

KWALITEIT VAN HUISARTSENZORG VANUIT MIGRANTENPERSPECTIEF:

ontwikkeling van een meetinstrument

**F. El Fakiri
H.J. Sixma
M.G. Weide**

Januari 2000

**NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1458 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 2729700 - fax: 030 - 2729729**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

F. El Fakiri

Kwaliteit van huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument / F. El Fakiri, H.J. Sixma, M.G. Weide

Utrecht: NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Met lit. opg.

ISBN 6905 - 449 - 3

Trefw.: kwaliteit van zorg, huisartsenzorg, migranten

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

VOORWOORD

In dit rapport wordt de ontwikkeling van een instrument beschreven om de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief te meten. Het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, heeft dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland (ZON), die het onderzoek financierde. Aanleiding tot het onderzoek is een enquête die in het jaar 2000 gehouden wordt onder Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen als deelonderzoek van de Tweede Nationale studie voor ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2). Hierin zou een instrument meegenomen dienen te worden om kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief te meten. Het onderzoek dat in dit rapport beschreven wordt, richt zich daarom op deze vier groepen migranten.

Voor het onderzoek is aangesloten bij de procedure van reeds door het NIVEL ontwikkelde instrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van verschillende groepen gebruikers, de QUOTE-vragenlijsten (Quality Of care Through the patients' Eyes). In focusgroepsgesprekken met de vier etnische groepen is vastgesteld wat migranten van de huisarts verwachten en wat zij belangrijk vinden. De lijst met kwaliteitsaspecten die dit opleverde is vervolgens in een pilotstudie uitgetest door middel van een gestructureerde vragenlijst, die in face-to-face interviews bij een grotere groep Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen is afgenomen. Op deze wijze is ook gekeken wat de problemen waren bij de afname van een dergelijke lijst bij migranten.

In het onderzoek zijn twee vragenlijsten ontwikkeld, een uitgebreide en een korte versie van de QUOTE-huisartsenzorg voor migranten (QUOTE-Mi). De uitgebreide versie is bedoeld voor toepassing in de praktijk; de lijst is een hulpmiddel voor het signaleren van aandachtspunten die verbetering behoeven. De korte versie is geschikt voor opname in grootschalig kwantitatief onderzoek en zal in de NS2 meegenomen worden.

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld bestaande uit:

- Dr. M.A. Bruijnzeels, ZON, Cultuur & Gezondheid;
- Prof.dr. P.P. Groenewegen, NIVEL;
- Mw. N. Gurses, op voordracht van Stichting Inspraakorgaan Turken in Nederland;
- Drs. R.F. May, Parnassia Psychomedisch Centrum, op voordracht van de Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties Surinamers;
- Dhr. H. Ouali, GG&GD Utrecht;
- Dr. M. Wensing, Katholieke Universiteit Nijmegen, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit;
- Mw.drs. P. Wempe, huisarts.

Wij bedanken hen voor hun kritische bijdrage aan dit onderzoek. Wij willen vooral Hamid Ouali bedanken voor zijn inzet ten behoeve van de focusgroepsgesprekken.

Daarnaast willen we de huisartsen, sleutelfiguren uit de migrantengemeenschap en onderzoekers met wie wij oriënterende gesprekken hebben gevoerd bedanken, alsmede de heer Martina, de heer Badloe, de heer Tosun en mevrouw Sevincer, die een belangrijke rol hebben gespeeld bij het samenstellen van de focusgroepen. Onze speciale dank gaat uit naar de Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse deelnemers aan de focus-groepsgesprekken en respondenten van de pilotstudie. Zonder hen hadden we dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Utrecht, januari 2000

Fatima El Fakiri
Herman Sixma
Marga Weide

INHOUD

pag.

1.	INLEIDING	5
1.1.	Achtergronden bij de studie	5
1.1.1.	Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief	5
1.1.2.	Het migrantenperspectief op kwaliteit van zorg	6
1.1.3.	Mogelijke knelpunten bij de ontwikkeling van een meetinstrument voor migranten	7
1.2.	Doel van de studie	8
1.3.	De indeling van het rapport	9
2.	DE EERSTE SELECTIE VAN KWALITEITSASPECTEN	11
2.1.	Gesprekken met deskundigen	11
2.1.1.	Huisartsen	11
2.1.2.	Sleutelfiguren uit migrantengroepen	12
2.1.3.	Onderzoekers	12
2.2.	Focusgroepsgesprekken	13
2.2.1.	Organisatie van de focusgroepsgesprekken	13
2.2.2.	Verloop van de focusgroepsgesprekken	13
2.2.3.	Achtergrondkenmerken van de deelnemers aan de groepsgesprekken	14
2.2.4.	Resultaten van de focusgroepsgesprekken	15
2.3.	De eerste versie van de QUOTE-Mi	25
2.4.	Samenvatting	25
3.	RESULTATEN VAN DE PILOTSTUDIE	29
3.1.	Inleiding	29
3.2.	Methode van onderzoek	29
3.2.1.	Respondenten	30
3.2.2.	De vragenlijst	31
3.2.3.	Analyse	34
3.3.	Aanpak eerste itemselectie	34
3.3.1.	Item-analyse	34
3.3.2.	Inter-item analyse	39
3.4.	Uitgebreide versie QUOTE-Mi	40
3.4.1.	Schaalconstructie	40
3.4.2.	Verschillen tussen respondentgroepen	42
3.5.	Korte versie QUOTE-Mi	48
3.5.1.	Schaalconstructie	48
3.5.2.	Verschillen tussen respondentgroepen	50
3.6.	Samenvatting	51

INHOUD vervolg

pag.

4. SAMENVATTING EN CONCLUSIES	53
4.1. Samenvatting resultaten	53
4.1.1. Instrumenten	53
4.1.2. Belang kwaliteitsaspecten	54
4.1.3. Ervaringen migranten	55
4.1.4. De afname van de gestructureerde vragenlijst	55
4.2. Kanttekeningen bij het onderzoek	56
 LITERATUUR	 59
 BIJLAGEN	 61

1 INLEIDING

In dit inleidende hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde: (1) de achtergronden bij de ontwikkeling van een meetinstrumenten voor kwaliteit van huisartsenzorg vanuit het perspectief van migranten, (2) het doel van de studie en (3) de opbouw van dit rapport.

1.1 Achtergronden bij de studie

1.1.1 Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief

Meningen en opvattingen van patiënten - of meer algemeen: de gebruikers van zorgvoorzieningen - zijn een centraal thema bij beleid dat is gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging in de gezondheidszorg (Donabedian, 1981, 1988a/b, 1992; Aharony & Strasser, 1993; Strasser et al., 1993). Analoot aan ontwikkelingen in de profit-sector, zouden ook non-profit organisaties zoals gezondheidszorginstellingen en individuele zorgverleners rekening moeten houden en hun handelen mede af moeten stemmen op de wensen en behoeften van gebruikers. Dit wordt nog eens benadrukt in de Kwaliteitswet Zorginstellingen, waarin instellingen verplicht worden tot het verlenen van "verantwoorde zorg", d.w.z. zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) noemt toegankelijkheid van de zorg één van de primaire randvoorwaarden voor kwalitatieve zorg (IGZ, 1996). Hierbij gaat het niet alleen om formele, maar ook om maatschappelijke of culturele toegankelijkheid.

Onderzoek naar de tevredenheid of ervaren kwaliteit van zorg is een van de manieren om meningen en opvattingen van gebruikers van zorgvoorzieningen te betrekken bij het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Door bijvoorbeeld het invullen van een (schriftelijke) vragenlijst of deelname aan een (mondeling) groepsgesprek kunnen gebruikers van zorgvoorzieningen hun (subjectieve) mening geven over het functioneren van zorginstellingen of individuele zorgverleners. Beperken we ons tot het tevredenheidsonderzoek met behulp van schriftelijke vragenlijsten, dan kan worden vastgesteld dat tot voor kort (1) patiënten niet of nauwelijks worden betrokken bij het opstellen van dergelijke vragenlijsten, (2) een theoretisch of conceptueel kader vaak niet aanwezig is en (3) ook de wijze waarop begrippen als patiëntensatisfactie of kwaliteit van zorg zijn geoperationaliseerd aan kritiek onderhevig is (Van Campen et al., 1995; Rubin et al., 1990).

Voor onderzoek op het domein van kwaliteit en patiëntensatisfactie geldt in zijn algemeenheid dat bij veel meetinstrumenten de gekozen werkwijze niet of maar zeer ten dele aansluit bij de theoretische uitgangspunten. In theorie wordt gesproken over het meten van wensen, verwachtingen en ervaringen van patiënten (zie onder andere Linder-Peltz, 1982a/b; Pascoe, 1983); in de praktijk wordt veelal gekozen voor het meten van tevredenheid. Door deze werkwijze kunnen de uitkomsten van dergelijk onderzoek moeilijk worden 'vertaald' in concrete aanbevelingen voor kwaliteitsverbetering. Tevens blijkt dat in de ontwerpfase van meetinstrumenten slechts bij uitzondering gebruik wordt gemaakt van de expertise van patiënten. Als respondent mogen patiënten een oordeel geven door het invullen van een vaak schriftelijke vragenlijst; de vragenlijsten zelf worden vooral geconstrueerd in de 'ivoren toren' van de wetenschapper (zie Van Campen et al., 1995), zodat men vraagtekens kan zetten bij de validiteit van dergelijke meetinstrumenten vanuit het gezichtspunt van het patiëntenperspectief.

