Communicatie zonder drempels: kwalitatief onderzoek naar barrières ervaren door huisartsen in de communicatie met kwetsbare patiënten en beschikbare hulpmiddelen

Dr. Enya Cosyns, Universiteit Antwerpen
Dr. Sarah Janssens, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Josefien van Olmen, Universiteit Antwerpen
Co-promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef
Academiejaar: [2022 – 2025]

Huisartsgeneeskunde

Disclaimer

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, wend u zich 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

Achtergrond

Effectieve communicatie is essentieel voor kwalitatieve gezondheidszorg. Huisartsen ervaren echter diverse communicatiebarrières bij het behandelen van kwetsbare patiënten, waaronder taalbarrières, lage gezondheidsvaardigheden, sociaal-economische beperkingen en culturele verschillen. Deze barrières kunnen leiden tot misverstanden, verminderde therapietrouw en gezondheidsverschillen. Hoewel er verschillende interventies bestaan om huisartsen te ondersteunen, ervaren zij moeilijkheden bij het vinden en toepassen van geschikte hulpmiddelen.

Methoden

Dit onderzoek kent een tweeledige opzet. Enerzijds een literatuuronderzoek waarbij relevante publicaties uit de wetenschappelijke database *PubMed* en de *Pharos*-kennisbank werden geselecteerd en geanalyseerd. Anderzijds een kwalitatief veldonderzoek waain semigestructureerde interviews werden afgenomen om praktijkervaringen en behoeften te onderzoeken. Via *purposeful* en *convenience* sampling werden 14 Vlaamse huisartsen en huisartsen-in-opleiding geselecteerd. De interviews werden thematisch gecodeerd en geanalyseerd.

Resultaten

De literatuurstudie en interviews tonen aan dat huisartsen verschillende communicatiebarrières ervaren bij kwetsbare patiënten, met taalproblemen als voornaamste uitdaging. Daarnaast blijken beperkte gezondheidsvaardigheden, culturele verschillen en sociaal-economische drempels de communicatie te bemoeilijken. De studie identificeert diverse interventies en aangepaste gespreksstrategieën om de communicatiebarrières te doorbreken. Hoewel deze hulpmiddelen waardevol kunnen zijn, rapporteren huisartsen dat praktische en structurele beperkingen, zoals tijdsdruk en een gebrek aan toegankelijke ondersteuning, de implementatie ervan in de dagelijkse praktijk hinderen. Dit benadrukt de noodzaak van structurele verbeteringen en gerichte ondersteuning om de communicatie met kwetsbare patiëntengroepen te optimaliseren.

Conclusie

Deze studie toont aan dat communicatiebarrières zoals taalproblemen, beperkte gezondheidsvaardigheden, sociaal-economische kwetsbaarheid en culturele verschillen de arts-patiëntcommunicatie in de eerstelijnszorg aanzienlijk bemoeilijken. Hoewel diverse interventies beschikbaar zijn, blijken structurele drempels de toepassing in de praktijk te beperken. Het bundelen van bestaande hulpmiddelen in een centrale, wetenschappelijk onderbouwde databank kan een waardevolle ondersteuning bieden voor huisartsen. Daarnaast is gerichte vorming in communicatieve en interculturele vaardigheden aangewezen. Een geïntegreerde en contextspecifieke aanpak is essentieel om communicatie en zorgkwaliteit voor kwetsbare patiënten duurzaam te verbeteren.

Inhoudsopgave

Abstract 3
Achtergrond 3
Methoden 3
Resultaten 3
Conclusie 3
Inleiding 6
Achtergrond 6
Probleemstelling en relevantie 6
Doelstelling masterproef 6
Methodologie 8
Literatuuronderzoek 8
Zoekstrategie 8
Dataverzameling 9
Pubmed 9
Pharos-kennisbank 10
Veldonderzoek 10
Data-analyse 11
Resultaten 12
Resultaten: literatuuronderzoek 12
1. Barrières in communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten 12
1.1. Taalbarrière 12
1.2. Lage sociaal-economische status 13
1.3. Beperkte gezondheidsvaardigheden 13
1.4. Cultuurverschillen 14
2. Beschikbare interventies met betrekking tot communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten 15
2.1. Interventies voor het overkomen van de taalbarrière 16
2.2. Interventies voor het overkomen van cultuurbarrières 19
2.4. Interventies voor het overkomen van beperkte gezondheidsvaardigheden 20
2.5. Interventies voor het overkomen van sociaal-economische barrières 21
Resultaten: semigestructureerde interviews 23
1. Context van de huisartsenpraktijk 23
2. Kwetsbare patiënten 23
2.1. Definitie van kwetsbaarheid 23
2.2. Uitdagingen bij kwetsbare patiënten 24
3. Communicatiebarrières 24
3.1. Taalbarrière 24
3.2. Cultuurbarrière 24
3.3. Sociaal-economische barrière 25
3.4. Beperkte gezondheidsvaardigheden 25
4. Interventies en ervaringen 26

4.1. Inleiding 26
4.2. Vertaalapplicaties 27
4.3. Tolken 27
4.4. Visuele hulpmiddelen 28
4.5. Cultuursensitief werken 28
4.6. Gezondheidsvaardigheden 29
4.7. Sociaal-economische barrière 29
5. Aanbevelingen voor de toekomst 29
5.1. Nood aan betrouwbare vertaalde medische informatie en tolkendiensten 30
5.2. Structurele sociale en financiële ondersteuning ontbreekt 30
5.3. Cultuursensitieve zorg en aangepaste richtlijnen 30
6. Voorkeuren van huisartsen voor nieuwe hulpmiddelen 31
Discussie 32
Hoofdbevindingen 32
Sterktes en beperkingen 32
Aanbevelingen voor de praktijk en toekomst 33
Conclusie 35
Referenties 36
Bijlagen 39
Bijlage 1: interviewguide voor individueel semigestructureerd interview 39
Bijlage 2: interviewguide voor semigestructureerd interview in groep 40
Bijlage 3: PRISMA-flowchart 41
Bijlage 4: zoekopdracht 1 42
Bijlage 5: zoekopdracht 2 43
Bijlage 6: codeboek semigestructureerde interviews 44
Bijlage 7: goedkeuring Ethisch Comité 47

Inleiding

Achtergrond

Kwetsbare patiënten kunnen gedefinieerd worden als personen die door uiteenlopende factoren een verhoogd risico lopen op gezondheidsproblemen en barrières in de zorg (1). Om gelijke gezondheidsuitkomsten te bevorderen, is het cruciaal dat zorgverleners hun communicatie afstemmen op de unieke achtergrond, behoeften en verwachtingen van elke patiënt. Wanneer dit onvoldoende gebeurt, kunnen patiënten essentiële gezondheidsinformatie missen of verkeerd interpreteren, wat kan leiden tot suboptimale zorg en grotere gezondheidsverschillen. In een steeds diverser wordende samenleving brengt dit grote uitdagingen met zich mee. In heel Europa groeit de bevolkingsdiversiteit en in 2024 had 19,4% van de inwoners van België een buitenlandse geboorteplaats (2). Dit groeiende aandeel van mensen met een migratieachtergrond gaat gepaard met uiteenlopende sociale, culturele en economische achtergronden, die niet alleen de gezondheidsbehoeften beïnvloeden, maar ook de communicatie tussen zorgverleners en patiënten bemoeilijken (3).

Onderzoek toont aan dat groepen met een lage sociaal-economische status niet alleen vaker getroffen worden door gezondheidsproblemen, maar ook minder toegang hebben tot begrijpelijke gezondheidsinformatie. De COVID-19-pandemie heeft deze communicatiebarrières verder blootgelegd en versterkt. Dit benadrukt het belang van effectieve, laagdrempelige en inclusieve communicatie in de zorg (4).

Huisartsen spelen een sleutelrol in het doorbreken van communicatiebarrières en het creëren van een veilige en open gespreksomgeving, waarin patiënten zich gehoord en begrepen voelen. Dit vereist niet alleen tijd en aandacht, maar ook de vaardigheid om barrières zoals laaggeletterdheid of beperkte gezondheidsvaardigheden te herkennen en hierop in te spelen (5).

Probleemstelling en relevantie

Ondanks het toenemende bewustzijn over gezondheidsverschillen blijven communicatiebarrières een van de belangrijke uitdagingen binnen de gezondheidszorg. Huisartsen rapporteren dat het verstrekken van zorg aan patiënten met een beperkte taalvaardigheid of lage sociaal-economische status meer tijd en aandacht vereist. Binnen kwetsbare patiëntengroepen kunnen verschillende factoren een rol spelen die het opvolgen van medische aanbevelingen bemoeilijken, hetgeen kan leiden tot suboptimale zorguitkomsten (6). Een op de individuele patiënt afgestemde benadering kan bijdragen aan een betere therapietrouw, minder gezondheidsklachten en een hogere tevredenheid onder patiënten (7).

Investeren in effectieve communicatie speelt dus een belangrijke rol in het versterken van een duurzame en eerlijke gezondheidszorg (4). Binnen de gezondheidszorg ontbreekt het echter vaak aan een gestructureerde en doelgerichte aanpak om deze barrières te doorbreken. Communicatie met patiënten met diverse culturele achtergronden of een lage sociaal-economische status vraagt om specifieke vaardigheden van zorgverleners, zoals cultuursensitiviteit en het vermogen om begrijpelijke taal te gebruiken (8). Effectieve interventies hebben niet alleen een positief effect op de gezondheid en tevredenheid van patiënten, maar dragen ook bij aan betere werkomstandigheden voor zorgverleners. Zij ervaren namelijk minder stress en een kleinere kans op burn-out wanneer zij over deze vaardigheden beschikken en deze kunnen toepassen (7).

De toenemende diversiteit binnen de samenleving, gecombineerd met sociale en economische ongelijkheden, benadrukt de urgentie van dit onderzoek. Door barrières in de communicatie te identificeren en gerichte interventies toe te passen, kunnen huisartsen bijdragen aan een meer toegankelijke en gelijkwaardige zorg, wat de kwaliteit van zorg voor diverse patiëntengroepen ten goede komt (8).

Doelstelling masterproef

Het doel van deze masterproef is om de communicatiebarrières tussen huisartsen en kwetsbare patiënten binnen de eerstelijnszorg, specifiek in de huisartsenpraktijk, in kaart te brengen. Het

onderzoek bestaat uit twee delen: een literatuuronderzoek en een veldonderzoek. In het literatuuronderzoek wordt enerzijds onderzocht welke barrières huisartsen binnen de eerstelijnszorg ervaren tijdens de communicatie met kwetsbare patiënten tijdens consultaties. Anderzijds wordt nagegaan welke ondersteunende hulpmiddelen of richtlijnen reeds bestaan om deze communicatiebarrières te overbruggen en de communicatie te verbeteren. Het veldonderzoek verkend welke communicatiebarrières huisartsen en huisartsen-in-opleiding ervaren in de praktijk, en welke noden zij formuleren om de communicatie met kwetsbare patiënten te verbeteren. De interviews worden afgenomen bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding uit de regio waarin de onderzoekers werkzaam zijn.

Methodologie

De studie vormt een kwalitatief onderzoek en kent een tweeledig opzet. Het eerste deel bestaat uit een verkennend literatuuronderzoek gericht op het in kaart brengen en samenvatten van reeds beschikbare kennis omtrent dit onderwerp en het identificeren van tekortkomingen. Het tweede deel is een veldonderzoek waarbij aan de hand van semi-gestructureerde interviews de ervaringen en noden in de praktijk worden onderzocht.

Deze masterproef maakt deel uit van een grote studie, namelijk het COMPASS-project. Dit project, gefinancierd door het FWO-SBO, wil de toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg verbeteren voor mensen in kwetsbare situaties door het inzetten van Zorgcompassers, ook wel Community Health Workers (CHW) genoemd. Geïnspireerd door succesvolle modellen uit Brazilië en Zuid-Afrika, ontwikkelt en test het project een *outreachend* organisatorisch model dat barrières tot zorg wegneemt. Het onderzoek omvat een analyse van toegangshindernissen, de ontwikkeling van een nieuw model en een grootschalige test via een gerandomiseerd onderzoek. Door een combinatie van academische kennis en inzichten van kwetsbare populaties en sociale organisaties streeft COMPASS naar een duurzame maatschappelijke impact (9). De bevindingen van dit onderzoek zullen een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en implementatie van een toolbox. Deze toolbox wordt afgestemd op de specifieke behoeften van huisartsen in Vlaanderen en heeft als doel de communicatie met kwetsbare patiënten tijdens consultaties te versterken. Binnen het bredere COMPASS-project vormt deze toolbox een belangrijke schakel in de realisatie van het doel om drempels tot zorg te verminderen en de toegankelijkheid en kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg duurzaam te verbeteren. Bovendien sluit de ontwikkeling van deze toolbox aan bij het valorisatieobjectief van het COMPASS-project, waarbij onderzoeksresultaten worden vertaald naar praktische toepassingen die een directe maatschappelijke impact beogen binnen de Vlaamse eerstelijnszorg.

Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek werden de PRISMA-richtlijnen gevolgd met als doel volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Wat zijn de barrières met betrekking tot communicatie tijdens consultvoering met kwetsbare patiënten ervaren door huisartsen binnen de eerstelijnszorg?

TABEL 1: PICO ONDERZOEKSVRAAG 1

POPULATION	huisartsen binnen de eerstelijnszorg
INTERESTS	barrières met betrekking tot de communicatie
CONTEXT	consultvoering met sociaal-economisch kwetsbare patiënten binnen de eerstelijnszorg

2. Welke ondersteunende hulpmiddelen of richtlijnen bestaan er met betrekking tot de ervaren barrières om de communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten binnen de eerstelijnszorg te verbeteren?

TABEL 2: PICO ONDERZOEKSVRAAG 2

PROBLEM	Communicatie tussen huisartsen en sociaal-economisch kwetsbare patiënten binnen de eerstelijnszorg
INTERVENTION	Ondersteunende hulpmiddelen of richtlijnen met betrekking tot de ervaren barrières
COMPARISON	Routine communicatie
OUTCOME	Verbeteren van de communicatie

Zoekstrategie

De zoektermen werden opgesteld op basis van een verkennend overleg met leden van het COMPASS-project en een initiële literatuurverkenning. Hierbij werd ook rekening gehouden met relevante

bestaande literatuur. Vervolgens werd een concrete zoekstrategie opgesteld aan de hand van zoektermen verdeeld over vier belangrijke categorieën: communicatiebarrières, sociaal-economische of sociaal-demografische factoren, lage gezondheidsvaardigheden en eerstelijnszorg.

Voor iedere categorie werd een zoekreeks geformuleerd met behulp van *Medical Subject Headings* (*MeSH*-termen) uit *PubMed*, aangevuld met synoniemen, ondergeschikte en bovengeschikte termen en afkappingen. De zoekstrategie werd iteratief uitgevoerd in de database *PubMed* door gebruik te maken van gecombineerde zoektermen middels Boolean-operatoren (AND/OR/NOT). Daarnaast wordt er voor beide onderzoeksvragen literatuuronderzoek verricht via de kennisbank van *Pharos*. Dit is het Nederlandse expertisecentrum dat bijdraagt aan het terugdringen van grote gezondheidsverschillen door nationale en internationale kennis te verzamelen, te verrijken en te delen (10). Via deze kennisbank werd gezocht op de volgende zoektermen: 'communicatie', 'laaggeletterdheid' en 'sociaal-economische status'. Aanvullend werd de sneeuwbalmethode toegepast, waarbij referenties van belangrijke artikelen werden gecontroleerd om extra relevante literatuur op te sporen. Om concrete gegevens en informatie over België en de Belgische gezondheidszorg te bekomen, werden er recente data gezocht op overheidswebsites.

Om de relevantie en toepasbaarheid van de geselecteerde literatuur te waarborgen, werden vooraf duidelijke inclusie- en exclusiecriteria vastgelegd. De focus ligt op de eerstelijnszorg, waardoor enkel studies binnen deze zorgcontext in aanmerking kwamen. Onderzoeken die zich richtten op gespecialiseerde of ziekenhuiszorg werden uitgesloten. Er werd gekozen voor een tijdsperiode van maximaal 15 jaar om recente en praktijkgerichte inzichten te verzamelen. Enkel publicaties waarvan de volledige tekst gratis beschikbaar was, kwamen in aanmerking, zodat een grondige analyse van de inhoud mogelijk was. Artikels die enkel over een gratis abstract beschikken, werden uitgesloten. Om taalgerelateerde interpretatieproblemen te vermijden, werden enkel studies in het Engels, Frans of Nederlands meegenomen in de selectie. Verder werd de focus gelegd op volwassenen, aangezien communicatie met minderjarigen specifieke aspecten omvat die buiten de scope van dit onderzoek vallen. Tot slot werd de selectie beperkt tot studies waarin huisartsen of andere zorgverleners binnen de eerstelijnszorg centraal staan. Deze criteria dienden als leidraad om op een systematische manier relevante en kwaliteitsvolle literatuur te identificeren in functie van de onderzoeksvraag.

TABEL 3: INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA VAN HET LITERATUURONDERZOEK

	INCLUSIECRITERIA	***EXCLUSIECRITERIA***
SETTING	Eerstelijnszorg	Gespecialiseerde zorg (secundair, tertiair…)
PUBLICATIEDATUM	T.e.m. 15 jaar geleden	Langer dan 15 jaar geleden
BESCHIKBAARHEID	(Gratis) volledige tekst	Enkel abstract
TAAL	Engels, Frans en Nederlands	Andere taal buiten Engels, Frans en Nederlands
LEEFTIJD	Volwassenen	Minderjarigen
POPULATIE	Huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn	

Dataverzameling

De geselecteerde studies werden beoordeeld volgens de Piramide van Bewijskracht, waarbij systematische reviews als eerste werden geanalyseerd. De hoogste graad van evidentie, namelijk richtlijnen, is bij deze masterproef niet van toepassing door het gebrek aan een specifieke ICPC-code. Dit onderzoek is gericht op kwaliteit van communicatie en niet op een diagnose en/of beleid. De zoektocht start dan ook met de hierboven beschreven zoekstrategie met behulp van gecombineerde vrije zoektermen en *Mesh*-termen die worden toegepast in *PubMed*. Hierna werden relevante artikels van de *Pharos*-kennisbank geselecteerd alsook gezocht naar specifiek cijfermateriaal voor België. Een PRISMA-flowchart werd opgesteld om het onderstaande selectieproces transparant weer te geven (zie bijlage 3: PRISMA-flowchart).

Pubmed

Voor de dataverzameling werden twee afzonderlijke zoekopdrachten uitgevoerd, beide met dezelfde onderzoeksvraag en insteek, maar met verschillende combinaties van zoektermen.

De eerste zoekopdracht (zie bijlage 4: zoekopdracht 1) werd in april 2024 uitgevoerd in de *PubMed*-database en leverde 647 resultaten op. Na toepassing van de inclusiecriteria bleven er 163 artikelen over. Verdere selectie op basis van titel en abstract reduceerde dit aantal tot 95. Na grondige analyse van de volledige teksten werden nog eens 50 artikelen uitgesloten, waardoor uiteindelijk 45 geschikte artikelen geselecteerd werden, waarvan 2 systematische reviews.

De tweede zoekopdracht (zie bijlage 5: zoekopdracht 2), eveneens uitgevoerd in april 2024, resulteerde in 1240 resultaten. Opnieuw werd een eerste selectie op basis van de inclusiecriteria uitgevoerd, wat leidde tot 59 artikelen. De tweede selectie, gebaseerd op titel en abstract, bracht dit aantal terug tot 29. Na het grondig lezen van de volledige teksten werden nog eens 14 artikelen uitgesloten, wat resulteerde in een uiteindelijke selectie van 15 geschikte artikelen, waaronder 5 systematische reviews.

Pharos-kennisbank

De *Pharos*-kennisbank werd doorzocht met de zoektermen 'communicatie', 'laaggeletterdheid' en 'sociaal-economische status'. Deze drie zoekopdrachten leverden samen 104 resultaten op. Na het verwijderen van de duplicaten bleven er 86 unieke artikelen over. Nadien werden de vooropgestelde exclusiecriteria toegepast en werden 32 bronnen uitgesloten o.b.v. titel en abstract. De 54 resterende bronnen werden nagelezen op volledige tekst, waarbij enkel relevante bronnen werden behouden. Deze selectie leverde, op basis van volledige tekst, in totaal 33 bronnen op.

Veldonderzoek

In het tweede deel wordt middels semigestructureerde interviews met Vlaamse huisartsen en huisartsen-in-opleiding de kennis, barrières en noden van deze huisartsen met betrekking tot communicatie met kwetsbare patiënten in kaart gebracht. Er worden twee verschillende interviewguides opgesteld, zowel voor een individueel interview (zie bijlage 1: interviewguide voor individueel semigestructureerd interview) alsook voor een groepsinterview (zie bijlage 2: interviewguide voor semigestructureerd interview in groep).

