraad bij Joods Orthodoxe kinderen werd gedaan (10))

Opvallend is het ontbreken van Belgisch onderzoek in dit literatuuronderzoek. Gezien Antwerpen een van de grootste Joods Orthodoxe gemeenschappen ter wereld heeft zou men verwachten hier ook literatuur over te vinden. De gevonden studies zijn afkomstig uit de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Israël.

1.5 Conclusie

Er is een invloed van religie op het gebruik van de gezondheidszorg. Het is echter moeilijk besluiten te trekken naar de invloed van De Joods Orthodoxe religie op de zorgvraag en het gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg wegens gebrek aan goede studies.

2. Interview

2.1 Inleiding

In de praktijk kunnen bijzonderheden worden opgemerkt in de omgang met Joods Orthodoxe patiënten. Het is snel duidelijk dat patiënten zich met terughoudendheid ontbloten voor een lichamelijk onderzoek, betalen is op sommige dagen een probleem, net zoals het gebruik van de telefoon. Dit zijn slechts enkele praktische voorbeelden.
Ook in de literatuur wordt opgemerkt dat religie een invloed heeft op de beleving van gezondheid en het gebruik van gezondheidszorg.

Hoewel het probleem beschreven wordt, zijn de gevoerde onderzoeken schaars en onvolledig (te weinig onderverdeling in subgroepen bij de Joodse religie, onvoldoende aandacht voor andere beïnvloedende factoren in een gemeenschap dan religie). Er werden bovendien slechts weinig onderzoeken teruggevonden met de Antwerpse Joods Orthodoxe gemeenschap als onderzoeksgroep (2, 12).

In het interview worden twee Joodse Orthodoxe patiënten, gekend in de praktijk, aan het woord gelaten. Zo proberen we een antwoord te krijgen op de problemen die zij ervaren in het contact met de huisarts en eventuele oplossingen die zij hiervoor hebben.

2.2 Methode

Ik had een gesprek met een Joods Orthodoxe man en vrouw, gekende patiënten in de praktijk.
Het interview werd in overleg met mijn collega's niet opgenomen om een meer informele sfeer te creëren. Ik maakte notities.
De vragen van het interview zijn tot stand gekomen na literatuuronderzoek en in overleg met mijn collega's. Een overzicht van de vragen die ik als leidraad gebruikte bij het gesprek vindt u in appendix 4. Deze vragen werden slechts als houvast gebruikt. Ik vond het nuttig de spontane inbreng van deze patiënten te laten primeren zodat het interview zo min mogelijk gestuurd zou zijn door mijn eigen veronderstellingen.

2.3 Resultaten

Demografische gegevens van de geïnterviewde patiënten

Zij zijn gehuwd en hebben negen kinderen. De vrouw is leidinggevende in een erkende Joodse school, de man is als vrijwilliger bij verschillende organisaties aangesloten. Zij is van Poolse afkomst, hij van Hongaarse.

De setting

Zoals in de inleiding vermeld werd heeft Antwerpen een van de grootste Joods Orthodoxe gemeenschappen ter wereld (2). Mijn opleidingspraktijk bevindt zich in de Lange leemstraat, het hart van de Joodse wijk. In de wijk werken slechts

drie Joodse huisartsen. Een heel aantal Joodse patiënten heeft dus een huisarts met een andere religieuze achtergrond. In mijn opleidingspraktijk werken geen Joods Orthodoxe artsen, noch andere medewerkers met Joods Orthodoxe achtergrond.

Begroeting

Het is ongebruikelijk een arts de hand te schudden bij de begroeting. De geïnterviewden verwachten dat de huisarts kennis heeft van deze omgangsvorm. In andere Joods Orthodoxe gemeenschappen kunnen er andere regels gelden bij een begroeting.

Klinisch onderzoek

Het is aangewezen als huisarts een klinisch onderzoek met enige gevoeligheid te starten. Kondig aan wat je wil onderzoeken. Laat de patiënt de lichaamsdelen gericht ontbloten. (Bijvoorbeeld: Bij een onderzoek van de buik wordt enkel de buik ontbloot door het hemd op te tillen.)
Indien een dame haar pruik moet afzetten is het aangewezen een hoofddoekje te voorzien.

Kleding van de arts

Gezien het feit dat Joods Orthodoxe mensen zelf zo weinig mogelijk de huid in het openbaar ontbloten, hebben zij als het ware een ander referentiekader voor bloot. Zij zijn zich steeds zeer bewust van het bloot bij een ander, het is goed je hier als huisarts bewust van te zijn.

Bereikbaarheid

Joods Orthodoxe mensen leven in een gesloten gemeenschap. In deze gemeenschap vinden zij veel steun en hulp bij mekaar. In geval van nood moet je de gewenste persoon snel kunnen bereiken. Zij wensen een permanente bereikbaarheid van hun huisarts, als lid van hun gemeenschap.

Kennis van de Joodse leer

Een minimale kennis van de regels door de huisarts is wenselijk om zo ongemak bij de Joods Orthodoxe patiënt te verminderen. Het wordt op prijs gesteld dat een arts weet dat het op Sabbat en feestdagen onmogelijk is te telefoneren en te betalen. Wanneer de patiënt weet dat zijn arts hier kennis van heeft, neemt dit heel wat stress weg en zal er in geval van nood op Sabbat en feestdagen ook een arts geconsulteerd kunnen worden, waarbij de betaling op een later moment gebeurt.

Informatie

De Joods Orthodoxe gemeenschap maakt (bijna) geen gebruik van nieuwe media. Via de gemeenschap worden er geen informatiesessies georganiseerd met

geneeskundige thema's. De kennis die zij hebben van ziekte en gezondheid, preventieonderzoek,… hebben zij van elkaar en via hun (huis)arts. Het is als arts belangrijk dit te weten. Maak tijd om bij een consultatie de patiënt voorlichting te geven aangaande de huidige klacht. Wijs de patiënt tijdig op deelname aan preventieve onderzoeken, vaccinatie,…
De geïnterviewden staan open voor informatiesessies over gezondheidsproblemen. Deze worden best georganiseerd in samenwerking met Joodse organisaties om een zo groot mogelijk publiek te bereiken.

Vaccinatiegraad

Er is een lagere vaccinatiegraad bij Joods Orthodoxe kinderen. Zij zien een tweeledige oorzaak voor dit probleem. Enerzijds worden vaccinaties niet systematisch aangeboden in niet- erkende scholen. Anderzijds is er een grote groep Joods Orthodoxe mensen die zich tot de alternatieve geneeskunde wendt. Zij staan sceptisch tegenover vaccinaties en laten ze bewust niet toedienen.
Een oplossing verwachten de mensen van de overheid. Er zou via de stad Antwerpen op een andere manier een systematische vaccinatie van de Joods Orthodoxe kinderen moeten gebeuren. Extra informatiesessies in samenspraak met de Joodse gezondheidsorganisaties zouden nuttig kunnen zijn om het heersende scepticisme te verminderen.