In bovenomschreven situatie lijkt langzaam verandering te komen. Geleidelijk dringt het besef door dat instrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit gebruikersperspectief moeten voldoen aan tenminste twee, met elkaar verbonden eisen: (1) de onderwerpen die in het betreffende instrument aan de orde worden gesteld moeten aansluiten bij de leefwereld van de categorie patiënten voor wie het instrument bedoeld is, (2) bij het ontwikkelingsproces dat normaliter voorafgaat aan het gebruik van dergelijke meetinstrumenten, dienen patiënten van het begin af aan betrokken te worden. Daarnaast is het gewenst dat dergelijke instrumenten zich vooral richten op concrete ervaringen van zorggebruikers in plaats van op het meer subjectieve tevredenheidsoordeel (Cleary & Edgman-Levitan, 1997).

Een kwalitatieve methode zoals het werken met focusgroepsgesprekken biedt de mogelijkheid om op een relatief snelle en efficiënte wijze inzicht te krijgen in wat respondenten verstaan onder goede kwaliteit van zorg. In de groepsdiscussie kan men niet alleen zijn eigen mening geven, maar ook reageren op en leren van elkaars meningen en het met elkaar eens of juist oneens zijn over een bepaalde operationalisatie van het concept 'goede kwaliteit van zorg'. Een van de belangrijkste argumenten die vaak worden aangevoerd tegen het gebruik van een kwalitatieve methode is het gebrek aan representativiteit van de uitkomsten van de groepsdiscussie. Zelfs als iedereen zijn zegje over elk onderwerp kan doen, gaat het om de meningen van een kleine, vaak selecte groep mensen. Om na te gaan of het containerbegrip 'kwaliteit van zorg' in voldoende mate wordt gedekt door de kwaliteitsaspecten genoemd tijdens de groepsdiscussies, kan aan een grotere, meer willekeurige groep van respondenten worden gevraagd naar aanvullende aspecten. Het gaat daarbij om kwaliteitsaspecten die men 'mist' in het uiteindelijk resultaat van de groepsdiscussies. Op deze manier wordt deze tekortkoming van de focusgroepen ondervangen door een kwantitatieve aanpak. Via antwoorden op 'open vragen' naar mogelijke andere belangrijke kwaliteitsaspecten kan inzicht worden verkregen in de mate waarin de resultaten van de focusgroepsgesprekken een goede afspiegeling vormen van de oordelen van een grotere groep respondenten.

1.1.2 Het migrantenperspectief op kwaliteit van zorg

Migranten of allochtonen - beide termen zullen in dit rapport naast elkaar worden gebruikt en zijn in principe uitwisselbaar - vormen, naast specifieke diagnosegroepen (zie Sixma et al., 1998), een van de categorieën patiënten waaraan kan worden gedacht indien er sprake is van de ontwikkeling van nieuwe instrumenten voor het meten van kwaliteit van zorg. Een belangrijke vraag daarbij is of verwacht mag worden dat migranten inderdaad andere aspecten noemen en andere waarden toekennen aan aspecten die te maken hebben met goede kwaliteit van zorg. Hiervoor is een aantal aanwijzingen.

Migranten die in Nederland zijn komen wonen zijn 'van huis uit' vaak een heel ander gezondheidszorgsysteem gewend (Rijkschroeff & Thé, 1992). Enerzijds zijn ze hierdoor soms niet bekend met bepaalde zorgvoorzieningen, anderzijds hebben ze andere verwachtingen van de zorg (Uniken Venema, 1989; Leeflang, 1994). Daarnaast kunnen taalproblemen en culturele verschillen leiden tot communicatieproblemen tussen migranten en hulpverleners (Van Dijk, 1990). Door deze problemen en culturele barrières kan het voorkomen dat minder optimaal gebruik kan worden gemaakt van zorgvoorzieningen en dat klachten minder goed begrepen worden door de zorgverlener.

Uit onderzoek blijkt dat migranten zich ongezonder voelen dan Nederlandse patiënten en meer (chronische) gezondheidsproblemen hebben (CBS, 1991; Weide & Foets, 1997). Zij bezoeken hun huisarts vaker, hetgeen gezien hun ervaren gezondheid niet zo vreemd is (Weide & Foets, 1997, 1998). Bovendien zijn migranten eerder dan Nederlanders geneigd bij een klacht als bijvoorbeeld hoofdpijn een arts te raadplegen, omdat ze dit eerder be-

schouwen als een symptoom voor een ernstiger klacht (Leeftang, 1994). Hoewel migranten dus relatief vaak de huisarts bezoeken, zijn er aanwijzingen dat deze contacten lang niet altijd naar wens verlopen. Taalproblemen zijn daar deels debet aan (CBS, 1991), maar ook kan de wijze waarop migranten hun klachten presenteren en een verschil in opvattingen over wat een 'goede' arts is tot misverstanden en knelpunten leiden. De arts vindt de klacht van de migrant vaag of overdreven, de patiënt voelt zich onbegrepen en niet serieus genomen. Klachten van migranten over hulpverleners in de gezondheidszorg hebben vooral betrekking op dit relationele aspect. Migrantenvoelen zich niet serieus genomen wanneer de arts hen niet lichamelijk onderzoekt, of geen medicijnen voorschrijft, maar dat geldt ook wanneer de arts telkens maar weer dezelfde medicijnen voorschrijft zonder daadwerkelijk naar de klacht te luisteren (Vink, 1994). Dat artsen bij migranten sneller een recept uitschrijven dan bij Nederlanders met dezelfde klacht wordt door onderzoek bevestigd (Weide & De Bakker, 1996). Het is mogelijk dat de arts hiermee tegemoet komt aan de wens van zijn/haar patiënt, maar het kan ook zijn dat gevoelens van onvermogen dit voorschrijfgedrag in de hand werken.

Echter, hoe migranten zelf over de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen denken en in hoeverre deze zorg voldoet aan hun wensen en behoeften, is onbekend. Een valide en betrouwbaar instrument om behoeften en wensen van migranten en de knelpunten die zij ervaren ten aanzien van zorginstellingen en hulpverleners te meten, ontbreekt. Dit kan wellicht een belangrijk hulpmiddel zijn om toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen te inventariseren en een bijdrage leveren aan een betere 'zorg op maat' voor deze doelgroep.

Doel van dit onderzoek is het ontwikkelen en uittesten van een dergelijk instrument, waarbij wordt aangesloten bij de NIVEL onderzoekslijn die is opgestart met subsidie van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Recent heeft het NIVEL in het kader van het NWO-Programma Kwaliteit van Zorg een aantal instrumenten ontwikkeld om kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de gebruikers te meten (Sixma & Van Campen, 1996). Het betreft schriftelijke vragenlijsten ontwikkeld voor, in eerste instantie, vier patiëntengroepen (astmapatiënten, reumapatiënten, lichamelijk gehandicapten en hulpbehoevende ouderen), die bestaan uit een algemeen en een specifiek deel. De kerngedachte die aan de vragenlijsten ten grondslag ligt is dat specifieke groepen gebruikers kwaliteit van zorg verschillend percipiëren, omdat ze, op grond van hun aandoening of beperkingen, specifieke behoeften en wensen hebben. Dit maakt het noodzakelijk 'vragen op maat' te stellen, om deze perceptie te meten. Daarnaast zijn er echter aspecten van de gezondheidszorg die voor alle groepen patiënten van belang zijn. De door het NIVEL ontwikkelde QUOTE-vragenlijsten - het acroniem QUOTE staat voor **Q**uality **O**f care **T**hrough the **E**yed patients - hebben een opbouw in modules. De vragenlijsten zijn in principe geschikt voor toepassing in kwantitatief onderzoek gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsboring.

1.1.3 Mogelijke knelpunten bij de ontwikkeling van een meetinstrument voor migranten

Op dit moment zijn er geen 'goede' meetinstrumenten beschikbaar op het terrein van de huisartsenzorg vanuit het perspectief van migranten. Goed dient hierbij te worden gelezen als in overeenstemming met de eisen die wetenschap (validiteit en betrouwbaarheid) en maatschappij (toepasbaarheid en effectiviteit) aan dergelijke meetinstrumenten stellen.

