LANGUAGE BARRIERS AND COMMUNICATION IN PRIMARY CARE: Flemish GPs attitudes, PERCEPTIONS and knowledge of language support.

Hannah Keymeulen, UGent

Promotor: Stéphanie De Maesschalck, UGent

Co-promotor: Jessica Tilley, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2023

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.

Abstract

Background: the increasing diversity of the population leads to an increase in language barriers during consultations in primary care. Miscommunication and misunderstanding can occur and have great consequences for the patient on different levels. To bridge the gap of inequality for non-native speaking patients, the use of a professional interpreter is necessary. In Flanders, there are different ways to involve a professional interpreter. This study aims to explore GPs ideas, attitudes, knowledge and experience with language barriers and different language support systems in primary health care.

Method: a validated and adapted questionnaire is disseminated amongst Flemish GPs and GPs in training.

Results: in total 231 participants completed the questionnaire. Most GPs have faced a language barrier in the last year, 43.2% at least once a week and 37.6% at least once a month. Seventy-seven percent of the participants have never used a professional interpreter. All three professional interpreter services available in Flanders are used less than once a year by most GPs who face a language barrier more than once a year. Informal interpreters, a family member or friend, are most frequently used. The most common barriers that lead to underuse of a professional interpreter are: the language barrier is not recognized or underestimated previous to consultation (N=97, 48.7%), cumbersome organisation (N=95, 47.7%), patients usually bring a private person who translates anyway (N=90, 45.2%), not used to working with a professional interpreter (N=87, 43.7%), not knowing where/how to organise these services (N=84, 42.2%).

Conclusion: despite GPs awareness of language barriers there is little use of the different types of professional interpreter services accessible in Flanders. Possible reasons are the lack of knowledge about organising and funding of professional interpreters. Training GPs in when and how to request a professional interpreter should be a priority to overcome inequity in health care for migrant patients. Studies should be conducted on how implementation in daily practice can be supported, as cumbersome organisation is one of the main barriers.

Introduction.

In this globalised world, Belgian society has become more diverse over the past decades, and language barriers in care contexts are more prevalent than before.
In the beginning of 2022, 33.4% of the Belgian population had a migration history: 20.6% of those people had Belgian nationality with a foreign background and 12.8% of them had a non-Belgian nationality. For the past 20 years there has been an increase in people with an origin outside of the EU (the “third countries”) from 39.6% in 2002 to 51.8% in 2022 [1]. This increase in diversity challenges both linguistic and cultural mutual understanding in healthcare encounters [1,2]. Ideas, concerns, expectations and experiences may differ between the two parties present due to cultural background. Miscommunication and misunderstanding can occur through incorrect direct translation of words and phrases but also on a deeper level: values and beliefs of the patient and his family can be hard to interpret in the face of a language barrier [2]. When physicians overestimate their language abilities and patients try to manage on their own, this results in a greater chance of dissatisfaction, misunderstandings and fearfulness of the patient to fully reveal emotions [3, 4]. Quality and safety of care may also be jeopardised when a medical situation is misunderstood, when there is confusion about medication use or troubles with understanding medication labels and adverse drug reactions [5]. Language difficulties, cultural differences and bias because of prejudices and stereotyping of patients may distort the mutual transfer of information, the formulation of the diagnosis, the discussion of treatment options and shared-decision making [6]. Language barriers have a negative effect on different aspects related to health care: access to medical resources- particularly to preventive care-, quality and safety of care, patient and health personnel satisfaction [7].

A language barrier can be bridged by different forms of language support. The use of interpreters is one of the most common ways, either by informal or professional interpreters. Informal interpreters such as friends, family members or bilingual staff have no professional training. Their fluency with different languages is unpredictable and can negatively affect the patient's care [2,8]. Professional interpreters on the other hand are trained and need to understand and analyse a message and translate that message faithfully, accurately and objectively [2]. They are also bound by confidentiality. An intercultural mediator may secondarily serve as a clarifier, a cultural liaison or a patient advocate [9]. “Social interpreters” in Flanders are trained and can be employed in three ways: on site, through telephone or video interpreting. The advantage of telephone interpreting is that it can be easily organised when needed, anywhere; whereas video interpreting and interpreting on site have the advantage of nonverbal communication making them a more preferable choice for discussing complex or emotional topics. The disadvantages of the three different types of interpreting services are the high cost, the need of an agreement with the service and the limited offer for some languages; moreover the use for video interpreting demands necessary equipment. More time should be taken into account when using a video interpreter or an on-site interpreter [10]. Intercultural mediators have a more complex task and have the advantage to facilitate the contact between the care provider and the patient but try to minimise intervention in order to maintain autonomy of the patient and care provider. A disadvantage is the risk of stereotypical approach (e.g. “the Arabic culture”), shared ethnicity does not automatically mean that the mediator is able to identify and clarify the cultural barrier [11].

The use of a professional interpreter in Flanders is possible on three organisational levels: the local level where cities provide language support but not funding for organisations who need professional interpreters; the regional level where the Flemish government organises but not funds a system of social interpretation; and the federal level where the Belgian government provides a free video-interpretation service with intercultural mediators, available to all healthcare providers. Besides these official canals, there are more and more private initiatives which provide paid professional interpretation services for care providers, e.g. Global Talk.

The literature describes several advantages to the use of professional interpreters. A review from Karliner et al. shows that the use of a professional interpreter decreases communication errors, increases patient comprehension, equalises health care utilisation, improves clinical outcomes and increases satisfaction with communication and clinical services [8]. Other studies confirm these results: it is an effective way to enhance the quality of care , improve communication, clinical outcomes and satisfaction with care [2,5]. Another study highlights that professional interpreting is linked to more appropriate medical and preventive care services and that the degree of received health education is similar to language-concordant visits [12]. Studies show some positive association of interpreter use, but several of them have mixed results [8]. A study from Lee et al suggests that the use of a telephone interpreter is not significantly different in satisfaction rates from using a language-concordant physician [13]. A systematic review from Joseph et al concludes that video interpreting has limited yet positive findings regarding satisfaction. Doctors prefer video over telephone interpreting for several reasons: easier access to uncommon languages, accessibility during out-of-business hours and the use of non-verbal cues. Looking at patients' satisfaction there is no particular mode of interpreting that results in superior patient satisfaction [14]. Professional interpreters improve clinical care more than informal interpreters [8]. Different studies show that the use of informal interpreters increases the risk of diagnostic and therapeutic errors because of several possible issues: misinterpretation of information, compromised confidentiality, problems relating to discussing sensitive topics, unsolicited advice, mixed motives or personal agendas, quality of translation, incorrect translations due to scarce linguistic, medical and cultural competence [7,9,13,15]. Using children as informal interpreters should be avoided, as it is a high responsibility and puts a psychological burden on them [7,15].

Doctors have a key role in assessing the language barrier and providing appropriate language support. Health care providers need to be aware that a language barrier is an issue in caring for minority patients and patients have an inequality in access to qualitative health care [3,8]. Evidence suggests that training physicians in recognizing and handling linguistic barriers will improve communication [2,3]. On the other hand it is important to monitor the quality of interpreter services, and to invest in training of professional interpreters. Together with providing reimbursement it is possible to narrow the gap for foreign-speaking patients [12]. The UCl Lancet commission concluded that high quality interpretation and cultural mediation are among the most important factors in best practice delivery of health services to migrants [15].

Little is known about the general knowledge and use of professional interpreters by GPs in Flanders. This is the first large-scale survey that aimed to explore physicians' ideas, attitudes, knowledge and experience with language barriers and different language support offered in primary health care.

Method.

This research is a cross-sectional study conducted among Flemish GPs and GP trainees. An online questionnaire was developed in Dutch based on a validated questionnaire from the Swiss study 'Barriers to and solutions for addressing insufficient professional interpreter use in primary healthcare'. Permission was granted by the first author Fabienne Jaeger [16]. The questionnaire focused on different topics: when and in which situations do GPs face language barriers, how do they overcome these, what is their knowledge on how to organise language support and what are their attitudes towards language issues in care. In this study, patients with a migration background were defined as foreigners and persons up to the fourth generation. Migrants from the Netherlands, France, Germany and Luxembourg were excluded.
In January 2022 the online link was sent to different organisations to help disseminate the questionnaire amongst GPs. Domus Medica, a non-profit organisation who defends the interests of GPs, and 'Kom op Tegen Kanker' an NGO that advocates for patients' right to the best treatment and care, and people's right to a healthy environment. Both organisations had an extensive outreach to GPs in Flanders. A reminder was sent in September 2022. A workshop on language barriers and solutions in primary care was developed and given to four GP local 'quality groups' (LOK). The questionnaire needed to be completed by participants beforehand in order to avoid bias.
The survey was formatted in RedCap from which the results were retained and analysed descriptively. The Chi-Square test and multiple logistic regression in SPSS were used for statistical analyses.