De Joodse gezondheidsorganisaties

Er zij heel wat organisaties binnen het gezondheidsnetwerk van de Joods Orthodoxe gemeenschap. Deze zijn echter niet gericht op informatieverstrekking en preventie. Zij organiseren ziekenvervoer, er is een eigen eerste hulpverlening,… Wanneer nodig kunnen Joods Orthodoxe mensen beroep doen op deze instanties.

Dialoog

Bij gezondheidsproblemen is het gebruikelijk raad te vragen aan de rabbijn. Deze geeft mensen advies en kan de opdracht geven extra informatie in te winnen bij een tweede of zelfs een derde arts.
Over het algemeen wordt er veel belang gehecht aan de dialoog. Verschillende meningen en andere interpretaties kunnen mensen helpen een zicht te krijgen op de situatie. Vandaar dat Joodse patiënten vaak bij meerdere artsen te rade gaan.

2.4 Discussie

Samenvatting van de resultaten

De Joods Orthodoxe gemeenschap in Antwerpen is in een gesloten gemeenschap. De kennis over ziekte en gezondheid is afkomstig van de informatie die ze mekaar doorgeven enerzijds en informatie die ze van hun (huis)arts krijgen anderzijds. Medische voorlichting wordt niet georganiseerd door de gemeenschap.

Als huisarts maak je deel uit van deze gemeenschap. Patiënten verwachten een minimale kennis van de gebruiken en omgangsvormen om zo een goede dialoog niet in de weg te staan.

Bij medische problemen is het gebruikelijk dat ook de rabbijn wordt geadviseerd. Joodse patiënten raadplegen daarnaast vaak verscheidene artsen om in dialoog een beter inzicht in de problematiek te krijgen.

Er bestaat een keuzevrijheid van arts. Indien de huisarts niet de gepaste omgangsvorm hanteert zullen Joods Orthodoxe patiënten van huisarts veranderen.

Er is een grote groep Joods Orthodoxe patiënten in Antwerpen die zich tot de alternatieve geneeskunde wendt. Zij staan sceptisch tegenover vaccinaties. Dit kan een verklaring zijn voor de lagere vaccinatiegraad bij Joods Orthodoxe kinderen. Daarnaast valt niet te vergeten dat een aantal kinderen mogelijk niet gevaccineerd wordt wegens het gebrek aan systematische vaccinatiecampagnes in niet- erkende Joodse scholen.

<u>Vergelijking met bestaande literatuur</u>

Er zijn een aantal elementen uit het gesprek waarover we in de literatuur reeds beperkte gegevens konden terugvinden.

De Joods Orthodoxe gemeenschap is een erg gesloten gemeenschap (7, 10). Uit angst voor stigmatisering door de gemeenschap kunnen sommige patiënten het nalaten de gepaste hulp te zoeken (7).

Er wordt veel belang gehecht aan het advies van de rabbijn (7).

Er zouden geen religieuze redenen zijn waarom men tegen vaccinatie is (12). Het vergeten en een gebrek aan informatie of misvattingen over mogelijke bijwerkingen zijn de belangrijkste redenen waarom kinderen onvolledig gevaccineerd zijn 10, 12).
De patiënten die geïnterviewd werden stelden een gevoeligheid van hun huisarts inzake lichamelijkheid en kledij op prijs. Ook schnall en Heyman beschrijven dit (7, 11).

<u>Beperkingen van het onderzoek</u>

Het onderzoek is slechts een oriënterend gesprek met twee patiënten. Men kan deze gegevens onmogelijk als representatief beschouwen voor de Joods Orthodoxe gemeenschap in Antwerpen. De resultaten moeten bekeken worden als een eerste verkenning in het veld.
Er werd niet gesproken over euthanasie en palliatieve zorg. Nochtans is dit een in de literatuur beschreven punt van conflict tussen de Westerse visie op zorg en de Joods Orthodoxe leer.

Aanbeveling voor verder onderzoek

Ik denk dat er vanuit dit oriënterend gesprek potentiële onderzoekspistes gehaald kunnen worden. Na een thema te hebben gekozen kan men gegevens verzamelen uit de praktijk en hypotheses toetsten.
Men zou bijvoorbeeld verder kunnen uitwerken waarom de vaccinatiegraad bij Joods Orthodoxe kinderen lager is. Vanuit die gegevens zou een actieplan kunnen worden opgesteld in samenspraak met de Joodse gemeenschap.

2.5 Conclusie

De Joods Orthodoxe gemeenschap in Antwerpen is een gesloten gemeenschap die vanuit medisch oogpunt de nodige aandacht verdient. Niet enkel religieuze factoren, maar ook een gebrek aan (juiste) informatie beïnvloeden de zorgvraag van een Joods Orthodoxe patiënt. Alternatieve geneeswijzen worden vaak overwogen. Er leeft een scepticisme in de gemeenschap omtrent het nut van vaccinaties. In hun drang naar dialoog raadplegen Joods Orthodoxe patiënten vaak verschillende artsen, wat een goede samenwerking met de huisarts moeilijk kan maken. Ook op organisatorisch vlak stelt zich een probleem. Niet- erkende scholen organiseren immers geen erkend vaccinatieprogramma.

3. Huisartsen en culturele competentie

1. Literatuur

1.1 Inleiding

Aandacht voor cultuur in de gezondheidszorg is een tendens die niet meer weg te denken valt. Er zijn een aantal voor de hand liggende redenen die hiervoor in aanmerking komen.

Onze samenleving wordt gekenmerkt door een steeds grotere verscheidenheid aan culturen. Antwerpen heeft 483505 inwoners waarvan 79356 buitenlanders (13).

In de medische wereld is er de tendens meer patiëntgericht te werken. Hiervoor is het wenselijk de culturele achtergrond van de patiënt te kennen (14).

De gezondheidsstatus van minderhedengroepen is over het algemeen minder goed in vergelijking met de dominante groep (15- 18). Dit verschil wordt bepaald door een slechtere sociaal- economische context, maar ook door een verschil inzake de toegang tot zorg en het gebruik en de kwaliteit ervan (15). Uitkomstmaten als compliantie (het volgen van medisch advies), tevredenheid over de geleverde zorg en ziektestatus worden bepaald door de kwaliteit van de arts- patiëntrelatie (19). Die relatie wordt beïnvloed door culturele- en taalbarrières (19).

In Vlaanderen verscheen in december 2011 op vraag van de minister van volksgezondheid een beleidstekst met aanbevelingen voor een toegankelijke en gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden (15). Ook wanneer de internationale literatuur wordt geraadpleegd is aandacht voor cultuur in de gezondheidszorg een thema dat steeds vaker terugkeert.