Bij de ontwikkeling van een dergelijk meetinstrument voor migranten moet rekening worden gehouden met een aantal zaken. Zowel op basis van de literatuur als common-sense ideeën kan worden geconcludeerd dat onderzoek waarin migranten ondervraagd worden, specifieke problemen met zich mee brengt die bij de ontwikkeling van een meetinstrument voor migranten van belang zijn. Immers, voor verreweg de meeste Turkse en Marokkaanse migranten geldt dat de bevraging bij voorkeur in de eigen taal plaats dient te vinden, omdat

zij het Nederlands (nog) onvoldoende beheersen. Daar komt bij dat het afnemen van een schriftelijke vragenlijst bij deze groepen vaak niet goed mogelijk is vanwege lees- en schrijfproblemen in de eigen taal. Mondelinge enquêtes aan de hand van een gestructureerde vragenlijst zijn hiervoor een zinvol alternatief. Deze problemen spelen niet of in elk geval veel minder voor Surinamers en Antillianen en voor schoolgaande Turkse en Marokkaanse jongeren (Uniken Venema, 1995). Een ander probleem is de vraagvorm waarin de enquête is opgesteld. Vastgesteld is dat hypothetische vragen bij Turken en Marokkanen problemen kunnen opleveren en dat nuanceverschillen in antwoordcategorieën niet altijd worden onderkend (Meloën & Veenman, 1988). Verder zijn Nederlandse begrippen soms moeilijk vertaalbaar of hebben voor migranten een andere betekenis (Uniken Venema, 1995).

1.2 Doel van de studie

Belangrijkste doel van dit onderzoek is het ontwikkelen en uittesten van een vragenlijst voor het meten van kwaliteit van huisartsenzorg vanuit het perspectief van migranten. Deze vragenlijst zou in principe geschikt moeten zijn voor toepassing in kwantitatief onderzoek gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging.

De directe aanleiding voor het onderzoek is de in 2000 geplande tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (NS2) waarin allochtone patiënten uitdrukkelijk deel zullen uitmaken van de onderzoekspopulatie. Dit vereist echter wel dat tegen die tijd goede instrumenten beschikbaar zijn. Op het terrein van de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief is dit voor allochtonen niet het geval. Gelet op deze specifieke toepassing, beperkt dit projectvoorstel zich tot de ontwikkeling van een meetinstrument om de kwaliteit van de huisartsenzorg te meten en heeft betrekking op vier categorieën migranten namelijk mensen uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba, Turkije en Marokko. Deze vier categorieën zijn afgestemd op de keuzen die zijn gemaakt met betrekking tot de NS2. Het beoogde meetinstrument moet in de eerste plaats voldoen aan de eisen die vanuit de wetenschap (betrouwbaarheid, validiteit, specificiteit) worden gesteld en geschikt zijn voor toepassing in grootschalig, kwantitatief onderzoek. Opname in de NS2 vereist een lijst van beperkte omvang. Daarnaast is het de bedoeling een meer uitgebreid meetinstrument te ontwikkelen dat vooral praktisch en effectief toepasbaar is bij processen gericht op kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering.

Op basis van de doelstelling van het onderzoeksproject kunnen vier onderzoeksvragen worden geformuleerd:

1. Welke aspecten van de huisartsenzorg in Nederland worden door migranten belangrijk gevonden en welke daarvan hebben specifiek te maken met de -culturele- achtergrond van migranten?
2. Welke feitelijke ervaringen hebben migranten met de Nederlandse huisarts?
3. Zijn er, voor wat betreft het belang en de feitelijke ervaringen met kwaliteitsaspecten, verschillen tussen verschillende etnische groepen?
4. Wat zijn de problemen die optreden bij het meten van kwaliteit van zorg vanuit migrantenperspectief met behulp van een gestructureerde vragenlijst?

Deze vier onderzoeksvragen zullen in het vervolg van het rapport, en met name in het afsluitende hoofdstuk, worden beantwoord.

1.3 De indeling van het rapport

Deze studie heeft geresulteerd in twee vragenlijsten: (1) een relatief uitgebreide vragenlijst voor het meten van kwaliteit van huisartsenzorg vanuit de optiek van de vier migrantengroepen voor toepassing in onderzoek dat is gericht op het vanuit migrantenperspectief verbeteren van de huisartsenzorg in Nederland en (2) een relatief korte vragenlijst voor toepassing in de NS2.

Het proces, waarvan deze vragenlijsten het uiteindelijke resultaat zijn, staat centraal in de hoofdstukken twee en drie van dit rapport. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het kwalitatieve deel van het ontwikkelingstraject, waarvoor gesprekken zijn gevoerd met zowel individuele personen als groepen migranten. Hoofdstuk 3 beschrijft het meer kwantitatieve deel van de studie, waarbij een voorlopige versie van het nieuwe meetinstrument is voorgelegd aan een steekproef van 150 migranten. In dit hoofdstuk wordt een belangrijke plaats ingeruimd voor het uiteindelijke resultaat van het proces van schaalconstructie en schaaloptimalisatie: de QUOTE-huisartsenzorg voor migranten (QUOTE-Mi). Onderwerpen die hierbij aan de orde komen zijn: de respondenten die aan het onderzoek hebben meegewerkt, de selectie van kwaliteitsaspecten opgenomen in het uiteindelijke meetinstrument en een (korte) beschrijving van de sub-schalen in het instrument. In het afsluitende hoofdstuk (hoofdstuk 4) wordt kort ingegaan op de belangrijkste resultaten van de studie.

2 DE EERSTE SELECTIE VAN KWALITEITSASPECTEN

In het proces, dat heeft geresulteerd in de QUOTE-Mi, zijn vier fasen te onderscheiden. Dit zijn: (1) de fase van oriëntatie, (2) de fase waarin aspecten die te maken hebben met de kwaliteit van de huisartsenzorg bij migranten worden geïnventariseerd, (3) het uittesten van de geïnventariseerde kwaliteitsaspecten en (4) de constructie van de uiteindelijke versie van het beoogde meetinstrument. In dit hoofdstuk staan de eerste twee fasen centraal. Paragraaf 2.1 behandelt de oriënterende fase, waarbij ter voorbereiding op het vervolg van het onderzoek een aantal gesprekken zijn gehouden met deskundigen. In paragraaf 2.2 wordt verslag gedaan van de groepsgesprekken, gehouden met vertegenwoordigers uit de vier migrantengroepen en gericht op een zo breed mogelijke inventarisatie van kwaliteitsaspecten die te maken hebben met het werken van de Nederlandse huisarts. In paragraaf 2.3 wordt de eerste versie van de QUOTE-Mi gepresenteerd. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting.

2.1 Gesprekken met deskundigen

Ter voorbereiding op de groepsgesprekken met migranten zijn individuele gesprekken gevoerd met deskundigen. Het betreft: gesprekken met: (1) drie huisartsen met een relatief hoog percentage migranten in hun praktijk, (2) vier vertegenwoordigers uit de migrantengroepen die voor het onderzoek zijn geselecteerd, en (3) twee wetenschappers met onderzoekservaring op het terrein van migrantenonderzoek. Waar de gesprekken met de geraadpleegde onderzoekers vooral betrekking hadden op de meer 'technische' zaken rond het meten van attitudes en feitelijke ervaringen, resulteerden de gesprekken met huisartsen en vertegenwoordigers van migranten vooral in een serie eerste indrukken hoe beide partijen elkaar zien. Daarbij moet met nadruk worden opgemerkt dat het gaat om eerste indrukken en niet om een beeld dat representatief is voor de vier groepen migranten die worden onderscheiden.

2.1.1 Huisartsen

Hoewel de geïnterviewde huisartsen - voor alle huisartsen geldt dat een ruime meerderheid van de praktijkpopulatie uit allochtonen bestaat - aangeven veel overeenkomsten te constateren tussen allochtone en autochtone patiënten, geven ze ook aan dat er naar hun mening soms duidelijke verschillen zijn tussen wat allochtone en Nederlandse patiënten van hun huisarts verwachten. Waar de Nederlandse patiënt als 'pragmatisch en relativerend' wordt omschreven, krijgt de allochtone patiënt al snel het stempel als zijnde 'iemand met vage, soms zeer bloemrijk omschreven klachten waarvoor men onmiddellijk een oplossing in de vorm van een medicijn wil hebben'. Eén van de huisartsen, zelf van allochtone afkomst, omschrijft het aldus: "Allochtonen vinden hun ziekte altijd belangrijk. Het is altijd: 'Dokter, ik ben erg ziek!...' De benoeming van de klacht is anders, ongeacht of iemand wel of niet Nederlands spreekt." Zijn idee is dat "allochtonen eerlijker zijn in het presenteren van hun klachten ten opzichte van een allochtone huisarts. Een Nederlandse huisarts heeft minder of geen begrip voor bepaalde problemen en specifieke situaties van allochtonen." De geïnterviewde huisartsen constateren eveneens dat er grote verschillen zijn tussen eerste en tweede generatie migranten en ook dat er binnen de vier categorieën migranten verschillen zijn in de wijze waarop klachten worden gepresenteerd en de oplossingen die van de

huisarts worden verwacht. Wel wordt er opgemerkt dat een aantal zaken ook te maken hebben met het ontwikkelings- en kennisniveau van allochtonen, de herkomstgebieden uit het geboorteland en de sociaal-economische positie waarin zij zich in Nederland bevinden.