Results.

Characteristics of the participants

A total of 231 GPs participated and filled in the questionnaire, GPs in training were included. Five persons indicated that they didn't want to participate, they were all men above 55 years old, four of them were self-employed. The majority of participating GPs were female (N=138, 63.3%), between 25-34 years (N=95, 43.6%), and worked in a group practice (N=137, 62.8%). Other participants were self-employed (N=43, 19.7%), worked in a community health centre or primary care practice with needs based capitation (N=33, 15.1%).
Based on the postal code, the municipalities were classified according to their percentage of inhabitants with a migration background [17]. The average percentage in this study was 23.5%, whereas in Flanders the average percentage of migrants is 21,8%. Most participants worked in a town with a population with a migration background lower than 50% (N= 184, 84.8%), 10.1% (N=22) worked in a region with a migration rate between 50 and 60%. Three participants worked in the Brussels-capital region where more than 80% of the inhabitants had a migration background.

Language barrier

When asked which percentage of consultations were with patients with a migration background, the average was 31.23%, almost one out of three consultations. The majority of GPs (N=135, 65.2%) had faced intercultural uncertainty in the last year. Eighty percent of the participants experienced communication difficulties because of a language barrier in the past month (Fig. 1).

Consequences of not bridging the language gap according to GPs were prolonged consultations (N=183, 94.3%), uncertainty if all had been understood (N=177, 91.3%), feeling unable to provide quality care (N=156, 80.4%), difficulties in determining diagnosis and therapy (N=148, 76.3%) and difficulties in discussing sensitive topics in the presence of informal interpreters (N= 111, 57.2%).

How to overcome a language barrier

Most of the family doctors (N=159, 77.6%) had never requested a professional interpreter.

An association was found between the frequency of consultations with a language barrier and requesting an interpreter ($p< 0.001$) (Table 1). The type of practice where a doctor works had a statistically significant correlation with requesting a professional interpreter, independent of the variables gender, age category and percentage of patients with migration background. The odds of organising a professional interpreter was 28 times higher for GPs working in a community health center or primary care practice with needs based capitation than GPs who were self-employed (crude OR 28.425, $p < 0.001$; 95%CI: 6.085-132.799).

Figure 2 shows the frequency of different ways to overcome a language barrier in the group of GPs who face a language barrier more than once a year. An adult family member or friend was the type of informal interpreter most used, usually by 31.0% and often by 41.1%. Children between 15 and 18 years were used, often by 33.5% and sometimes by 47.2%. Children under 15 years were used often by 23.9% and sometimes by 43.7%. Sometimes the patient or family member calls someone who interprets over the phone (N=68, 34.5%). Professional interpreters are rarely used, 74.1% had never used a phone interpreter, 80.7% had never used an interpreter on site and 81.7% had never used a video interpreter. Looking at alternatives for interpreters, doctors sometimes used an online translation tool (N=69, 35.0%) or visual support (N=70, 35.5%). Fifty-nine percent indicated they sometimes or often manage without any help. Sixty-four percent said they sometimes or rarely were satisfied with poor understanding in local or alternative language.

All types of professional interpreters were underused by GPs facing a language barrier more than once a year: on-site interpreters were used less than once a year in 68.0% of the cases (N=132), telephone interpreters in 67,5 % (N=131) and video interpreters in 83.5% (N=162) (Table 2).

Knowledge

Almost 75% of the participating GPs (N=153, 74.6%) indicated not knowing how to request a professional interpreter.

Of all the participants, 88.3% were not aware or had no idea who covers costs if a GP requests a professional interpreter. This trend continued if the question was split in the three different forms of interpreting service. Table 3 shows the responses of all the participating doctors who they thought would cover the costs if a professional interpreter on site, a telephone interpreter or a video interpreter was requested. For all three types of professional interpreters most GPs didn't know who covered these costs. They thought costs were covered by themselves, 21.6% for a phone interpreter, 18.5% for a video interpreter and

18.0% for an interpreter on site. Almost no GPs thought that costs were covered by a local government and less than 10% thought costs were covered by the health insurance by all three types of professional interpreter services.

The top three answers when asked who should cover the costs for an interpreter service (table 3): first the Federal government (N=65, 31.7%), second the Health Insurance (N=58, 28.3%) and third the Flemish government (N=42 31.2%). Almost one out of three (N=64, 31.2%) had no idea who they wanted to cover the costs and almost no GPs were willing to cover the costs themselves (N=3, 1.5%).

From the doctors who had already requested a professional interpreter, the costs were covered by the doctor himself (N=19, 41.3%), the Flemish government (N=12, 26.1%) or the federal government (N=17, 37.0%). Almost as many had no idea about who covers the costs when they used a professional interpreter (N=18, 39.1%).

Attitude

The top five common barriers that led to underuse of a professional interpreter: the language barrier was not recognized or underestimated previous to consultation (N=97, 48.7%), cumbersome organisation (N=95, 47.7%), patients usually brought a private person who translates anyway (N=90, 45.2%), not used to work with a professional interpreter (N=87, 43.7%), not knowing where/how to organise this services (N=84, 42.2%). When the question was only asked to the 77.6% (N=159) who had never requested a professional interpreter, the main reasons for not addressing an interpreter are because of not knowing where/how to organise a professional interpreter (N= 70, 44.0%), and secondly because of organisational aspects (N=53, 33.3%). In this group 3.8% (N=6) indicated that financial reasons were the reason for not requesting help from a professional interpreter.

The situations where the support of a professional interpreter was seen as an added value were: a bad news conversation (N=125, 62.8%), complex diagnostic/treatment (N= 131, 65.8%) and psychosocial underlying or evident problems (N=112, 56.2%).

More than half of the people who completed the questionnaire (N=118, 59.3%) would like to have unlimited access to professional interpreter services with no additional costs. The preference would go to a phone (N=38, 19.1%) or video (N=25, 12.6%) interpreter, but most (N=85, 42.7%) wanted to have access to a mixture of different services (Fig. 3). Participating GPs had to indicate their top three groups for which they would prefer to use an interpreter to bridge the language barrier: first asylum seekers/refugees without specification of status (N=140, 70.7%), second new arrivals ((N=112, 56.6%) and third undocumented migrants (N=103, 52.0%). Thirty-seven percent wanted to use an interpreter in a consultation with a first generation migrant who didn't have sufficient command of the language.

Discussion.

This study demonstrates that primary care givers in Flanders have limited knowledge about the use of a professional interpreter in their general practice. Most of the primary caregivers have never used a professional interpreter although more than 80% of them say they face language barriers more than once a month and 65.2% of them have faced intercultural uncertainty over the last year. The Belgian law on patients' rights, Art. 7, stresses that "the patient has the right to receive all the information concerning him that is necessary to understand his state of health and its probable evolution, in a clear and understandable

language" [18], but the reality is sometimes different. There are multiple barriers which influence GPs decision to call upon a professional interpreter.

In contrast to the study of Jaeger et al. a lack of financial support is not mentioned as a main barrier for not engaging a professional interpreter [16]. This might be explained by the lack of knowledge about the financial support system and how to request an interpreter in Flanders. The results show that GPs are not prepared to personally cover the costs of a professional interpreter. While the current situation in Flanders is that GPs need to cover all costs of professional interpreters, except for video interpreting services which are financially supported by the Federal government. Despite the fact that video interpreting is free of charge in Belgium the evaluation report of the remote intercultural mediation projects by videoconference in 2018 showed that video interpreting is not well implemented in general practices, although there is more usage in community health centres and by Fedasil [19].
The Flemish government is currently advocating reimbursement for interpreter support only during the asylum procedure. This study shows that GPs are in favour of support for different groups regardless of patients' (legal) status, for example more than one out of three (36.9%) GPs would want to use an interpreter in consultations with first generation migrants.
Some other European countries experiment with financial support systems for professional interpreters. These findings can be of great use to develop recommendations for policy makers in Flanders. In 2012 the Dutch government stopped the free use of professional interpreters except for victims of human trafficking, asylum seekers in shelters and women staying in social care. As a reaction, studies and campaigns were set up to look at the consequences of this decision. Based on the results of these studies, from 2022 onward Dutch health facilities can charge interpretation costs to the health insurance companies [20]. In Denmark, a user fee was introduced in 2018 for migrants living in Denmark for more than three years. A study shows that this leads to less use of professional interpreters and more use of friends or family members to translate [21]. This is demonstrated by an Australian study where despite full financial support there is an underuse of professional interpreters [22]. Financial barriers are not the only problem in order to enhance the use of professional interpreters.