In dit literatuuronderzoek willen we kijken naar het belang van cultureel competent gedrag van de arts om goede zorg te verlenen. Welke barrières ervaren artsen bij de zorg voor minderhedengroepen? Zijn er factoren die een cultureel competente houding bij de arts bevorderen?

1.2 Methode

Een zoektocht doorheen de online databank Pubmed werd ondernomen in juli 2013. Door een combinatie van de Mesh- termen cultural competence, primary health care en general practioner werd de zoekopdracht zo sensitief mogelijk gehouden. Sociologische databanken werden buiten beschouwing gelaten. Er werden 15 artikels weerhouden. Voor de zoekstrategie wordt verwezen naar appendix 5 en appendix 6.

Als inclusiecriteria werden weerhouden: artikels aangaande culturele competentie van de arts en de zorgsector, de invloed van de culturele achtergrond op de communicatie tussen arts en patiënt, barrières in het contact met immigranten in de zorgsector.

Als exclusiecriteria werden weerhouden: artikels aangaande culturele competentie bij andere gezondheidsmedewerkers (verplegers, onthaalmedewerkers,…).

1.3 Resultaten

Een overzicht van de geïncludeerde artikels werd weergegeven in appendix 7.
De geselecteerde artikels konden geclusterd worden in vier thema' s: ten eerste de problemen gedetecteerd bij de patiënt tijdens een interculturele consultatie, ten tweede de moeilijkheden waarmee een arts geconfronteerd kan worden, ten derde de mogelijkheden naar opleiding van zorgverleners in het verlenen van cultureel competente zorg en tot slot de noodzakelijke organisatorische veranderingen voor het bereiken van een cultureel competente zorg.

Patiënt

Patiënten uit een minderhedengroep voelen zich minder goed begrepen door hun arts dan autochtone patiënten. Schinkel et al. testten deze theorie op een Turks-Nederlandse patiëntengroep en een autochtone groep patiënten. Na analyse van de vragenlijsten blijkt dat de allochtone groep patiënten meer nood heeft aan bijkomende informatie na de consultatie dan de autochtone groep patiënten. De allochtone groep patiënten wenst meer uitleg over de prognose, klinisch onderzoek, de gebruikte medische woordenschat, alternatieve geneeswijzen en de mogelijke behandeling bij de specialist (20).

Patiënten behorende tot een minderhedengroep zijn minder assertief, communiceren minder expressief en uiten minder hun bezorgdheden (21).

Harmsen et al besluiten dat culturele verschillen tijdens een consultatie nooit vergeten mogen worden, hoe geïntegreerd een patiënt ook mag lijken. De vragenlijsten, afgenomen bij een multiculturele patiëntenpopulatie in huisartsenpraktijken in Rotterdam, wezen uit dat de patiënttevredenheid wordt beïnvloed door kennis van de taal, leeftijd (hoe ouder de patiënt, hoe meer tevreden over zijn zorg) en culturele achtergrond (Westerse patiënten zijn meer tevreden dan allochtone patiënten) (22).

Arts

Artsen zouden zich minder empathisch opstellen tijdens een consultatie met een patiënt uit een minderhedengroep (21).

Papic et al. stellen na hun onderzoek dat een gebrekkige communicatie het grootste probleem is dat artsen ervaren bij het contact met migranten. Artsen denken dat het gebruik van tolken een oplossing kan zijn. Ze vinden het een grotere uitdaging met migranten te werken, maar halen wel een even grote voldoening hun werk (23).

Opvallend is dat artsen interculturele communicatie onderscheiden van andere (niet- communicatieve) interculturele vaardigheden (kennis van alternatieve geneeswijzen, een klinisch onderzoek bij een moslim, werken met een tolk,…). Meer praktijkervaring, meer opleiding in het bieden van interculturele zorg en meer interesse en ervaring in het werken met patiënten uit minderhedengroepen leiden tot een groter vertrouwen bij de arts om met deze groep patiënten te werken (24). Bovendien vindt deze groep van artsen het belangrijk dat artsen en ziekenhuizen oog hebben voor de specifieke noden van allochtone patiënten (14).

Blair et al. onderzochten wat het effect is van vooroordelen bij artsen over Zwarte en Latijns- Amerikaanse patiënten en de perceptie van deze patiënten op de gekregen zorg. Uit de resultaten blijkt dat Zwarte patiënten minder tevreden waren over de consultatie bij artsen met een groter vooroordeel over deze groep patiënten (19).

Opleiding van artsen.

Zoals eerder vermeld gaven de artsen in het onderzoek van Papic et al. aan dat gebrekkige communicatie tussen arts en patiënt een grote barrière is om goede zorg te leveren. Artsen denken dat het werken met tolken een oplossing kan zijn. Ze zijn zich blijkbaar echter niet bewust van het feit dat deze diensten reeds bestaan. Artsen werken bij een moeilijk intraculturele ontmoeting met ad hoc strategieën. Een meer gestandaardiseerd kader om met deze problemen om te gaan hebben ze niet. Het merendeel van de artsen erkent dit probleem en staat open voor opleiding. Artsen die reeds een opleiding kregen lijken betere zorg te verlenen (23).

Schouten et al gaven een groep van artsen opleiding in de drie- stappenmethode van Pinto. In de eerste stap wordt artsen gevraagd hun eigen (cultuurgebonden) normen en waarden te leren kennen. Vervolgens moet men de normen, waarden en gedragscodes van de ander leren kennen. Ten slotte moet men bepalen hoe men geconstateerde verschillen zal overbruggen. De patiënten kregen een video te zien in de wachtzaal over het uiten van miscommunicatie. Ze besluiten dat deze interventie de communicatie tussen arts en patiënt deed verbeteren (25).

Organisatie van de gezondheidszorg.

Delphin et al verzamelden zeven noodzakelijke aanpassingen om een zorginstelling cultureel competent te maken: beleidssteun, aansluiting bij vertegenwoordigers van minderhedengroepen vinden, patiënttevredenheid evalueren, realistische doelen stellen, de taalbarrière verkleinen door het gebruik van tolken ed., zorgverleners van verschillende culturele achtergrond en een ombudsdienst waar klachten van artsen en patiënten behandeld worden (26).

1.4 Discussie

Er zijn enerzijds de patiënten uit de minderhedengroep die aangeven dat ze zich weinig begrepen voelen door hun arts (20). Anderzijds is er de vaststelling dat migranten en minderhedengroepen een lagere gezondheid hebben dan de autochtone bevolking (1, 15, 17, 18). Bovendien melden ook artsen problemen bij de omgang met allochtonen (23).

Men zou dus kunnen besluiten dat een cultureel verschil tussen arts en patiënt de kwaliteit van de zorg kan beïnvloeden.
Maar welke aspecten zijn vooral belangrijk? Is dat de taalbarrière, de etnie, een verschil in opleidingsgraad of in socio- economische achtergrond?