De steekproef werd samengesteld door middel van een combinatie van *purposeful sampling* en *convenience sampling*. *Purposeful sampling* werd gebruikt om een diverse groep respondenten te selecteren op basis van hun ervaring (jonge versus meer ervaren artsen), terwijl *convenience sampling* werd toegepast door beschikbare artsen binnen huisartspraktijken, waar de onderzoekers werkzaam zijn, en seminariegroepen te benaderen. Deze collega's werden persoonlijk aangesproken en bijkomend geïnformeerd over het onderzoeksopzet via e-mail, waarbij niet elke benaderde arts deelname toezegde. Dezelfde werkwijze werd toegepast in de seminariegroepen van de onderzoekers, waarbij één seminariegroep niet heeft toegezegd omwille van organisatorische redenen. In totaal stemden 14 artsen in om deel te nemen aan het onderzoek, resulterend in 7 individuele interviews en 1 focusgroep met 7 huisartsen-in-opleiding. De demografische gegevens van deelnemers worden weergegeven in tabel 4.

TABEL 4: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS DEELNEMERS

	GESLACHT	*LEEFTIJD*	*HAIO/VAST*	*PRAKTIJK*	*PRAKTIJKOMGEVING*	*SOLO/GROEPINTERVIEW*
D1	V	25-35	H	Solo	Landelijk	Solo interview
D2	M	25-35	V	Groep	Landelijk	Solo interview
D3	V	25-35	V	Groep	Landelijk	Solo interview
D4	M	55-65	V	Groep	Landelijk	Solo interview
D5	V	35-45	V	Groep	Voorstedelijk	Solo interview
D6	V	45-55	V	Groep	Voorstedelijk	Solo interview
D7	V	25-35	V	Groep	Voorstedelijk	Solo interview
G1	M + V	25-35	H	Solo + groep	Stedelijk	Groepsgesprek

De interviews werden digitaal aan de hand van geluidsopnamen via Microsoft Teams opgenomen. Deze opnamen werden gepseudonimiseerd om de privacy van de respondenten te waarborgen. Aanvankelijk werden twee interviews getranscribeerd met behulp van *Tactiq.io*, een AI-gestuurde

transcriptie tool. Na overleg met de promotoren en de IT-dienst van de Universiteit Antwerpen, werd overgeschakeld naar de beveiligde transcriptiefunctionaliteit van *Microsoft Teams*.

Data-analyse

De kwalitatieve data werden geanalyseerd via een inductieve thematische codering, waarbij de gegevens grondig onderzocht werden met een specifieke focus op de onderzoeksvragen. Elk interview werd door één onderzoeker gecodeerd. Na het coderen van de eerste twee interviews werden de resultaten zowel onderling als met promotoren besproken. De thematische codering werd handmatig uitgevoerd zonder gebruik van gespecialiseerde software. De thematische indeling werd vastgelegd in een codeboek waarin de thema's en subthema's systematisch werden gedefinieerd (zie bijlage 6: codeboek semigestructureerde interviews). Vervolgens werd de resterende data iteratief geanalyseerd, waarbij regelmatig werd teruggegrepen naar eerder gecodeerde interviews om coherentie te bewaken. Bijkomend werden opvallende en inzichtelijke citaten geselecteerd die de ervaren communicatiebarrières en mogelijke oplossingen helder illustreren, welke ook in het codeboek werden toegevoegd. Tijdens de analyse werden persoonlijke memo's bijgehouden waarin reflecties en interpretaties van de onderzoekers werden vastgelegd. Deze memo's boden extra context bij de coderingen en hielpen bij het identificeren van onderliggende patronen en verbanden binnen de data.

Dit onderzoek heeft een goedkeuring gekregen van de Ethische Adviescommissie Sociale en Humane Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen op 13/03/2023 (bijlage 7: goedkeuring Ethisch Comité).

Resultaten

Resultaten: literatuuronderzoek

De communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten is een belangrijk aandachtspunt binnen de gezondheidszorg. Kwetsbare patiënten vormen een diverse groep die drempels kan ervaren bij het verkrijgen van adequate medische zorg. Kwetsbaarheid is een breed en complex begrip dat beïnvloed wordt door diverse factoren, zoals een lage sociaal-economische status, een migratieachtergrond, beperkte gezondheidsvaardigheden en taalbarrières. Deze factoren werken vaak op elkaar in en versterken elkaar, waardoor zowel de toegang tot zorg als de kwaliteit van de communicatie met huisartsen onder druk komt te staan. Om deze meervoudige kwetsbaarheden beter te begrijpen, biedt de theorie van intersectionaliteit een waardevol kader. Intersectionaliteit, ook wel kruispuntdenken genoemd, stelt dat identiteitskenmerken zoals etniciteit, geslacht, klasse en gezondheid niet los van elkaar bestaan, maar elkaar beïnvloeden en overlappen. Een patiënt met een migratieachtergrond die tevens laaggeletterd is, ervaart bijvoorbeeld niet alleen de impact van taalbarrières, maar kan ook geconfronteerd worden met culturele misverstanden bij zorgverleners (1).

Op basis van methodologische keuzes ligt de focus op taalbarrières, sociaal-economische status, lage gezondheidsvaardigheden en culturele verschillen, aangezien deze factoren in de praktijk een aanzienlijke impact hebben op de arts-patiëntrelatie. Hoewel deze vier barrières centraal staan, is het belangrijk te erkennen dat kwetsbaarheid een gelaagd en veelzijdig concept is, waarbij ook andere factoren een rol kunnen spelen. Bovendien is er een grote overlap tussen de verschillende factoren die bijdragen aan kwetsbaarheid. De theorie van intersectionaliteit helpt om te begrijpen hoe deze verschillende factoren elkaar beïnvloeden en versterken. Kwetsbaarheid wordt niet door één enkele factor bepaald, maar ontstaat op het snijvlak van meerdere identiteitskenmerken, zoals taalvaardigheid, migratieachtergrond, sociaal-economische status en opleidingsniveau. Wanneer iemand op meerdere van deze assen afwijkt van de dominante maatschappelijke norm, nemen de communicatiebarrières en gezondheidsongelijkheden vaak toe (1).

1. Barrières in communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten

1.1. Taalbarrière

België is een land met drie officiële talen: Nederlands, Frans en Duits. Tegelijk toont de Belgische samenleving een groeiende taaldiversiteit die verder reikt dan deze drie landstalen. Zo spreekt 29,2% van de kinderen in Vlaanderen thuis een andere taal dan het Nederlands. Deze meertaligheid verrijkt de samenleving, maar brengt ook extra uitdagingen met zich mee (11). Volgens recente cijfers van Statbel vormt vooral een onvoldoende kennis van de landstalen een belangrijke belemmering op de arbeidsmarkt. Vooral bij werklozen en inactieven blijkt de talenkennis ontoereikend te zijn. Zo geeft 33% van de werklozen in Vlaanderen aan geen of slechts een elementaire kennis van het Nederlands te hebben. In Brussel gaat het om 17% voor het Frans, en in Wallonië om 9% (12).

De diversiteit aan talen heeft ook gevolgen voor de gezondheidszorg. Belgische openbare ziekenhuizen zijn onderworpen aan een taalwetgeving en zijn verplicht om een dienstverlening aan te bieden in twee landstalen. Spoeddiensten van alle ziekenhuizen moeten ook voldoen aan deze tweetalige dienstverlening. De huisartsenwachtposten van de huisartsenkringen moeten hun diensten aanbieden in de taal van het taalgebied waar zij gevestigd zijn. Dit betekent wel dat de kennis van de twee andere landstalen niet verzekerd is (13).

Elke interactie tussen arts en patiënt vereist een vorm van communicatie, met verbale communicatie als een van de belangrijkste. Patiënten moeten duidelijk kunnen maken wat hun klachten zijn, moeten kunnen begrijpen wat de diagnose is en welke behandeling ze nodig hebben. Anderzijds moet de arts het probleem begrijpen, bijkomende vragen stellen en uitleg kunnen geven over wat er nodig is. Wanneer arts en patiënt niet dezelfde moedertaal spreken, ontstaat onvermijdelijk een taalbarrière. Misverstanden kunnen ontstaan door nuances in betekenis en verfijning van uitdrukking, vooral bij psychische aandoeningen. De ernst en impact van deze barrière hangt af van de communicatievaardigheden van zowel de arts als de patiënt. Taalbarrières kunnen daarnaast ook

administratieve taken bemoeilijken, zoals het maken van afspraken, het opvragen en begrijpen van resultaten en het correct gebruiken van medicatievoorschriften (14).

Taalbarrières kunnen bovendien een invloed hebben op de manier waarop artsen hun patiënten behandelen. Wanneer communicatie in de moedertaal niet mogelijk is, kunnen artsen hun benadering aanpassen wat invloed kan hebben op de kwaliteit van de zorg. Er dient gezocht te worden naar een medium om de communicatie te vergemakkelijken. Vaak zijn hulpverleners genoodzaakt om familieleden of kinderen in te zetten als tolken. Deze ad-hoc tolken kunnen een snelle en praktische oplossing bieden wanneer er geen professionele vertaler beschikbaar is. Ze kennen vaak de cultuur van de patiënt, maar kunnen ook een beperkte taalvaardigheid hebben en een risico voor de privacy vormen. Hoewel het betrekken van een vertrouwenspersoon van de patiënt zeer nuttig wordt geacht, wordt het gebruik van familieleden of vrienden als tolken om voorgaande redenen sterk afgeraden (8, 15).

Naast professionele tolken kan tweetalig personeel, zoals verpleegkundigen of administratief medewerkers, helpen om de communicatie te vergemakkelijken. Hoewel eigen personeel vertrouwd kan zijn voor de patiënt en makkelijk ingezet kan worden, is hun taalniveau meestal niet getest en mogelijk niet goed genoeg. Wanneer artsen zelf tolken of gebruik maken van een applicatie, is dat snel en gemakkelijk, maar er bestaat een risico op miscommunicatie als de taalvaardigheid van de arts onvoldoende is (15).

1.2. Lage sociaal-economische status

Personen met een lage sociaal-economische status ervaren vaker gevoelens van sociale ontoereikendheid en schaamte, wat de interactie met zorgverleners kan bemoeilijken. Armoede in de kindertijd is sterk geassocieerd met schaamtegevoelens, terwijl een laag inkomen en lage opleiding sociale moeilijkheden kunnen versterken. Deze gevoelens kunnen ervoor zorgen dat patiënten gezondheidsproblemen minder snel bespreken. Huisartsen houden dus best rekening met de invloed van sociaal-economische status op de communicatie met kwetsbare patiënten (16).

Financiële beperkingen hebben dus een aanzienlijke impact op de toegang tot gezondheidszorg, de communicatie met zorgverleners en de mogelijkheid om medisch advies op te volgen. Voor mensen met beperkte financiële middelen is een aanvullende ziektekostenverzekering vaak niet haalbaar, waardoor zij soms noodzakelijke zorg vermijden vanwege de verwachte kosten. Preventieve behandelingen en regelmatige controles komen dan vaak op de laatste plaats in geval van een beperkt budget. Uit angst voor hoge kosten houden sommige patiënten cruciale vragen achter tijdens consultaties (17).

Bij zorgverleners spelen soms ook onbewuste aannames een rol. Patiënten die financieel kwetsbaar zijn, krijgen in sommige gevallen minder empathie of toelichting van hun arts, omdat deze wellicht aanneemt dat de aanbevolen zorg buiten hun financiële bereik ligt. Dit soort vooroordelen belemmert een betrokken en zorgvuldige communicatie en kan het vertrouwen van de patiënt in de zorg ondermijnen, wat ertoe kan leiden dat zij adviezen niet opvolgen (17).

Kortom, financiële belemmeringen hebben mogelijk belangrijke gevolgen voor de kwaliteit van de communicatie tussen arts en patiënt. Huisartsen kunnen de belemmeringen die door financiële beperkingen ontstaan doorbreken met een bewuste, empathische en niet-oordelende benadering, waarbij zij alert zijn op signalen van schaamte en sociale terughoudendheid (16, 17).

1.3. Beperkte gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden, in het Engels bekend als *health literacy*, werden in de jaren '90 door wetenschappers gedefinieerd als het vermogen om toegang te krijgen tot informatie, deze informatie te begrijpen en te gebruiken op een manier die een goede gezondheid bevordert en in stand houdt, voor zichzelf, hun familie en hun gemeenschappen. Gezondheidsvaardigheden gaat echter verder dan het lezen van een voorschrift en het opvolgen van instructies van een arts. Het begrip omvat tegenwoordig niet alleen de persoon zelf, maar beschrijft een geheel van factoren die eigen zijn aan de persoon, de gezondheidsmedewerker en het gezondheidssysteem. Een vernieuwende benadering van het concept gezondheidsvaardigheden beschrijft deze als de kennis, motivatie en vaardigheden van mensen om toegang te krijgen tot, het begrijpen, beoordelen en toepassen van gezondheidsinformatie en om beslissingen te nemen in het dagelijks leven met betrekking tot gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering om de levenskwaliteit te behouden of

te verbeteren. Deze definitie legt meer nadruk op de verschillende dimensies van gezondheid en gezondheidsvaardigheden (18).

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben onvoldoende vaardigheden om doordachte beslissingen over hun gezondheid te nemen. In 2018 was dit het geval bij 33,4% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder. Cijfers tonen aan dat dit vaker het geval is bij vrouwen (35,0%) dan bij mannen (31,7%) en dat het aantal mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hoger is in Brussel (36,8%) en Wallonië (37,3%) in vergelijking met Vlaanderen. Bij vrouwen boven de 75 jaar geldt dit voor 50,4% van deze bevolkingsgroep. Ook bij mannen ziet men een afname van de gezondheidsvaardigheden bij een toenemende leeftijd (19). Lage gezondheidsvaardigheden komen ook vaker voor bij mensen die hun middelbare school niet hebben afgerond, in armoede leven of een andere taal spreken dan de lokale bevolking (20). Het is belangrijk op te merken dat de afwezigheid van deze factoren geen garantie biedt voor hoge gezondheidsvaardigheden. Zo kan een hoogopgeleid persoon nog steeds lage gezondheidsvaardigheden hebben (21).

Lage gezondheidsvaardigheden vormen dus een belangrijke factor die bijdraagt aan de kwetsbaarheid van deze patiënten. Zoals eerder aangegeven, lopen kwetsbare personen een groter risico op negatieve gezondheidsuitkomsten. Zo is bekend dat lage gezondheidsvaardigheden zorgen voor het vaker bezoeken van spoedgevallen, minder deelname aan screeningsprogramma's en een lagere vaccinatiegraad (20). Ze hebben meer moeite met het juist innemen van chronische medicatie en met het inschatten van de gevolgen van risicogedrag, bijvoorbeeld roken (21).

Gezondheidsvaardigheden kunnen onderverdeeld worden in drie niveaus: micro-level, meso-level en macro-level. Op het micro-level bekijkt men de directe interactie tussen de gezondheidsmedewerker en de patiënt. Het gaat hier enerzijds over het aanbieden van informatie aan de hand van directe communicatie en anderzijds ook over het aanmoedigen en begeleiden van de patiënt in het begrijpen en beheersen van de aangeboden kennis. Op het meso-level gaat men kijken naar de organisatie van de zorg. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over de manier waarop men een afspraak kan maken, de signalisatie in een ziekenhuis, het aanbieden van een ICT-systeem. Het derde niveau, het macro-level, omvat gezondheidsvaardigheden in alle sectoren van de maatschappij, bijvoorbeeld in het onderwijs, de media of de voedingssector (18).

De communicatie tijdens een consultatie tussen de gezondheidsmedewerker, hier de huisarts, en de patiënt bevindt zich dus op het micro-level van de gezondheidsvaardigheden (18). Het belang van deze communicatie neemt toe naarmate het niveau van gezondheidsvaardigheden van de patiënt daalt. Huisartsen maken vaak gebruik van gezamelijke besluitvorming, een model waarbij de huisarts en patiënt samen een beslissing nemen over het beleid. Hierbij is het noodzakelijk dat de patiënt goed begrijpt welke voor- en nadelen verbonden zijn aan bepaalde diagnostische onderzoeken of behandelingen. Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts om de nodige informatie over te brengen op een begrijpbare manier, zodat de patiënt geïnformeerd kan participeren in de gezamelijke besluitvorming (21). Het is dan ook van belang dat de manier van communiceren wordt aangepast aan het niveau van gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Onderzoek toont echter aan dat dit vaak nog onvoldoende wordt toegepast doordat artsen een overschatting maken van zowel de kennis van de patiënt als van hun eigen communicatievaardigheden. Hierdoor blijft het voor deze kwetsbare patiënten een grote uitdaging om een goede, weloverwogen keuze te maken (22).

1.4. Cultuurverschillen

Gezondheidsopvattingen zijn een combinatie van traditionele ideeën, kennis en ervaringen uit het verleden en het heden. Hoewel er een zekere mate van overeenstemming bestaat tussen verschillende culturen, is het onvermijdelijk dat sommige gezondheidsconcepten van elkaar verschillen. Een minder goede kennis van de lokale cultuur zal leiden tot toegenomen kwetsbaarheid (6).

Het is hierbij van belang te beseffen dat cultuur verder gaat dan eetgewoonten en de gebruikelijke kledingdracht. Normen, waarden en opvattingen zijn onlosmakelijk gekoppeld aan de leefwereld van de patiënt en worden dus mede bepaald door de lokale cultuur. Cultuur is een dynamisch begrip en evolueert constant door invloeden vanuit de maatschappij. Artsen moeten dus vermijden om patiënten in te delen in vaste culturele groepen, hetgeen kan leiden tot vooroordelen en stereotypen. De communicatie tussen arts en patiënt wordt mede bepaald door de gezondheidsvaardigheden van de patiënt, maar ook door de cultuurvaardigheden van de arts. Hier spreekt men dan over *cultural literacy*, analoog met *health literacy* (3, 23).

Cultural literacy of culturele geletterdheid houdt niet in dat een arts alle aspecten van een bepaalde cultuur kent. Het betekent dat de arts de patiënt probeert te begrijpen binnen de context van hun eigen culturele achtergrond, in plaats van zich alleen te richten op ziektesymptomen. Deze manier van werken vereist dat artsen aandacht hebben voor culturele verschillen en cultuursensitief te werk gaan. Het mag niet de bedoeling zijn dat cultuur aan de kant wordt geschoven om een zogezegde neutrale benadering te bekomen, want zowel arts als patiënt zijn onlosmakelijk verbonden aan een bepaalde cultuur en de gebruiken hiervan. Culturele geletterdheid bij artsen helpt deze kloof te overbruggen door bewust te zijn van culturele invloeden uit hun eigen omgeving en zo de complexe relatie tussen taal, cultuur en gezondheid te begrijpen (23).

Om cultuursensitief te werken, is het cruciaal om kennis te hebben in de verschillende communicatiepatronen tussen arts en patiënt. In bepaalde culturen, zoals de Amerikaanse, ligt de nadruk op het onafhankelijke individu en is communicatie vaak taakgericht en direct. Deze stijl focust op expliciete informatie-uitwisseling, waarbij er weinig ruimte is voor impliciete boodschappen of contextuele aanwijzingen. Daarentegen hecht men in andere culturen doorgaans veel waarde aan relatieopbouw, vertrouwen en lichaamstaal. Migranten en asielzoekers zoeken in gesprekken naar vertrouwen en comfort, wat kan leiden tot misverstanden wanneer zorgverleners een directe communicatiestijl hanteren (23). Deze patiënten kennen vaak moeilijkheden in de toegang tot de beschikbare zorg door o.a. angst voor stigma binnen hun gemeenschap. Verschillende geloofssystemen en de manier waarop o.a. geestelijke gezondheidsproblemen worden aangebracht, spelen hierbij een belangrijke rol. Uit onderzoek blijkt dat deze personen vaker geneigd zijn om op familieondersteuning te vertrouwen voor hun mentale gezondheid in plaats van op professionele zorg (24). Culturele geletterdheid bij zorgverleners helpt hen om een gastvrije omgeving te creëren, wat de communicatie verbetert en kan in de positieve zin bijdragen aan de arts-patiëntrelatie en de gezondheidsresultaten (23). Het opbouwen van een arts-patiëntrelatie vraagt meer tijd in een interculturele setting in vergelijking met een intraculturele setting. Patiënten geven aan meer vertrouwen te hebben in artsen van dezelfde etniciteit, maar ook kleine gebaren of blijk van kennis over een andere cultuur kunnen al een groot verschil maken en zorgen voor een gevoel van veiligheid en vertrouwen. Artsen die enkele woorden Spaans spreken, zullen meteen meer vertrouwen krijgen van Spaanse patiënten in vergelijking met artsen die deze moeite niet doen. Desondanks geven patiënten in meerdere studies aan dat de medische kennis van de arts primeert boven goede interculturele communicatie (7).