Because of different barriers, the language barrier is not recognised before consultation, cumbersome organisation, not used to working with a professional interpreter and not knowing how to organise one, it is not always possible to use a professional interpreter. An adult family member or friend is in this study still most often used as a translator during consultation. GPs should be more aware of the possible detrimental consequences of using an informal interpreter [23]. Almost half of the attendees indicate that it is okay if the patient brings their own person to interpret for them. A similar percentage was obtained in the study by Jaeger et al. [16]. Various medical professional organisations in The Netherlands developed a quality standard to support health care providers to consider whether or not to use a professional interpreter [24]. In Belgium the Agency of Integration made a brochure with a step-by-step plan that offers support in choosing between the different communication tools [25]. Despite these efforts, knowledge is still substandard. A study from Bischoff et al. shows that training GPs in knowledge and skills about dealing with language discordant patients improves systematic use of professional interpreters [26]. A key point is creating awareness of the importance of bridging language barriers, and of the advantages and possible negative effects of different types of professional interpreters that can be used in a general practice. Focusing on which interpreter in which situation. Learning them when and

how to request an interpreter [27]. This need is currently reflected in a promising GP project by 'Kom op Tegen Kanker' supported by the Flemish government to identify in which situations an interpreter is necessary to deliver safe and qualitative care.
It is important for further investigation to define what support GPs need in these organisational aspects. Involving practice assistants or nurses would ensure better implementation in daily practice [28].

Limitations

A first limitation is a selection bias. If there is no interest in the subject it is more likely people will not distribute or fill in the questionnaire. Only LOK groups who have interest in this subject have accepted the proposal for the information session.

Looking at the total response rate there is only a small percentage of Flemish GPs who filled in the questionnaire. The sample is representative though, doctors from different types of practices participate. Of the participants only 15% work in a community healthcare centre or primary care practice with needs based capitation, higher percentages of these participants can possibly bias the results because of the more diverse patient population and getting in contact with a language barrier. Caution is recommended to extrapolate these results to other countries because of the differences in the healthcare system.

The percentage of migrants in a municipality where the GP works is not associated with requesting an interpreter ($p > 0.001$). This is possibly because migrants up to the fourth generation are included in the percentages. A patient with a migration background may not automatically be linked to having a language barrier. Follow-up studies would better focus on the differences between rural, suburban and urban areas and what the difference in needs between these areas are. Since in cities there are more local initiatives offering language support.

There is a discrepancy between the answers when asking which GP already requested a professional interpreter on site and asking how often you use one. It is possible that the participants are confused about which interpreter on site and that they also include the contacts with informal interpreters.

Conclusion.

Despite an increasing amount of consultations with language barriers, caregivers who recognize that they are facing language barriers and cultural insecurity, and despite the availability of interpretation services, there still is little use of the different types of professional interpreter services in Flanders. Possible reasons are the lack of knowledge about applying for and the funding of professional interpreters. Very often GPs rely on informal interpreters and young children are still used too often as translators. Most GPs are open minded to using a mixture of professional interpreter services for different minority groups. However, uncertainty about how to request one is keeping them from effectively involving them. Training doctors in when and how to request a professional interpreter should be a priority to overcome inequity in health care for migrant patients. Studies should be conducted on how to easily implement this in practice, as cumbersome organisation is one of the main barriers.

References.

1. Statbel. Diversiteit naar herkomst in België. [Internet] Brussel: FOD economie; 2022. [Accessed 17th December 2022]. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/herkomst
2. O'Toole JK, Alvarado-Little W, Ledford C. Communication with diverse patients: addressing culture and language. Pediatr Clin N Am. 2019;66(4):791–804.
3. De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. Language, culture and emotions: exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations. Patient Educ Couns. 2011;84:406-412.
4. Gany F, Leng J, Shapiro E, Abramson D, Motola I, et al. Patient satisfaction with different interpreting methods: a randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2007;22(2):312–318.
5. Wilson E, Chen AH, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. J Gen Intern Med. 2005;20(9):800-806.
6. Suurmond J, Seeleman C. Shared decision-making in an intercultural context. Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. Patient Educ Couns. 2006;60(2):253–259.
7. Ribera JM, Hausman-Muela S, Peeters Grietens K, Toomer E. Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature. PASS international. 2008.
8. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of literature. Health Serv Res. 2007;42(2):727-754.
9. Juckett G, Unger K. Appropriate use of medical interpreters. Am Fam Physician. 2014;90(7):476-80.
10. Agentschap integratie en inburgering. Sociaal tolken en vertalen. [Internet] Brussel: Vlaamse overheid. [Accessed 10th April 2023]. Available from: Sociaal tolken en vertalen (integratie-inburgering.be)
11. Verrept H, Coune I. Guide for intercultural mediation in health care. [Internet] Brussels: FPS Health, Safety of the Food Chain and Environment; 2016. Available from: Intercultural mediation | FPS Public Health (belgium.be)
12. Ngo-Metzger Q, Sorkin DH, Phillips RS, Greenfield S, Massagli MP, Clarridge B, Kaplan SH. Providing High-Quality Care for Limited English Proficient Patients: The Importance of Language Concordance and Interpreter Use. J Gen Intern Med. 2007; 22(2):324–330.
13. Lee LJ, Batal HA, Maselli JH, Kutner JS. Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. J Gen Intern Med. 2002;17(8):641-645.
14. Joseph C, Garruba M, Melder A. Patient satisfaction of telephone or video interpreter services compared with in-person services: a systematic review. Aust Health Rev. 2018;42(2):168–177.
15. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. Lancet. 2018;392(10164):2606–2654.
16. Jaeger FN, Pellaud N, Laville B, Klauser P. Barriers to and solutions for addressing insufficient professional interpreter use in primary healthcare. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):753.
17. Hertogen J. Migratieachtergrond per nationaliteit in alle gemeenten 2022 met subtotalen voor continenten, vluchtelingen, Balkan, Oost-Europa, buurlanden, oud-koloniën enz. [Internet] NPData; 2022 Jul. [Accessed 7th February 2023]. Available from: Migratieachtergrond per gemeente (npdata.be)
18. België. Rechten van de patiënt 2002. Hoofdstuk III. Brussel: sociale zaken volksgezondheid en leefmilieu. Available from: LOI - WET (fgov.be)
19. Verrept H, Coune I, Van de Velde J, Baatout S. Evaluatie van de projecten interculturele bemiddeling op afstand (via videoconferentie) in de gezondheidszorg. [Internet] Brussels: FOD Volksgezondheid vvdvel; 2018. Available from: Interculturele bemiddeling op afstand (via videoconferentie) | FOD Volksgezondheid (belgium.be)
20. Pharos. Tolken in de zorg. [Internet] Utrecht: Pharos; 2022. [Accessed 10th april 2023]. Available from: Tolken in de zorg - Pharos
21. Davidsen AS, Lindell JF, Hansen C, Michaëlis C, Lutterodt MC, Krasnik A, Norredam ML, Reventlow S. General practitioners' experiences in consultations with foreign language patients after the introduction of a user's fee for professional interpretation: a qualitative interview study. BMC Primary care. 2022;23(1):103.
22. Phillips CB, Travaglia J. Low levels of uptake of free interpreters by Australian doctors in private practice: secondary analysis of national data. Aust Health Rev. 2011;35(4):475-479.
23. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JCM, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: are interpreters' roles reated to perceived control, trust, and satisfaction. Patient Educ Couns. 2018;101(6):1058-1065.
24. Triemstra M, Veenvliet C, Zuizewind C, van Kessel P, Bos N. Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg. [Internet] Utrecht: NIVEL; 2016. [Accessed 10th april 2023]. Available from: Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken: een inventarisatie onder zorgverleners. (pharos.nl).
25. Agentschap integratie en inburgering. Communicatietools in dienstverlening naar anderstaligen. [Internet] Brussel: Vlaamse overheid; 2017. [Accessed 10th april 2023]. Avalable from: communicatiewaaier_20210310.pdf (integratie-inburgering.be).
26. Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA, Loutan L, Stalder H. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. Br J Gen Pract. 2003;53(492):541-546.
27. Jacobs EA, Diamond Lc, Stevak L. The importance of teaching clinicians when and how to work with interpreters. Patient Education and Counseling. 2010;78(2):149-153.