In de geselecteerde artikels worden de etnische achtergrond van een patiënt en een taalbarrière in rekening gebracht. Een verschil in opleidingsgraad en de socio- economische achtergrond worden vaak buiten beschouwing gelaten.
Dit is jammer gezien het feit dat het klassenverschil op zich ook een invloed heeft op de gezondheid (27).
Maar ook de diversiteit van de groep migranten en etnische minderheden in de geselecteerde artikels kan problematisch zijn. Er zijn binnen deze groep grote verschillen in culturele opvattingen.

Om een culturele competente zorg mogelijk te maken lijkt het noodzakelijk dat de zorginstelling meer cultureel competent wordt (26). Het vaker inzetten van een tolk zou hier een onderdeel van kunnen zijn gezien artsen de taalbarrière vaak als grootste struikelblok zien om kwaliteitsvolle interculturele zorg te bieden (23). In België bestaan verschillende organisaties die een tolk aanbieden (bijvoorbeeld: Babel- Vlaamse tolkentelefoon, Brussel onthaal). Maar zijn deze diensten voldoende gekend en toegankelijk voor huisartsen?

In de geselecteerde artikels wordt er geopperd dat meer opleiding voor artsen noodzakelijk is. Ze laten echter in het midden waaruit deze opleiding moet

bestaan. Is dit een bewustwording van het probleem? Moeten er communicatiestrategieën worden aangeleerd? Welk communicatiemodel moet er dan gevolgd worden?

Veel onderzoeken zijn gebaseerd op vragenlijsten die artsen zelf invulden. Dat is echter een weinig objectieve onderzoeksmethode.

1.5 Conclusie

Een meer cultureel competente zorg is noodzakelijk om de bestaande gezondheidsongelijkheden te verminderen. Patiënten uit een minderhedengroep, hoe geïntegreerd ze ook lijken, voelen zich vaak minder begrepen door hun huisarts en zijn vaak minder tevreden over de gekregen zorg. Artsen denken dat een betere zorg geleverd kan worden indien de taalbarrière wordt verminderd. Een (meer beschikbare) tolkendienst zou daarvoor een oplossing kunnen zijn. Opleiding aan artsen en patiënten omtrent de culturele aspecten die een oorzaak kunnen zijn van miscommunicatie tijdens een consultatie lijkt nuttig.

2. Bevraging van de huisartsen

2.1 Inleiding

Culturele verschillen kunnen leiden tot miscommunicatie tussen arts en patiënt. Hierdoor kan de kwaliteit van de zorg verminderen.

Bij mij werd de interesse gewekt door een incident op de huisartsenwachtpost in de Lange Leemstraat. Een vraag van een Joodse patiënt naar een aanpassing in zijn beleid om religieuze redenen werd door de artsen met enige ergernis beantwoord. Ik stelde mij later de vraag of dat vaker zou voorkomen en of artsen zich daarvan bewust zijn of er oplossingen voor zien. En tenslotte of een goede zorgverlening niet in gevaar komt.

Er werd geopteerd om een kwantitatieve studie op te zetten om na te gaan hoe artsen omgaan met patiënten van een andere culturele achtergrond, meer specifiek een Joodse achtergrond.

Initieel was ook een patiënteninterview gepland. Om praktische redenen werd dit echter uit het onderzoek geschrapt. Artsen en patiënten stonden weigerachtig tegenover een interview omwille van onder andere ruimte- en tijdsgebrek op de wachtpost.

Via de vragenlijst proberen we een zicht te krijgen op het belang dat door artsen gehecht wordt aan cultuur in de gezondheidszorg.
Voelen zij zich vertrouwd bij patiënten van een andere culturele achtergrond, meer bepaald een Joods culturele achtergrond?
Zijn er factoren die een grotere gevoeligheid voor het werken met andere culturen in de hand werken? Spelen meertaligheid, leeftijd en buitenland een rol?

2.2 Methode

Er werd een vragenlijst (zie appendix 8) afgenomen van de huisartsen werkzaam in de huisartsenwachtpost te Lange Leemstraat Antwerpen, een regio gekenmerkt door een hoge concentratie aan Joodse inwoners. De vragen van het interview zijn tot stand gekomen na literatuuronderzoek en in overleg met mijn collega's. Er werd aan 12 artsen gevraagd deel te nemen, allen stemden daarmee in. De vragenlijst werd vooraf getest door twee artsen werkende in de regio (mijn praktijkopleiders), die niet deelnamen aan de studie. Dit werd gedaan om eventuele onduidelijkheden in de vraagstelling te beperken.
Demografische gegevens werden verzameld alsook een peiling naar hoe de artsen het werken met mensen van andere culturen ervaren, meer specifiek patiënten van Joods culturele afkomst. De scoring op de vragen gebeurde aan de hand van een visueel analoge schaal.
Demografische karakteristieken van de ondervraagden bestonden uit leeftijd en geslacht. Er werd een schatting gemaakt van professionele ervaring met Joodse patiënten door het aantal contacten wekelijks met Joodse patiënten weer te geven. Er werd gevraagd naar meertaligheid en naar een verblijf in het buitenland van meer dan drie maanden.
De resultaten werden geanalyseerd met Excel. De variabelen waarmee werd gewerkt, zijn: leeftijd (20-30 jaar, 30-40 jaar, 40-50 jaar en meer dan 50), geslacht, aantal wekelijkse contacten met Joodse patiënten (enerzijds minder dan vijf en anderzijds vijf of meer), talenkennis (3 of meer dan drie) en tenslotte professionele buitenlandervaring (langer dan drie maanden of geen). Er werd per groep van variabelen gekeken naar de score op de vragen. Enkel een verschil in gemiddelde score van 3 of meer werd als significant beschouwd.
De resultaten werden besproken met twee artsen werkzaam in de regio (mijn praktijkopleiders) en met mijn promotor.

2.3 Resultaten

Opleiding

Artsen staan positief tegenover het volgen van opleiding om meer cultureel competente zorg te kunnen bieden.

Attitude

Zij blijken zich flexibel te willen opstellen indien de patiënt aanpassingen vraagt in zijn behandeling indien hem dat zo wordt opgelegd door zijn religie.

Vaardigheden

Een arts voelt zich even bekwaam om een consultatie te voeren met een patiënt van gelijke als met een patiënt van Joodse culturele achtergrond.
Toch vinden de artsen de omgang met patiënten van Joodse achtergrond moeilijk en voelen zij zich meer gespannen.

Geassocieerde factoren

Uit deze ondervraging van de huisartsen op de wachtpost in de Lange Leemstraat blijkt dat er slechts weinig factoren aanwezig zijn om culturele competentie bij de arts te kunnen voorspellen.
Er werden geen duidelijke verschillen gevonden voor buitenlandervaring, noch voor geslacht en talenkennis.