2.1.2 Sleutelfiguren uit migrantengroepen

Dat er verschillen zijn zowel binnen als tussen groepen allochtonen blijkt ook uit de interviews met sleutelfiguren vanuit de vier migrantengroepen. Pratend over de verwachtingen die Antilliaanse patiënten hebben ten aanzien van hun huisarts wordt opgemerkt dat “men verwacht correct en zakelijk benaderd te worden... Ze willen niet expliciet weten hoe en wat, ze willen weten wat de klacht is en hoe deze verholpen kan worden. Hun eigen ideeën zijn al uitgeprobeerd met kruiden en huismiddeltjes, men verwacht nu een oplossing van iemand die het echt moet weten.”

Daarnaast wordt opgemerkt dat “... Marokkaanse patiënten uit beleefdheid of angst niet veel tijd van de huisarts durven te vragen en daarom om medicijnen vragen. Men beschouwt de huisarts als een machtig iemand, waarbij vragen in de trant van ‘wat denkt u dat u heeft’ bij de patiënt gemakkelijk de indruk kunnen wekken dat de betreffende arts het zelf niet weet. Men verwacht altijd dat er medicijnen voorgeschreven worden..., gebeurt dit niet, dan voelen ze zich niet serieus genomen”. Geheel tegenstrijdig met het laatste, wordt aangegeven door een andere sleutelfiguur dat Turkse en Marokkaanse vrouwen bijvoorbeeld zich juist afvragen waarom zij altijd zoveel pijnstillers moeten krijgen: “... hun huis zit vol pijnstillers... in plaats hiervan willen zij dat de huisarts goed luistert, meer aandacht geeft aan hun klachten en hen goed onderzoekt etc., want dan hoeven ze niet steeds weer naar de huisarts te gaan met dezelfde klacht... immers, een ontevreden en niet goed begrepen patiënt staat de volgende dag weer op de stoep”.

Verder wordt de allochtone patiënt geschetst als “iemand die zijn klachten uit op een manier die gemakkelijk kan worden opgevat als ‘overdrijven’ ... doet men dit niet dan denkt men niet serieus genomen te worden. Maar iedere cultuur heeft een bepaalde manier van uiten. Nederlanders uiten zich mondeling, allochtonen doet dit ook met lichaamstaal”.

Daarnaast maken deskundigen uit alle migrantengroepen melding van het feit dat allochtone patiënten vinden dat “... de doktersassistente hen niet serieus neemt wanneer men telefonisch een afspraak wil maken en zij vragen gaat stellen die eigenlijk door een huisarts gesteld moeten worden.”

2.1.3 Onderzoekers

Doel van de gesprekken met de onderzoekers, beiden met ruime ervaring met onderzoek onder migranten, was het inventariseren van hoe een meetinstrument voor het meten van meningen en opvattingen er uit zou moeten zien en wat de knelpunten zijn bij het mondeling, dan wel schriftelijk afnemen van de vragenlijst. Bij het ontwerpen van zo'n vragenlijst moet rekening worden gehouden met mogelijke lastige begrippen en in hoeverre deze te vertalen zijn naar talen waarin migranten ondervraagd moeten worden (bijvoorbeeld het woord ‘lusteloosheid’ is moeilijk uit te leggen in het Turks). Het is verder van belang respondenten te interviewen in de taal die ze het beste beheersen. Vragen moeten aansluiten bij de beleavingswereld van de migranten en niet klakkeloos uit het Nederlands worden overgenomen wat met name van belang is bij het gebruik van stellingen.

Een belangrijk aandachtspunt bij onderzoek onder migranten is het vinden van goede interviewers.

2.2 Focusgroepsgesprekken

De feitelijke groepsgesprekken met vertegenwoordigers vanuit de vier migrantengroepen hebben plaatsgevonden in het voorjaar van 1999. In totaal zijn zes groepsgesprekken gevoerd met vertegenwoordigers vanuit de Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse gemeenschap. Bij de Turkse en Marokkaanse groepen is gewerkt met aparte groepen voor mannen en vrouwen. Doel van deze focusgroepsgesprekken (zie voor een goede introductie van deze kwalitatieve methode van dataverzameling: Kitzinger, 1994, 1995) was het inventariseren van behoeften, wensen en verwachtingen van migranten ten aanzien van en hun ervaringen met de huisartsenzorg in Nederland.

2.2.1 Organisatie van de focusgroepsgesprekken

Voor het samenstellen van de focusgroepen was het de bedoeling in dit onderzoek in elke etnische groep zowel jonge als oudere vertegenwoordigers op te nemen.

Het bleek in de praktijk lastig te zijn om groepen met de juiste leeftijdsindeling in een relatief korte tijd samen te stellen. Uiteindelijk is de procedure voor het benaderen van de deelnemers aan de focusgroepen enigszins verschillend verlopen bij de vier etnische groepen. In het geval van de Turkse en Marokkaanse vrouwengroepen, gehouden respectievelijk in Amsterdam en Utrecht, is aangesloten bij bestaande activiteiten vanuit een buurthuis/ontmoetingsruimte. Wat betreft de Marokkaanse mannen zijn deelnemers geselecteerd uit een grote bestaande groep die regelmatig bij elkaar komt in een (leegstaand) schoolgebouw in Utrecht dat als gebeds- en ontmoetingsruimte gebruikt wordt. De Turkse mannen zijn via een contactpersoon in Leerdam geworven. In dit geval ging het om vertegenwoordigers van een brede achterban in de lokale Turkse gemeenschap. Vanwege het gescheiden zijn van activiteiten, is bij Turken en Marokkanen apart met mannen en vrouwen gesproken. Voor het samenstellen van de Surinaamse groep is eveneens een contactpersoon ingeschakeld met een breed netwerk binnen de Surinaamse gemeenschap in Den Haag. Bij de Antilliaanse groep heeft een zelforganisatie in Utrecht bemiddeld bij de werving en benadering van deelnemers en een eigen ruimte beschikbaar gesteld.

Per groep is er naar gestreefd om tussen de 10 à 15 deelnemers van boven de 25 jaar uit te nodigen. Circa een week voor de geplande bijeenkomst zijn de deelnemers schriftelijk dan wel mondeling uitgenodigd. Alle bijeenkomsten werden georganiseerd op een voor de deelnemers bekende locatie. Aangezien de gesprekken voorzover dit nodig was in de eigen taal zouden worden gehouden, zijn contactpersonen met dezelfde etnische achtergrond als de deelnemers benaderd; deze hebben vooraf instructies gekregen over het doel van het onderzoek en van de focusgroepsbijeenkomst. Vanwege de te verwachten bezwaren tegen opname van de groepsgesprekken op cassette bandjes, met name bij vrouwengroepen, zijn tevens notulisten geregeld die een verslag moesten maken van de bijeenkomst.

2.2.2 Verloop van de focusgroepsgesprekken

Alle bijeenkomsten hadden het karakter van een 'open gesprek', waarbij de deelnemers werden gestimuleerd hardop na te denken over wat goede kwaliteit van huisartsenzorg voor hen inhield.

Bij alle groepsgesprekken was ten minste één van de twee onderzoekers aanwezig, als gespreksleider en/of als notulist. Daarnaast was een contactpersoon uit dezelfde etnische groep als de deelnemers aanwezig die waar nodig optrad als tolk. Bij sommige groepen was de contactpersoon tevens de gespreksleider van de groepsbijeenkomst. De voertaal bij de discussies was Nederlands bij de Antilliaanse en Surinaamse groep. Bij de laatste groep werd waar nodig naar en vanuit het Hindoestaans vertaald. Wat betreft de Marok-

kaanse en Turkse groepen werd hoofdzakelijk de eigen taal gesproken. Bij de Marokkaanse vrouwen werd zowel het Berbers als Marokkaans-Arabisch gebruikt, bij de Turkse vrouwen uitsluitend Turks. Bij de Marokkaanse mannen is het gesprek in het Marokkaans-Arabisch gehouden en bij de Turkse mannen werd naast het Turks af en toe de essentie van de discussie in het Nederlands vertaald voor de aanwezige (Nederlandse) onderzoeker. De discussies werden ingeleid en begeleid door de gespreksleider en/of onderzoeker. De gespreksleider beschikte over een lijst met aandachtspunten, voorbeelden en een vaste beginvraag. Aan de hand van de gegeven antwoorden werd ingegaan op de wensen en verwachtingen van de aanwezigen. Aan het eind van de groepsdiscussie is door de deelnemers een korte vragenlijst ingevuld, met enkele vragen die betrekking hadden op een aantal achtergrondkenmerken.

De groepsdiscussies duurden 1,5 tot 2,5 uur inclusief inleiding en afsluiting en zijn alle op cassetteband opgenomen.

2.2.3 Achtergrondkenmerken van de deelnemers aan de groepsgesprekken

Elk groepsgesprek werd door 7 tot 17 deelnemers bijgewoond en bestond uit zowel jonge als oudere deelnemers. Tabel 2.1 presenteert een overzicht van de belangrijkste achtergrondkenmerken van de deelnemers.

Tabel 2.1: Achtergrondkenmerken van de personen uit de vier migrantengroepen die hebben deelgenomen aan de focusgroepsgesprekken

Focusgroep	Aantal deelnemers	Gemiddelde leeftijd	Gemiddelde verblijfsduur in Nederland
Antillianen	17	55 jaar	21 jaar
Surinamers	17	62 jaar	16 jaar
Marokkanen			
- mannen	12	53 jaar	24 jaar
- vrouwen	15	31 jaar*	10 jaar*
Turken			
- mannen	7	44 jaar	24 jaar
- vrouwen	15	37 jaar	19 jaar

* Gemiddelden zijn gebaseerd op schattingen.