Uit onderzoek is echter gebleken dat artsen zich niet altijd van bewust zijn van het van belang van cultuur en hier bijgevolg onvoldoende aandacht aan besteden (23). Het gebrek aan training van zorgverleners in het communiceren met personen uit andere culturen is een belangrijke factor, wat leidt tot een gebrek aan begrip van het culturele perspectief en het ontstaan van vooroordelen en stereotypen (24). Studies tonen aan dat artsen meer autoritair en wetenschappelijk gericht zijn tijdens interculturele consultaties en deze patiënten minder betrekken bij het maken van beslissingen. Artsen waren vaker zelf aan het woord en stelden minder vragen in vergelijking met intraculturele consultaties (23). Dit leidt tot meer miscommunicatie, ontevredenheid en een lagere therapietrouw bij patiënten (7).

2. Beschikbare interventies met betrekking tot communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten

Om gelijke gezondheidsuitkomsten te waarborgen, vereist de diversiteit in kwetsbaarheden een ongelijke benadering van zorg. Een persoonsgerichte aanpak, waarin de unieke context van elke patiënt centraal staat, biedt hiervoor een belangrijke basis. Voor huisartsen betekent dit dat zij niet alleen aandacht hebben voor de medische klachten, maar ook voor de waarden en behoeften van de patiënt. Begrijpelijke communicatie, empathie en continuïteit van zorg spelen hierbij een cruciale rol. Door zorg af te stemmen op de individuele situatie van de patiënt kunnen huisartsen bijdragen aan betere gezondheidsuitkomsten en meer tevredenheid bij zowel de patiënt als zichzelf. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten in kwetsbare situaties met complexe problematieken. Daarnaast is het belangrijk dat huisartsen het voortouw nemen in het aangaan van ongemakkelijke of moeilijke gesprekken. Door openheid en respect te tonen, kunnen zij een vertrouwensband opbouwen met patiënten, wat essentieel is voor succesvolle communicatie (3, 5).

Een ander belangrijk aspect is het cultuursensitief werken, waarbij de huisarts zich bewust is van de invloed van cultuur en maatschappelijke context op de zorgrelatie. Cultuursensitief werken helpt de huisarts om beter in te spelen op culturele verschillen en voorkomt misverstanden die kunnen ontstaan door verschillen in waarden en normen. Dit vraagt van huisartsen niet alleen kennis van

cultuur, maar ook zelfreflectie over hun eigen referentiekader: "Hoe beïnvloeden mijn eigen achtergrond en perspectief de zorg die ik bied?" (3).

In de volgende secties worden verschillende interventies binnen de eerstelijnszorg besproken, met nadruk op hoe zij huisartsen tijdens het consult met een kwetsbare patiënt kunnen helpen om communicatiebarrières te doorbreken en zorg op maat te leveren.

2.1. Interventies voor het overkomen van de taalbarrière

Taalbarrières vormen een aanzienlijke uitdaging binnen de gezondheidszorg en kunnen leiden tot misverstanden, minder effectieve behandelingen en een lagere patiënttevredenheid. Het effectief aanpakken van deze barrières vraagt om een holistische benadering waarin professionele ondersteuning, het gebruik van visuele hulpmiddelen, culturele sensitiviteit en patiëntgerichte communicatie centraal staan (3). Patiënten actief betrekken bij het zorgproces en hen ondersteunen met duidelijke en toegankelijke informatie helpt hen meer vertrouwen te krijgen in hun interactie met zorgverleners en om een betere gezondheidsuitkomst te bereiken (6).

2.1.1. Communicatievaardigheden en -trainingen voor zorgverleners

Het overwinnen van taalbarrières in de zorg vraagt om interventies die zich richten op communicatietraining, culturele bewustwording en toegang tot taalondersteuningsmogelijkheden. Trainingen in non-verbale communicatie, zoals het gebruik van lichaamstaal, kunnen helpen om begrip te vergroten ondanks beperkingen in verbale communicatie. Dit draagt bij aan het opbouwen van vertrouwen, het verbeteren van de communicatiekwaliteit en het waarborgen van effectieve interacties, zelfs in multiculturele zorgsetting (25).

Een van de meest impactvolle initiatieven is het aanbieden van seminaries en trainingen in gespreksvaardigheden. Deze trainingen combineren theoretische kennis met praktijkervaring door middel van rollenspellen en simulaties met patiënten. Tijdens deze simulaties leren zorgverleners verschillende gespreksstrategieën, zoals het stellen van gerichte vragen, het bieden van duidelijke uitleg en het toepassen van een gestructureerde aanpak. Zelfreflectie en emotionele controle worden eveneens benadrukt. Zorgverleners leren om hun eigen emoties en reacties tijdens gesprekken te beheersen, zodat ze kalm en doelgericht kunnen reageren op de behoeften van de patiënt. Het gebruik van beknopte en doelgerichte communicatie helpt misverstanden te voorkomen, terwijl het strategisch inzetten van stiltes patiënten de ruimte geeft om na te denken en belangrijke informatie te delen (25).

Ook empathie en patiëntgerichtheid zijn kernprincipes binnen deze trainingen. Zorgverleners worden aangemoedigd om actief te luisteren. Dit versterkt het vertrouwen en bevordert open communicatie. Tegelijkertijd wordt een neutrale en ondersteunende communicatiestijl aanbevolen, waarbij vooroordelen worden vermeden en patiënten zich gehoord voelen. Non-verbale communicatie, zoals lichaamstaal en gezichtsuitdrukkingen, speelt hierbij een cruciale rol, vooral wanneer woorden tekortschieten (25).

Naast deze gespreksvaardigheden is training in het inzetten van professionele tolken en het gebruik van andere taalondersteuningsopties, zoals applicaties en vertaaldiensten, van groot belang. Zorgverleners leren hoe ze effectief met tolken kunnen samenwerken, inclusief het plannen van briefings en het stellen van duidelijke verwachtingen. Visuele hulpmiddelen, zoals posters en digitale tools, worden ook gepromoot als middel om informatie beter over te brengen wanneer taal een barrière vormt (25).

2.1.2. Terugvraagmethode

Patiëntgerichte communicatie speelt een sleutelrol in het verbeteren van de zorgervaring voor patiënten met een taalbarrière. Het gebruik van eenvoudige taal, korte zinnen en concrete voorbeelden helpt om misverstanden te voorkomen. De *teach-back*-methode of terugvraagmethode is een effectieve communicatiestrategie in de medische zorg die helpt om patiënten informatie beter te laten begrijpen en opvolgen. Bij deze methode vraagt de zorgverlener aan de patiënt om in eigen woorden uit te leggen wat zij hebben begrepen of welke instructies zij hebben ontvangen. Voorbeelden van vragen die hierbij kunnen worden gesteld zijn: "Kunt u me uitleggen hoe u uw medicatie thuis gaat innemen?" of "Als u dit aan uw partner uitlegt, wat zult u dan zeggen?" Dit stelt de zorgverlener in staat om eventuele misverstanden direct op te merken en te corrigeren (22, 26). Deze methode is interactief en versterkt zowel het begrip van de patiënt als hun betrokkenheid. Het

is een belangrijk hulpmiddel om ervoor te zorgen dat patiënten weloverwogen beslissingen kunnen nemen over hun zorg, vooral wanneer complexe medische informatie of de risico's en voordelen van een behandeling worden besproken. Het is vooral nuttig bij patiënten met taalbarrières of beperkte gezondheidsvaardigheden. Door patiënten actief te betrekken en de informatie te laten herhalen, wordt duidelijk welke delen van de uitleg verdere verduidelijking nodig hebben (26, 27).

De terugvraagmethode is geen test voor de patiënt, maar vormt een hulpmiddel voor zorgverleners om hun communicatie te evalueren en te verbeteren. Studies benadrukken dat de methode op empathische wijze en zonder vooroordeel moet worden toegepast, zodat patiënten zich op hun gemak voelen en vragen durven stellen. Indien nodig neemt de zorgverlener de verantwoordelijkheid om de informatie op een andere manier uit te leggen (26, 27).

Het consistent toepassen van de terugvraagmethode verbetert niet alleen de communicatie, maar ook de gezondheidsresultaten. Het speelt een cruciale rol in complexe zorgomgevingen waar taalbarrières en beperkte gezondheidsvaardigheden vaak voorkomen. Door deze methode standaard te gebruiken, kunnen zorgverleners vertrouwen opbouwen, betere gezamenlijke besluitvorming ondersteunen en zorgen voor inclusieve en effectieve zorg (22). De terugvraagmethode kan ook worden toegepast bij het inzetten van tolken, bemiddelaars of familieleden. Hierbij wordt deze tussenpersonen gevraagd de uitleg te herhalen, zodat eventuele interpretatiefouten kunnen worden opgevangen en gecorrigeerd (8).

Hoewel de terugvraagmethode bewezen effectief is, blijkt uit onderzoek dat deze nog te weinig wordt toegepast in de dagelijkse praktijk. Veel zorgverleners overschatten hoe goed zij communiceren en hoe goed patiënten de verstrekte informatie begrijpen. Dit benadrukt de noodzaak van gerichte training in communicatievaardigheden, waaronder de terugvraagmethode (22, 27).

2.1.3. Tolken, bemiddelaars en vertaalapplicaties

Een andere effectieve interventie voor het overkomen van een taalbarrière is het inzetten van professionele tolken. De beste communicatie, de hoogste patiënttevredenheid en de minste fouten worden dan ook vastgesteld tijdens consultaties waarbij beroep wordt gedaan op een getrainde professionele vertaler of waarbij de arts tweetalig is. Deze tolken zijn getraind in medische terminologie en ethische richtlijnen, wat fouten minimaliseert en zorgt voor nauwkeurige communicatie. Daarnaast verhoogt een goede samenwerking tussen arts en tolk, bijvoorbeeld door voorafgaande briefing en evaluatie achteraf, de effectiviteit van het tolkenproces (28).

Het opbouwen van vertrouwen in gesprekken met een tolk kan echter uitdagend zijn, wat de effectiviteit van de consultatie in zijn geheel kan beïnvloeden (14). Naast het aantasten van de vertrouwensrelatie zijn er nog andere problemen bij het inzetten van een professionele vertaler. Vaak is het moeilijk om deze in te zetten op de momenten dat ze nodig zijn. Een consult duurt doorgaans slechts 15 minuten en dient gepland te worden in een strak tijdsschema. Daarnaast zijn er bezorgdheden over de kwaliteit van de tolken, zoals beperkte taalvaardigheid en een gebrek aan training in communicatie binnen specifieke onderwerpen, zoals bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg (24).

De arts zou tijdig de opties moeten bekijken om zo een effectieve communicatie te kunnen verzekeren. Bij het overwegen van het inzetten van een tolk zijn er verschillende factoren om rekening mee te houden. Zo is de klinische situatie van belang: bij medische urgenties primeert snelle zorg, maar bij complexe gevallen is het essentieel dat de communicatie nauwkeurig verloopt. Ook de mate van taalbarrière tussen arts en patiënt moet goed ingeschat worden; zelfs wanneer iemand enigszins de taal beheerst, kan dit niet altijd voldoende zijn voor diepgaande medische gesprekken (15).

Naast het gebruik van professionele tolken is er ook de mogelijkheid tot het inschakelen van interculturele bemiddelaars. Deze dienst wordt aangeboden door de Belgische overheid en vormt een waardevolle toevoeging. Zij ondersteunen zorgverleners en patiënten door als tolk te fungeren, misverstanden te verduidelijken en inzicht te bieden in culturele achtergronden. Echter kent deze interventie op organisatorisch vlak ook enkele nadelen. Zo financiert de Federale Overheidsdienst (FOD) interculturele bemiddelaars in ziekenhuizen. Huisartsen daarentegen hebben geen toegang tot *face-to-face* bemiddeling. Wel maakt een speciaal ontwikkelde app het voor huisartsen mogelijk om bemiddelaars via videoconferentie in te schakelen. Deze methode biedt toegang tot 12 talen, waaronder Arabisch, Turks en Russisch en recent toegevoegde talen zoals Dari, Pasjtoe, Urdu en Oekraïens. Ondanks het brede aanbod en het gemak van videoconferenties om tolken of interculturele bemiddeling te voorzien, worden deze in de huisartsenpraktijk nog nauwelijks benut.

Zo vindt 56% van de sessies plaats in ziekenhuizen, terwijl slechts 1% van de sessies wordt gebruikt in huisartsenpraktijken die niet aan een wijkgezondheidscentrum zijn verbonden Dit benadrukt de noodzaak om de kennis, toepassing en toegankelijkheid van interculturele bemiddeling in de eerstelijnszorg te vergroten (29-31).

Wanneer professionele tolken, interculturele bemiddelaars of sociale tolken geen optie vormen, kunnen vertaalapplicaties enigszins een uitkomst bieden. Deze applicaties, die simultaan vertalen, vormen een praktische oplossing voor gesprekken waarin directe interactie essentieel is. Ze bieden een betaalbaar en schaalbaar alternatief voor handmatige vertalingen en kunnen bijvoorbeeld worden ingezet voor het vertalen van voorlichtingsmateriaal, medische richtlijnen en promotionele volksgezondheidsinformatie. Het gebruik van deze tools kan een breed scala aan talen ondersteunen, waardoor informatie toegankelijker wordt voor cultureel en taalkundig diverse gemeenschappen. Hoewel vertaalapplicaties aanzienlijke voordelen bieden, waarschuwen onderzoekers dat onbewerkte computergestuurde vertalingen risicovol kunnen zijn door mogelijke vertaalfouten. Om de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid te waarborgen, is het belangrijk dat de vertaalde tekst vooraf wordt voorbereid of achteraf zorgvuldig wordt gecontroleerd en gecorrigeerd door professionele instanties. Hiermee kunnen vertaalapplicaties een waardevolle rol spelen bij het overwinnen van taalbarrières in de gezondheidszorg (32).

De website www.communicatiewaaier.be kan een goed hulpmiddel zijn om de juiste aanpak te kiezen in geval van een taalbarrière. Deze website van het Agentschap Integratie en Inburgering heeft als doel om zorgprofessionals te helpen bij het maken van geïnformeerde keuzes bij het inzetten van taalhulpmiddelen, afhankelijk van de talenkennis en de specifieke zorgbehoeften van de patiënt. Zo biedt de website een overzicht van de meeste gebruikte vertaalapplicaties en de kwaliteit van deze tools. De beoordeling is gebaseerd op criteria zoals betrouwbaarheid, nauwkeurigheid, beschikbaarheid van talen en gebruiksvriendelijkheid. Dit helpt zorgprofessionals om te bepalen welke applicaties het beste passen bij de situatie waarin zij zich bevinden. De applicaties worden beoordeeld op hun vermogen om te vertalen tussen verschillende talen die vaak voorkomen in taalkundig diverse gemeenschappen, zoals Arabisch, Turks, Russisch, Dari, Pasjtoe, Urdu, en Oekraïens. De website onderscheidt zich door niet alleen te kijken naar de functionaliteit van de applicaties, maar ook naar de betrouwbaarheid van de vertalingen (33).

2.1.4. Visuele hulpmiddelen en voorlichtingsmaterialen op maat

Naast het gebruik van taalhulpmiddelen zijn visuele hulpmiddelen en meertalige voorlichtingsmaterialen essentieel om complexe medische informatie begrijpelijker te maken. Zoals reeds beschreven, bieden vertaalapplicaties en digitale tools flexibele oplossingen maar moeten met de nodige voorzichtigheid gebruikt worden vanwege mogelijke onnauwkeurigheden. Diagrammen, pictogrammen en illustraties bieden patiënten met beperkte taalvaardigheden inzicht in medische concepten. Schriftelijke en audiovisuele materialen in de moedertaal van de patiënt, zoals folders en video’s, maken gezondheidsinformatie toegankelijker en vergemakkelijken het begrip (34).

De website www.zanzu.be is een voorbeeld van een website met betrouwbare gezondheidsinformatie. Het biedt uitleg over seksuele gezondheid in 14 talen waarbij dezelfde tekst in twee talen naast elkaar kan worden weergegeven. Daarnaast is er een voorleesfunctie beschikbaar, zodat patiënten informatie in hun eigen taal kunnen beluisteren. Onderwerpen zoals het lichaam, anticonceptie, SOA’s en rechten rond relaties worden helder uitgelegd en weergegeven door middel van duidelijke afbeeldingen. Deze website bevordert op die manier inclusie en helpt zorgverleners gevoelige thema’s bespreekbaar te maken in een multiculturele context. Dankzij de non-commerciële opzet en ondersteuning door de Vlaamse overheid en gezondheidsorganisaties is de website gratis, betrouwbaar en breed inzetbaar (35).

Bijkomend kunnen fotoverhalen een waardevol hulpmiddel zijn om patiënten te ondersteunen bij het herkennen en aanpakken van communicatieproblemen. Dit zijn eenvoudige publicaties die gebruik maken van foto's met korte en begrijpelijke bijschriften om een verhaal te vertellen. Door het gebruik van herkenbare situaties en personages in deze fotoverhalen kunnen patiënten zich identificeren met de verhalen, wat de informatie begrijpelijker maakt en zorgt voor betere betrokkenheid. Een andere mogelijkheid is het tonen van praktische strategieën, zoals het voorbereiden van vragen of verduidelijking van medische informatie, waardoor patiënten zelfvertrouwen opbouwen en deze vaardigheden kunnen toepassen tijdens consultaties. Op deze manier bieden fotoverhalen praktische voorbeelden van hoe patiënten obstakels in de communicatie met hun zorgverlener kunnen overwinnen. Bovendien bevorderen fotoverhalen "transportatie" in het verhaal. Dit betekent dat lezers zich onderdompelen in het verhaal en zich emotioneel verbinden met de personages. Dit verlaagt weerstand tegen gedragsverandering en moedigt patiënten aan om de getoonde

communicatiestrategieën in hun eigen leven toe te passen. Daarnaast kunnen fotoverhalen eenvoudig worden geïntegreerd in de huisartsenpraktijk. Ze kunnen bijvoorbeeld in wachtkamers worden geplaatst, waar patiënten deze zelfstandig kunnen lezen terwijl ze wachten op hun consultatie. Bovendien bieden ze patiënten de mogelijkheid om de verhalen mee naar huis te nemen, zodat ze de strategieën in hun eigen tempo kunnen herbekijken en toepassen (34).

2.2. Interventies voor het overkomen van cultuurbarrières

Het overwinnen van cultuurbarrières in de communicatie tussen zorgverleners en patiënten vereist een brede en doordachte aanpak. Deze aanpak combineert training, praktische aanpassingen, bewustwording en zelfreflectie om de arts-patiëntrelatie te versterken en de zorgervaring voor kwetsbare patiënten te verbeteren om zo bij te dragen aan een meer inclusieve gezondheidszorg (3).

2.3.1 Culturele competentie

Culturele competentie vormt de basis voor een cultuursensitieve aanpak. De essentie van culturele competentie is de kennis dat cultuur ertoe kan doen en de invloed van cultuur verschilt van situatie tot situatie. Artsen moeten inzicht hebben in de overtuigingen en culturele gebruiken die het gezondheidsgedrag van patiënten kunnen beïnvloeden. Ook kennis van de culturele geschiedenis, waarden en gedragingen van patiënten draagt bij aan betere patiëntgerichte zorg. Daarbij is het cruciaal om overculturalisering te vermijden door de culturele identiteit niet te generaliseren, maar te kiezen voor een holistische benadering van de patiënt. Respect voor culturele diversiteit speelt een belangrijke rol, zoals het waarderen van religieuze, ethische en gendergevoelige kwesties, waaronder de invloed van familie of religieuze autoriteiten op gezondheidsbeslissingen (3).

Een effectieve methode om deze holistische benadering te ondersteunen is het culturele interview. Dit interview biedt artsen een gestructureerde manier om inzicht te krijgen in de persoonlijke ervaringen, culturele achtergrond en waarden van de patiënt. Door middel van open vragen wordt niet alleen gesproken over de culturele identiteit en taal van de patiënt, maar ook over hun sociale netwerk, geloof, ervaringen met zorgverleners en mogelijke steunbronnen. Bijvoorbeeld, vragen zoals "Waarover maakt u zich het meeste zorgen?" of "Hoe praat u hierover met uw familie?" helpen de arts om de zorgen en overtuigingen van de patiënt beter te begrijpen. Daarnaast biedt het interview handvatten om inzicht te krijgen in de impact van migratie-ervaringen en discriminatie, wat cruciaal kan zijn voor een inclusieve zorgverlening. Het culturele interview benadrukt ook het belang van observaties tijdens het gesprek, zoals de stemming van de patiënt en mogelijke emotionele reacties. Deze observaties kunnen artsen helpen om de interactie en communicatie verder af te stemmen op de behoeften van de patiënt. Door deze aanpak wordt niet alleen het vertrouwen tussen arts en patiënt versterkt, maar kan ook meer gerichte en effectieve zorg worden geleverd (36).