Bij leeftijd vinden we wel een verschil. Hoe ouder de arts, hoe minder gespannen hij zich voelt in de consultatie met een Joodse patiënt.
Oudere artsen vinden kennis van de culturele achtergrond minder essentieel om goed zorg te kunnen bieden dan hun jongere collega' s.

De arts met het hoogst aantal contacten met Joodse patiënten vindt de omgang met patiënten van Joodse achtergrond moeilijk, maar voelt zich niet meer gespannen bij hen.

2.4 Discussie

Samenvatting van de resultaten

De geïnterviewde artsen wensen opleiding om meer cultureel competente zorg te kunnen bieden. Naarmate een arts ouder is voelt hij zich meer bekwaam een consultatie te voeren met een Joodse patiënt dan zijn jongere collega. De arts met een Joodse achtergrond heeft het hoogste aantal Joodse contacten. Hij heeft een globaal uitgesproken positieve houding naar deze groep.

Vergelijking met de literatuur

In de literatuur wordt de taalbarrière tussen arts en patiënt als een van de grootste oorzaken van miscommunicatie bij een intercultureel contact beschouwd (23). Joodse patiënten spreken echter meestal vloeiend Engels, Nederland of Frans, talen waarvan ook de arts kennis heeft. Dit kan dus geen verklaring bieden voor de meer gespannen houding van artsen bij een Joodse patiënt.

De oudere arts voelt zich minder gespannen bij een patiënt met Joods Orthodoxe achtergrond. Hij vindt kennis van de culturele achtergrond minder belangrijk dan zijn jongere collega 's. Hierbij speelt ervaring vermoedelijk een rol. Een oudere arts zal reeds meer vertrouwen in zijn handelen hebben. Een oudere arts werkt misschien ook meer volgens patronen. De cultuur speelt bij de presentatie van een klacht en de gekozen behandeling dan een minder grote rol. Hierover vonden we echter in dit literatuuronderzoek geen resultaten.

De interesse voor opleiding naar culturele factoren die een consultatie kunnen beïnvloeden kan gevonden worden in het feit dat artsen reeds langere tijd geconfronteerd worden met patiënten van verschillende culturele achtergrond. Bij dit contact werden artsen ook geconfronteerd met moeilijkheden in dergelijke

consulten. Opleiding kan een oplossing bieden om met deze moeilijkheden om te gaan en problemen in de toekomst te verminderen.

Bij de arts met het hoogste aantal Joodse contacten merken we een globaal uitgesproken positieve houding naar deze groep, wellicht omdat er door een frequenter contact met Joodse patiënten een grotere vertrouwdheid in omgang met deze groep ontstaat. Deze arts bleek zelf een Joodse achtergrond te hebben. Herkenning van specifieke problemen die zich kunnen aandienen bij deze patiëntengroep speelt dan zeker ook een rol bij de minder gespannen houding die deze arts heeft bij Joodse patiënten. Hiervoor vinden we aansluiting in het onderzoek van Hudelson et al. Artsen die meer opleiding kregen en meer ervaring hadden in het werken met minderhedengroepen voelden zich hier ook meer vertrouwd mee (24).

Beperkingen van het onderzoek

Een beperking van het onderzoek is het kleine aantal deelnemende artsen. De bekomen resultaten mogen dus niet gebruikt worden om algemene conclusies te trekken. Dit onderzoek is een eerste aftasting op het terrein.

Het zichzelf beoordelen is een weinig objectieve onderzoeksmethode (24). Het is mogelijk dat artsen die zich meer vertrouwd voelen in het omgaan met patiënten van Joods culturele achtergrond minder gevoelig zijn aan de problemen bij een interculturele consultatie.

In dit onderzoek wordt gefocust op Joodse patiënten. Verschillen in opleidingsgraad en socio- economische achtergrond bij deze populatiegroep werden niet in rekening gebracht. Ook een meer specifiek onderzoek naar de Joods Orthodoxe patiënt in plaats van de Joodse patiënt ontbrak. (Zoals vermeld zijn er in de Joodse religie nameljjk verschillende strekkingen met vaak verschillende opvattingen en attitudes ten aanzien van de gezondheidszorg)

Er wordt in de interviews gepeild naar de culturele competentie van de zorgverleners. Er werd geen informatie verzameld betreffende de culturele competentie van de zorginstelling waarin ze werken.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Gezien het feit dat artsen zich bewust lijken te zijn van het belang van een cultureel competente zorg en ook graag meer opleiding over dit thema willen krijgen zou het interessant zijn na te gaan hoe deze opleiding het best georganiseerd kan worden.

2.5 Besluit

Uit deze kleinschalige bevraging van huisartsen op de wachtpost blijkt dat
dat deze artsen openstaan voor meer opleiding over de manier waarop culturele factoren een consultatie kunnen beïnvloeden.

Er kunnen twee variabelen worden weerhouden die een invloed hebben op de arts in de omgang met een patiënt van Joodse culturele achtergrond, namelijk het aantal wekelijkse contacten met Joodse patiënten en de leeftijd (hoe ouder de arts, hoe meer bekwaam hij zich voelt).

De meeste artsen vinden de omgang met patiënten van Joodse achtergrond moeilijk en voelen zich meer gespannen tijdens consultaties met Joodse patiënten.

4. Algemeen besluit

Ondanks het feit dat het verlenen van cultureel competente zorg belangrijk is om gezondheidsongelijkheden te verminderen bij minderhedengroepen bestaan er slechts weinig gegevens over de stand van zaken in België. In de literatuur vonden we weinig informatie aangaande de zorgverlening aan Joods Orthodoxe patiënten. Dit is opmerkelijk aangezien er in Brussel en Antwerpen reeds lange tijd grote Joods Orthodoxe gemeenschappen wonen (2).

Deze gemeenschap verdient vanuit medisch oogpunt de nodige aandacht. Niet enkel religieuze factoren, maar ook een gebrek aan (juiste) informatie beïnvloeden de zorgvraag. Ook op organisatorisch vlak stelt zich een probleem. Niet- erkende scholen organiseren bijvoorbeeld geen systematisch vaccinatieprogramma.

Om cultureel competente zorg te bieden is het belangrijk dat zowel de zorgverlener als de zorginstelling cultureel competent werken. Artsen staan open voor opleiding om meer cultureel competent te werken. Dit wordt bevestigd in de literatuur en bij de bevraging van de huisartsen op de wachtpost.
Hoe deze opleiding het best georganiseerd kan worden zou onderwerp kunnen zijn voor een volgend onderzoek. In dit onderzoek zochten we ook niet naar de mogelijkheden om een zorginstelling cultureel competent te maken. Ook dat is stof voor verder onderzoek.