28. Teunissen E, Gravenhorst K, Dowrick C, Van Weel-Baumgarten E, Van den Driessen Mareeuw F, de Brun T. Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study. Int J Equity in Health. 2017;16(1):32.

Appendix.

1. Figures and tables

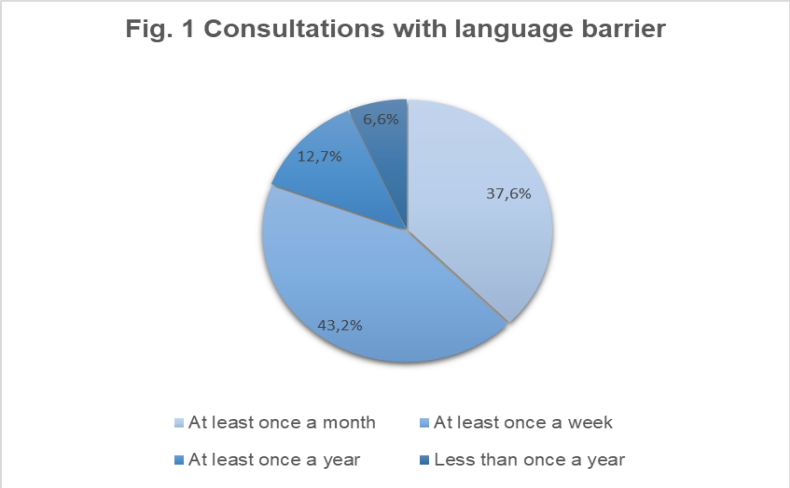

Figure 1: How often during the last year did you do consultations with a language barrier hindering direct communication of good quality with the patient? By the term language barrier, we mean that there is no or insufficient common language on one or both sides. (Including cases where someone did interpret, informal of professional, but you were therefore unable to communicate directly, in a quality way, with the patient.)

Have you ever requested a prof. interpreter?			Yes	No	Total
How often during the last year did you do consultations with a language barrier?	At least once a week	Count	55	35	90
		Expected count	69.8	20.2	90.0
		% within Have you ever requested a prof. interpreter?	34.6%	76.1%	43.9%
		% of Total	26.8%	17.1%	43.9%
	At least once a month	Count	69	7	76
		Expected Count	58.9	17.1	76.0
		% within Have you ever requested a prof. interpreter?	43.4%	15.2%	37.1%
		% of Total	33.7%	3.4%	37.1%
	At least once a year	Count	23	2	25
		Expected count	19.4	5.6	25.0
		% within Have you ever requested a prof. interpreter?	14.5%	4.3%	12.2%

		% of Total	11.2%	1.0%	12.2%
	Less than once a year	Count	12	2	14
		Expected Count	10.9	3.1	14.0
		% within Have you ever requested a prof. interpreter?	7.5%	4.3%	6.8%
		% of Total	5.9%	1.0%	6.8%
Total		Count	159	46	205
		Expected Count	159.0	46.0	205.0
		% within Have you ever requested a prof. interpreter?	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	77.6%	22.4%	100%

Table 1 Crosstabulation: How often during the last year did you do consultations with a language barrier hindering direct communication of good quality with the patient? * Do you ever request the presence of an interpreter?

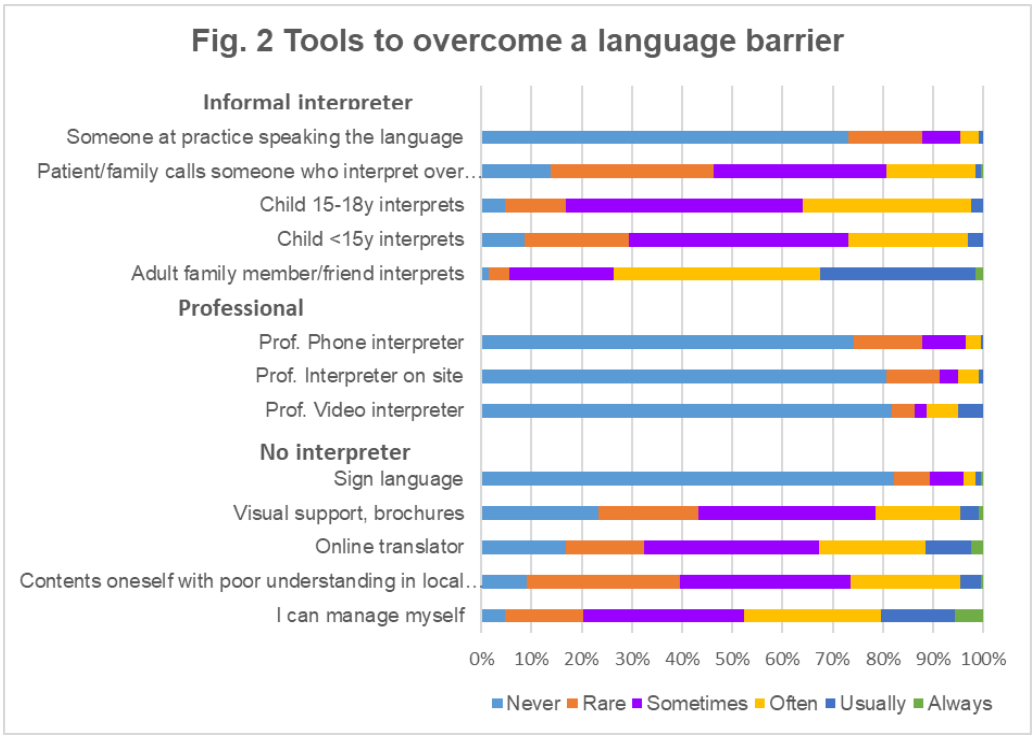

Figure 2: What tools do you use in a consultation with a language barrier? In each row, indicate the frequencies of using the tool.

	At least once a week	At least once a month	At least once a year	Less than once a year
Interpreter on site	11,3% (22)	10,8% (21)	9,8% (19)	68,0% (132)
Phone interpreter service	4,1% (8)	11,3% (22)	17,0% (33)	67,5% (131)
Video interpreter service	9,3% (18)	5,7% (11)	1,5% (3)	83,5% (162)

Table 2: How often do you use an on-site interpreter, phone interpreter or video interpreter during a consultation? Try to estimate.

	Who they think covers costs for an interpreter on site?	Who they think covers costs for a phone interpreter?	Who they think covers costs for a video interpreter?	Who should cover costs for the interpreter?
Myself/ Healthcare organisation where I work	18,0% (37)	21,6% (44)	18,5% (38)	1,5% (3)
Patient	9,3% (19)	5,9% (12)	8,3% (17)	15,1% (31)
Health insurance	8,3% (17)	9,3% (19)	7,8% (16)	28,3% (58)
Fund/ NGO	1,0% (2)	1,0% (2)	1,5% (3)	5,4% (11)
Local government	5,4% (11)	2,5% (5)	1,5% (3)	8,8% (18)
Flemish government	5,9% (12)	11,8% (24)	11,7% (24)	20,5% (42)
Federal government	5,4% (11)	7,4% (15)	14,6% (30)	31,7% (65)
No idea	69,3% (142)	59,3% (121)	61,5% (126)	31,2% (64)

Table 3: Who do you think will cover the cost if you request a video interpreter, a phone interpreter or an interpreter on site? Who do you think should pay for a professional interpreter?