De Antilliaanse focusgroep bestond uit 17 deelnemers, 10 vrouwen en 7 mannen. De leeftijd van de deelnemers lag tussen de 30 en 83 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 55 jaar. Zij verbleven gemiddeld 21 jaar in Nederland.

Aan het groepsgesprek met mensen van Surinaamse afkomst hebben 17 mensen deelgenomen onder wie 11 vrouwen en 6 mannen. De leeftijd van de deelnemers lag tussen de 50 en 79 jaar en hun verblijfsduur in Nederland was gemiddeld 16 jaar, variërend van 1 tot 25 jaar. Op één deelnemer na, die van Javaanse afkomst was, waren alle aanwezigen van Hindoestaanse afkomst. Geen enkele deelnemer was van Creoolse afkomst. Onduidelijk is of dit ontbreken van deelnemers van Creoolse afkomst van invloed is geweest op het verloop van de discussie en de kwaliteitsaspecten die zijn genoemd.

Vanuit de Marokkaanse gemeenschap hebben 12 mannen deelgenomen aan het groepsgesprek. De jongste deelnemer was 30 en de oudste was 63 jaar. Gemiddeld verbleef men 24 jaar in Nederland. Het groepsgesprek ten behoeve van de vrouwen werd door 15 vrouwen tussen de 21 en 40 jaar bijgewoond. Naar schatting waren ze gemiddeld 10 jaar woonachtig in Nederland.

Voor wat betreft mensen afkomstig uit Turkije geldt dat door 22 deelnemers (verdeeld over een mannen en een vrouwengroep) is gediscussieerd over de kwaliteit van de huisartsenzorg in Nederland. De leeftijd van de deelnemers aan de groepsdiscussie varieerde van 28

tot 55 jaar. De Turkse mannengroep was gemiddeld wat ouder (44 jaar tegenover 37 jaar) en woonde langer in Nederland (24 jaar tegenover 19 jaar) dan de Turkse vrouwengroep.

2.2.4 Resultaten van de focusgroepsgesprekken

Elk groepsgesprek resulteerde in een groslijst met aandachtspunten waaraan de huisartsenzorg zou moeten voldoen vanuit het perspectief van de betrokken etnische groep, wil er, naar de mening van de deelnemers, sprake zijn van goede kwaliteit van zorg. Voor het opstellen van de lijst met aandachtspunten zijn de notulen gemaakt tijdens elke groepsbijeenkomst, door de onderzoekers vergeleken met de bandopnames. Aandachtspunten die door meer personen binnen een groep zijn genoemd zijn slechts één keer in de lijst opgenomen.

Aantal en soorten kwaliteitsaspecten

Het aantal kwaliteitsaspecten dat per groep genoemd werd liep sterk uiteen. In totaal zijn door de deelnemers aan de zes groepsbijeenkomsten 197 min of meer verschillende aspecten genoemd die te maken hebben met kwaliteit van huisartsenzorg. Van deze 197 kwaliteitsaspecten hebben er 32 specifiek te maken met het migrant zijn van de deelnemers, zijn 154 aspecten op te vatten als generieke zaken, die in principe ook voor (groepen) autochtone Nederlanders zouden kunnen gelden en hebben de resterende 11 punten betrekking op de doktersassistente.

Uit de Surinaamse en Antilliaanse groep zijn respectievelijk 63 en 60 kwaliteitsaspecten afgeleid. Bij de Marokkaanse groep ging het om 104 en bij de Turkse groep om 91 aspecten. Het verschil in het aantal genoemde aspecten tussen de Marokkaanse en Turkse groep enerzijds en de Antilliaanse en Surinaamse groep anderzijds heeft waarschijnlijk drie oorzaken. Bij de Turkse en Marokkaanse groep zijn per etnische groep afzonderlijke bijeenkomsten met mannen en vrouwen gehouden, terwijl er bij de Surinaamse en Antilliaanse groep sprake was van een, wat sekse betreft, gemengde groep. Meer groepen resulteren normaliter in meer kwaliteitsaspecten (zie ook Sixma et al., 1998a). Een mogelijke tweede oorzaak kan zijn dat mensen afkomstig uit Suriname of de Nederlandse Antillen beter op de hoogte zijn van de werkwijze van de Nederlandse huisarts en als gevolg daarvan minder knelpunten noemen. De derde oorzaak kan te maken hebben met de taal waarin de discussies plaatsvonden. Bij de Turken en Marokkanen was dit in de eigen taal en bij de Surinamers en Antillianen werd in het Nederlands gediscussieerd.

Genoemde aspecten zijn vervolgens toebedeeld aan acht kwaliteitsdimensies: bejegening, deskundigheid, informatie, autonomie, continuïteit, toegankelijkheid, accommodatie en kosten, waarvan de eerste vier betrekking hebben op de 'proces-kwaliteit' en de laatste vier op de 'structuur-kwaliteit'. Deze opdeling in acht dimensies is ook gehanteerd bij de reeds bestaande QUOTE-vragenlijsten (zie Sixma et al., 1998b) en sluit aan bij algemene opvattingen over de multidimensionaliteit van het 'kwaliteit van zorg' concept (Pascoe, 1983; Hall & Dornan, 1988; Wensing et al., 1994; Van Campen et al., 1995). Aan deze acht kwaliteitsdimensies is een specifieke categorie toegevoegd, die kwaliteitsaspecten bevat die direct te maken hebben met de culturele achtergrond van de deelnemers. Aspecten die niet duidelijk onder een bepaalde dimensie vallen zijn ondergebracht onder een overige categorie. Voor de Turkse en Marokkaanse groepen zijn aspecten genoemd bij de vrouwen- en mannengroepen, samengevoegd tot één lijst met punten, waarbij (nagenoeg) identieke aspecten zijn samengenomen. Hierna gaan we wat dieper in op elk van de kwaliteitsdimensies. Een volledig overzicht van alle genoemde kwaliteitsaspecten, met daarbij aangegeven door welke van de vier migrantengroepen het aspect is genoemd en aan welke kwaliteitsdimensie het aspect is toebedeeld, is in de vorm van een matrix opgenomen in tabel 2.2.

Tabel 2.2: Overzicht van kwaliteitsaspecten genoemd door Turkse, Marokkaanse, Suri-naamse en Antilliaanse deelnemers aan de focusgroepsgesprekken

Kwaliteitsindicatoren	T	M	S	A
De huisarts met wie ik te maken heb,				
Generieke aspecten				
Proceskenmerken				
Bejegening				
1. moet goed kunnen luisteren	+	+	+	+
2. moet mij niet het gevoel geven dat ik wel heel erg moet aandringen om begrepen te worden	+			
3. moet voldoende tijd voor mij hebben/uittrekken	+	+	+	+
4. moet zich houden aan afspraken (en mij niet naar een andere dag zetten)	+			+
6. moet je bij binnenkomst groeten/vriendelijk ontvangen	+		+	
7. moet open staan voor je problemen/klachten	+			+
8. moet je het gevoel geven dat je welkom bent	+	+		
9. moet niet over je gaan mopperen als je vaak langskomt/serieus nemen ongeacht hoe vaak je gaat	+	+		
10. moet mij en mijn klachten serieus nemen	+	+		+
11. moet mij met respect behandelen	+	+		
12. moet vriendelijk/aardig zijn	+	+	+	+
13. moet mij voldoende aandacht geven		+		+
14. moet laten merken dat hij/zij begrip heeft voor mijn situatie	+	+	+	+
15. moet eerst tijd nemen om naar mijn klachten te luisteren/niet afkappen als ik iets vertel		+	+	
16. moet lief zijn voor de kinderen/niet chagrijnig doen tegenover kinderen		+		
17. moet iemand zijn die je als je 'beste vriend' kunt beschouwen		+		
18. is iemand met wie je je zorgen kunt delen		+		+
19. moet er geen groot probleem van maken als je een keer onverhoopt 5 minuten te laat komt voor je afspraak		+		
20. moet letten op zijn 'non-verbaal gedrag' (bijv. deur voor je neus dichtgooien)		+		
21. moet rekening houden met de leeftijd van de patiënt (respect tonen voor ouderen)		+		
22. moet behulpzaam zijn		+	+	
23. moet een goede verstandhouding hebben met de patiënt		+	+	
24. moet flexibel zijn		+		
25. moet goed met mensen omgaan		+		+
26. moet geduldig zijn			+	+
27. moet bereid zijn fouten toe te geven en moet excuses aanbieden			+	+
28. moet zijn patiënten kennen			+	
29. moet begrijpen wat de patiënt scheelt		+	+	
30. moet zich goed verstaanbaar maken			+	
31. moet mij altijd alles zeggen				+
32. daar moet ik alles tegen kunnen zeggen				+
33. moet mij niet aan het lijntje houden				+
34. moet (genoeg) met mij over alle dingen praten				+
35. moet geen nonchalante houding hebben				+
36. moet mij het gevoel geven dat ik alles kan vragen/aan de orde stellen				+
37. moet mij niet gelijk afschepen met recepten voor medicijnen		+	+	+
38. moet je op je woord geloven	+	+		
39. moet mensen op dezelfde manier behandelen		+		