Het belang van kwalitatief onderzoek naar de beleving van minderhedengroepen en artsen over de respectievelijk gekregen en geleverde zorg in een specifieke setting is duidelijk. Enkel op deze manier kan informatie verkregen worden over de heersende barrières en attitudes tijdens een consultatie bij arts en patiënt. Ook specifieke vereisten van de zorginstelling en organisatie van de zorg kunnen zo bepaald worden.

5. Referenties

1. Whealin J, RuzekJ. Program Evaluation for Organizational Cultural Competence in Mental health Practices. Professional psychology: Research and Practice 2008; 39: 320- 328.
2. Baeke G, Wils JP, Broeckaert b. 'We are (not) the master of our body': elederly Jewish women's attitudes towards euthanasia and assisted suicide. Ethnicity and Health 2011; 16: 259- 278.
3. Sylvain Brachveld. 2000. Onze Joodse buren. Houtekiet, 256 pagina's.
4. Purdy S, Jones K, Sheratt M, Fallon P. Demographic characteristics and primary health care utilization of strictly orthodox Jewish and non- jewish patients. Family practice- an international journal 1999; 17: 233-235.
5. Rabbijn S. Ph. De Vries Msn. 1996. Joodse riten en symbolen. De Arbeiderspers, 316 pagina's.
6. Kinzbrunner B. Jewish Medical Ethics and End- of-Life Care. Journal of palliative medicine 2004; 7: 558-573.
7. Schnall E. Multicultural Counseling and the Orthodox Jew. Journal of Counseling and Development 2006; 84: 276-282.
8. Schiller P, Levin J. Is there a religious factor in health care utilization?: A review. Social science medicine 1988; 27: 1369- 1379.
9. Benjamins M. Religious Influences on Preventive Health Care Use in a Nationally representative Sample of Middle- Age Woman. Journal of behavioral medicine 2006; 29: 1-16.
10. Henderson L, Millett C, Thorogood N. Perceptions of childhood immunization in a minority community: qualitative study. Journal of the Royal Society of Medicine 2008; 101: 244-251.
11. Heymann A. A matter of faith. Patient education and counseling 2011; 85: e6-e7.
12. Top G, De Schrijver K, Lernout T, Sabbe M, Kissling E. Een outbreak van mazelen binnen orthodox-joodse gemeenschappen in Antwerpen. Internet site Vlaams Infectieziektebulletin 2009. Beschikbaar via http://www.infectieziektebulletin.be/defaultSubsite.aspx?id=19264#.UfapIKVx4y5. Geraadpleegd 2013 julie 29.
13. Satbel Belgian federal Government- Statistics Belgium
    Structuur van bevolking volgens huidige nationaliteit: Belgische en vreemde bevolking volgens gewest
    http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/Bevolking_nat_geslacht_opp_bevolkingsdichtheid.jsp.
    Geraadpleegd 2013 juli 22)
14. Hudelson P, Perron N, Perneger T. Measuring Physicians' and medical Students' Attitudes Toward Caring for Immigrant Patients. Evaluation and the Health Professions 2010; 33(4): 452-272.
15. Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH- groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Internet site FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu 2011. Beschikbaar via www.health.belgium.be/filestore/.../2012_12_16_eindrapport_NL.pdf.
    Geraadpleegd 2013 april 2.

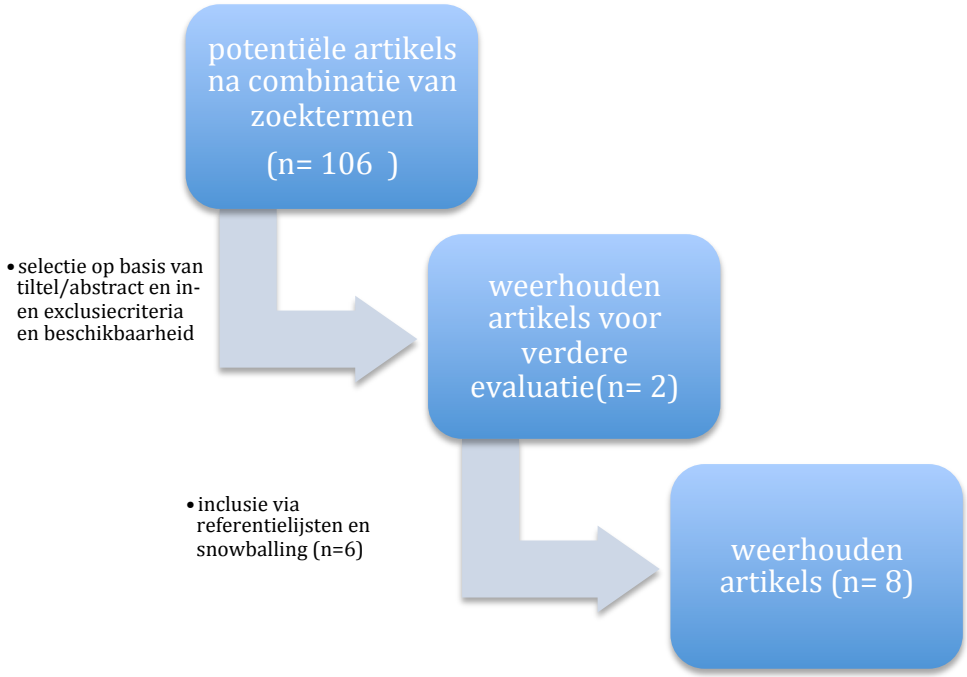
16. Williamson M, Harrison L. Providing culturally appropriate care: A literature review. International Journal of Nursing Studies 2010; 47: 761- 769.
17. Engebretson J, Mahony J, Carlson E. Cultural Competence in the Era of Evidence- Based Practice. Journal of Professional Nursing 2008; 24(3): 172-178.
18. Teal R, Street R. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. Social Science and Medicine 2009; 69: 533-543.
19. Blair I, Steiner J, Fairclough D, Hanrally R, Price D, Hirsh H, Wright L, Bronsert M, Karimkbani E, Magid D, Havranek E. Clinicians' Implicit Etnic/ Racial Bias and Perceptions of Care Among Black and Latino Patients. Annls of family medicine 2013; 11: 43- 52.
20. Schinkel S, Schouten B, van Weert J. Are GP patients' needs being met? Unfulfilled information needs among native- Dutch and Turkish-Dutch patients. Patient Education and Counseling 2012; 90: 261- 267.
21. Schouten B, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. Patient Education and Counseling 2006; 64: 21- 34.
22. Harmsen J, Bernsen R, Bruijnzeels M, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? Patient Education and Counseling 2008; 72: 155- 162.
23. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies and training needs. Patient Education and Counseling 2012; 86: 205- 209.
24. Hudelson P, Perron N, Perneger T. Self- assessment of intercultural communication skills: a survey of physicians and medical students in Geneva, Switserland. BMC Medical Education 2011; 11: 1-9.
25. Schouten B, Meeuwesen L, Harmsen H. The impact of an intervention in intercultural communication on doctor- patient interaction in The Netherlands. Patient Education and Counseling 2005; 58: 288- 295.
26. Rittmon M, Hyman R, Flanagan E, Davidson L. Seven essential Strategies for Promoting and Sustaining Systemic Cultural Competence. Psychiatr Q 2013; 84: 53- 64.
27. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor- patient communication. International Journal for Equity in Health 2012; 11:12.
28. Hudelson P, Perron N, Perneger T. Using clinical vignettest o assess doctors' and medical students' ability to identify sociocultural factors affecting health and health care. Web Paper 20011; 33: e564- e571.
29. Wachtler C, Brorsson A, Troein M. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. Family Practice 2006; 23: 111-115.
30. Harmsen H, Meeuwesen L, van Wieringen J, Bernsen R, Bruijnzeels M. When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. Patient Education and Counseling 2003; 51: 99- 106.
31. Diaz E, Hjörleifsson S. Immigrant general practioners in Norway: A special resource? A Qualitative study. Scandinavian Jurnal of public health 2011; 39: 239- 244.