Culturele competentie vereist bovendien voortdurende inspanning en ontwikkeling van culturele kennis aangezien cultuur geen statisch, maar een dynamisch gegeven is. Training in culturele competentie helpt zorgverleners praktische vaardigheden te ontwikkelen om effectiever te communiceren met patiënten uit diverse culturen. Tegelijkertijd moeten artsen reflecteren over hun eigen culturele achtergrond en referentiekaders die de arts-patiëntrelatie kunnen beïnvloeden. Regelmatige evaluatie van eigen aannames en gedragingen kan helpen onbewuste vooroordelen te verminderen. Dit bewustzijn verhoogt culturele sensitiviteit en is onmisbaar voor het overwinnen van de culturele barrières (3, 23).

2.3.2. Ondersteuningspersonen en culturele bemiddeling

Het betrekken van familieleden bij het zorgproces kan voor bepaalde culturen erg belangrijk zijn. Het gebruik van ondersteuningspersonen, zoals vrienden of familie, kan patiënten helpen om medische informatie beter te begrijpen en hun zorgen te uiten tijdens consultaties. Door deze voorkeuren te respecteren, kunnen zorgverleners vertrouwen opbouwen en de effectiviteit van de zorg vergroten (8).

Daarnaast biedt interculturele bemiddeling, zoals reeds eerder besproken, een waardevolle oplossing voor het overbruggen van zowel taal- als cultuurbarrières in de zorg. Deze bemiddeling, aangeboden door de Belgische overheid, ondersteunt zorgverleners en patiënten niet alleen door taalbarrières te overkomen, maar ook door inzicht te bieden in culturele achtergronden en mogelijke misverstanden te verduidelijken. Het inzetten van interculturele bemiddelaars, sociaal tolken of videoconferenties

met bemiddelaars kan een nuttige aanvulling zijn op de zorgverlening, vooral in complexe situaties (29).

2.4. Interventies voor het overkomen van beperkte gezondheidsvaardigheden

Het overkomen van communicatiebarrières bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden vereist een brede reeks interventies. In eerste instantie dienen lage gezondheidsvaardigheden door de arts te worden herkend. Zorgverleners dienen hierbij aandacht te besteden aan de unieke sociale, culturele en emotionele context van patiënten. Deze patiëntgerichte benadering omvat ook het creëren van ruimte voor vragen of feedback en het aanpassen van communicatiepatronen aan de persoonlijke en culturele voorkeuren van de patiënt. De interventies vormen samen een brede aanpak om barrières door lage gezondheidsvaardigheden te overkomen. Ze richten zich op het verbeteren van toegang tot informatie, de interactie tussen zorgverleners en patiënten en het vergroten van hun zelfredzaamheid en betrokkenheid (5).

2.4.1. Beperkte gezondheidsvaardigheden herkennen

Stigma vormt vaak een barrière voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het creëren van een veilige omgeving waarin open communicatie wordt gestimuleerd, kan schaamte en stigma verminderen (18). Hierbij is het herkennen van lage gezondheidsvaardigheden bij patiënten essentieel om effectieve communicatie en goede gezondheidszorg te waarborgen. Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden vermijden vaak situaties waarin lezen of schrijven nodig is, zoals het meelezen van folders of het invullen van formulieren. Ze kunnen ongemakkelijk of boos reageren op vragen over deze vaardigheden. Daarnaast stellen ze vaak geen vragen of vragen naar irrelevante zaken, lijken afwezig of ongeïnteresseerd en hebben soms weinig kennis over het functioneren van hun eigen lichaam. Het niet of onjuist opvolgen van medische adviezen en medicatie-instructies zijn eveneens waarschuwingssignalen. De PHAROS-checklist biedt huisartsen concrete handvatten om signalen van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden te identificeren (37).

Huisartsen kunnen deze signalen herkennen door bijvoorbeeld te letten op patiënten die afspraken regelmatig missen, moeite hebben met chronologisch vertellen of afhankelijk zijn van anderen bij administratieve taken. Voor een respectvolle aanpak wordt aanbevolen om mogelijke problemen bespreekbaar te maken op een normaliserende manier. Bijvoorbeeld door te zeggen: *"Veel mensen hebben moeite met het lezen van ziekenhuisfolders. Hoe is dat voor u?"* of *"Helpt iemand u wel eens met het invullen van formulieren?"* Door aandacht te besteden aan signalen van lage gezondheidsvaardigheden en hierop een empathische en gerichte aanpak toe te passen, kunnen huisartsen bijdragen aan betere zorguitkomsten en een inclusieve zorgervaring voor alle patiënten (37).

2.4.2. Communicatievaardigheden

Naast het herkennen van lage gezondheidsvaardigheden vormen de communicatievaardigheden van zorgverleners een cruciale rol. Het toepassen van non-verbale en verbale communicatietechnieken komen grotendeels overeen met de technieken om andere communicatiebarrières te overkomen. Hierbij vormt eenvoudige en begrijpelijke communicatie een belangrijke pijler. Het gebruik van eenvoudige taal helpt om informatie toegankelijk te maken. Het vermijden van vakjargon en het gebruik van korte zinnen en actieve zinsconstructies zijn hierbij van groot van belang. Ook het starten met en het herhalen van essentiële informatie verminderen de cognitieve belasting en zorgen dat patiënten de kernboodschap begrijpen. De terugvraagmethode, zoals eerder besproken als interventie om taalbarrières te overwinnen, is ook bij bepekte gezondheidsvaardigheden een effectieve techniek om te controleren of patiënten de kernboodschap begrijpen (18, 23, 26, 38).

Verder zijn patiëntgerichte zorg en gedeelde besluitvorming cruciaal bij het betrekken van patiënten in hun zorgproces. Hiervoor vormen extra tijd en aandacht voor kwetsbare patiënten een sleutelinterventie. Consultaties moeten voldoende tijd bieden om informatie te verwerken en vragen te stellen. Het opbouwen van een relatie en vertrouwen moet prioriteit krijgen boven een puur taakgerichte benadering. Praktische doelen en stapsgewijze begeleiding dragen bij aan het vertrouwen en de zelfregulatie van patiënten. Op deze manier kan worden bijgedragen aan het bevorderen van de zelfredzaamheid (5, 23).

2.4.3. Begrijpelijke informatie aanbieden

Het creëren van begrijpelijke en toegankelijke communicatie vormt een kerndoel. Dit omvat het gebruik van visuele hulpmiddelen, pictogrammen en applicaties om complexe informatie begrijpelijk te maken. Hierbij is het gebruik van eenvoudige visuele en tekstuele hulpmiddelen essentieel. Zo kunnen fotoverhalen helpen om patiënten te ondersteunen bij het herkennen van communicatieproblemen en het vinden van oplossingen. Motivatie en ziekte-inzicht van patiënten kunnen hierdoor worden verhoogd. Verhalen met herkenbare personages die obstakels overwinnen, bieden patiënten motivatie en praktische strategieën om toe te passen op hun eigen gezondheidssituatie. Voorbeelden van succesvolle communicatie kunnen de communicatieve zelfeffectiviteit vergroten, waardoor patiënten zich zekerder voelen in het stellen van vragen en actief deelnemen aan gesprekken (5, 34).

Verder kan het gebruik van visuele en numerieke hulpmiddelen patiënten helpen bij het nemen van weloverwogen beslissingen . Numerieke en visuele risicocommunicatie speelt een belangrijke rol bij het begrijpelijk maken van risico's. Het gebruik van natuurlijke frequenties in plaats van percentages, bijvoorbeeld "20 op 100" versus "20%", en het neutraliseren van framing-effecten, bijvoorbeeld "80 op 100 overleeft" versus "20 op 100 overlijdt", helpt om verwarring te voorkomen (21).

De website www.thuisarts.nl biedt zorgprofessionals een handig hulpmiddel bij het ondersteunen van patiënten, vooral bij lage gezondheidsvaardigheden. De website is gebruiksvriendelijk en biedt betrouwbare, begrijpelijke gezondheidsinformatie die het beleid van zorgverleners vergemakkelijkt. Patiënten kunnen de informatie eenvoudig thuis herbekijken, wat hen helpt om de gegeven uitleg beter te begrijpen en te onthouden. Daarnaast kunnen zorgprofessionals de informatie afdrukken en meegeven aan de patiënt, zodat ze het op een later moment nog eens kunnen doornemen. De teksten zijn eenvoudig geschreven en bevatten visuele elementen zoals afbeeldingen en video's, wat het begrip verder vergemakkelijkt. Dit maakt het voor zowel zorgverleners als patiënten gemakkelijker om de informatie te verwerken en toe te passen. De informatie op deze website is enkel beschikbaar in het Nederlands, hierdoor is het, in tegenstelling tot www.zanzu.be niet bruikbaar om een taalbarrière te overwinnen (39). Door digitale tools te gebruiken die visuele ondersteuning combineren met eenvoudige instructies kan ook de interactie worden bevorderd. Belangrijk hierbij is dat de balans tussen technologie en persoonlijke interactie moet worden bewaakt (18).

2.4.4. *If*-then-methode

Het integreren van de praktische *if-then*-methode biedt aanvullende ondersteuning. Dit is een methode om gedragsverandering te ondersteunen, specifiek gericht op het verbeteren van communicatieve zelfredzaamheid bij patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Deze aanpak omvat het gebruik van concrete implementatieplannen die patiënten stapsgewijze scenario's bieden om met communicatieproblemen in de zorg om te gaan (34).

Aanvullend kunnen met behulp van fotoverhalen herkenbare situaties geschetst worden waarin personages communicatiebarrières overwinnen door praktische strategieën toe te passen. Deze expliciete "als-dit-dan-dat"-scenario's (bijvoorbeeld: "Als ik me nerveus voel tijdens een consult, dan kan ik een familielid meenemen ter ondersteuning") bieden patiënten niet alleen duidelijke voorbeelden, maar moedigen hen ook aan om deze direct toe te passen in hun eigen zorgervaring. Visuele en vertellende aspecten van fotoverhalen spelen een cruciale rol in het bevorderen van mentale verbeelding en het aanleren van dergelijke implementatieplannen. Dit helpt patiënten om de intentie-gedragskloof te overbruggen. De intentie-gedragskloof verwijst naar het verschil tussen wat mensen van plan zijn te doen (hun intentie) en wat ze daadwerkelijk doen (hun gedrag). Dit concept benadrukt dat zelfs wanneer iemand een sterke motivatie of intentie heeft om bepaald gedrag te vertonen, bijvoorbeeld vragen stellen tijdens een dokterconsult, dit niet altijd leidt tot daadwerkelijk handelen. Er kunnen obstakels zijn, zoals onzekerheid, angst, vergeetachtigheid of gebrek aan zelfvertrouwen, die verhinderen dat intenties worden omgezet in het gewenste gedrag. De methode wordt beschouwd als een essentieel onderdeel van interventies die gericht zijn op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden, het ondersteunen van gedragsverandering en het vergroten van de zelfredzaamheid van patiënten (34).

2.5. Interventies voor het overkomen van sociaal-economische barrières

Zoals hierboven reeds beschreven zorgen taboe en een minderwaardigheidsgevoel voor een toegenomen kwetsbaarheid. Hierdoor is ook bij deze patiëntengroep effectieve communicatie essentieel. Bewustzijn van sociale en economische ongelijkheden helpt huisartsen hun communicatie en gedrag af te stemmen op de specifieke behoeften van deze groep (16).

Huisartsen kunnen actief bijdragen door bewust om te gaan met hun voorschrijfgedrag. Ze kunnen bijvoorbeeld kiezen voor generieke geneesmiddelen in plaats van dure merkproducten. Daarnaast is het van belang dat huisartsen bij het aanvragen van diagnostische onderzoeken zorgvuldig de noodzaak hiervan afwegen. Dit vermindert niet alleen de financiële lasten voor de patiënt, maar bevordert ook een efficiënter gebruik van zorgmiddelen. Tevens kunnen huisartsen patiënten informeren over kosteneffectieve zorgopties en behandelingen die in aanmerking komen voor terugbetaling. Het is belangrijk dat patiënten vooraf duidelijk worden geïnformeerd over de kosten en terugbetalingsmogelijkheden via hun mutualiteit, zodat onverwachte financiële kosten worden vermeden (40).

België biedt een uitgebreid wettelijk kader om de kosten van gezondheidszorg te beperken. Voor alle patiënten zijn er maatregelen zoals de maximumfactuur, die medische uitgaven plafonneert, en het Globaal Medisch Dossier, dat een hogere terugbetaling voor consultaties bij de huisarts garandeert. Een doorverwijzing door de huisarts verlaagt bovendien de kosten van consultaties bij specialisten. De derdebetalersregeling zorgt ervoor dat patiënten enkel hun persoonlijke aandeel betalen, wat directe financiële lasten vermindert. Verder bieden zorgtrajecten en het chronisch aandoeningsstatuut voordelen zoals volledige terugbetaling van consultaties en lagere maximumfacturen. In uitzonderlijke gevallen biedt het *Bijzonder Solidariteitsfonds* hulp voor medische verstrekkingen die niet door de ziekteverzekering worden gedekt. Huisartsen kunnen patiënten begeleiden in het benutten van deze voordelen en hen doorverwijzen naar relevante instanties zoals het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) of mutualiteiten voor verdere ondersteuning (41).

Resultaten: semigestructureerde interviews

Hieronder worden de resultaten van de semigestructureerde interviews beschreven. Eerst wordt ingezoomd op de context van de praktijk waarin de geïnterviewde huisartsen werkzaam zijn. Vervolgens wordt onderzocht hoe zij een kwetsbare patiënt definiëren en welke uitdagingen daarbij komen kijken, zonder daarbij al in te gaan op communicatie-aspecten. Daarna komen de ervaren communicatiebarrières en de reeds bekende hulpmiddelen aan bod. Tot slot delen de huisartsen hun onvervulde behoeften en doen zij aanbevelingen voor toekomstige hulpmiddelen.

1. Context van de huisartsenpraktijk

De geïnterviewde huisartsen werken in diverse praktijkomgevingen. Sommige praktijken bevinden zich in stedelijke gebieden met een multiculturele populatie, terwijl andere in meer landelijke regio's gevestigd zijn waar de sociale kwetsbaarheid van patiënten doorgaans minder uitgesproken is. In sommige praktijken bestaat 50% van de patiëntenpopulatie uit patiënten met een migratieachtergrond, terwijl dit aandeel in andere praktijken lager is. Dit leidt tot variatie in de communicatieve uitdagingen die huisartsen ervaren, waarbij taalbarrières en lage gezondheidsvaardigheden in multiculturele wijken prominenter naar voren komen.

De patiëntaantallen variëren per praktijk van ongeveer 2000 tot 3500 patiënten. Afhankelijk van de werkregio wordt het aandeel kwetsbare patiënten beschreven als variërend van een kleine minderheid tot een derde van de patiëntenpopulatie. In sommige regio's neemt het aantal kwetsbare patiënten toe en groeit de diversiteit in talen binnen de praktijk. Hierdoor ontstaat een toenemende behoefte aan aangepaste communicatiestrategieën en hulpmiddelen.

2. Kwetsbare patiënten

2.1. Definitie van kwetsbaarheid

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat het moeilijk is om een eenduidige definitie van kwetsbaarheid te formuleren. Zij beschouwen kwetsbaarheid als een complex gegeven dat afhankelijk is van meerdere factoren. Het wordt niet enkel bepaald door sociaal-economische status, maar ook door taalvaardigheid, gezondheidsvaardigheden en toegang tot zorg. Bovendien merken zij op dat patiënten met meerdere chronische aandoeningen, ofwel multimorbiditeiten, vaak meer complexe zorg nodig hebben, wat hun kwetsbaarheid verder kan versterken. Beperkte cognitieve capaciteiten maken het voor sommige patiënten extra moeilijk om medische informatie te verwerken en therapietrouw te behouden. Kwetsbaarheid wordt volgens verschillende artsen verder ook bepaald door een instabiele thuissituatie, waarbij financiële problemen, slechte huisvesting en een beperkt sociaal netwerk de zorgcontinuïteit bemoeilijken.

> *"Dus iemand waarbij de zorg die wij voor ogen hebben, door een reden die wij misschien niet altijd zien, niet kan doorzetten." (D2)*

> *"Een kwetsbare patiënt, voor mij is dat iemand die zichzelf niet zelfstandig kan verzorgen." (D7)*

Volgens de huisartsen bevinden kwetsbare patiënten zich vaak "onderaan de ladder" en hebben ze extra ondersteuning nodig om adequate zorg te kunnen garanderen. Zij merken op dat kwetsbaarheid niet beperkt blijft tot patiënten met een migratieachtergrond, maar ook Belgische patiënten met een al dan niet lage sociaal-economische status treft. Bovendien is kwetsbaarheid contextafhankelijk en kan deze fluctueren afhankelijk van de levensomstandigheden van de patiënt.

> *"Kwetsbaar zijn de mensen die, die het wat moeilijk hebben, ook om dingen te verstaan, om dingen te begrijpen, om zich de zorg te kunnen veroorloven maar ook de zorg te begrijpen, dus het correcte proberen uit te voeren wat wij vragen" (D6)*

Een van de meest genoemde kenmerken van kwetsbaarheid is de taalbarrière die vaak leidt tot misverstanden in de medische communicatie. Beperkte gezondheidsvaardigheden spelen eveneens een grote rol, aangezien veel kwetsbare patiënten moeite hebben om medische informatie correct te begrijpen en toe te passen. Daarnaast vormen financiële problemen, zoals lage inkomens en afhankelijkheid van sociale uitkeringen, een drempel voor de toegankelijkheid van gezondheidszorg.

2.2. Uitdagingen bij kwetsbare patiënten

Huisartsen ervaren verschillende uitdagingen in de zorg voor kwetsbare patiënten, waarbij intensieve begeleiding en extra uitleg noodzakelijk zijn. Zij hebben de indruk dat deze patiënten vaak moeite hebben om medische adviezen te begrijpen en op te volgen, waardoor de artsen meer tijd en energie moeten investeren. Daardoor blijken de reguliere consultatietijden vaak onvoldoende. Deze extra tijdsdruk vormt een uitdaging, vooral in drukke huisartsenpraktijken waar een strakke planning geldt. Ondanks de geleverde inspanningen is het niet altijd zeker of de boodschap effectief overkomt, wat soms leidt tot frustratie bij de huisarts.

> *"Als ik die patiënt voor mij heb, dan voel ik dat dat van mij meer energie vraagt." (D7)*

Een ander terugkerend probleem is dat kwetsbare patiënten gemaakte afspraken niet altijd naleven. Ze komen vaak te laat of verschijnen niet op doorverwijzingen, wat door sommige artsen wordt toegeschreven aan een gebrek aan kennis over het zorgsysteem. Dit leidt tot vertragingen in het zorgproces en bemoeilijkt de opvolging van behandelingen.

> *"Mensen waar je wel tijd voor maakt, maar dan te laat komen. Mensen die het niet begrepen hebben. Mensen die je verwijst naar een andere hulpverlener en daar niet opdagen. Dat is moeilijk." (D2)*

Eén van de huisartsen merkt op dat kwetsbare patiënten soms een langere ziekteperiode vragen dan strikt nodig, wat kan duiden op een verschil in perceptie over wat medische zorg inhoudt. Wat voor de arts banaal lijkt, kan voor de patiënt als ernstig worden ervaren. Zo is voor sommige patiënten het ziektebriefje mogelijks een manier om even afstand te nemen van een situatie die hen overweldigt waarbij de hulpvraag voortkomt uit hun beperkte draagkracht, eerder dan uit een strikt medische noodzaak.

Huisartsen signaleren dat huisvestingsproblemen, zoals onder andere slechte ventilatie en vocht- of schimmelproblemen, niet alleen bijkomende gezondheidsklachten kunnen veroorzaken, maar ook de naleving van zorginstructies bemoeilijken. Bovendien kan een instabiele thuissituatie ervoor zorgen dat patiënten minder goed bereikbaar zijn of dat de noodzakelijke zorg niet consistent wordt opgevolgd. Dit alles maakt de zorg voor kwetsbare patiënten complex.

3. Communicatiebarrières

3.1. Taalbarrière

Huisartsen ervaren een taalbarrière als de grootste communicatieve uitdaging in de zorg voor kwetsbare patiënten. Deze barrière heeft niet alleen een directe impact op de anamnese en het behandelbeleid, maar zorgt ook voor onzekerheid over de correcte interpretatie van medische informatie. Patiënten die de taal niet voldoende beheersen, hebben vaak moeite om hun klachten duidelijk te verwoorden, waardoor het stellen van een juiste diagnose vaker bemoeilijkt wordt. Dit leidt ertoe dat artsen extra tijd nodig hebben om een volledig en correct beeld te krijgen van de medische situatie. Daarnaast beperkt de taalbarrière de mate van detail waarin een arts uitleg kan geven. Bepaalde nuances in de zorg dreigen hierdoor verloren te gaan, wat een invloed heeft op de kwaliteit van de medische communicatie en besluitvorming. Toch blijft er, zelfs na herhaling en controle van de uitleg, een blijvende onzekerheid of de patiënt de instructies en adviezen volledig heeft begrepen.