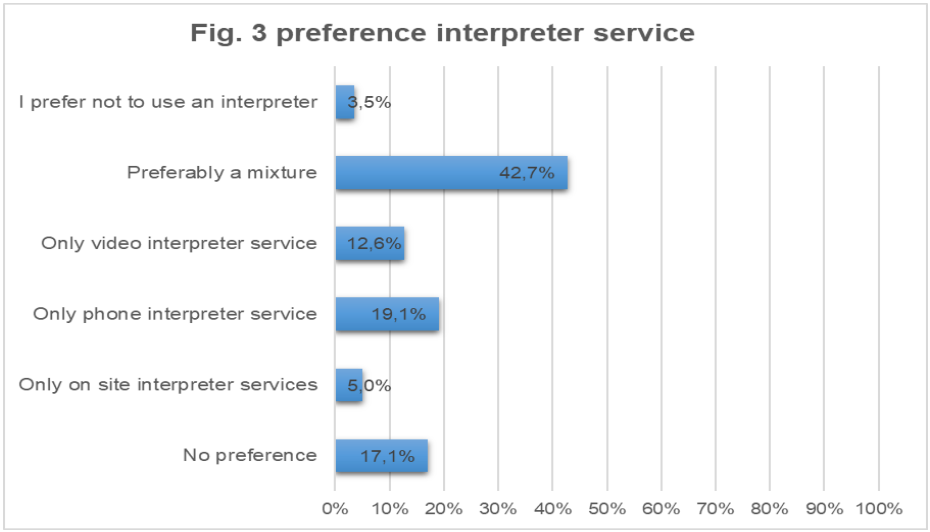

Figure 3: Would you prefer to use a phone interpreter, a video interpreter or an interpreter on site?

2. Survey

Meerkeuzevraag (alvorens de enquête start)

- Ik wens deel te nemen aan het onderzoek
- Ik wens niet deel te nemen aan het onderzoek

  Indien u niet wenst deel te nemen:

  Bent u..?

  - M
  - V
  - X

  Tot welke leeftijdscategorie behoort u?

  - 25-34 jaar
  - 35-44 jaar
  - 45-54 jaar
  - 55-64 jaar
  - ≥ 65 jaar

  In welk type praktijk werkt u?

  - Solo
  - Groepspraktijk
  - Wijkgezondheidscentrum/ forfaitair
  - Andere:

Reden waarom u niet wenst deel te nemen?
-> einde enquête

Ik wens deel te nemen aan enquête:

Indien in de enquête een vraag gesteld wordt rond professionele tolken omvat dit steeds een tolk ter plaatse, een videotolk of een telefoontolk.

1. Geef de postcode van de plaats waar u werkt.

2. Bent u..?
   - M
   - V
   - X

3. Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
   - 25-34 jaar
   - 35-44 jaar
   - 45-54 jaar
   - 55-64 jaar
   - ≥ 65 jaar

4. In welk type praktijk werkt u?
   - Solo
   - Groepspraktijk
   - Wijkgezondheidscentrum/ forfaitair
   - Andere:

5. Welk percentage van de consultaties in de praktijk heeft betrekking op patiënten met een migratieachtergrond?

   Lineaire schaal 0% tot 100%

6. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar een consultatie gevoerd met een taalbarrière waardoor de directe communicatie van minder goede kwaliteit was? Onder het begrip minder goede kwaliteit verstaan we dat er geen of onvoldoende gemeenschappelijke taal is bij één of bij beide partijen. (inclusief wanneer een tolk aanwezig was, formeel of informeel, maar je dus niet in staat was om direct, op een kwaliteitsvolle manier, met de patiënt te communiceren)
   - Minstens 1 keer per week
   - Minstens 1 keer per maand
   - Minstens 1 keer per jaar
   - Minder dan 1 keer per jaar (naar vraag 12)

   Antwoord minstens 1 keer per maand: Probeer dit aantal in cijfers uit te drukken per maand.

   Antwoord minstens 1 keer per jaar: Probeer dit aantal in cijfers uit te drukken per jaar.

7. Welke tools gebruikt u bij een consult met een taalbarrière? In elke rij duidt u de waarschijnlijkheid van het gebruik van de tool aan.

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Meestal	Altijd
Gebarentaal voor doven en slechthorenden						
Volwassen familielid/ vriend tolkt						
Kind jonger 15 jaar tolkt						
Kind tussen 15-18 jaar tolkt						
Patiënt/familie belt iemand die tolkt over de telefoon						
Professionele telefoontolk						
Professionele tolk ter plaatse						
Professionele videotolk						
Online vertaaltool						
Iemand in de praktijk die de taal spreekt en tolkt						
Zich tevreden stellen met een slecht begrip van de lokale of alternatieve taal						
Visuele ondersteuning, brochures						

Ik red me wel						

8. Hoe vaak maakt u gebruik van een tolk ter plaatse tijdens een consultatie? Probeer een inschatting te maken.
    - Minstens 1 keer per week
    - Minstens 1 keer per maand
    - Minstens 1 keer per jaar
    - Minder dan 1 keer per jaar

    Antwoord minstens 1 keer per maand: Probeer dit aantal in cijfers uit te drukken per maand.

    Antwoord minstens 1 keer per jaar: Probeer dit aantal in cijfers uit te drukken per jaar.

9. Hoe vaak maakt u gebruik van een telefoontolk tijdens een consultatie? Probeer een inschatting te maken.
    - Minstens 1 keer per week
    - Minstens 1 keer per maand
    - Minstens 1 keer per jaar
    - Minder dan 1 keer per jaar

    Antwoord minstens 1 keer per maand: Probeer dit aantal in cijfers uit te drukken per maand:

    Antwoord minstens 1 keer per jaar: Probeer dit aantal in cijfers uit te drukken per jaar:

10. Hoe vaak maakt u gebruik van een videotolk tijdens een consultatie? Probeer een inschatting te maken.
    - Minstens 1 keer per week
    - Minstens 1 keer per maand
    - Minstens 1 keer per jaar
    - Minder dan 1 keer per jaar

    Antwoord minstens 1 keer per maand: Probeer dit aantal in cijfers uit te drukken per maand:

    Antwoord minstens 1 keer per jaar: Probeer dit aantal in cijfers uit te drukken per jaar:

11. Welke van onderstaande situaties deden zich voor in uw praktijk, die te wijten zijn aan communicatiemoeilijkheden, minstens eenmaal in het laatste jaar? (een consultatie met taalbarrière zonder professionele tolk aanwezig)
    Meerdere antwoorden mogelijk

    - Moeilijkheden bij het stellen van diagnose of het instellen van het beleid
    - Aanvragen van extra onderzoeken omdat er geen duidelijke patiëntgeschiedenis is.
    - Doorverwijzing spoedgevallen wegens onvoldoende communicatie
    - Ziekenhuisopname omdat het begrip bij de patiënt van de therapie en dus de therapietrouw niet kon gegarandeerd worden/moeilijk was
    - Consultatie die langer duurt
    - Onzekerheid of alles begrepen is wat er gezegd word
    - Afzien van het geven van bepaalde uitleg over ziekte- en/of behandelplan
    - Afzien van preventief advies te geven
    - Onzekerheid of informatie wordt achtergehouden of veranderd door informele tolken
    - Moeilijkheden met het bespreken van gevoelige onderwerpen bij aanwezigheid van informele tolken (vb., geweld, psychosociaal, seksueel)
    - Het gevoel niet in staat te zijn om kwalitatieve zorg te bieden door de taalbarrière.
    - Andere:

12. Heeft u het afgelopen jaar te maken gehad met interculturele onzekerheid? Onzekerheid in de zin van hoe u moet omgaan met personen met een verschillende culturele achtergrond, onzekerheid of verschillende ziekteconcepten worden begrepen door de patiënt.
    - Nee, niet relevant
    - Ja
    - Geen idee

13. Vraagt u soms een professionele tolk aan?
    - Nee, nooit
    - Alleen een telefoontolk
    - Alleen een tolk ter plaatse
    - Alleen een videotolk
    - Ja, verschillende of alle bovenstaande

Indien nee, nooit:
Wat is de belangrijkste reden om **geen** professionele tolk aan te vragen tijdens een consultatie?