6. Bijlagen

Appendix 1: combinatie van zoektermen

Ethic, Jewish	and	general practice
Ethic, Jewish	and	family medicine
Ethic, Jewish	and	primary health care
Ethic, Jewish	and	family practice
Jew	and	general practice
Jew	and	family medicine
Jew	and	primary health care
Jew	and	family practice
Judaism	and	general practice
Judaism	and	family medicine
Judaism	and	primary health care
Judaism	and	family practice
Jew	and	Antwerp
Judaism	and	Antwerp
Jew	and	Belgium
Judaism	and	Belgium

Appendix 2: Stroomdiagram zoektocht naar artikels



Appendix 3: overzicht van de geïncludeerde artikels

Titel	Auteur	Jaar	Land	Type onderzoek	Opzet	Onderzoekspopu-latie
A matter of faith	Heymann A.	2010	Isreal	Participatie ve observatie	Reflectie van een jonge arts op het werk in een Joods Orthodox dorp in Israël	/
Jewish medical ethics and end- of life care	Kinzbrun ner B.	2004	/	Review	Overzicht van joods medische ethiek bij het levenseinde	/
Multicultural counseling and the orthodox Jew	Schnall E.	2006	VS	Review	Het identificeren van de barrières die een Orthodoxe Jood moet overbruggen om gepaste geestelijke gezondheidszorg te krijgen; aanbevelingen voor de praktijk	/
Demographic characteristics and primary health care utilization patterns of stricly orthodox Jewish and non- Jewish patients	Purdy S. et al.	2000	VK	Data-analyse	Het gebruik van de eerstelijnszorg in Gateshead, UK, door Orthodoxe Joden beschrijven	Gegevens van de patiënten uit de twee onderzochte praktijken

Religion and preventive health care utilization among the elderly	Benjamins M et al	2004	VS	Data-analyse	De invloed van religie op deelname aan preventieve gezondheidszorg beschrijven	Gegevens uit AHEAD- studie
Is there a religious factor in health care utilization: a review	Schiller P. et al.	1988	VS	Review	De invloed van religie op gezondheid(szorg): een overzicht van de literatuur	/
Religious influences on preventive health care use in a nationally representative sample of middle- age women	Benjamins M	2005	VS	Data-analyse	De invloed van religie op preventieve gezondheidszorg	Gegevens uit HRS-databank
Perceptions of childhood immuinization in a minority community: a qualitative study	Henerson L. et al.	2008		Kwalita-tieve studie	Ideeën over vaccinatie bij de Joods Orthodoxe gemeenschap in kaart brengen	Interviews bij 25 Joods Orthodoxe moeders en 10 gezondheidszorg medewerkers

Appendix 4

Zijn er belangrijke aandachtspunten voor ons als huisarts in de omgang met Joods Orthodoxe patiënten?
-Begroeting
-Kledij
-klinisch onderzoek

Verwacht u dat wij als uw huisarts kennis hebben van uw gebruiken/feestdagen?

Worden er via de Joodse gemeenschap gezondheidsvoorlichtingen gegeven?

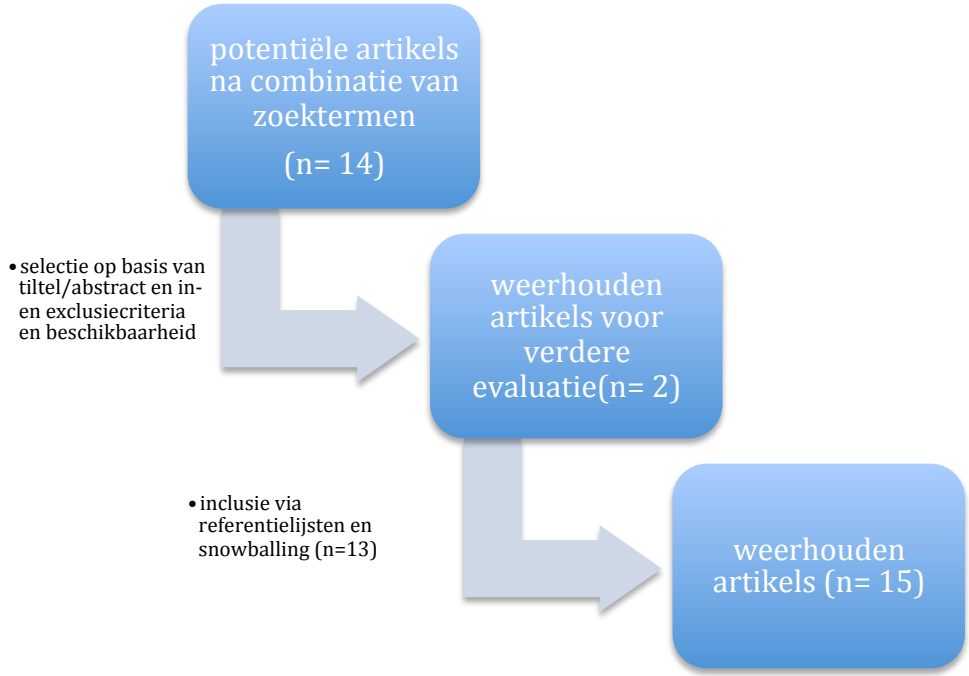
De vaccinatiegraad bij Joodse kinderen ligt lager dan bij niet- Joodse kinderen? Zien jullie hier een oorzaak voor? Kennen jullie oplossingen?

Bikur Cholim en Hatzoloh zijn enkele van de Antwerpse Joodse gezondheidszorgorganisaties. Vinden jullie samenwerking met deze organisaties belangrijk/nuttig?