Vervolg tabel 2.2: Overzicht van kwaliteitsaspecten genoemd door Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse deelnemers aan de focusgroepsgesprekken

Kwaliteitsindicatoren	T	M	S	A
Informatie				
1. moet informatie geven over bijwerkingen van medicijnen	+	+	+	+
2. moet mij informeren over mogelijke effecten van combinaties van medicijnen	+	+	+	+
3. moet uitleg geven over (het gebruik van) medicijnen		+	+	+
4. moet informatie geven over de ziekte die je hebt en hoe dat ontstaan is	+	+		
5. moet informatie/advies geven over hoe je kunt voorkomen dat je ziek wordt (gezonder eten bijvoorbeeld)		+		
6. moet in begrijpelijk Nederlands uitleg kunnen geven over wat ik heb of wat ik moet doen		+	+	
7. moet informatie geven over ziektekostenverzekeringen (waarvoor en hoeveel moet er worden betaald)		+		
8. moet informatie geven over een klachtenregeling en hoe klachtenprocedure werkt	+			+
9. moet mij informatie geven (eventueel in eigen taal) over de organisatie van de praktijk (bijvoorbeeld: wanneer is iemand aan de beurt? Regeling voor avond- en weekenddiensten)	+	+	+	+
10. moet geen moeilijke woorden gebruiken			+	
11. moet informatiemateriaal hebben over de dienstdoende apotheek			+	
12. moet informatie geven over kosten, zoals bijbetaling bij medicijnen	+		+	
13. moet <u>uit zichzelf</u> informatie geven over doel en aard van de behandeling	+	+		
14. moet antwoord geven op al mijn vragen	+			
15. moet mij vertellen waarom een bepaald medicijn (paracetamol) wordt voorgeschreven	+	+	+	+
16. moet mij goed informeren over de resultaten van een onderzoek	+			
17. moet uitleg geven over wat hij/zij gaat doen of doet	+			
18. moet aangeven wat wel en wat niet tot zijn/haar takenpakket behoort	+			
Autonomie				
1. moet mij informeren over mijn rechten als patiënt	+	+		
2. moet mij mee laten beslissen over bij welke huisarts c.q. huisartsenpraktijk ik ingeschreven wil worden		+		
3. moet mij ten alle tijden, de mogelijkheid bieden van huisarts te veranderen		+		
4. moet mij mee laten beslissen	+		+	
5. moet mij mee laten beslissen bij behandeling	+		+	
6. moet mij zelf laten kiezen naar welke specialist ik doorverwezen wil worden				+
7. moet mij, als ik dat wil, mijn patiënten dossier laten inzien	+			
8. moet mij, als ik dat wil, snel doorverwijzen naar de specialist	+	+	+	
9. moet mij, als ik dat wil, nauwkeurig onderzoeken	+			
Deskundigheid				
1. moet eerst een 'praatje' maken voordat hij/zij mij gaat onderzoeken of vragen gaat stellen over mijn klachten		+		
2. moet de klacht van de patiënt goed aanhoren		+		
3. moet niet gelijk bij binnenkomst (bot) vragen: 'waarom ben je gekomen?'		+		
4. moet er rekening mee houden dat klachten van de vrouwen soms ook van psychische aard kunnen zijn		+		
5. moet, behalve medicijnen, ook andere dingen kunnen voorschrijven/adviseren		+		
6. moet niet experimenteren bij de patiënt door het uitproberen van allerlei soorten medicijnen (goede en slechte)	+	+		
7. moet de juiste diagnose stellen		+		
8. moet de ernst van de ziekte goed inschatten	+	+		
9. moet op de hoogte zijn van de klachten van zijn patiënten		+		+

Vervolg tabel 2.2: Overzicht van kwaliteitsaspecten genoemd door Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse deelnemers aan de focusgroeps gesprekken

Kwaliteitsindicatoren	T	M	S	A
Vervolg Deskundigheid				
10. moet het verloop van de behandeling in de gaten houden (werken de medicijnen goed?)		+		
11. moet zorgen dat ik snel bij de specialist terecht kan	+	+		
12. moet (uit zichzelf) grondig nagaan wat mij mankeert		+	+	
13. moet goede medicijnen voorschrijven		+	+	
14. moet eerst onderzoek doen voordat medicijnen worden voorgeschreven		+	+	+
15. moet niet alleen maar een soort medicijn (paracetamol) voorschrijven		+	+	+
16. moet medicijnen geven wanneer het nodig is			+	
18. moet geen verkeerde medicijnen voorschrijven	+	+	+	
19. moet mij vragen waar mijn pijn zit			+	
20. mag mij geen pijn doen				+
21. moet op een goede manier omgaan met mijn klachten/problemen				+
22. moet lichamelijke problemen niet onmiddellijk vertalen in psychische problemen				+
23. moet vakbekwaam zijn				+
24. moet niet bang zijn om lichamelijk onderzoek te doen				+
25. moet kennis hebben van alternatieve medicijnen				+
26. moet weten wat er gebeurt als ik, naast voorgeschreven medicijnen, ook nog andere (alternatieve) medicijnen gebruik				+
27. moet goed op de hoogte zijn van mijn problemen en leefomstandigheden	+	+		
Structuurkenmerken				
Continuïteit				
1. moet zonder al te veel ruzie mij een verwijsbriefje geven	+	+		
2. moet mij kunnen doorverwijzen naar het ziekenhuis (wanneer ik daarom vraag)	+	+		
3. moet goed communiceren met andere zorgverleners (waaronder fysiotherapeut)	+			
4. moet zorgen voor een goede informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist	+			
5. moet mij naar de specialist kunnen sturen wanneer hij/zij denkt dat dit belangrijk is voor mij (dus ongeacht wat de zorgverzekeraar hiervan vindt)		+		
6. moet mij vaker naar de specialist sturen (meer dan 2 of 3 keer per jaar)	+	+		
7. moet zorgen voor een goede vervangingsregeling			+	
8. moet altijd dezelfde huisarts zijn			+	+
9. moet ervoor zorgen dat ik na verwijzing, snel (binnen 1 à 2 weken) bij een specialist terecht kan	+	+	+	+
10. moet er voor zorgen dat ik, in urgente gevallen, snel (binnen 1 à 2 dagen) bij de specialist terecht kan	+			+
11. moet mij niet alles tien keer laten vertellen (m.n. specialist)				+
Toegankelijkheid				
1. moet een maximale wachttijd hebben van 10 a 15 minuten hebben bij bezoek	+	+	+	
2. in nieuwe bouw wijken moeten voldoende huisartsen praktijken gevestigd zijn	+			+
3. moet tijdig doorverwijzen naar het ziekenhuis	+			
4. moet vervolg recepten, telefonisch kunnen regelen met apotheek	+			
5. moet telefonisch goed bereikbaar zijn	+	+	+	+
6. moet een praktijk hebben die goed toegankelijk is	+			
7. moet eenmaal per jaar (uit zichzelf) op huisbezoek komen	+			
8. moet mij niet te lang laten aandringen op een huisbezoek	+	+	+	
9. moet, bij een huisbezoek, duidelijke afspraken maken hoe laat hij/zij komt	+			+
10. moet de assistente niet gebruiken als waakhond/afscherming	+			
11. moet snel op huisbezoek komen, als ik daarom vraag	+	+	+	+
12. moet mij de mogelijkheid bieden een extra lange consult te hebben	+	+		
13. moet mij in staat stellen dezelfde dag langs te gaan naar het spreekuur	+	+	+	+
14. moet zijn/haar weekenddiensten goed geregeld hebben	+			+

Vervolg tabel 2.2: Overzicht van kwaliteitsaspecten genoemd door Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse deelnemers aan de focusgroeps gesprekken