- Financiële redenen
- Organisatorische moeilijkheden
- Het kan zonder tolk
- Onzekerheid over hoe men een professionele tolk moet aanvragen, ik ken de verschillende mogelijkheden niet.
- Ik heb geen patiënten in de praktijk met een taalbarrière

Indien ja:
Wie dekt de kosten in uw praktijk? Meerdere antwoorden mogelijk

- Ikzelf/ zorgorganisatie waar ik werk
- De patiënt
- Ziekteverzekering
- Fonds/ NGO
- Lokale overheid
- Vlaamse overheid
- Federale overheid
- Ik weet het niet

Indien ja:
Wie organiseert de aanvraag van een professionele tolk binnen uw praktijk? Meerdere antwoorden mogelijk

- Ikzelf/ zorgorganisatie waar ik werk
- Collega binnen de praktijk
- Praktijkassistent
- Andere, namelijk:

14. Weet u hoe u een professionele tolk in de praktijk kan aanvragen?
    - Ja
    - Nee

15. Bent u op de hoogte van de financiering voor professionele tolkdiensten in de huisartsgeneeskunde?
    - Ja
    - Nee

- Geen idee

16. Wie denkt u dat de kosten dekt indien u een videotolk aanvraagt?
    Meerdere antwoorden mogelijk
- Ikzelf/ zorgorganisatie waar ik werk
- De patiënt
- Ziekteverzekering
- Fonds/ NGO
- Lokale overheid
- Vlaamse overheid
- Federale overheid
- Ik weet het niet

17. Wie denkt u dat de kosten dekt indien u een telefoontolk aanvraagt?
    Meerdere antwoorden mogelijk
- Ikzelf/ zorgorganisatie waar ik werk
- De patiënt
- Ziekteverzekering
- Fonds/ NGO
- Lokale overheid
- Vlaamse overheid
- Federale overheid
- Ik weet het niet

18. Wie denkt u dat de kosten dekt indien u een tolk ter plaatse aanvraagt?
    Meerdere antwoorden mogelijk
- Ikzelf/ zorgorganisatie waar ik werk
- De patiënt
- Ziekteverzekering
- Fonds/ NGO
- Lokale overheid
- Vlaamse overheid
- Federale overheid
- Ik weet het niet

19. Wie zou er volgens u de professionele tolk moeten betalen?
- Ikzelf/ zorgorganisatie waar ik werk
- De patiënt
- Ziekteverzekering
- Fonds/ NGO
- Lokale overheid
- Vlaamse overheid
- Federale overheid
- Ik weet het niet

20. Wat zijn voor u drempels, in consultaties waar er een taalbarrière aanwezig is, om gebruik te maken van professionele tolken?
    Meerdere antwoorden mogelijk

- Ik ben niet gewoon om met een tolk te werken
- Ik ben niet gewoon om met een professionele tolk te werken
- Er is gebrek aan financiële ondersteuning

- De organisatie is omslachtig
- Een professionele tolk is niet beschikbaar op het gevraagde tijdstip
- De taal niet beschikbaar (gelimiteerde beschikbaarheid binnen een aanvaardbare tijdsperiode)
- De minimale duur van een tolkdienst is te lang (enkel voor een kortere tijd nodig)
- Het is niet de moeite waard/ het is mogelijk zonder tolk
- De taalbarrière kon niet ingeschat worden voorafgaand aan de consultatie.
- De patiënten brengen meestal zelf iemand mee die voor hen kan tolken en dat vind ik meestal oké.
- Indien de patiënt zelf iemand meebrengt voel ik mij oncomfortabel om dan een professionele tolk aan te vragen.
- Het gebruik van een professionele tolk maakt de consultatie langer
- Ik heb een gebrek aan vertrouwen in een professionele tolk
- Ik ben onzeker of de patiënt komt opdagen wanneer een afspraak gemaakt is met een tolk
- De patiënt wenst geen professionele tolk
- Ik weet niet hoe ik een professionele tolk moet aanvragen
- Ik ervaar geen drempels
- Andere:

21. Voor welke groep is het voor u prioritair om een professionele tolk in te schakelen en zo de relevante taalbarrière te overbruggen? Meerdere antwoorden mogelijk
    - In elke consultatie met een taalbarrière
    - Slechtnieuwsgesprek
    - Complexe diagnostiek/therapie
    - Psychosociale onderliggende of evidente problematiek.
    - De patiënt is therapie ontrouw
    - Andere:

22. Wat is volgens u de meerwaarde van het inschakelen van een professionele tolk?

23. Voor welke groep zou u het vaakst een professionele tolk willen inschakelen om de relevante taalbarrière te overbruggen?
    Maximum 3 antwoorden aanduiden

    - Asielzoekers in procedure
    - Erkende vluchtelingen of personen met een tijdelijke verblijfsvergunning
    - Asielzoekers/vluchtelingen zonder rekening te houden met de specifieke status
    - Migranten zonder papieren
    - Andere nieuwkomers (werkmigranten, expats, gezinshereniging)
    - Toeristen
    - Persoon uit een andere regio in België
    - Eerste generatie migranten die ondanks langere tijd in België de taal onvoldoende beheersen om een kwaliteitsvolle consultatie te voeren
    - Ik zet liever geen professionele tolk in

24. Stel u voor dat u ongelimiteerd toegang krijgt tot het gebruik van professionele tolken zonder bijkomende kosten. Zou u hier gebruik van maken?
- Ja
- Nee
- Misschien

25. Zou u het liefst gebruik maken van telefoontolken, videotolken of een tolk ter plaatse?
    - Geen voorkeur
    - Enkel een tolk ter plaatse
    - Enkel een telefoontolk

- Enkel een videotolk
- Liefst een mix van bovenstaande
- Ik maak liever geen gebruik maken van professionele tolken

We zijn aan het einde van de vragenlijst. Indien u stellingen of opmerkingen heeft met betrekking tot het gebruik van tolken, kunt u deze hier vermelden. (optioneel)

Hartelijk dank voor uw deelname.

3. Translation to English of the online survey

Multiple choice question before survey starts:

- I wish to participate in the research
- I wish not to participate in the research

If you do not wish to participate:

Are you … ?

- M
- F
- X

What age category do you belong to?

- 25-34 year
- 35-44 year
- 45-54 year
- 55-64 year
- ≥ 65 year

At which type of practice do you work?

- Self employed
- Group practice
- Community healthcare center/ flat-rate practice
- Other:

Reason why you wish not to participate?

➔ End of questionnaire

If the survey asks a question about professional interpreters, this always includes an on-site interpreter, a video interpreter or a telephone interpreter.

If you wish to participate (beginning of questionnaire):

1. Enter the postal code from the place where you work.

2. Are you … ?
   - M
   - F
   - X

3. What age category do you belong to?
    - 25-34 year
    - 35-44 year
    - 45-54 year
    - 55-64 year
    - ≥ 65 year

4. At which type of practice do you work?
    - Self employed
    - Group practice
    - Community healthcare center/ flat-rate practice
    - Other:

5. What approximate proportion of consultations at your private practice concern patients with a migrant background?
   Linear scale 0% to 100%

6. How often during the last year did you do consultations with a language barrier hindering direct communication of good quality with the patient? By the term language barrier, we mean that there is no or insufficient common language on one or both sides. (Including cases where someone did interpret, informal of professional, but you were therefore unable to communicate directly, in a quality way, with the patient)
    - At least once a week
    - At least once a month
    - At least once a year
    - Less than once a year (to question 12)

   Answer at least once a month: Try to quantify the frequency per month.

   Answer at least once a year: Try to quantify the frequency per year.

7. What tools do you use in a consultation with a language barrier? In each row, indicate the frequencies of using the tool.

	Never	Rare	Sometimes	Often	Usually	Always
Sign language						
Adult family member/ friend interprets						
Child under 15 interprets						
Child between 15-18 years interprets						
Patient/family calls someone who interpret over the phone						
Professional phone interpreter						
Professional interpreter on site						

Professional video interpreter						
Online translator						
Someone in the practice who speaks the language and interprets						
Contents oneself with poor understanding in local or alternative language						
Visual support, brochures						
I can manage myself						

8. How often do you use an on-site interpreter during a consultation? Try to estimate.
    - At least once a week
    - At least once a month
    - At least once a year
    - Less than once a year

    Answer at least once a month: Try to quantify the frequency per month.

    Answer at least once a year: Try to quantify the frequency per year.

9. How often do you use a phone interpreter during a consultation? Try to estimate.
    - At least once a week
    - At least once a month
    - At least once a year
    - Less than once a year

    Answer at least once a month: Try to quantify the frequency per month.

    Answer at least once a year: Try to quantify the frequency per year.

10. How often do you use a video interpreter during a consultation? Try to estimate.
    - At least once a week
    - At least once a month
    - At least once a year
    - Less than once a year

    Answer at least once a month: Try to quantify the frequency per month.

    Answer at least once a year: Try to quantify the frequency per year.