Appendix 5: combinatie van zoektermen

Primary health care	and	cultural competence	and	physician
Cultural competence	and	general practice physician		

Appendix 6: stroomdiagram zoektocht naar artikels


potentiële artikels na combinatie van zoektermen
(n= 14)
• selectie op basis van tiltel/abstract en in- en exclusiecriteria en beschikbaarheid
weerhouden artikels voor verdere evaluatie(n= 2)
• inclusie via referentielijsten en snowballing (n=13)
weerhouden artikels (n= 15)

Appendix 7: Overzicht van de geïncludeerde artikels

Titel	Auteur	Jaar	Land	Type onderzoek	Opzet	Onderzoekspopulatie
Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs	Papic O. Et al.	2011	Canada	Kwantitatieve studie	Attitude, barrières, strategieën en opleidingsnoden ervaren door huisartsen	Huisartsen werkzaam in Montreal
Cultural differences in medical communication: a review of the literature	Schouten B et al.	2005	Nederland	Review van de literatuur	De invloed van cultuur/etnische achtergrond van patiënt/arts op medische communicatie	/
Are GP patients' needs being met? Unfulfilled information needs among native-Dutch and Turkish-Dutch patients	Schinkel S et al.	2012	Nederland	Kwalitatieve studie	Het verschil in informatienood tussen autochtone Duitse en Turks-Duitse patiënten. De relatie tussen de informatie onthouden door de patiënt en de informatie gegeven door de arts.	Patiënten en huisartsen in zes praktijken in Nederland
Patients'	Harmen	2008	Neder	Kwalita-	Gebeurt de evaluatie	663 patiënten

evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers?	H. et al.		land	tieve studie	van de gezondheidszorg bij een Westerse en niet- Westerse patiënt op dezelfde manier?	uit 38 huisartsenpraktijken
Seven essential strategies for promoting and sustaining systemic cultural competence	Delphin-Rittmon M. Et al.	2012	VSA	?	Zeven strategieën om de culturele competentie van een organisatie te bevorderen	/
Self- assessment of intercultural communication skills: a survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland	Hudelson P. et al	2011	Zwitserland	Kwalita-tieve studie	Hoe scoren artsen hun competentie in interculturele communicatie?	Artsen en studenten uit Genève
The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in the Netherlands	Schouten B. Et al.	2005	Nederland	Kwalita-tieve studie	Het effect van opleiding op interculturele communicatie	Artsen en patiënten uit een huisartsenpraktijk in Rotterdam, opgedeeld in een interventie- en een controlegroep
Using clinical vignettest o	Hudelson P. et al.	2011	Zwitserlan	Kwanti-tatieve	Is het mogelijk met korte klinische	619 artsen

assess doctors' and medical student' ability to identify sociocultural factors affecting health and health care			d	studie	problemen de gevoeligheid van artsen in te schatten in sociale en culturele factoren die de zorg kunnen beïnvloeden	
When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients	Harmsen H. Et al.	2002	Nederland			
Immigrant general practioners in Norway: A special resource? A qualitative study	Diaz E. Et al.	2010	Noorwegen	Kwalita-tieve studie	Denken immigrante huisartsen dat hun culturele achtergrond hun werk beïnvloedt? Op welke manier?	Allochtone huisartsen
Cultural competence in the era of evidence- based practice	Engebretson J et al.	2008	VSA	Model voorstellen	Een model dat het concept culturele competentie verbindt met elementen van evidence- based geneeskunde	/
Critical elements	Teal C. Et	2008	VSA	Lieratuur	Model voor goede	/

of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model	al.			review en model voorstellen	interculturele communicatie	
Measuring physicians' and medical students' attitudes toward caring for immigrant patients	Hudelson P et al.	2010	Zwitserland	Kwanti-tatieve studie	Attitudes van artsen en studenten geneeskunde over de zorg voor de allochtone patiënt? Link met persoonlijk karakteristieken en professionele ervaring?	Artsen en studenten geneeskunde
Clinicians' imlpicit ethnic/racial bias and perceptions of care among black and latino patients	Blair I et al.	2013	VSA	Kwanti-tatieve studie	Hypothese: artsen met meer impliciete bias naar zwarte/latino patiënten worden minder goed gescoord door deze op het leveren van goede zorg	Artsen en patiënten
Meeting and treating cultural differences in primary care: a qualitative interview study	Wachtler C et al.	2006	Zweden	Kwali-tatieve studie	Wat is de ervaring van huisartsen met consultaties met immigrante? Hoe gaan zij hiermee om?	Huisartsen werkzaam in de provincie Scania in Zweden

Appendix 8:Vragenlijst arts

- Leeftijd

- Geslacht

- Aantal contacten wekelijks met Joodse patiënten

- Kennis van een tweede taal
- Kennis van een derde taal

In welke mate hebben ze kennis van die taal?

- **Verblijf in het buitenland van meer dan drie maanden**

Zo ja, welk soort verblijf?

1. Vindt u het moeilijk om te gaan met patiënten van een andere culturele achtergrond, meer bepaald Joodse achtergrond.

Ik vind dat nooit moeilijk Ik vind dat steeds moeilijk

2. Denkt u dat het belangrijk is dat artsen worden opgeleid aandacht te hebben voor verschillen in hulpverlening in de gezondheidszorg bij patiënten van verschillende culturele achtergrond?

Dit is helemaal niet belangrijk Dit is zeer belangrijk

3. Begrijpt u wat de patiënt echt vraagt?

Ik begrijp nooit waarom een patiënt mij consulteert

Ik begrijp steeds waarom een patiënt mij consulteert

4. Vindt u het moeilijker de hulpvraag te achterhalen bij een patiënt met Joodse achtergrond, vergeleken met iemand van jouw eigen culturele achtergrond en vergelijkbare socio-economische status?

Ik vind dit nooit moeilijker

Ik vind dit steeds moeilijker

5. Bent u meer gespannen bij een patiënt met Joodse achtergrond?

Ik ben nooit gespannen

Ik ben steeds erg gespannen

6. Vindt u dat er een aanpassing kan zijn in de behandeling van een Joodse patiënt indien zijn religie dat zo oplegt?

Er mag nooit een aanpassing komen vanuit religieus oogpunt

Indien religie dit zo oplegt zoek ik steeds naar een oplossing

7. Ervaart u slechtere therapietrouw bij patiënten met Joodse achtergrond in vergelijking met patiënten met een gelijke culturele achtergrond?

Er is nooit een verschil Er is steeds een verschil

8. Denkt u dat het nodig is de culturele achtergrond, in dit geval de Joodse cultuur, van uw patiënt te kennen om een betere zorg te kunnen bieden?

Dit is nooit belangrijk Kennis van de culturele achtergrond is onontbeerlijk om goede zorg te kunnen bieden