Kwaliteitsindicatoren	T	M	S	A
15. moet er voor zorgen dat ik weet waar ik in het weekend medicijnen kan krijgen/ophalen	+			
16. moet een huisbezoek afleggen, wanneer ik niet bij hem langs kan	+	+	+	
17. moet een duidelijk en begrijpelijk handschrift hebben (bijv. een briefje met informatie voor de man/gezinsleden)		+		
18. moet mij (als vrouw) de mogelijkheid bieden om een vrouwelijke arts te raadplegen wanneer ik dat wil (bijvoorbeeld bij inwendig onderzoek)		+		
19. mag mij niet wegsturen als ik een keer 5 minuten te laat kom		+		
20. de vervangende dienst moet toegankelijker zijn	+	+		
21. mag niet te veel patiënten hebben		+	+	
22. moet ook 's avonds een spreekuur hebben (een koopavond spreekuur)			+	
23. moet dichtbij zijn			+	
24. moet <u>geen</u> voice-mail aan hebben staan			+	
25. moet bereikbaar zijn hele dagen			+	
26. moet zorgen dat hij/zij op schema werkt			+	
27. moet een assistente hebben, waarmee ik <u>niet</u> hoef te onderhandelen als ik de huisarts wil spreken	+	+	+	+
28. moet een assistente hebben			+	
29. moet beschikken over voldoende parkeerruimte			+	
30. moet mij voorrang geven als ik ernstig ziek ben en onmiddellijk geholpen wil/moet worden			+	
31. moet een telefonisch spreekuur hebben				+
32. de organisatie mag van praktijk tot praktijk niet al te zeer van elkaar verschillen				+
Kosten				
1. moet geen goedkopere medicijnen voorschrijven als dure beter zouden werken	+	+		
2. moet medicijnen voorschrijven, waarvoor ik niet hoef bij te betalen	+	+	+	+
3. moet mij, van te voren, vertellen als ik voor medicijnen moet bijbetalen	+	+		
4. moet medicijnen voorschrijven die goed werkzaam zijn, los van het feit of deze duur worden gevonden door de zorgverzekeraar		+		
Accommodatie				
1. moet een praktijk hebben die toegankelijk is voor moeders met kleine kinderen (kinderwagens) en voor rolstoelgebruikers	+			
2. moet een praktijk hebben zonder lastige trappen	+			
3. moet een wachtkamer hebben die groot genoeg is	+	+		+
4. moet (tweetalige) folders over medicijnen/aandoeningen hebben	+			
5. mag geen levensbeschouwelijke (christelijke) informatie als informatie-materiaal aanbieden	+			
6. moet een wachtkamer hebben met voldoende speelgoed voor de kinderen		+		
7. moet een wachtkamer hebben met leuke en gezellige tijdschriften (niet alleen saaie informatie/boekjes over allerlei ziekten)		+		
8. moet een wachtkamer hebben met voldoende stoelen/zitplaatsen			+	
9. moet een wachtkamer hebben met achtergrondmuziek			+	
10. moet een wachtkamer hebben waarin het verboden is te roken			+	
11. moet beschikken over een koffie/thee automaat			+	
12. moet een wachtkamer hebben die gezellig is			+	
13. moet een wachtkamer hebben waar met een 'nummersysteem' gewerkt wordt			+	
14. moet beschikken over een wachtkamer/praktijk met goede stoelen				+

Vervolg tabel 2.2: Overzicht van kwaliteitsaspecten genoemd door Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse deelnemers aan de focusgroepsgesprekken

Kwaliteitsindicatoren	T	M	S	A
Specifieke aspecten				
1. moet als aanleiding voor is, een tolk (het tolkencentrum) inschakelen	+		+	
2. moet mij niet uitlezen als ik iets probeer te verduidelijken	+			
3. moet geen kleine operaties (aambeien) uitvoeren in de praktijk	+			
4. moet er begrip voor hebben, dat ik soms een arts in Turkije raadpleeg	+			
5. moet er voor zorgen dat Nederlandse en Turkse medicijnen op elkaar zijn afgestemd	+			
6. mag niet discrimineren	+	+		
7. moet mij niet het gevoel geven dat ik een 2e-rangs iemand ben	+	+		
8. moet kennis hebben van mijn cultuur en achtergrond	+	+		
9. moet, als daar gezien de aard van de klachten, aanleiding toe is mij/mijn vrouw in de gelegenheid stellen een vrouwelijke arts te raadplegen	+			
10. moet er begrip voor hebben dat communicatie soms moeilijk verloopt door taalproblemen	+	+		+
11. moet er begrip voor hebben dat ik iemand (bijvoorbeeld een kind) meeneem om voor mij te 'tolken'	+			
12. moet mij net zoveel tijd en aandacht geven als niet-Turkse mensen	+			
13. moet voorlichtingsfolders (in het Turks) hebben over een aantal specifieke, vaak voorkomende aandoeningen (bijv. diabetes, astma)	+			
14. moet een 'woordje Turks' kunnen spreken (groeten bijvoorbeeld)	+			
15. mag geen vooroordelen hebben	+	+		+
16. moet op verzoek van de patiënt een (vrouwelijke) tolk kunnen regelen	+	+		
17. moet op de hoogte zijn van hoe Marokkanen leven		+		
18. moet beseffen dat Marokkanen/allochtonen andere problemen kunnen hebben dan Nederlanders		+		
19. moet 'ons' niet als minderwaardig zien		+		
20. moet mij niet als 'hond' behandelen als ik een keer een paar minuten te laat komt		+		
21. moet Marokkaanse patiënten, net zo behandelen als Nederlanders (moeten ook goede medicijnen krijgen en hun consulten moeten even lang duren)		+		
22. moet Marokkanen/allochtonen niet als 'één pot nat' benaderen (ieder persoon is uniek)		+		
23. moet inzien/erkennen dat Marokkanen veel hebben opgeofferd voor de Nederlandse samenleving en dat ze daar deel van uitmaken		+		
24. moet (Marokkaanse) patiënten niet het gevoel geven dat ze niet welkom zijn		+		
25. moet kunnen omgaan met patiënten die de Nederlandse taal niet goed machtig zijn		+	+	
26. moet specifieke deskundigheid hebben op het terrein van aandoeningen die veel bij Surinamers voorkomen			+	
27. moet er begrip voor hebben dat ik sommige zaken, door taalproblemen, moeilijk kan uiten		+		+
28. moet mij in begrijpelijke taal uitleggen wat mij mankeert				+
29. moet mij, in begrijpelijke taal, uitleggen waaruit de behandeling zal bestaan				+
30. moet niet voor mij gaan beslissen, als ik (toevallig) het Nederlands niet goed versta	+			+
31. moet aandacht hebben voor mijn psychische problemen (bijv. heimwee)	+			+
32. moet een leestafel hebben met Turkse tijdschriften/kranten/brochures	+			
Doktersassistente				
1. moet een assistente hebben die, behalve persoonsgegevens, niet veel (onnodige) vragen stelt bij het maken van een afspraak		+		+
2. moet een aardige assistente hebben		+		
3. moet een Marokkaanse assistente hebben		+		
4. moet een assistente hebben die (de klacht van) de patiënt serieus neemt		+		
5. moet een assistente hebben die goed om kan gaan met mensen		+		

Vervolg tabel 2.2: Overzicht van kwaliteitsaspecten genoemd door Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse deelnemers aan de focusgroepsgesprekken

Kwaliteitsindicatoren	T	M	S	A
Vervolg Doktersassistente				
6. moet een assistente hebben die rekening houdt met de kennis van het Nederlands van migranten		+		
7. moet een assistente hebben die de patiënt gerust kan stellen door een goed woordje te zeggen		+		
8. moet een assistente hebben die herhalingsrecepten uitschrijft	+		+	
9. moet een assistente hebben die eenvoudige controles (suiker, bloed) doet			+	
10. moet een assistente hebben die behulpzaam is		+		
11. moet een assistente hebben die niet op de stoel van de huisarts gaat zitten	+	+		+
Totaal (197)	91	104	63	60

Dat het soms moeilijk is een onderscheid te maken tussen specifieke en generieke kwaliteitsaspecten laat zich het best illustreren met een voorbeeld. In de lijst met specifieke aspecten zijn uitspraken opgenomen zoals: 'de huisarts mag niet discrimineren' (aspect 6), 'de huisarts moet mij niet het gevoel geven dat ik een 2e-rangs iemand ben' (aspect 7), 'de huisarts moet mij net zoveel tijd en aandacht geven als niet-allochtone mensen' (aspect 12), 'de huisarts mag geen vooroordelen hebben' (aspect 15) en 'de huisarts moet 'ons' niet als minderwaardig zien' (aspect 19). Kijken we naar de lijst met generieke kwaliteitsaspecten die te maken hebben met de gewenste bejegening door de huisarts, dan is daarin opgenomen 'de huisarts moet mensen op dezelfde manier behandelen' (aspect 39). Alle deze zes kwaliteitsaspecten hebben in feite te maken met de achterliggende 'eis van gelijke behandeling van allochtone en autochtone patiënten.

Hierna worden de generieke kwaliteitsaspecten, uitgesplitst naar proces en structuur, en de specifieke kwaliteitsaspecten kort besproken.

Generieke kwaliteitsaspecten

Proceskenmerken

Van de generieke aspecten die tijdens de groepsgesprekken zijn genoemd hebben er 39 te maken met de *manier waarop de huisarts zijn of haar patiënten tegemoet treedt ('bejegening' door de huisarts)*. Of, zoals een van de deelnemers uit het groepsgesprek met Antillianen het formuleert: "Het gaat erom hoe ze met onze mensen omgaan. Er zijn heel wat huisartsen waarvan ik denk 'ze kunnen het beter doen'. Ze doen niet persé iets fout, maar ze hebben een bepaald beeld van allochtonen ...". Kernbegrippen die terugkomen bij de 39 aspecten die samen de bejegeningdimensie vormen zijn: de wens serieus genomen te worden, voldoende tijd en aandacht en benadering die uitgaat van wederzijds respect en vertrouwen. Een van de Turkse deelnemers aan het groepsgesprek combineert een aantal van deze punten in een of twee zinnen: "Ik wil dat mijn huisarts aandachtig naar mij luistert en ook laat blijken dat hij naar mij luistert. Als hij bezig is met andere dingen terwijl ik over mijn problemen praat, dan krijg ik het gevoel dat ik niet serieus wordt genomen".