11. Which of the following situations did occur at your practice due to language related communication difficulties at least once during the past year? (language incongruent consultation without a professional interpreter present)
    Multiple answers possible

- Difficulties in determining diagnoses and therapy
- Additional exams ordered due to difficulties to obtain a clear patient history
- Referral to emergency room due to insufficient level of communication
- Hospitalisation because the patient's understanding of the therapy and thus adherence could not be guaranteed/ was difficult
- Prolonged consultations
- Uncertainty, if all has been understood
- Renounced giving certain explanations regarding disease and treatment plans
- Renounced giving preventive advice
- Uncertainty, if information is being retained or changed by informal interpreters
- Difficulties discussing delicate topics in the presence of an informal interpreter (e.g., violence, psychological or intimate aspects)
- Impression of being unable to provide quality care due to the language barrier
- Uncertainty that all has been understood because of the language barrier
- Other:

12. During the last year did you face intercultural uncertainty? Uncertainty as to how to interact with people of a different culture, uncertainty as to whether different disease concepts were understood
    - No, not relevant
    - Yes
    - Don't know

13. Do you ever request (initiate) the presence of an interpreter?
    - No, never
    - Only a phone interpreter
    - Only an on site interpreter
    - Only a video interpreter
    - Yes, several or all of the above

    Additional question if the answer is no, never:

    What is the main reason for not requesting (initiating/organizing) the presence of a professional interpreter?

    - Insufficient financial coverage
    - Organisational difficulties
    - Can do without
    - Unsure where/how to organise a professional interpreter, I am not aware of the different possibilities
    - I do not treat patients with a language barrier

    Additional question if the answer is yes:

    In case you arranged for an interpreter, who would cover the costs?
    Multiple answers possible

    - Myself/ healthcare organisation where I work
    - The patient
    - Health insurance

- Fund/non-governmental organization
- Local authorities
- Flemish government
- Federal government
- No idea

Who organises the request for a professional interpreter within your practice?
Multiple answers possible

- Myself/healthcare organisation where I work
- Colleague within the practice
- Practice assistant
- Other:

14. Do you know how to request a professional interpreter in practice?
    - Yes
    - No

15. Are you aware of funding for professional interpreting services in general practices?
    - Yes
    - No
    - No idea

16. Who do you think will cover the cost if you request a video interpreter?
    Multiple answers possible
    - Myself/ healthcare organisation where I work
    - The patient
    - Health insurance
    - Fund/non-governmental organization
    - Local authorities
    - Flemish government
    - Federal government
    - No idea
17. Who do you think will cover the cost if you request a phone interpreter?
    Multiple answers possible
    - Myself/ healthcare organisation where I work
    - The patient
    - Health insurance
    - Fund/non-governmental organization
    - Local authorities
    - Flemish government
    - Federal government
    - No idea
18. Who do you think will cover the cost if you request an interpreter on site?
    Multiple answers possible
    - Myself/ healthcare organisation where I work
    - The patient
    - Health insurance
    - Fund/non-governmental organization

- Local authorities
- Flemish government
- Federal government
- No idea

19. Who do you think should pay for a professional interpreter?
    - Myself/ healthcare organisation where I work
    - The patient
    - Health insurance
    - Fund/non-governmental organization
    - Local authorities
    - Flemish government
    - Federal government
    - No idea

20. What are barriers for you, in consultations where there is a language barrier, to using professional interpreters?
    Multiple answers possible
    - Not used to working with an interpreter
    - Not used to working with a professional interpreter
    - Lack of financial coverage
    - Cumbersome organisation
    - Professional interpreters not available within the requested time
    - Language not available (limited availability within reasonable time)
    - Minimal duration of interpreter service is to long (would only need it for a shorter period of time)
    - Not worth the effort/ can do without
    - Language barrier is not recognised or underestimated previous to consultation.
    - Patients usually bring a private person who translates and I am usually okay with that
    - If the patient brings someone to interpret, I feel uncomfortable to then request a professional interpreter.
    - Interpreting increases consultation duration
    - Limited trust in professional interpreters
    - Uncertainty if patients show up when a consultation is booked with an interpreter
    - Patients do not want professional interpreters
    - I do not know where/how to organize a professional interpreter
    - I experience no barriers
    - Other:

21. For which group is it a priority for you to use a professional interpreter to bridge the relevant language barrier?
    Multiple answers possible
    - In every consultation with a language barrier
    - Bad news conversation
    - Complex diagnostics/ therapy
    - Psychosocial underlying or obvious problems
    - Non compliant patients

- Other:

22. What do you think is the added value of using a professional interpreter? (open

23. For which group do you most often want to use a professional interpreter to bridge the relevant language barrier? maximum 3 replies
    - Asylum Seekers during procedure
    - Recognized Refugees or persons with a temporary admission
    - Asylum-seekers /Refugees without specification of status
    - Undocumented migrants
    - New arrivals (Work migrants, Expats, Family reunions; non asylum)
    - Tourists
    - Person from other Belgian language region
    - First-generation migrants who, despite longer time in Belgium, do not have sufficient command of the language to conduct quality consultations
    - I prefer not to use a professional interpreter

24. Imagine having unlimited access to the use of professional interpreters at no additional cost. Would you take advantage of this?
    - Yes
    - No
    - Maybe

25. Would you prefer to use a phone interpreter, a video interpreter or an interpreter on site?
    - No preference
    - Only an interpreter on site
    - Only a telephone interpreter
    - Only a video interpreter
    - Preferably a mixture of all the above
    - I prefer not to use a professional interpreter

We are at the end of the questionnaire. If you have any statements or comments regarding the use of interpreters, please state them here. (optional)

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Dr. Stéphanie De Maesschalck
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-11099	NVT	18/11/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"COMMUNICATIE MET ANDERSTALIGE PATIËNTEN IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG. ONDERZOEK NAAR PERCEPTIES VAN HUISARTSEN TEN AANZIEN VAN HET GEBRUIK VAN PROFESSIONELE TOLKEN; Scriptie Hannah Keymeulen"

B.U.N.: B6702021001056

- Begeleidende brief dd. 21/10/2021 (ontvangen dd. 21/10/2021)
- Adviesaanvraagformulier Hannah Keymeulen versie 1, dd. 20/10/2021 (ontvangen dd. 21/10/021)
- Vragenlijsten Enquête versie 1, dd. 5/10/2021

Advies werd gevraagd door: Dr. Stéphanie De Maesschalck

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 17/11/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 17/11/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 17/11/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 17/11/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof dr P Deron

SECRETARIS
Prof dr R Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development, Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 17/11/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

COMMUNICATIE MET ANDERSTALIGE PATIËNTEN IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG. ONDERZOEK NAAR PERCEPTIES VAN HUISARTSEN TEN AANZIEN VAN HET GEBRUIK VAN PROFESSIONELE TOLKEN.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: STÉPHANIE DE MAESSCHALCK
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 093323612
- FAX: /
- E-MAIL: STEPHANIE.DEMAESSCHALCK@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: SARA WILLEMS

CO-PROMOTOR

- NAAM: JESSICA TILLEY
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 093323628
- FAX: /
- E-MAIL: JESSICA.TILLEY@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): SARA WILLEMS

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: HANNAH KEYMEULEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0471727253
- E-MAIL: HANNAH.KEYMEULEN@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: BART DE SADELEER
- ADRES: WEIDESTRAAT 1, 9320 AALST
- TELEFOONNUMMER: 053785446
- E-MAIL: BART.DESADELEER@SKYNET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: NIET VAN TOEPASSING
- NAAM ONDERZOEKER: NIET VAN TOEPASSING
- DATUM GOEDKEURING: NIET VAN TOEPASSING

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/12/2021 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 01/06/2023

7. SOORT ONDERZOEK

X **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- X **VRAGENLIJSTEN**
- ❑ INTERVIEW