> *"Ja, vooral die taalbarrière dan, waardoor je 1) al meer tijd nodig hebt om te begrijpen wat ze zeggen En 2) niet zeker zijt of ge het allemaal wel goed hebt begrepen." (D6)*

> *"[…] omdat ge niet 100% zeker zijt of ze alles goed begrepen hebben. Ook al toets je dat af, ge hebt precies nooit 100% zekerheid." (D5)*

3.2. Cultuurbarrière

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat een cultuurbarrière een rol kan spelen in de zorgverlening, maar hun perceptie hierover verschilt. Sommige artsen ervaren dit als een belangrijke uitdaging. Ze ondervinden moeilijkheden in de communicatie en afstemming van zorg op noden, waarden en normen van de patiënt met een andere culturele achtergrond. Andere artsen benoemen dit niet spontaan als een probleem en moeten hier actief over bevraagd worden. Dit wijst erop dat zij eerder een cultuurneutrale benadering hanteren, wat in contrast staat met het principe van

cultuursensitief werken waarbij bewust wordt ingespeeld op culturele verschillen om de zorg toegankelijker en effectiever te maken.

> *"Ik heb dat in het begin soms wel onderschat, hoe zij naar gezondheid kijken, en dat dat heel anders is dan hoe ik ernaar kijk." (G1)*

Enkele huisartsen merken op dat de ziekteperceptie sterk verschilt per cultuur, wat invloed heeft op de manier waarop patiënten hun klachten uiten en hoe ze medische zorg benaderen. Vooral bij psychische klachten ondervinden artsen moeilijkheden, omdat mentale gezondheidsproblemen in sommige gemeenschappen taboe blijven. Dit kan ervoor zorgen dat patiënten psychische klachten op een andere manier presenteren, bijvoorbeeld door ze te vertalen naar lichamelijke symptomen, wat het stellen van een juiste diagnose bemoeilijkt. Daarnaast ondervinden artsen in hun praktijk dat culturele verwachtingen en gebruiken invloed hebben op medische interacties. Zo spelen verschillen in dagelijkse gewoontes, genderrollen en opvattingen over medicatie een rol in de communicatie en behandeling. Sommige patiënten hebben specifieke verwachtingen over medicatievoorschriften, wat soms botst met de medische richtlijnen.

Huisartsen merken ook op dat hun eigen kennis over culturele achtergronden soms tekortschiet. Dit kan leiden tot misverstanden en een onderschatting van de invloed van culturele factoren op het ziektebeeld en de verwachtingen van de patiënt. Een van de artsen geeft aan dat de kans hierop groter is bij de zorg voor vluchtelingen en nieuwkomers, waar het ontbreken van inzicht in hun medische voorgeschiedenis en gezondheidsopvattingen de communicatie aanzienlijk bemoeilijkt. Hierdoor gaan belangrijke details in de zorg verloren, wat soms leidt tot een kloof tussen de medische adviezen van de arts en de bereidheid van de patiënt om deze op te volgen.

3.3. Sociaal-economische barrière

Hoewel financiële beperkingen geen directe communicatiebarrière vormen, ervaren de geïnterviewde huisartsen dit als een grote belemmering binnen de zorgverlening. Patiënten met beperkte middelen stellen onderzoeken en consultaties uit, halen medicatie niet af of kunnen specialistische zorg niet betalen. Ook de preventieve zorg wordt minder toegepast en aandoeningen worden vaak pas in een later stadium gediagnosticeerd. Hierdoor voelen huisartsen zich soms genoodzaakt goedkopere, maar minder optimale opties te kiezen. Ze geven aan dat deze situatie frustrerend is, omdat zij weten wat medisch noodzakelijk is, maar niet altijd kunnen garanderen dat patiënten de juiste zorg kunnen financieren. Daarnaast is er weinig transparantie over de kostprijs van labo-onderzoeken en behandelopties, wat het moeilijk maakt om patiënten goed te informeren. Ook ontbreekt er kennis over financiële ondersteuningsmaatregelen, waardoor sommige patiënten niet de hulp krijgen waar ze recht op hebben. Dit alles bemoeilijkt de zorg en zet artsen onder druk bij het maken van medische beslissingen.

> *"En wat ga je voorstellen, hè. In de richtlijnen staat er: 'stuur maar naar een diëtist' en 'stuur maar naar een psycholoog'. Nu met eerstelijnspsychologen is dat laatste al beter. Maar dat is niet altijd haalbaar. Kinesist, ook al zie je dat veel patiënten daar niet naartoe gaan omdat het financieel ook kan tellen. Dus er zijn zeker drempels in je therapie of je behandelplan, dat wel." (D3)*

> *"En gewoon omdat het al zo'n moeilijke situatie is, maakt dat je bepaalde medicatie, waarvan je weet dat die wat duurder is, niet voorschrijft." (G1)*

3.4. Beperkte gezondheidsvaardigheden

Beperkte gezondheidsvaardigheden worden door huisartsen als een aanzienlijke communicatiebarrière ervaren. Het begint vaak al bij de anamnese: patiënten met lage gezondheidsvaardigheden hebben moeite om hun klachten helder te verwoorden of begrijpen de vragen van de arts niet volledig. Dit maakt het voor de huisarts uitdagend om een correct en volledig beeld te krijgen van het probleem. De communicatie verloopt stroef en de arts moet vaak extra tijd nemen om met eenvoudige bewoordingen en herhaalde vragen de nodige informatie te achterhalen.

Ook bij het bespreken van het beleid ontstaat er onzekerheid. Huisartsen geven aan dat ze soms niet kunnen inschatten of hun uitleg daadwerkelijk is aangekomen bij de patiënt. Zelfs wanneer ze informatie herhalen en proberen te controleren of de patiënt de adviezen begrijpt, blijft er een gevoel van twijfel bestaan. Het is vaak onduidelijk of de patiënt de instructies volledig heeft begrepen en de medicatie correct zal innemen. Dit gebrek aan zekerheid maakt de communicatie met deze patiënten bijzonder uitdagend.

"Je weet ook niet, is het beleid goed aangekomen dat je uitgelegd hebt; begrijpt de patiënt het? En gaat die het ook opvolgen? En nadien eventueel bij een opvolgconsultatie: gaat de patiënt hier terugkomen? En heeft de patiënt begrepen dat er nog eens een opvolging nodig is? Het zijn die twee zaken die het moeilijkste zijn." (D1)

Daarnaast merken huisartsen dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak de ernst van hun aandoening anders inschatten. Dit leidt tot misverstanden, bijvoorbeeld over het gebruik van spoeddiensten of het belang van therapietrouw. De arts kan wel blijven herhalen en vereenvoudigen, maar uiteindelijk blijft het moeilijk te garanderen dat de patiënt de medische adviezen opvolgt. Dit zorgt niet alleen voor frustratie, maar ook voor een gevoel van machteloosheid.

"Als je een therapie voorschrijft en een patiënt heeft onvoldoende inzicht, je niet weet of die de therapie gaat volgen, dus dat die therapietrouw zal zijn. Dat zijn wel de zaken die het moeilijk maakten." (D1)

4. Interventies en ervaringen

4.1. Inleiding

Huisartsen spelen een cruciale rol in het waarborgen van toegankelijke en effectieve zorg voor kwetsbare patiënten. Communicatiebarrières vormen hierbij een belangrijke uitdaging, aangezien taal, culturele verschillen en beperkte gezondheidsvaardigheden de interactie kunnen bemoeilijken. Om deze barrières te overwinnen, hanteren huisartsen diverse strategieën en hulpmiddelen, waarbij tijd, geduld en een flexibele aanpak centraal staan. Een van de geïnterviewde huisartsen benoemt nadrukkelijk dat hij communicatie als een gedeelde verantwoordelijkheid ziet en dat het zoeken is naar de best mogelijke manier om medische informatie helder over te brengen.

De huisartsen geven aan hun communicatiestijl aan te passen door middel van duidelijke en gestructureerde uitleg, herhaling en het gebruik van non-verbale communicatie. Ze gebruiken bewust eenvoudige bewoordingen om hun boodschap beter over te brengen. Visuele ondersteuning en digitale vertaalhulpmiddelen worden ingezet om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Desondanks blijven de huisartsen alert op mogelijke misverstanden en controleren ze actief of de patiënt de informatie begrepen heeft.

"Ik denk dat mijn twee kernwoorden zijn: tijd en geduld, heel veel tijd insteken en proberen heel veel geduld op te brengen. Ja met heel veel uitleg, waarom en hoe en hopen dat ze het begrijpen." (D6)

Naast persoonlijke communicatievaardigheden maken deze huisartsen gebruik van verschillende hulpmiddelen om communicatiebarrières te doorbreken, zoals vertaalapplicaties, tolken en visuele ondersteuning. De effectiviteit van deze hulpmiddelen wordt echter met wisselend enthousiasme als positief ervaren. Beperkingen in tijd en praktische toepasbaarheid zorgen ervoor dat ze niet altijd optimaal worden benut. Bovendien ervaren huisartsen soms onzekerheid over de juiste inzet van deze tools, doordat ze onvoldoende kennis hebben over beschikbare opties of niet weten hoe ze deze efficiënt kunnen integreren binnen een consultatie.

"Soms met handen en voeten uitleggen. Of soms met de Google Translate. Dat gebeurt ook. En als het dan echt heel belangrijk is, zou ik dan wel vragen dat er een familielid mee komt." (D2)

Een bijkomende uitdaging die vermeld wordt, is het risico op information overload, vooral bij kwetsbare patiënten die moeite hebben met het verwerken van complexe medische uitleg. Dit geldt niet alleen voor mondelinge communicatie, maar ook voor schriftelijke materialen en digitale vertaalhulpmiddelen. Wanneer deze hulpmiddelen te veel informatie in één keer bieden, kunnen patiënten alsnog moeite hebben om de boodschap te begrijpen. Daarom zoeken de huisartsen voortdurend naar een balans tussen het geven van voldoende informatie en het vermijden van overbodige details die verwarring kunnen veroorzaken.

Hoewel hulpmiddelen een waardevolle ondersteuning kunnen bieden, blijft effectieve communicatie grotendeels afhankelijk van de manier waarop huisartsen zich aanpassen aan de behoeften van de patiënt. De combinatie van actieve bevraging, non-verbale communicatie en herhaling wordt in veel gevallen ervaren als voldoende om essentiële informatie over te brengen. In deze analyse worden

de besproken ervaringen van huisartsen met bestaande interventies en hulpmiddelen verder uitgediept met bijzondere aandacht voor hun effectiviteit en toepasbaarheid in de praktijk.

4.2. Vertaalapplicaties

Huisartsen maken regelmatig gebruik van vertaalapplicaties om taalbarrières in de communicatie met kwetsbare patiënten te overbruggen. *Google Translate* en *SayHi* worden het meest genoemd vanwege hun mogelijkheid om de gesproken taal direct te vertalen. Huisartsen passen deze applicaties tweezijdig toe: zowel om instructies te geven als om te begrijpen wat de patiënt vertelt. Hoewel de vertalingen niet altijd perfect zijn, beschouwen artsen deze digitale hulpmiddelen als een nuttige oplossing wanneer er geen andere ondersteuning beschikbaar is.

> *"Ja, als ze de taal niet spreken is dat altijd moeilijk. Wanneer ze dan een tolk meenemen, is dat heel gemakkelijk. En anders Google Translate, helaas. Maar dat is dan geen topgeneeskunde. Je anamnese is niet wat het moet zijn." (D3)*

Ondanks de voordelen van vertaalapplicaties merken huisartsen op dat de kwaliteit van de vertalingen sterk varieert, vooral bij medische terminologie. Dit kan leiden tot onzekerheid over de accuraatheid en volledigheid van de vertaalde informatie, wat een potentieel risico vormt voor de kwaliteit van de zorg. Daarnaast ervaren huisartsen dat vertaalapplicaties vaak een kwalitatieve anamnese bemoeilijken, omdat nuances in het verhaal van de patiënt verloren kunnen gaan. Dit maakt het lastiger om een volledig en correct medisch beeld te krijgen.

Een bijkomende beperking is dat het gebruik van digitale vertaalhulpmiddelen de consultatie minder persoonlijk kan maken. Zowel de arts als de patiënt kijken vaker naar het scherm, waardoor direct oogcontact afneemt. Hierdoor wordt het moeilijker om non-verbale signalen en emoties op te pikken, wat juist essentieel is in een medische interactie. De geïnterviewde huisartsen benadrukken dat deze non-verbale communicatie, zoals gebaren en lichaamstaal, vaak nog steeds noodzakelijk is om nuances beter over te brengen.

> *"Maar met een app wordt het nog meer onpersoonlijk. Omdat je ook soms meer naar de GSM of zo aan het kijken bent of aan het focussen zijt dan dat je eigenlijk naar uw, of op uw patiënt gefocust zijt." (D5)*

Ondanks de beperkingen zien huisartsen vertaalapplicaties als een beter alternatief dan helemaal geen hulpmiddel. Sommige artsen merken bovendien op dat de technologie in de loop der tijd verbetert en mogelijk een steeds betrouwbaarder communicatiemiddel zal worden. Naast vertaalapplicaties verwijzen huisartsen soms naar betrouwbare medische bronnen zoals www.zanzu.be, zodat patiënten informatie in hun eigen taal kunnen nalezen.

4.3. Tolken

Huisartsen geven aan dat er vaak tolken worden ingezet als ondersteuning bij taalbarrières. Dit is vooral gewenst bij complexe of gevoelige gesprekken. In de praktijk nemen patiënten vaak zelf een vertrouwenspersoon mee als tolk, zoals een familielid of iemand uit hun netwerk. Hierdoor hoeven huisartsen zelden zelf een tolk te regelen. Hoewel deze informele tolken laagdrempelig en praktisch zijn, twijfelen huisartsen over de betrouwbaarheid en volledigheid van de vertalingen. De huisartsen geven vaak aan de indruk te hebben dat familieleden informatie regelmatig verkorten of filteren, waardoor mogelijks niet alles wordt doorgegeven zoals de huisarts het bedoeld. Bovendien is er onzekerheid over wat er niet vertaald wordt, vooral wanneer er onderling in een andere taal wordt gesproken zonder dat de arts dit begrijpt. Dit kan leiden tot verlies van nuance en accuraatheid, wat een impact heeft op de kwaliteit van de zorg.

> *"Op zich ja, is dat zeker zeker goed als ze erbij zijn, ook probeer ik dan ook wel altijd tijdens de consultatie toch naar de patiënt te kijken en niet naar het familielid dat tolkt, om ook inderdaad een gezichtsuitdrukkingen te zien. Maar ja, je weet natuurlijk niet ofdat ze alles volledig vertalen. Of ik vind het soms heel moeilijk als ze wel aan het vertalen zijn, maar dat er dan toch onderling een stuk gebabbeld wordt nadien of voordien ofzo dat je je afvraagt 'wat zijn ze nu aan het zeggen?' Dus ge voelt u toch onzekerder."(D5)*

> *"Maar ik merk wel dat er vaak informatie verloren loopt. Omdat ik het gevoel heb dat mijn vraag opeens veel korter wordt verwoord." (D7)*

Professionele tolken worden in ziekenhuizen vaker ingezet, huisartsen die ervaring hebben met deze professionele tolken beschouwen deze aanpak als betrouwbaarder. In de eerstelijnszorg blijft de beschikbaarheid en het gebruik ervan echter beperkt. Veel huisartsen geven aan dat ze niet goed weten hoe ze een professionele tolk kunnen inschakelen en vrezen voor organisatorische moeilijkheden. Daarom moedigen ze patiënten actief aan om zelf een betrouwbare tolk mee te nemen bij belangrijke gesprekken. Ondanks de aanwezigheid van een tolk vinden huisartsen het essentieel om zich rechtstreeks tot de patiënt te blijven richten. Dit helpt om een persoonlijke connectie te behouden en te controleren of de patiënt de informatie daadwerkelijk begrijpt.

4.4. Visuele hulpmiddelen

Naast taalondersteuning gebruiken huisartsen visuele hulpmiddelen, zoals praatkaarten, pictogrammen en medische illustraties, om de communicatie met kwetsbare patiënten te vergemakkelijken. Ze merken op dat visuele ondersteuning een waardevolle aanvulling is op verbale uitleg, vooral bij patiënten met taalproblemen of beperkte gezondheidsvaardigheden.

Illustraties en pictogrammen helpen om medische informatie toegankelijker te maken en vergemakkelijken de uitleg van diagnoses en behandelplannen. Sommige artsen gebruiken gespecialiseerde praatkaarten of verwijzen patiënten naar betrouwbare websites zoals thuisarts.nl of huidziekten.nl, zodat ze de informatie na de consultatie opnieuw kunnen bekijken. Informatiebrochures, afkomstig van bv. www.thuisarts.nl of www.huidziekten.nl, worden soms ingezet als naslagwerk voor patiënten, maar huisartsen merken op dat te veel schriftelijke informatie overweldigend kan zijn voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarom verkiezen ze vaak een korte en bondige uitleg, waarbij ze alleen de essentiële informatie opschrijven. Toch ervaren ze dat patiënten met visuele uitleg vaker tevreden de consultatie verlaten en een beter begrip hebben van hun gezondheidstoestand en behandeling. De interviews brengen aan het licht dat deze hulpmiddelen niet altijd beschikbaar zijn of onvoldoende bekend zijn bij artsen. Zo waren de praatkaarten van Pharos.nl door geen enkele arts bekend.

Daarnaast passen huisartsen ook meer informele methoden toe, zoals zelfgemaakte tekeningen en notities om complexe medische concepten te verduidelijken. Wanneer nodig, zoeken ze online naar geschikt beeldmateriaal, bijvoorbeeld via *Google Afbeeldingen*, om patiënten een visueel referentiepunt te geven. Door visuele hulpmiddelen te integreren in hun consultaties, proberen huisartsen de kans op misverstanden te verkleinen en patiënten meer inzicht te geven in hun gezondheid en behandeling. Maar ze maken zich zorgen over de betrouwbaarheid en accuraatheid van afbeeldingen, vooral bij bronnen zoals *Google Afbeeldingen* waar de inhoud niet gereguleerd is.

> *"Of ook wel te gaan verwijzen naar sommige informatiebrochures. Informatiebrochures af te drukken, maar soms is dat dan ook al net teveel informatie dus meestal schrijf ik gewoon relatief beperkt op dat het gewoon kort en duidelijk is." (D5)*

4.5. Cultuursensitief werken

Hoewel de meerderheid van de huisartsen aangeeft onvoldoende kennis van de verschillende culturen te hebben, zien ze in dat bewustwording en ervaring hen kan helpen om in toekomstige consultaties effectiever met culturele verschillen om te gaan. De huisartsen die wel de impact van de cultuurverschillen ervaren, passen hun communicatie en aanpak hierop aan. Zij benadrukken het belang van een open en respectvolle houding, waarbij ze actief luisteren naar de overtuigingen en gewoonten van patiënten. Dit betekent niet dat de medische behandeling hierdoor verandert, maar dat er wel rekening wordt gehouden met culturele gevoeligheden. Zo proberen artsen flexibel om te gaan met specifieke behoeften, zoals medicatie-inname tijdens de Ramadan, en besteden ze aandacht aan hoe ziekte en gezondheid binnen verschillende gemeenschappen worden beleefd.

> *"Dus proberen zoveel mogelijk te begrijpen wat hun cultuur inhoudt en dan daar een beetje op inspelen. Maar ik denk ook niet dat ik daar al de grote details van ken." (D3)*

Anderzijds geven enkele geïnterviewde huisartsen aan dat cultuurverschillen voor hen geen rol spelen, in de zin dat ze alle patiënten gelijk behandelen, ongeacht hun achtergrond. Dit wordt door hen als een positieve benadering gezien, waarbij ze medische zorg aanbieden zonder onderscheid te maken op basis van cultuur of religie. Echter strookt deze visie niet volledig met cultuursensitief handelen, waarbij er juist bewust rekening wordt gehouden met de invloed van culturele achtergronden op ziektebeleving, zorgopvattingen en therapietrouw. Huisartsen die deze aanpak hanteren en hun kennis vergroten, merken dat dit voor tevredenheid zorgt bij zowel arts als patiënt.

"En cultuur, zoals ik zei, andere opvattingen, bepaalde problemen, andere expressie van klachten, wat moeilijk maakt en je moeilijk kan inschatten wat de ernst is van bepaalde klachten. Ik denk dat we dan de nodige aandacht geven en luisteren, een luisterend oor bieden. Dat dat uiteindelijk wel voldoening geeft en de patiënt zich wel gehoord voelt." (D1)

4.6. Gezondheidsvaardigheden

Huisartsen passen verschillende strategieën toe om de communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Omdat deze patiënten moeite kunnen hebben met het begrijpen en toepassen van medische informatie, voorzien huisartsen extra uitleg en herhalen ze belangrijke instructies waar nodig. Ze proberen medische concepten zo helder mogelijk uit te leggen, vaak met concrete voorbeelden die aansluiten bij de leefwereld van de patiënt. Zo wordt door een arts het voorbeeld gegeven van cholesterol in de bloedvaten te vergelijken met kalk in waterleidingen, omdat dit een herkenbaar beeld schetst en het begrip vergemakkelijkt.

"Gebruiksvoorwerpen, dus ook kalk, cholesterol in de bloedvaten vergelijken met kalk in water, want dat begrijpen ze." (D6)

Daarnaast schrijven huisartsen medische informatie soms voor de patiënt uit of verwijzen ze naar informatiebrochures die als naslagwerk kunnen dienen. Dit helpt patiënten om de uitleg achteraf nog eens door te nemen en vergroot de kans dat adviezen correct worden opgevolgd. Huisartsen vinden het ook belangrijk om patiënten actief te betrekken bij hun zorgbeslissingen, zodat ze niet alleen instructies volgen, maar ook inzicht krijgen in hun behandeling.

Om te controleren of patiënten de uitleg goed begrijpen, passen artsen actieve bevraging en herhaling toe. Ze vragen patiënten bijvoorbeeld om in hun eigen woorden uit te leggen wat de volgende stappen in hun behandeling zijn. Door deze methoden te combineren, proberen huisartsen ervoor te zorgen dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden meer ziekte-inzicht krijgen en hun behandeling correct kunnen volgen.

4.7. Sociaal-economische barrière

Kwetsbare patiënten hebben vaak bijkomende problemen, zoals financiële moeilijkheden of beperkte toegang tot sociale hulpverlening, waardoor huisartsen een deel van hun consultatietijd moeten besteden aan niet-medische ondersteuning. Dit wordt als een belasting ervaren, omdat huisartsen niet altijd op de hoogte zijn van alle beschikbare sociale en financiële hulpregelingen. In praktijken met een maatschappelijk werker merken huisartsen dat de drempel tot hulp aanzienlijk verlaagt. De huisartsen merken op dat veel hulptrajecten langzaam en bureaucratisch verlopen, waardoor kwetsbare patiënten niet altijd tijdig de nodige ondersteuning krijgen. Dit leidt ertoe dat artsen gedwongen worden zelf oplossingen te zoeken. Zo proberen ze financiële drempels voor kwetsbare patiënten te verlagen door bewust rekening te houden met de betaalbaarheid van de behandelopties. Sommigen raadplegen het BCFI om kostenbewust medicatie voor te schrijven, maar merken dat financiële informatie niet altijd transparant is. Sommige van de geïnterviewde huisartsen passen zo nodig het behandelplan aan, bijvoorbeeld door goedkopere medicatie voor te schrijven of minder door te verwijzen naar aanvullende zorg. Waar mogelijk geven ze gratis medicatiestalen mee als tijdelijke ondersteuning. Ondanks deze inspanningen blijft het bieden van kwalitatieve zorg binnen beperkte financiële middelen een voortdurende uitdaging.

"Ik denk dat ik altijd wel dubbel ga nadenken over wat ik voorschrijf. Dat ik het BCFI altijd even open doe om te zien van 'wat gaat dat hier kosten'. Want voor sommigen is een buscopan al een grote drempel om te gaan halen. En dan ga je daar toch wel rekening mee houden" (D3)

5. Aanbevelingen voor de toekomst

Huisartsen signaleren verschillende onvervulde behoeften in de zorg voor kwetsbare patiënten. Hoewel ze zich inspannen om taalbarrières, beperkte gezondheidsvaardigheden en sociale problemen aan te pakken, merken ze dat er structurele tekorten zijn in beschikbare hulpmiddelen en ondersteuningsmogelijkheden. Daarenboven merken ze op dat bestaande middelen vaak tekortschieten in gebruiksvriendelijkheid en accuraatheid. De huisartsen pleiten daarom voor kwalitatief betere en meer toegankelijke hulpmiddelen en doen verschillende suggesties voor nieuwe hulpmiddelen en interventies.

5.1. Nood aan betrouwbare vertaalde medische informatie en tolkendiensten

Huisartsen signaleren een belangrijk tekort aan eenvoudige informatieflyers in verschillende talen. Momenteel beschikken zij nauwelijks over betrouwbaar schriftelijk materiaal dat patiënten in hun moedertaal helpt bij het begrijpen van hun medische situatie. Hierdoor zijn artsen vaak aangewezen op mondelinge herhaling of digitale vertaalapplicaties, die niet altijd accuraat zijn. Hoewel sommige huisartsen opmerken dat *Google Translate* verbeterd is, erkennen ze dat dit geen volwaardige oplossing biedt voor een kwalitatieve medische anamnese of behandeling.

> *"Ja, ik vond dat een paar jaar geleden, toen zaten daar precies meer fouten in. En ik heb de indruk dat Google Translate slimmer wordt. En wel minder gekke taalfouten maakt."(D2)*

Een van de meest genoemde suggesties is de ontwikkeling van vertaalde online hulpmiddelen, zoals een meertalige versie van www.thuisarts.nl. Wanneer patiënten zelf medische informatie opzoeken, stuiten ze vaak op onbetrouwbare websites of foutieve automatische vertalingen. Een goed vertaalde, wetenschappelijk onderbouwde medische informatiebron zou volgens huisartsen een grote meerwaarde zijn. Sommige huisartsen suggereren een digitaal systeem waarmee medische vertalingen snel gegenereerd en afgedrukt kunnen worden voor patiënten. Dit zou hen helpen om tijdens consultaties efficiënt eenvoudige medische instructies of uitleg over een aandoening in de moedertaal van de patiënt beschikbaar te maken. Het voordeel hiervan is dat patiënten de informatie ook na het consult kunnen nalezen, wat hun begrip en therapietrouw ten goede komt. Huisartsen benadrukken dat de kwaliteit en nauwkeurigheid van vertalingen cruciaal zijn, zodat ze correct en medisch verantwoord blijven.

> *"Een thuisarts.nl in het Turks of in het Arabisch, moest die vertaald worden, dan zou dat wel heel goed zijn." (D2)*

Huisartsen ervaren ook een tekort aan visuele hulpmiddelen, hoewel ze weten dat dergelijke materialen waarschijnlijk bestaan. Ze geven aan niet te weten waar ze deze kunnen vinden of raadplegen, waardoor ze in de praktijk nauwelijks worden gebruikt. Beeldmateriaal en eenvoudige uitleg kunnen patiënten helpen om hun aandoening beter te begrijpen en hun behandeling correct op te volgen. Goed gestructureerde materialen zouden huisartsen in staat stellen om patiënten op een efficiëntere manier te informeren. Een huisarts merkte op dat praatkaarten met tekst enkel nuttig zijn voor patiënten die kunnen lezen, waardoor analfabeten worden uitgesloten. Een veelzeggende afbeelding zonder tekst of een universeel pictogram zou hiervoor een oplossing kunnen bieden.

Naast schriftelijke en visuele ondersteuning is er ook een duidelijke vraag naar een eenvoudig toegankelijke online tolkendienst. Een gestandaardiseerde en eenvoudig inzetbare tolkendienst zou een waardevolle toevoeging zijn in consultaties waar miscommunicatie grote gevolgen kan hebben.

5.2. Structurele sociale en financiële ondersteuning ontbreekt

Naast taal- en communicatiehulpmiddelen benadrukken huisartsen de noodzaak van meer sociale assistenten binnen huisartsenpraktijken. Verder pleiten ze voor een gecentraliseerd informatiepunt waar ze snel kunnen nagaan welke ondersteuning voor een patiënt beschikbaar is. Ook financiële barrières spelen een belangrijke rol in de toegankelijkheid van zorg, en huisartsen geven aan dat transparantie over medische kosten ontbreekt. Ze hebben onvoldoende zicht op de exacte prijs van labo-onderzoeken, medicatie en doorverwijzingen, waardoor ze niet altijd goed kunnen inschatten wat financieel haalbaar is voor een patiënt. Ze pleiten daarom voor een duidelijk en actueel overzicht van medische kosten, zodat ze patiënten beter kunnen begeleiden in hun zorgtraject.

> *"Maar ik denk ook dat het een beetje een, een beperking is dat wij als huisartsen niet op de hoogte zijn ook, of van alle mogelijkheden die dat er sociaal zijn van ondersteuning, wat dat ook niet mogelijk is dat je die allemaal kent. Maar zo een centraal punt, dat is wel een hulp." (D5)*

5.3. Cultuursensitieve zorg en aangepaste richtlijnen

Ten slotte merken huisartsen op dat er te weinig richtlijnen bestaan voor cultuursensitieve zorg. Hoewel ze allemaal streven naar een respectvolle benadering van patiënten met diverse achtergronden, missen ze vaak concrete richtlijnen over hoe om te gaan met culturele verschillen in ziektebeleving, religieuze beperkingen en specifieke medische situaties binnen bepaalde gemeenschappen. Een cultuursensitieve gids voor zorgverleners zou huisartsen kunnen helpen om beter afgestemde en meer inclusieve zorg te bieden.

6. Voorkeuren van huisartsen voor nieuwe hulpmiddelen

Huisartsen erkennen de uitdagingen in de communicatie met kwetsbare patiënten en staan open voor nieuwe hulpmiddelen die de zorg en interactie kunnen verbeteren. Ze benadrukken echter dat deze tools praktisch inzetbaar en gemakkelijk toegankelijk moeten zijn, zonder extra werklast te creëren.

> *"Ik denk dat het wel belangrijk is dat het een doelmatig effect heeft en dat het echt wel bijdraagt tot de consultatie. Dat het naar een hoger niveau wordt getild." (D1)*

Hoewel huisartsen zich nu vaak behelpen met improvisatie en beperkte middelen, is er een duidelijke bereidheid om innovatieve hulpmiddelen te omarmen. Ze zien onderzoek naar nieuwe communicatiehulpmiddelen als een noodzakelijke stap, aangezien taalbarrières en beperkte gezondheidsvaardigheden blijvende uitdagingen vormen in de eerstelijnszorg. Efficiënte, praktijkgerichte en eenvoudig te integreren hulpmiddelen kunnen volgens hen niet alleen de kwaliteit van zorg verbeteren. In een drukke huisartsenpraktijk is er namelijk weinig ruimte voor omslachtige of tijdrovende tools. De snelheid en bruikbaarheid van een hulpmiddel zijn doorslaggevend voor de effectiviteit in de praktijk.

> *"Maar alles is ook zo gedigitaliseerd. Er zijn sommige mensen die we daarmee echt wel missen, zoals ouderen of patiënten die niet de toegang hebben tot internet, ondanks dat dat toch wel erg noodzakelijk is in deze maatschappij op dit moment." (D1)*

Een groot deel van de huisartsen geeft de voorkeur aan digitale hulpmiddelen, omdat deze makkelijker aanpasbaar zijn bij veranderingen en meer mogelijkheden bieden om informatie af te stemmen op de specifieke patiënt. Een online platform wordt als de meest praktische optie gezien vanwege de flexibiliteit en toekomstbestendigheid. Tegelijkertijd erkennen zo goed als alle artsen dat niet alle patiënten digitaal vaardig zijn en dat een deel van de kwetsbare populatie, zoals ouderen of mensen zonder internettoegang, hierdoor uit de boot kan vallen. Daarom staan de huisartsen open voor een combinatie van digitale en fysieke hulpmiddelen. Digitale informatiebrochures met een printoptie worden als een goede middenweg beschouwd. Fysieke tools worden daarentegen als minder flexibel ervaren, omdat ze moeilijker aan te passen zijn aan veranderingen in de medische praktijkvoering. Ondanks deze kanttekeningen erkennen huisartsen dat de digitalisering van medische hulpmiddelen noodzakelijk is, zolang deze gebruiksvriendelijk, efficiënt en zonder extra werklast in de dagelijkse praktijk kunnen worden geïntegreerd.

Discussie

Hoofdbevindingen

Dit onderzoek toont aan dat communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten onder druk staat door onder andere vier terugkerende barrières: taalbarrière, lage sociaal-economische status, culturele verschillen en beperkte gezondheidsvaardigheden. Zowel de literatuur als de interviews met huisartsen en huisartsen-in-opleiding bevestigen deze drempels en illustreren hoe complex het samenspel daartussen is. De praktijkervaringen van artsen maken bovendien duidelijk dat theoretisch aanbevolen interventies vaak moeilijk toepasbaar zijn binnen de realiteit van de eerstelijnszorg.

Taalproblemen vormen volgens zowel literatuur als interviews een van de meest hardnekkige obstakels. Ze zorgen voor misverstanden rond diagnoses, medicatie en behandelplannen. Hoewel professionele tolken en digitale hulpmiddelen (zoals vertaalapps of meertalige folders) als effectieve oplossingen worden beschreven, blijken ze in de praktijk zelden systematisch ingezet. Huisartsen noemen tijdsdruk, onzekerheid over de accuraatheid van vertaaltools en organisatorische problemen als voornaamste redenen. Ook is er vaak onduidelijkheid over welke hulpmiddelen beschikbaar zijn of hoe ze ingezet kunnen worden.

De literatuur stelt dat patiënten met een lage sociaal-economische status medische zorg vaak mijden of uitstellen. Deze financiële moeilijkheden kunnen ook een negatieve impact hebben op de communicatie. De interviews bevestigen dit en voegen er een belangrijke nuance aan toe. Huisartsen merken dat patiënten zich soms schamen om hun situatie te bespreken of terughoudend zijn uit angst voor kosten. Dit bemoeilijkt niet alleen het gesprek, maar beïnvloedt het volledige consult, van hulpvraag tot therapietrouw. Artsen die werken in regio's met veel kwetsbare patiënten ontwikkelen vaak informele strategieën om hiermee om te gaan, maar geven aan dat structurele ondersteuning ontbreekt. Zo passen zij hun communicatiestijl aan door duidelijke en gestructureerde uitleg, herhaling en het gebruik van eenvoudige taal. Daarnaast maken ze gebruik van non-verbale communicatie, visuele ondersteuning en digitale vertaalhulpmiddelen zoals vertaalapps of tolken. Tijd, geduld en een flexibele houding blijken essentieel in de aanpak van communicatiebarrières.

Zowel in de literatuur als in de praktijk wordt cultuur benoemd als een factor die sterk meespeelt in de beleving van ziekte en gezondheid. Huisartsen merken dat percepties over pijn, psychisch welzijn en preventie kunnen verschillen naargelang de culturele achtergrond. De literatuur pleit voor cultuursensitieve zorg en interculturele bemiddelaars, maar uit de interviews blijkt dat er weinig formele training beschikbaar is. Veel artsen vertrouwen op hun intuïtie en ervaring, wat leidt tot een inconsistente aanpak. Sommigen kiezen voor een cultuurneutrale benadering, anderen verdiepen zich actief in de achtergrond van hun patiënt. Deze verschillen wijzen op een lacune in opleiding en een behoefte aan meer gestructureerde ondersteuning.

Uit zowel onderzoek als praktijkervaring blijkt dat patiënten met lage gezondheidsvaardigheden vaker moeite hebben met het begrijpen van medische informatie. Strategieën zoals de terugvraagmethode of visuele hulpmiddelen worden in de literatuur aanbevolen, maar blijken in de praktijk weinig ingeburgerd. Huisartsen geven aan dat tijdsdruk en het gebrek aan praktische richtlijnen hen belemmeren om complexe informatie op een begrijpelijke manier over te brengen. Er is dus een kloof tussen wat aanbevolen wordt en wat haalbaar wordt geacht binnen het dagelijkse consult.

Sterktes en beperkingen

Deze masterproef onderzoekt communicatiebarrières tussen huisartsen en kwetsbare patiënten, gebaseerd op zowel literatuur als praktijkervaring. Door literatuuronderzoek te combineren met semigestructureerde interviews met huisartsen en huisartsen-in-opleiding in Vlaanderen, biedt de studie een meer genuanceerd beeld. Bekende barrières worden bevestigd, de toepasbaarheid van interventies wordt verkend en nieuwe perspectieven komen aan bod. De resultaten sluiten nauw aan bij de dagelijkse praktijk: ze maken niet alleen communicatieproblemen zichtbaar, maar tonen ook de moeilijkheden die artsen ondervinden bij het toepassen van bestaande hulpmiddelen. Hoewel er tal van instrumenten bestaan, blijkt hun praktische toepasbaarheid binnen de huisartsenpraktijk vaak beperkt.

De literatuurstudie werd grondig en systematisch uitgevoerd. Dit verhoogt de betrouwbaarheid en volledigheid van de bevindingen. Ook de gekozen interviewaanpak vormt een duidelijke meerwaarde. De semigestructureerde opzet bood een goed evenwicht tussen gerichte vragen en ruimte voor nieuwe inzichten. Daardoor kwamen zowel herkenbare als onverwachte elementen naar voren, wat het inzicht in de problematiek verder verdiept.

Toch zijn er enkele beperkingen. De steekproef werd samengesteld via purposeful en convenience sampling, en bestond uitsluitend uit artsen werkzaam in opleidingspraktijken. Dit kan leiden tot selectiebias en beperkte representativiteit. Bovendien was de geografische focus beperkt tot enkele regio's in Vlaanderen, wat de algemene toepasbaarheid van de resultaten in vraag stelt. Ook de interviewopbouw bracht beperkingen met zich mee: doordat de vragen vertrokken vanuit de literatuur, kwamen sommige thema's minder spontaan naar voren. Tegelijkertijd leverden de gesprekken ook waardevolle aanvullingen op die niet in de literatuur waren terug te vinden, wat het belang van praktijkervaring onderstreept.

Daarnaast moet rekening worden gehouden met mogelijke publicatiebias in het literatuuronderzoek. Ondanks een brede en doordachte zoekstrategie bestaat het risico dat vooral studies met significante resultaten zijn opgenomen, waardoor negatieve of genuanceerde bevindingen onderbelicht blijven. De beschikbare tijd vormde ten slotte een praktische beperking: niet alle relevante studies konden in detail worden geanalyseerd en het aantal interviews bleef beperkt. Een grotere steekproef had mogelijk tot bijkomende inzichten geleid.

Aanbevelingen voor de praktijk en toekomst

Op basis van deze studie kunnen enkele concrete aanbevelingen worden geformuleerd om de communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten te verbeteren. Hoewel er al veel interventies bestaan, blijkt de implementatie ervan in de praktijk vaak moeizaam te verlopen. Een multidimensionale aanpak is dan ook noodzakelijk om huisartsen beter te ondersteunen bij het overwinnen van communicatiebarrières.

In de eerste plaats is het niet zozeer nodig om nieuwe communicatietools te ontwikkelen, maar wel om bestaande hulpmiddelen beter te centraliseren en toegankelijk te maken. Een goed voorbeeld hiervan is www.communicatiewaaier.be, een initiatief van de Vlaamse overheid. Een gelijkaardig platform zou kunnen worden samengesteld voor alle communicatiebarrières met als resultaat een centrale, wetenschappelijk onderbouwde databank met betrouwbare hulpmiddelen. Om te garanderen dat dit materiaal ook echt bruikbaar is voor kwetsbare doelgroepen, kan het Voorlichtingsmateriaal BeoordelingsInstrument (VBI) ingezet worden (42). Deze online tool evalueert de begrijpelijkheid en toepasbaarheid van voorlichtingsmateriaal en kan bijdragen aan een hogere kwaliteit van de communicatie-inhoud. Door dergelijke evaluatie-instrumenten te integreren in de ontwikkeling van nieuwe medische tools, stijgt de bruikbaarheid en dus ook de effectiviteit van arts-patiëntcommunicatie. Digitale oplossingen kunnen hierin een grote rol spelen, maar het blijft cruciaal om ook alternatieven aan te bieden voor artsen en patiënten die minder digitaal vaardig zijn, zodat iedereen toegang heeft tot begrijpelijke informatie, online én offline.

Ook op het vlak van cultuursensitieve zorg zijn verdere inspanningen nodig. Hoewel de literatuur het belang ervan onderstreept, geven de interviews aan dat huisartsen nauwelijks formele opleiding krijgen in interculturele communicatie. Hun aanpak blijft vaak afhankelijk van intuïtie en ervaring. Gerichte vorming kan artsen ondersteunen om beter om te gaan met diversiteit binnen hun patiëntenpopulatie en zo tot meer gelijkwaardige zorgrelaties komen.

Deze inzichten worden verder meegenomen binnen het bredere COMPASS-project, dat tot doel heeft een praktische en wetenschappelijk onderbouwde tool te ontwikkelen die huisartsen ondersteunt in het omgaan met communicatiebarrières. Die tool moet niet alleen effectief zijn, maar ook gebruiksvriendelijk en toepasbaar binnen de realiteit van een drukke huisartsenpraktijk. Bovendien toont deze studie aan dat communicatie slechts één facet is van de brede waaier aan drempels waarmee kwetsbare patiënten worden geconfronteerd. Kwetsbaarheid blijkt een complex begrip te zijn dat niet alleen communicatie beïnvloedt, maar het volledige zorgproces. Huisartsen koppelen communicatieproblemen vaak aan bredere sociaal-economische en structurele factoren, wat de zorg voor deze patiënten bemoeilijkt. Daarom is vervolgonderzoek noodzakelijk dat naast communicatie ook beleidsmatige en organisatorische aspecten in beschouwing neemt. Met gerichte en praktische ondersteuning voor zorgverleners kunnen zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit van zorg voor kwetsbare patiënten aanzienlijk worden verbeterd. Een geïntegreerde aanpak, die communicatie

combineert met het aanpakken van structurele, financiële en organisatorische obstakels, is essentieel voor het verbeteren van de zorg voor kwetsbare groepen.