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

COMMUNICATIE MET ANDERSTALIGE PATIËNTEN WORDT DOOR MIGRATIE EN VLUCHTELINGEN STEEDS BELANGRIJKER. DOOR DE JAREN HEEN IS ER EEN STIJGING VAN HET PERCENTAGE ANDERSTALIGE PATIËNTEN. IN ELKE PRAKTIJK KRIJGEN WE TE MAKEN MET CONSULTATIES WAAR EEN TAALBARRIÈRE AANWEZIG IS. DIT KAN TOT GEVOLG HEBBEN DAT ER MISCOMMUNICATIE IS TUSSEN PATIËNT EN HUISARTS. ARTIKEL NUMMER 7 VAN DE WET OP PATIËNTENRECHTEN BENADRUKT DAT: DE PATIËNT TEGENOVER DE BEROEPSBEOEFENAAR RECHT HEEFT OP ALLE VOOR HEM BETREFFENDE INFORMATIE DIE NODIG IS OM INZICHT TE KRIJGEN IN ZIJN GEZONDHEIDSTOESTAND EN DE VERMOEDELIJKE EVOLUTIE ERVAN. PROFESSIONELE TOLKEN WORDEN INGEZET OM TE VOLDOEN AAN DEZE WETTEKST. ZO KAN MEN IN EEN CONSULTATIE MET ANDERSTALIGEN OOK KWALITEITSVOLLE ZORG OP MAAT AANBIEDEN. EEN TAALBARRIÈRE TUSSEN ARTS EN PATIËNT HEEFT EEN IMPACT OP DE KWALITEIT VAN ZORG EN PATIËNTENVEILIGHEID. HUIDIG ZIJN ER HEEL WAT MOGELIJKHEDEN OM EEN PROFESSIONELE TOLK AAN TE WENDEN: TELEFOONTOLKEN, VIDEOTOLKEN EN TOLKEN DIE TER PLAATSE AANWEZIG ZIJN. ER WORDT VAAK BEROEP GEDAAN OP FAMILIE OF VRIENDEN DIE INGEZET WORDEN ALS TOLK. HET GEBRUIK VAN INFORMELE TOLKEN BRENGT DAN OOK BEPERKINGEN MET ZICH MEE. ENKELE NADELEN VAN HET GEBRUIK VAN INFORMELE TOLKEN: GEEN BEROEPSGEHEIM, GEEN CORRECTE VERTALING, NIET ALLES WORDT VERTAALD EN DE PRIVACY VAN DE PATIËNT KOMT IN GEDRANG. DE VOORDELEN VAN HET GEBRUIK VAN PROFESSIONELE TOLKEN ZIJN DUIDELIJK. MAAR IN VLAANDEREN IS NOG NIET IN KAART GEBRACHT HOE VAAK PROFESSIONELE TOLKEN WORDEN INGEZET IN DE HUISARTSENPRAKTIJK.

DE ENQUÊTE WERD OPGESTELD AAN DE HAND VAN EEN GEVALIDEERDE VRAGENLIJST VAN EEN ZWITSERE STUDIE VAN JAEGER ET AL.. AAN DE HAND VAN DEZE ENQUÊTE PROBEREN WE TE PEILEN NAAR HET GEBRUIK VAN PROFESSIONELE TOLKEN BIJ VLAAMSE HUISARTSEN. DE ENQUÊTE WORDT ONLINE VERSPREIDT MET. WE WILLEN EEN ZO GROOT MOGELIJK AANTAL VLAAMSE HUISARTSEN BEREIKEN OM DE PROBLEMATIEK ROND PROFESSIONELE TOLKEN IN KAART TE KUNNEN BRENGEN.

DEZE STUDIE WIL EEN ANTWOORD BIEDEN OP ONDERSTAANDE VRAGEN.
WORDEN HUISARTSEN WERKELIJK GECONFRONTEERD MET EEN TAALBARRIÈRE TIJDENS CONSULTATIE? MAKEN VLAAMSE HUISARTSEN GEBRUIK VAN PROFESSIONELE TOLKEN? HOE VAAK EN WANNEER WORDEN ZE INGEZET? WAT ZIJN DE REDENEN DAT MEN WEL/GEEN GEBRUIK MAAKT VAN EEN TOLK? WELKE ANDERE TOOLS NAAST PROFESSIONELE TOLKEN WORDEN ER GEBRUIKT? STAAT DE VLAAMSE HUISARTS OPEN OM MEER GEBRUIK TE MAKEN VAN PROFESSIONELE TOLKEN TIJDENS EEN CONSULTATIE?

WE WILLEN VLAAMSE HUISARTSEN SENSIBILISEREN ROND HET GEBRUIK VAN PROFESSIONELE TOLKEN. HET BELANG VAN DE FINANCIERING VAN PROFESSIONELE TOLKEN TERUG ONDER DE AANDACHT BRENGEN. AAN DE HAND VAN DEZE STUDIE KAN MEN ONDERZOEKEN WELKE ONDERSTEUNING HUISARTSEN NODIG HEBBEN. HOE KUNNEN WE HUISARTSEN MOTIVEREN OM PROFESSIONELE TOLKEN IN TE SCHAKELEN.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- **X EPIDEMIOLOGISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- **X NEEN**

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) **UGENT** (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

X JA
❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 2000

D. LEEFTIJD : 25-75 JAAR

E. GESLACHT : M/V/X

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DE ENQUÊTE WORDT ONLINE VERSPREID NAAR HUISARTSEN EN HAIO'S WERKZAAM IN VLAANDEREN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X JA
❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

X JA
❑ NEEN

MONDELING :

❑ JA
X NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? DE GEGEVENS WORDEN VERWORVEN AAN DE HAND VAN EEN VRAGENLIJST DIE ELEKTRONISCH VERSPREID WORDT.

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? **NEE**

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- **X NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- **X NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ❑ JA
- **X NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET ?
AAN HET BEGIN VAN DE VRAGENLIJST WORDT INFORMATIE OVER HET ONDERWERP GEGEVEN EN HET DOEL VAN DE STUDIE UITGELEGD AAN DE DEELNEMENDE HUISARTSEN.

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ❑ JA
- **X NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET ?
HET IS EEN VRIJWILLIGE DEELNAME. DE HUISARTS HEEFT ZELF BESLISSINGSRECHT OM DE VRAGENLIJST IN TE VULLEN NA HET LEZEN VAN DE INFORMATIE VOORAFGAAND AAN DE VRAGENLIJST. VOOR DE VRAGENLIJST START WORDT ER GEVRAAGD OF DE PERSOON WENST DEEL TE NEMEN AAN HET ONDERZOEK. INDIEN NEE, WORDT DE VRAGENLIJST BEËINDIGD.

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

JAEGER FN, PELLAUD N, LAVILLE B, KLAUSER P. BARRIERS TO AND SOLUTIONS FOR ADDRESSING INSUFFICIENT PROFESSIONAL INTERPRETER USE IN PRIMARY HEALTHCARE. BMC HEALTH SERV RES. 2019;19(1):753. PUBLISHED 2019 OCT 25. DOI:10.1186/S12913-019-4628-6

BOVENSTAANDE STUDIE WERD UITGEVOERD IN ZWITSERLAND.

RESULTATEN: *599 PRIMARY CARE PHYSICIANS PARTICIPATED. AMONG OTHER REASONS, PHYSICIANS IDENTIFIED CUMBERSOME ORGANIZATION (58.7%), ABSENT FINANCIAL COVERAGE (53.7%) AND LACK OF KNOWLEDGE ON HOW TO ARRANGE INTERPRETER INTERVENTIONS (44%) AS MAIN BARRIERS. THE ODDS OF*

ORGANISING PROFESSIONAL INTERPRETERS WERE 6.6-TIMES HIGHER WITH FULL FINANCIAL COVERAGE. DIT IS SLECHTS EEN ONDERDEEL VAN DE RESULTATEN VAN DEZE STUDIE, DIE RELEVANT ZIJN VOOR ONZE STUDIE.

ER WORDT EEN GEDEELTELIJK ONDERZOEK UITGEVOERD IN DEZE MASTERTHESIS. DE FOCUS LIGT OP EEN BEVRAGING BIJ VLAAMSE HUISARTSEN. DE RESULTATEN UIT ANDERE LANDEN KUNNEN NIET ZOMAAR OVERGENOMEN WORDEN AANGEZIEN HET GEBRUIK VAN PROFESSIONELE TOLKEN SPECIFIEK IS PER LAND. HET AANBOD VAN PROFESSIONELE TOLKEN EN DE FINANCIERING HIERVAN ZIJN NIET GELIJKLOPEND.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
X NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
X NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
X NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

GEEN BIJWERKINGEN AAN VERBONDEN.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
X NEEN, NIET VAN TOEPASSING

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? /

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

❑ JA

- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? /

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- **X NEEN**

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA

  WELKE ? …

- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- X **NEEN, ER WORDEN GEEN SUBSTANTIES TOEGEDIEND**

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

X NIET VAN TOEPASSING
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 5/10/2021
NAAM : Hannah Keymeulen
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 19/10/2021
NAAM :
HANDTEKENING :

BVBA Dr De Sadeleer Bart
Weidestraat 1
9320 Erembodegem
Tel.053785446 - 1.45121.88.004

PROMOTOR

DATUM : 12/10/21
NAAM :
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM : Jessica Tilley
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 20 oktober 2021
NAAM : Prof.dr. Sara Willems
HANDTEKENING :

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28