Conclusie

Deze studie brengt belangrijke communicatiebarrières in de huisartsenpraktijk in kaart en biedt inzicht in effectieve interventies om deze barrières te overwinnen. Uit de literatuur en interviews blijkt dat de taalbarrière, beperkte gezondheidsvaardigheden, sociaal-economische beperkingen en culturele verschillen de communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten sterk beïnvloeden. Het gebruik van eenvoudige taal, visuele hulpmiddelen of de terugvraagmethode zijn enkele interventies die huisartsen kunnen toepassen om hun communicatie effectiever te maken.

De vergelijking tussen het literatuuronderzoek en de interviews toont aan dat huisartsen deze communicatiebarrières in de praktijk duidelijk herkennen, maar dat de implementatie van interventies vaak wordt bemoeilijkt door tijdsdruk, beperkte middelen en een gebrek aan duidelijke richtlijnen. Hoewel er veel verschillende hulpmiddelen bestaan, zijn deze te weinig bekend bij huisartsen, en zij die ze wel kennen, gebruiken ze zelden vanwege zowel praktische als structurele drempels. De bevindingen van dit onderzoek wijzen dan ook op een dringende behoefte aan structurele oplossingen binnen de eerstelijnszorg. Zo moeten huisartsen eenvoudiger toegang krijgen tot praktische, betrouwbare hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld een centrale, wetenschappelijk onderbouwde databank waarin hulpmiddelen rond alle communicatiebarrières gebundeld worden. Dit zou huisartsen kunnen helpen om sneller en gerichter passende ondersteuning te vinden in de communicatie met kwetsbare patiënten.

Daarnaast benadrukken de resultaten dat effectieve communicatie niet alleen afhangt van externe tools, maar ook van de attitude, vaardigheden en interculturele sensitiviteit van de arts zelf. Training in eenvoudige gesprekstrategieën, het omgaan met diversiteit en reflectie op onbewuste vooroordelen kunnen hierbij ondersteuning bieden.

Deze studie bevestigt dat communicatiebarrières niet los staan van andere vormen van kwetsbaarheid en een impact hebben op het gehele zorgproces. Dit onderstreept de noodzaak van een geïntegreerde en contextspecifieke aanpak om de communicatie met kwetsbare patiënten te verbeteren.

Referenties

1. van Loenen T., Hosper K., Venderbos J. Discriminatie en gezondheid. Pharos. 2022:55.
2. Statbel. Structuur van de bevolking 2024 [Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking, geraadpleegd op 04/07/2024].
3. Goorts I, Kolste R. Visiedocument: cultuursensitief werken. Pharos. 2023:15.
4. Häfliger C, Diviani N, Rubinelli S. Communication inequalities and health disparities among vulnerable groups during the COVID-19 pandemic - a scoping review of qualitative and quantitative evidence. BMC Public Health. 2023;23(1):428.
5. Haker F, Hosper K, van Loenen T. Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken: de negen principes voor een succesvolle strategie. Pharos. 2019:44.
6. Tu SP, Yip MP, Chun A, Choe J, Bastani R, Taylor V. Development of intervention materials for individuals with limited English proficiency: lessons learned from "Colorectal Cancer Screening in Chinese Americans". Med Care. 2008;46(9 Suppl 1):S51-61.
7. Alkhamees M, Alasqah I. Patient-physician communication in intercultural settings: An integrative review. Heliyon. 2023;9(12):e22667.
8. Brindley PG, Smith KE, Cardinal P, LeBlanc F. Improving medical communication with patients and families: Skills for a complex (and multilingual) clinical world. Can Respir J. 2014;21(2):89-91.
9. Universiteit Antwerpen. Community Health Workers for Primary Healthcare Access (COMPASS) Project [Available from: https://www.uantwerpen.be/nl/projecten/compass/over-ons/ , geraadpleegd op 05/01/2025].
10. Pharos. Over Pharos [Available from: https://www.pharos.nl/over-pharos/ , geraadpleegd op 24/08/2024].
11. Opgroeien. Taal en nationaliteit: Cijfers op maat [Available from: https://www.opgroeien.be/kennis/cijfers-en-onderzoek/taal-en-nationaliteit/cijfers-op-maat; geraadpleegd op 13/04/2025].
12. Overheidsdiensten BF. Statbel taalvaardigheid [Available from: https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/vooral-onvoldoende-talenkennis-vormt-barriere-op-de-belgische-arbeidsmarkt#:~:text=Vooral%20bij%20werklozen%20en%20inactieven,het%20vinden%20van%20een%20job. , geraadpleegd op 27/09/2024].
13. Digitaal Vlaanderen. Taalgebruik in de welzijn- en zorgsector [Available from: https://www.vlaanderen.be/uw-overheid/over-vlaanderen/taalwetwijzer/taalgebruik-in-de-welzijn-en-zorgsector , geraadpleegd op 12/11/2024].
14. Lehane D, Campion P. Interpreters: why should the NHS provide them? Br J Gen Pract. 2018;68(677):564-5.
15. Schenker Y, Lo B, Ettinger KM, Fernandez A. Navigating language barriers under difficult circumstances. Ann Intern Med. 2008;149(4):264-9.
16. Bosma H, Brandts L, Simons A, Groffen D, van den Akker M. Low socioeconomic status and perceptions of social inadequacy and shame: findings from the Dutch SMILE study. European Journal of Public Health. 2014;25(2):311-3.
17. Pérez-Stable EJ, El-Toukhy S. Communicating with diverse patients: How patient and clinician factors affect disparities. Patient Educ Couns. 2018;101(12):2186-94.
18. Rondia K, Adriaenssens J, Van den Broucke S, Kohn L. Health Literacy: What lessons can be learned from the experience of other countries? ; 2020.
19. Sciensano. Determinanten van Gezondheid: Gezondheidsvaardigheden, Health Status Report, 21 Aug 2020, Brussel, België 2020 [Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gezondheidsvaardigheden, geraadpleegd op 04/07/2025].
20. John MECfCD, Communications S. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews

Mitigating the Effects of Low Health Literacy: A Brief of the Research Evidence for Health Communicators & Educators. Comparative Effectiveness Review Summary Guides for Clinicians. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007.
21. Richter R, Jansen J, Bongaerts I, Damman O, Rademakers J, van der Weijden T. Communication of benefits and harms in shared decision making with patients with limited health literacy: A systematic review of risk communication strategies. Patient Educ Couns. 2023;116:107944.
22. Byrne JV, Whitaker KL, Black GB. How doctors make themselves understood in primary care consultations: A mixed methods analysis of video data applying health literacy universal precautions. PLoS One. 2021;16(9):e0257312.
23. Park L, Schwei RJ, Xiong P, Jacobs EA. Addressing Cultural Determinants of Health for Latino and Hmong Patients with Limited English Proficiency: Practical Strategies to Reduce Health Disparities. J Racial Ethn Health Disparities. 2018;5(3):536-44.
24. Krystallidou D, Temizöz Ö, Wang F, de Looper M, Di Maria E, Gattiglia N, et al. Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services. Health Policy. 2024;139:104949.
25. Drdla S, Löffler-Stastka H. Influence of conversation technique seminars on the doctoral therapeutic attitude in doctor-patient communication. Wien Klin Wochenschr. 2016;128(15-16):555-9.
26. Misra-Hebert AD, Isaacson JH. Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy. Cleve Clin J Med. 2012;79(2):127-33.
27. Pharos. Infosheet: de terugvraagmethode 2022 [Available from: https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/ , geraadpleegd op 23/06/2024].
28. Masland MC, Lou C, Snowden L. Use of communication technologies to cost-effectively increase the availability of interpretation services in healthcare settings. Telemed J E Health. 2010;16(6):739-45.
29. FOD Volksgezondheid VvdV, Leefmilieu. Blikvanger gezondheidszorg: geestelijke gezondheidszorg. 2023.
30. FOD Volksgezondheid VvdV, Leefmilieu. Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg 2016 [Available from: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/interculturele-bemiddeling-de#article , geraadpleegd op 04/07/2024].
31. FOD Volksgezondheid VvdV, Leefmilieu. Interculturele bemiddeling op afstand (via videoconferentie) 2016 [Available from: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/interculturele-bemiddeling-0 , geraadpleegd op 04/07/2024].
32. Herrera-Espejel PS, Rach S. The Use of Machine Translation for Outreach and Health Communication in Epidemiology and Public Health: Scoping Review. JMIR Public Health Surveill. 2023;9:e50814.
33. Agentschap Integratie en Inburgering. Vertaalapps: kwaliteit per taal [Available from: https://www.communicatiewaaier.be/vertaalapps-kwaliteit-per-taal , geraadpleegd op 02/02/2025].
34. Koops van 't Jagt R, Tan SL, Hoeks J, Spoorenberg S, Reijneveld SA, de Winter AF, et al. Using Photo Stories to Support Doctor-Patient Communication: Evaluating a Communicative Health Literacy Intervention for Older Adults. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(19).
35. Sensoa. Zanzu gebruiken met je anderstalige cliënt [Available from: https://www.zanzu.be/nl/zanzu-gebruiken-met-je-anderstalige-cli%C3%ABnt , geraadpleegd op 04/01/2025].
36. Pharos. Het Culturele Interview in het kort.
37. Pharos. Checklist HERKENNEN laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. 2022.

38. Sharby N, Martire K, Iversen MD. Decreasing health disparities for people with disabilities through improved communication strategies and awareness. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(3):3301-16.
39. Nederlands Huisartsen Genootschap, Federatie Medisch Specialisten, Patiëntenfederatie Nederland. Over Thuisarts.nl [Available from: https://www.thuisarts.nl/over-thuisarts , geraadpleegd op 12/01/2025].
40. Baeten R, Cès S. Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory. 2020.
41. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Financiële toegankelijkheid van uw gezondheidszorg [Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid , geraadpleegd op 04/01/2025].
42. Pharos. Wat is het VBI? [Available from: https://vbi.pharos.nl/, geraadpleegd op 15/01/2025].

Bijlagen

Bijlage 1: interviewguide voor individueel semigestructureerd interview

Welkom bij dit interview. Om te beginnen wil ik u namens het onderzoeksteam hartelijk bedanken voor uw tijd. In deze interviews willen wij deelnemers zoals u betrekken bij ons onderzoek, dat tot doel heeft de kloof tussen kwetsbare patiëntengroepen en eerstelijnszorg te overbruggen. We zetten ons in om de communicatie tussen zorgverleners, en meer specifiek huisartsen en kwetsbare patiënten te verbeteren, en daarom willen we graag uw waardevolle ervaringen horen. Wij wensen u eraan te herinneren dat dit interview wordt opgenomen als geluidsopname, maar enkel gebruikt zal worden voor de vooraf besproken doeleinden van dit onderzoek. Heeft u hierover nog vragen?

- **Start de opname**

Hoeveel patiënten heeft u ongeveer in uw praktijk? Hoe zou u uw patiëntenpopulatie omschrijven?
Zoals het informatiedocument al aangaf, gaat het in onze studie over kwetsbare patiëntengroepen.

- Wat is voor u een kwetsbare patiënt?
  - *zo nodig:* en op sociaal vlak?
- Kan u ons eens vertellen hoe u deze patiëntengroep ervaart binnen uw praktijk?
- Wat vind u hier moeilijk aan?
- Heeft u hier een speciale aanpak voor?
- *Indien nodig:* denk misschien eens terug aan de laatste contacten met een kwetsbaar persoon, hoe liep dit?
- *Indien nodig*: denk eens aan een specifieke patiënt uit uw praktijk die voor u kwetsbaar is. Hoe verlopen consultaties met deze patiënt?

We gaan graag verder in op de communicatie met deze kwetsbare patiënten.

- Ervaart u hier moeilijkheden mee? Zo ja, welke moeilijkheden staan hierbij op de voorgrond?
- Gebruikt u reeds iets (hulpmiddelen of tools) om hiermee om te gaan?
- Wat vindt u van dit hulpmiddel?

Indien nodig: meer gericht de specifieke barrières bevragen
We weten dat cultuur/religie/taal/financiële situatie/huisvestiging soms aanleiding kan geven tot bemoeilijkte communicatie. Heeft u hier ook ervaring mee?

- In welk deel van de consultatie ervaart u hier de meeste problemen mee?
- *Indien nodig: struikelblokken van de anamnese/KO/beleid/opvolging bevragen.*

Gebruikt u hier hulpmiddelen voor? Zo ja, welke?

- Hoe gebruikt u deze specifiek?
- In welk deel van de consultatie gebruik je dit het meeste?
- Wat vindt u van deze reeds bestaand hulpmiddel? Wat zou u hier graag nog aan veranderen of toevoegen?

- Zo nee, zou u hiervoor graag iets hebben om tijdens een consultatie te gebruiken?
  - Zo ja, heeft u hier meer nood aan bij de anamnese, KO of het bespreken van het beleid?

Ons onderzoek gaat verder dan alleen het bevragen van de barrières, wij zouden namelijk ook graag iets praktisch ontwerpen, een soort van tool, om de communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten te verbeteren. Is er, vanuit uw ervaring, iets waarvan u denkt dat het u echt zou kunnen helpen tijdens een consultatie?

- Kan u voorbeelden geven van situaties waarin dit soort tool nuttig kan zijn?
- In welk deel van de consultatie zou u het meeste baat hebben bij een hulpmiddel?
- Is deze tool voor u idealiter een fysieke of een digitale tool?

In hoeverre bent u bereid om een informatieve tool te gebruiken in de communicatie met en de begeleiding van kwetsbare patiënten? (0 = niet bereid; 10 = zeer bereid)

O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zijn er nog zaken die we niet besproken hebben die u nog kwijt zou willen?

Indien u dit wenst, kan een samenvatting van ons onderzoek aan het einde van de studie aan u bezorgd worden.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking en uw tijd. Uw ervaringen zijn ontzettend waardevol voor ons project.

Opmerkingen ((gepseudonimiseerde) naam + datum)

Bijlage 2: interviewguide voor semigestructureerd interview in groep

Interview guide voor semi-gestructureerd interview in groep

Welkom iedereen bij dit interview. Om te beginnen wil ik jullie namens het onderzoeksteam hartelijk bedanken voor jullie tijd. In deze interviews willen wij deelnemers zoals jullie betrekken bij ons onderzoek, dat tot doel heeft de kloof tussen kwetsbare patiëntengroepen en eerstelijnszorg te overbruggen. We zetten ons in om de communicatie tussen zorgverleners, en meer specifiek huisartsen en kwetsbare patiënten te verbeteren, en daarom willen we graag jullie waardevolle ervaringen horen. Wij wensen jullie eraan te herinneren dat dit interview wordt opgenomen als geluidsopname, maar enkel gebruikt zal worden voor de vooraf besproken doeleinden van dit onderzoek. Heeft iemand hierover nog vragen?

- **Start de opname**

Hoeveel patiënten hebben jullie ongeveer in jullie praktijken? Hoe zouden jullie je patiëntenpopulatie omschrijven?

Zoals het informatiedocument al aangaf, gaat het in onze studie over kwetsbare patiëntengroepen.

- Kunnen jullie eens vertellen hoe jullie deze patiëntengroep ervaart binnen de praktijk?
- Wat vinden jullie hier moeilijk aan?
- Hebben jullie hier een speciale aanpak voor?
- *Indien nodig:* denk misschien eens terug aan de laatste contacten met een sociaaleconomisch kwetsbaar persoon, hoe liep dit?
- *Indien nodig*: Denk eens aan een specifieke patiënt uit de praktijk die voor jullie kwetsbaar is. Hoe verlopen consultaties met deze patiënt?

We weten dat cultuur/religie/taal/financiële situatie/huisvestiging *(laat weg wat reeds besproken werd)* soms aanleiding kan geven tot bemoeilijkte communicatie.

- Hebben jullie ervaring met een van deze factoren?
- In welk deel van de consultatie ervaren jullie hier de meeste problemen mee?
- *Indien nodig: struikelblokken van de anamnese/KO/beleid/opvolging bevragen.*

Gebruiken jullie hier hulpmiddelen voor?

- Zo ja, welke?
  - Hoe gebruiken jullie deze specifiek?
  - In welk deel van de consultatie gebruiken jullie dit het meest?
  - Wat vinden jullie van deze reeds bestaande tool? Wat zouden jullie hier graag nog aan veranderen of toevoegen?
- Zo nee, zouden jullie graag een hulpmiddel hebben om tijdens een consultatie te gebruiken?
  - Zo ja, hebben jullie hier meer nood aan bij de anamnese, KO of het bespreken van het beleid?

Ons onderzoek gaat verder dan alleen het bevragen van de barrières. Zo zouden wij namelijk graag iets praktisch ontwerpen, een soort van tool, om de communicatie tussen huisartsen en kwetsbare patiënten te verbeteren.

- Is er, vanuit jullie ervaring, iets waarvan jullie denken dat het jullie echt zou kunnen helpen tijdens een consultatie?
- Kunnen jullie voorbeelden geven van situaties waarin dit soort tool nuttig kan zijn?
- In welk deel van de consultatie zouden jullie het meeste baat hebben bij een hulpmiddel?
- Is deze tool voor jullie idealiter een fysieke of een digitale tool?

In hoeverre zijn jullie bereid om een informatieve tool te gebruiken in de communicatie met en de begeleiding van sociaaleconomisch kwetsbare patiënten? (0 = niet bereid; 10 = zeer bereid)

O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

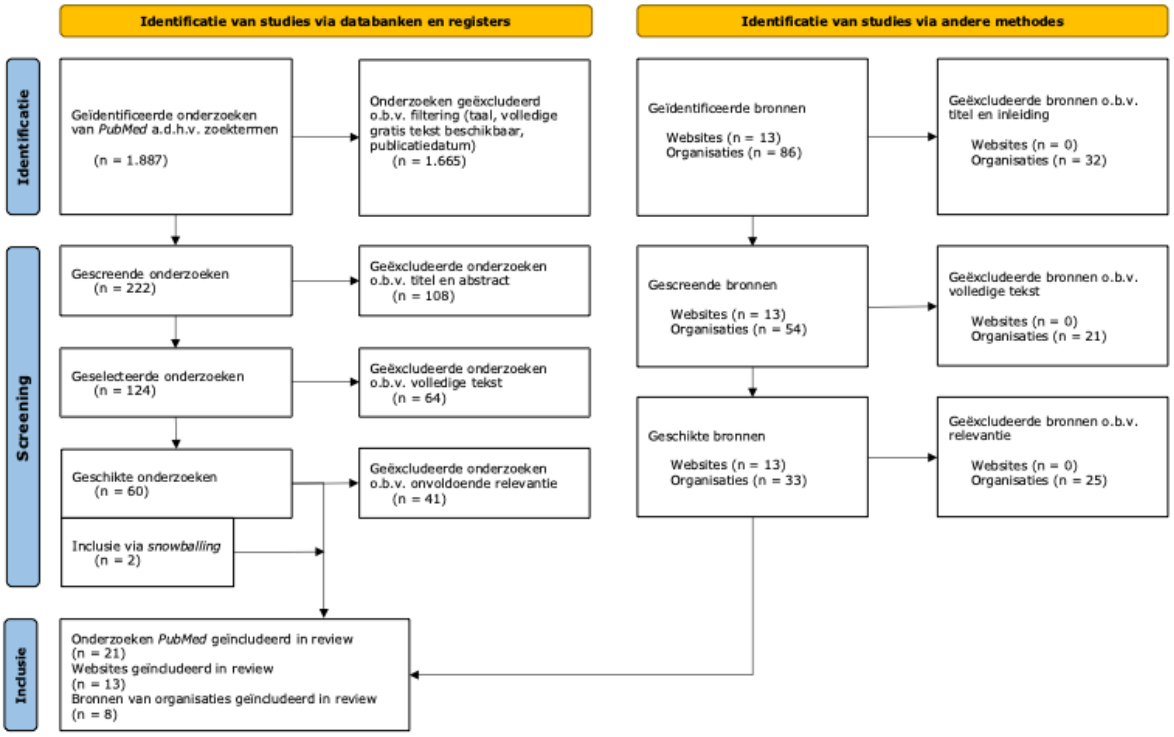
Zijn er nog zaken die we niet besproken hebben die jullie nog kwijt zouden willen?

Indien jullie dit wensen, kan een samenvatting van ons onderzoek aan het einde van de studie aan jullie bezorgd worden.

Hartelijk bedankt voor jullie tijd en medewerking. Jullie ervaringen zijn ontzettend waardevol voor ons onderzoek.

Opmerkingen ((gepseudonimiseerde) naam + datum)

Bijlage 3: PRISMA-flowchart



De PRISMA 2020 flowchart is overgenomen van de officiële website van PRISMA (https://www.prisma-statement.org/). Dit werk valt onder de Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0). Er zijn wijzigingen aangebracht om het ontwerp af te stemmen op deze masterproef.

Bijlage 4: zoekopdracht 1

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#12	•••	›	Search: **(#1) AND (#2) AND (#3)** Filters: **Free full text, Full text, Dutch, English, French, from 2009 - 2024** Sort by: **Publication Date**	163	03:53:57
#11	•••	›	Search: **(#1) AND (#2) AND (#3)** Filters: **Free full text, Full text, Dutch, English, French, from 2008 - 2024** Sort by: **Publication Date**	176	03:53:37
#4	•••	›	Search: **(#1) AND (#2) AND (#3)** Sort by: **Publication Date**	647	03:52:50
#3	•••	›	Search: **(((((((((Communication Barriers[MeSH Terms]) OR (Health Communication[MeSH Terms])) OR (miscommunication[Title/Abstract])) OR (""language barrier*"" [Title/Abstract])) OR (cultural misunderstanding[Title/Abstract])) OR (doctor-patient communication[Title/Abstract])) OR (communication difficulty[Title/Abstract])) OR (linguistic challenge[Title/Abstract])) OR (interpretation problem[Title/Abstract]))** Sort by: **Publication Date**	18,402	03:51:57
#2	•••	›	Search: **((((((((((Socioeconomic Factors[MeSH Terms]) OR (Ethnic and Racial Minorities[MeSH Terms])) OR (Culture[MeSH Terms])) OR (Health Inequities[MeSH Terms])) OR (Social Marginalization[MeSH Terms])) OR (Social Vulnerability[MeSH Terms])) OR (Sociodemographic Factors[MeSH Terms])) OR (Social Determinants of Health[MeSH Terms])) OR (Minority Health[MeSH Terms])) OR (Social Class[MeSH Terms])) OR (Vulnerable Populations[MeSH Terms])) OR (Health Services Accessibility[MeSH Terms]) OR (Health Literacy[MeSH Terms]))** Sort by: **Publication Date**	819,382	03:51:44
#1	•••	›	Search: **(Physician-Patient Relations[MeSH Terms]) OR (Physicians, Family[MeSH Terms]) OR (Physicians, Primary Care[MeSH Terms])** Sort by: **Publication Date**	96,107	03:51:29

Uitgevoerd op 23/04/2024

Bijlage 5: zoekopdracht 2

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#13	•••	›	Search: **(communicat*[Title]) AND (#1) AND ((#3) OR (#2) OR (#4))** Filters: **Free full text, Full text, Review, Systematic Review, Dutch, English, French, from 2009 - 2024** Sort by: **Publication Date**	59	04:04:14
#14	•••	›	Search: **(communicat*[Title]) AND (#1) AND ((#3) OR (#2) OR (#4))** Filters: **Free full text, Full text, Review, Systematic Review, Dutch, English, French, from 2008 - 2024** Sort by: **Publication Date**	59	04:03:27
#12	•••	›	Search: **(communicat*[Title]) AND (#1) AND ((#3) OR (#2) OR (#4))** Filters: **Free full text, Full text, Review, Systematic Review, Dutch, English, French** Sort by: **Publication Date**	62	04:03:14
#5	•••	›	Search: **(communicat*[Title]) AND (#1) AND ((#3) OR (#2) OR (#4))** Sort by: **Publication Date**	1,240	04:01:56
#4	•••	›	Search: **(low health literacy[Title/Abstract]) OR (health literacy[MeSH Terms])** Sort by: **Publication Date**	10,843	04:01:27
#3	•••	›	Search: **(marginalized[Title/Abstract]) OR (disadvantaged[Title/Abstract]) OR (financially challenged[Title/Abstract]) OR (financial problem*[Title/Abstract]) OR (low-income[Title/Abstract]) OR (language barrier* [Title/Abstract]) OR (language difference*[Title/Abstract]) OR (cultural barrier*[Title/Abstract]) OR (cultural diversit* [Title/Abstract]) OR (intercultural[Title/Abstract]) OR (ethnic barrier* [Title/Abstract]) OR (ethnic minorit*[Title/Abstract]) OR (ethnic diversit*[Title/Abstract])** Sort by: **Publication Date**	103,644	04:01:17
#2	•••	›	Search: **(socio-economic[Title/Abstract]) AND ((status[Title/Abstract]) OR (class[Title/Abstract]) OR (standing[Title/Abstract]) OR (vulnerab* [Title/Abstract]))** Sort by: **Publication Date**	20,461	04:01:04
#1	•••	›	Search: **(communication[MeSH Terms]) OR (communicat* barrier* [Title/Abstract]) OR (communicat* difficult*[Title/Abstract]) OR (communicat* interference[Title/Abstract]) OR (communicat* problem*[Title/Abstract]) OR (communicat*[Title/Abstract]) OR (physician-patient[Title/Abstract]) OR (physician patient[Title/Abstract]) OR (doctor-patient[Title/Abstract]) OR (doctor patient[Title/Abstract])** Sort by: **Publication Date**	737,863	04:00:51

Uitgevoerd op 23/04/2024

Bijlage 6: codeboek semigestructureerde interviews

Thema	Subthema	Codes	Citaten
Context van de huisartsenpraktijk *De omgeving waarin de geïnterviewde huisartsen werkzaam zijn en de kenmerken van de populatie die zij behandelen.*	**Locatie en patiëntenpopulatie**	· Ligging praktijk (bv. taalgrens, fruitstreek, mijngebied) · Multiculturele populatie · Hoog- of laaggeschooldheid · Sociale draagkracht (middenklasse, kwetsbare populaties) · Taaldiversiteit	
	Kwetsbare populatie	· Aandeel kwetsbare patiënten · Waalse/Vlaamse/allochtoon/Oost-Europees · Kwetsbaarheid in evolutie (toename, afname) · Niet-dominante aanwezigheid van kwetsbare patiënten	
Begrip van kwetsbaarheid *De definiëring van 'kwetsbaarheid' door huisartsen en de criteria of kenmerken die zij gebruiken om bepaalde patiënten als kwetsbaar te beschouwen.*	**Persoonlijke kwetsbaarheid**	· Migratieachtergrond · Taalbarrière · Andere cultuur en gezondheidsbeleving · Multimorbiditeit · Lichamelijke fragiliteit · Gebrek aan ziekte-inzicht · Beperkte cognitieve capaciteiten · Slechthorendheid	· "Bijvoorbeeld omdat hij het niet begrepen heeft of dat hij het niet kan betalen of dat een familielid zegt dat het anders moet, iemand die wel onderdrukt wordt. Dus iemand waarbij de zorg die wij voor ogen hebben, door een reden die wij misschien niet altijd zien, niet kan doorzetten." (D2) · "Kwetsbaar zijn de mensen die, die die het wat moeilijk hebben, ook om dingen te verstaan, om dingen te begrijpen, om zich de zorg te kunnen veroorloven maar ook de zorg te begrijpen, dus het correcte proberen uit te voeren wat wij vragen" (D6) · "Een kwetsbare patiënt, voor mij is dat iemand die zichzelf niet zelfstandig kan verzorgen." (D7)
	Externe factoren	· Financiële problemen · Sociaal isolement · Beperkt sociaal network · Slechte huisvesting · Gezinssamenstelling · Beperkte toegang tot basisvoorzieningen	· "Dat is moeilijk om daar een definitie op te plakken. Is een patiënt die eigenlijk niet, euhm geen makkelijke of zelfstandig geen toegang kan krijgen tot eigenlijk, ja, dingen die voor sommigen vanzelfsprekend zijn en dat gaat dan inderdaad over, over onderwijs over zorg over, eten over levensnoodzakelijke dingen." (D5) · "Kwetsbaar is ook iemand die familiaal geen stabiele situatie heeft." (D7) · "Voor mij ook mensen die moeilijk te bereiken zijn, die moeilijk toegang vinden tot de eerstelijnszorg." (G1)
Uitdagingen in zorg voor kwetsbare patiënten *De obstakels en moeilijkheden die huisartsen ervaren wanneer zij kwetsbare patiënten behandelen.*	**Beperkingen in communicatie en begrip**	· Beperkt begrip van medische uitleg · Beperkte draagkracht · Begripsverschillen tussen arts en patient · Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden · Vragen meer inspanning en energie van arts · Arts overschat begrip patiënt	· "Als ik die patiënt voor mij heb, dan voel ik dat dat van mij meer energie vraagt." (D7)
	Praktische en organisatorische drempels	· Langere consultatietijd · Niet opdagen bij afspraken · Onregelmatige therapietrouw · Invloed familie op medische beslissingen	· "Mensen waar je wel tijd voor maakt, maar dan te laat komen. Mensen die het niet begrepen hebben. Mensen die je verwijst naar een andere hulpverlener en daar niet opdagen. Dat is moeilijk." (D2) · "Misschien omdat ik daar ook heel veel tijd insteek en dat dat dus ook veel tijd inneemt." (D6)

Communicatiebarrières *De specifieke problemen per barrière die huisartsen ervaren in de communicatie met kwetsbare patiënten.*	**Beperkte gezondheidsvaardigheden**	· Gebrek aan therapietrouw · Verwarring over spoedzorg · Onthouden medische uitleg moeilijk · Gebrek aan inzicht in ernst en beleid	· "Als je een therapie voorschrijft en een patiënt heeft onvoldoende inzicht en dat je niet weet of die de therapie gaat volgen; dat die therapietrouw zal zijn. Dat zijn wel de zaken die het moeilijk maakten." (D1) · "Je weet ook niet, is het beleid goed aangekomen dat je uitgelegd hebt; begrijpt de patiënt het? En gaat die het ook opvolgen? En nadien eventueel bij een opvolgconsultatie: gaat de patiënt hier terugkomen? En heeft de patiënt begrepen dat er nog eens een opvolging nodig is? Het zijn die twee zaken die het moeilijkste zijn." (D1)
	Cultuurbarrière	· Ziekteperceptie verschilt · Taboe rond mentale gezondheid · Verwachtingen rond medicatie of geslacht arts · Somatisatie van psychische klachten · Onvoldoende kennis van arts over migratieachtergrond · Cultuurneutrale benadering	· "Ik heb dat in het begin soms wel onderschat, hoe zij naar gezondheid kijken, en dat dat heel anders is dan hoe ik ernaar kijk." (G1)
	Lage sociaaleconomische status	· Beperkte mogelijkheden tot therapie · Beïnvloedt medicatiekeuze · Drempel naar doorverwijzing · Beperking diagnostiek en preventive · Frustratie arts over onduidelijkheid medische kosten	· "Ik kan een reeks patiënten opnoemen of voor de geest halen bij wie ik geen kiné moet voorschrijven. Want kiné is tegenwoordig vaak wat kostelijker. Plus vereist de stiptheid van een afspraak te maken, negen keer op een rij aanwezig te zijn. En dan ga ik het ook niet voorschrijven." (D2) · "En wat ga je voorstellen, hè. In de richtlijnen staat er: 'stuur maar naar een diëtist' en 'stuur maar naar een psycholoog'. Nu met eerstelijnspsychologen is dat laatste al beter. Maar dat is niet altijd haalbaar. Kinesist, ook al zie je dat veel patiënten daar niet naartoe gaan omdat het financieel ook kan tellen. Dus er zijn zeker drempels in je therapie of je behandelplan, dat wel." (D3) · "En gewoon omdat het al zo'n moeilijke situatie is, maakt dat je bepaalde medicatie, waarvan je weet dat die wat duurder is, niet voorschrijft." (G1)
	Taalbarrière	· Beschouwd als grootste uitdaging · Bemoeilijkt anamnese en beleid · Vertraging in consultative · Beperkt detailniveau uitleg · Moeite bij psychische klachten	· "Naar beleid toe en dus ofwel tijdens anamnese en een stukje inderdaad ook het beleid omdat ge niet 100% zeker zijt of ze alles goed begrepen hebben. Ook al toets je dat af, ge hebt precies nooit 100% zekerheid." (D5) · "Ja, vooral die taalbarrière dan, waardoor je 1) al meer tijd nodig hebt om te begrijpen wat ze zeggen En 2) niet zeker zijt of ge het allemaal wel goed hebt begrepen." (D6)
Interventies en strategieën *De manieren waarop huisartsen proberen om de communicatie met kwetsbare patiënten te verbeteren en de ervaring van de huisartsen met de bestaande hulpmidelen.*	**Persoonlijke aanpak arts**	· Tijd en Geduld · Bullet-point uitleg · Gebruik van klemtonen en intonatie · Non-verbale communicatie · Terugvraagmethode · Richten tot patiënt bij inzetten van tolk · Begrijpen en openstaan voor culturele verschillen (o.a. cultuursensitiviteit) · Kostenbewust werken	· "En cultuur, zoals ik zei, andere opvattingen, bepaalde problemen, andere expressie van klachten, wat moeilijk maakt en je moeilijk kan inschatten wat de ernst is van bepaalde klachten. Ik denk dat we dan de nodige aandacht geven en luisteren, een luisterend oor bieden. Dat dat uiteindelijk wel voldoening geeft en de patiënt zich wel gehoord voelt." (D1) · "Dus proberen zoveel mogelijk te begrijpen wat hun cultuur inhoudt en dan daar een beetje op inspelen. Maar ik denk ook niet dat ik daar al de grote details van ken." (D3) · "Ik denk dat ik altijd wel dubbel ga nadenken over wat ik voorschrijf. Dat ik het BCFI altijd even open doe om te zien van 'wat gaat dat hier kosten'. Want voor sommigen is een buscopan al een grote drempel om te gaan halen. En dan ga je daar toch wel rekening mee houden... Dus dat speelt wel mee." (D3) · "Of ook wel te gaan verwijzen naar sommige informatiebrochures. Informatiebrochures af te drukken, maar soms is dat dan ook al net teveel informatie dus meestal schrijf ik gewoon relatief beperkt op dat het gewoon kort en duidelijk is." (D5) · "Gebruiksvoorwerpen, dus ook kalk, cholesterol in de bloedvaten vergelijken met kalk in water, want dat begrijpen ze." (D6)

			· "Ik denk dat mijn twee kernwoorden zijn: tijd en geduld, heel veel tijd insteken en proberen heel veel geduld op te brengen. Ja met heel veel uitleg, waarom en hoe en hopen dat ze het begrijpen." (D6)
	Hulpmiddelen	· Pictogrammen en tekeningen (Google afbeeldingen) · Door arts gemaakte tekeningen en notities · Verwijzen naar infobrochures · Vertaalapps (Google Translate, SayHi) · Website zoals Zanzu.be, Thuisarts.nl · Praatkaarten ongekend · Gebruik van gratis medicatiestalen · Tolken (professioneel of familielid)	· "Ja, omdat het ook wel heel gevarieerd is. Er is Afghaans, er is Turks, er is Arabisch… Ja, dat maakt het wel moeilijk om voor alles te zijn voorzien..." (D2) · "Soms met handen en voeten uitleggen. Of soms met de *Google Translate*. Dat gebeurt ook. En als het dan echt heel belangrijk is, zou ik dan wel vragen dat er een familielid mee komt." (D2) · "Maar stel dat iemand naar de oncoloog moet en een slecht nieuwsgesprek, dan ga ik dat wel aan hen zeggen. Zorg dat je iemand mee hebt. Je kunt dat niet maken in het ziekenhuis, dat je het dan niet begrijpt." (D2)
	Structurele ondersteuning	· OCMW, Centrum Algemeen Welzijn, sociaal assistant · Thuisverpleging · Afspraken via secretariaat	· "Dus ja, ik denk dat als er meer sociale assistenten beschikbaar zouden zijn, dat wel iets heel nuttig is voor patiënten binnen zo'n populatie." (D3)
	Ervaring van artsen met bestaande hulpmiddelen	· Moeilijkheid om hulpmiddelen praktisch en correct toe te passen · Onvoldoende kennis bij artsen over bestaande hulpmiddelen · Digitale vertaling vermindert persoonlijk contact en interactie · Onzekerheid over correctheid en volledigheid van vertaling (vertaalapplicaties en informele tolken) · Onzekerheid over nuanceverlies bij vertaling · Onvoldoende accuraatheid van medisch beeldmateriaal (bv. Google Afbeeldingen) · Visuele hulpmiddelen verhogen begrip bij uitleg van beleid en therapie · Diversiteit in talen bemoeilijkt standaardisatie van hulpmiddelen · Voorzichtig positieve ervaringen met ziekenhuis-tolkensystemen	· "Ja, als ze de taal niet spreken is dat altijd moeilijk. Wanneer ze dan een tolk meenemen, is dat heel gemakkelijk. En anders Google Translate, helaas. Maar dat is dan geen topgeneeskunde. Je anamnese is niet wat het moet zijn." (D3) · "Maar met een app wordt het nog meer onpersoonlijk. Omdat je ook soms meer naar de GSM of zo aan het kijken bent of aan het focussen zijt dan dat je eigenlijk naar uw, of op uw patiënt gefocust zijt." (D5) · "Op zich ja, is dat zeker zeker goed als ze erbij zijn, ook probeer ik dan ook wel altijd tijdens de consultatie toch naar de patiënt te kijken en niet naar het familielid dat tolkt, om ook inderdaad een gezichtsuitdrukkingen te zien. Maar ja, je weet natuurlijk niet ofdat ze alles volledig vertalen. Of ik vind het soms heel moeilijk als ze wel aan het vertalen zijn, maar dat er dan toch onderling een stuk gebabbeld wordt nadien of voordien ofzo dat je je afvraagt "wat zijn ze nu aan het zeggen?"Dus ge voelt u toch onzekerder." (D5) · "Maar ik merk wel dat er vaak informatie verloren loopt. Omdat ik het gevoel heb dat mijn vraag opeens veel korter wordt verwoord." (D7)
Toekomstige noden en aanbevelingen *De onvervulde behoeften die huisartsen signaleren en hun suggesties voor verbetering.*	**Onvervulde behoeften**	· Vertaalde informatieflyers · Meer (toegankelijke) visuele hulpmiddelen · Patiënteneducatie over gezondheidsvaardigheden · Cultuursensitieve richtlijnen · Overzicht medische kosten · Centralisatie van bestaande hulpmiddelen via betrouwbare medische platforms	· "Nee, iets specifiek in hun taal, zoals flyers of brochures of zo, dat hebben we eigenlijk niet." (D2) · "Ja, ik vond dat een paar jaar geleden, toen zaten daar precies meer fouten in. En ik heb de indruk dat *Google Translate* slimmer wordt. En wel minder gekke taalfouten maakt. Ja, dat lukt wel." (D2)
	Nieuwe hulpmiddelen	· Grote bereidheid onder artsen voor toepassing nieuwe hulpmiddelen · Digitale hulpmiddelen met printmogelijkheid rekening houdend met patiënten met lage digitale geletterdheid of geen internettoegang · Meertalige visuele hulpmiddelen · Efficiënt, snel en patiëntgericht · Betere beschikbaarheid van online tolk	· "Ik denk dat het wel belangrijk is dat het een doelmatig effect heeft en dat het echt wel bijdraagt tot de consultatie. Dat het naar hoger niveau wordt getild." (D1) · "Maar alles is ook zo gedigitaliseerd. Er zijn sommige mensen die we daarmee echt wel missen, zoals ouderen of patiënten die niet de toegang hebben tot internet ondanks dat dat toch wel erg noodzakelijk is in deze maatschappij op dit moment. Dus ik zou eerder een fysieke tool gebruiken..." (D1) · "Euhm, ja, een thuisarts.nl in het Turks of in het Arabisch, ehm, moest die vertaald worden dan zou dat wel heel goed zijn." (D2)

Bijlage 7: goedkeuring Ethisch Comité

University of Antwerp

Professor Wouters, Edwin
Departement Sociologie
Faculteit Sociale Wetenschappen
University of Antwerp

Professor Charlotte De Backer
Chair Ethics Committee for
the Social Sciences and Humanities
City campus
Sint Jacobstraat 2
2000 Antwerpen

REFERENCE
SHW_2023_98_1

Date
13 March 2023

RE: Decision Ethics Committee for the Social Sciences and Humanities, file SHW_2023_98_1

FINAL POSITIVE CLEARANCE

Dear professor,

The independent Ethics Committee for the Social Sciences and Humanities (EASHW), installed by the Executive Board of the UAntwerp (03.07.2012) formulates a 'final positive clearance' with regard to your project **"Leaving no one behind: bridge the gap between vulnerable populations and the primary healthcare system through 'reverse innovation'"** (Fonds Wetenschappelijk Onderzoek - Vlaanderen SBO, PeopleSoft ID Antigoon: 46294).

In its decision making process, the EASHW is guided by the Royal Decree implementing the Act of 30 July 2018 on the protection of privacy in relation to the processing of personal data; the Royal Decree of May 7, 2004 regarding experiments on the human person; the General Data Protection Regulation; the EU-"Guidance Note for Researchers and Evaluators of Social Sciences and Humanities Research"; the deontological code for the researcher (Annex ZAP-statues UAntwerp), and the vademecum of the Belgian Privacy Commission on scientific research and privacy.

Kind regards,



Professor Charlotte De Backer
Chair Ethics Committee for the
Social Sciences and Humanities