In totaal hebben 18 van de 154 generieke kwaliteitsaspecten te maken met de *hoeveelheid en het soort 'informatie'* dat de huisarts geeft aan zijn/haar patiënten, hetzij in de vorm van folders, brochures of bijsluiters, dan wel in de vorm van mondelinge informatie tijdens een consult. Een deel van deze informatie heeft betrekking op de werking van medicijnen ("Hij zegt 'ik ga een medicijn voorschrijven' en jij zegt 'ja, meneer' maar je hebt geen idee wat hij nu eigenlijk heeft voorgeschreven. En het is altijd paracetamol.") en de reden waarom een

bepaald medicijn wel of juist niet wordt voorgeschreven. Andere terreinen waarop een goede huisarts, naar de mening van de allochtone patiënt, informatie zou moeten geven betreffen: de aard en oorzaak van klachten, de preventie van aandoeningen, de organisatie van de praktijk inclusief de klachtenregeling ("Men moet je op de hoogte stellen van het feit dat je een klacht kunt indienen, bijvoorbeeld over wat je moet doen als iets niet naar wens is gegaan. In het ziekenhuis liggen toch ook overal folders over klachtenregelingen?") eventuele bijbetalingen bij medicijnen en het doel en de aard van de behandeling. Van wat meer algemene aard zijn kwaliteitsaspecten zoals een uitleg in begrijpelijk Nederlands en het antwoord geven op alle vragen die een patiënt heeft.

Indien het aantal aspecten dat tijdens de groepsgesprekken wordt genoemd maatgevend zou zijn voor het belang dat door patiënten aan de verschillende kwaliteitsdimensies wordt toegekend, dan scoort de dimensie '*autonomie*' met 9 aspecten relatief laag. Daarbij dient bovendien nog te worden aangetekend dat een deel van deze aspecten pas werd benoemd op het moment dat hier in het groepsgesprek expliciet naar werd gevraagd. Voor drie van de vier groepen staat goede kwaliteit huisartsenzorg onder andere voor het recht van patiënten mee te mogen beslissen bij de behandeling ("... Hij moet met mij overleggen over de behandelmethode en dan kunnen we samen beslissen; samen beslissingen nemen is heel belangrijk."). Een ander aspect die door zowel de Turkse als de Marokkaanse groep werd aangestipt betreft informatie over de rechten die patiënten hebben. Het bleek dat veel deelnemers hier nauwelijks van op de hoogte waren.

Een groot deel (27) van de kwaliteitsaspecten die tijdens de groepsgesprekken zijn genoemd hebben betrekking op de *deskundigheid en vaardigheden van de huisarts*. Afgezet tegenover de eerste indruk op basis van de oriënterende gesprekken met huisartsen, dat de doorsnee allochtone patiënt vraagt om medicijnen ("Ze verwachten van mij dat ik ze medicijnen geef; dat ik ze altijd wat geef, maar meestal medicijnen of een verwijzing."), komt uit de groepsgesprekken toch een wat genuanceerder beeld naar voren. Een van de deelnemers aan het groepsgesprek verwoordt het aldus: "... Ze doen niet persé iets fout, maar ze hebben een bepaald beeld van allochtonen. Ze denken dat allochtonen altijd medicijnen willen hebben en dus wordt soms wel heel snel voorgeschreven. Voordat je zit zijn ze soms al bezig het recept uit te schrijven". Worden medicijnen voorgeschreven, dan blijkt uit alle groepsgesprekken veel onwetendheid en onduidelijkheid over het waarom van bepaalde medicijnen ("Hij schrijft aan iedereen altijd paracetamol voor.") en over het feit dat het soms moeilijk is de meest geschikte medicijn voor een bepaalde aandoening te vinden ("Hij begint met minder goed werkende medicijnen of medicijnen met een lagere dosis en gebruikt jou als een proefkonijn.").

Structuurkenmerken

Een ander onderwerp dat ligt op het grensvlak van deskundigheid en *continuïteit van zorg* en dat tijdens de groepsdiscussie een veelbesproken punt vormde, is de snelheid waarmee de doorsnee Nederlandse huisarts naar de medisch specialist verwijst. Het gaat wellicht wat ver te stellen dat, vanuit het perspectief van de vier onderzochte groepen migranten, een goede huisarts zijn/haar patiënten zo snel mogelijk doorverwijst naar de medisch specialist. Echter, in alle groepsdiscussie kwam naar voren dat de Nederlandse huisarts naar de mening van de deelnemers vaak veel te lang wacht met zo'n doorverwijzing. De poortwachtersfunctie van de huisarts kan, zo blijkt uit opmerkingen, op weinig sympathie vanuit de migrantengemeenschap rekenen. "Ik heb al zo vaak aan mijn huisarts gevraagd of hij mijn vrouw naar de specialist wil sturen maar hij doet het niet." Het meest uitgesproken is een van de Turkse vrouwen: "In bijvoorbeeld Turkije of Duitsland kun je gelijk bij de

specialist terecht of je kunt zelf kiezen naar wie je toe wilt gaan. Hier ben je verplicht eerst naar je huisarts te gaan; dat systeem moet veranderen." In totaal hebben 11 van de genoemde kwaliteitsaspecten betrekking op de dimensie 'continuïteit van zorg'.

Naast bejegening en professionele deskundigheid, vormt de *toegankelijkheid en beschikbaarheid van de huisarts(praktijk)* een dankbaar onderwerp voor discussie als het gaat om goede kwaliteit van zorg. In totaal hebben 32 van de 197 genoemde kwaliteitsaspecten betrekking op deze kwaliteitsdimensie. De onderwerpen variëren van 'voorrangsbehandeling bij ernstige aandoeningen' tot ergernis over het feit dat men in plaats van de huisarts zijn of haar 'voice-mail' aan de lijn krijgt, en van de suggestie voor 'een spreekuur op koopavond' tot 'voldoende parkeerruimte in de onmiddellijke omgeving van de praktijk'. Vier aspecten worden door alle vier de categorieën migranten genoemd. Dit zijn: 'een goede telefonische bereikbaarheid' ("De telefoon is altijd bezet; volgens mij legt de assistente de hoorn naast de telefoon, zodat ze ongestoord verder kan werken."), 'het snel op huisbezoek komen als de patiënt daarom vraagt' ("Dat onze huisarts op visite komt, nou dat kun je op je buik schrijven; vergeet het maar."), 'de mogelijkheid om voor een afspraak nog dezelfde dag langs te komen' en 'een assistente met wie niet onderhandeld hoeft te worden'. Daarnaast is er een aantal aspecten dat door drie van de vier migrantengroepen wordt genoemd. Dit zijn: 'een maximale wachttijd in de wachtkamer van bijvoorbeeld 15 minuten', 'niet te lang laten aandringen op huisbezoek' en 'huisbezoek afleggen als patiënt niet bij hem langs kan'.

Met betrekking tot de '*kosten*' dimensie, heeft goede kwaliteit van zorg voor de vier groepen allochtonen vooral te maken met het voorschrijven van medicijnen. Tijdens vrijwel alle groepsdiscussies met allochtone patiënten werd melding gemaakt van een geringe bereidheid tot bijbetaling bij medicijnen. ("Voor mijn medicijnen moet ik voortaan betalen. Ik zei tegen mijn huisarts 'Hoe moet ik dat dan betalen?' Hij zei: 'We zien wel'. Maar ik krijg ze gelukkig wel, want ze zijn voor mijn hart en suikerziekte."). Als er extra kosten verbonden zijn aan de medicijnen die worden voorschreven, wil men graag vooraf over deze kosten geïnformeerd worden. Tegelijkertijd waren er respondenten die wel bereid waren zelf voor deze medicijnen te betalen indien deze goed zouden blijken te werken. In totaal werden er tijdens de groepsgesprekken slechts vier punten genoemd die te maken hebben met kosten.

Voor wat betreft *vormgeving en inrichting van de huisartsenpraktijk* wordt een 14-tal kwaliteitsaspecten genoemd. Opvallend bij deze aspecten is dat de meeste slechts door één van de vier groepen wordt opgemerkt. Uitzondering vormt de grootte van de wachtkamer ("De wachtkamer van mijn huisarts is echt te klein; er kunnen maar zo'n tien mensen naar binnen."). In drie migrantengroepen worden hierover opmerkingen gemaakt over.

Specifieke kwaliteitsaspecten

Naast kwaliteitsaspecten die voor zowel allochtonen als autochtone patiënten zullen gelden, werden er tijdens de groepsdiscussies circa 32 punten genoemd die te maken hebben met het allochtoon zijn van de patiënt. Bij deze specifieke punten zijn vier hoofdgroepen te onderscheiden; (1) aspecten die betrekking hebben op taalproblemen, (2) aspecten die te maken hebben met onduidelijkheden over het takenpakket van de Nederlandse huisarts, (3) aspecten die te maken hebben met gevoelens van discriminatie of achterstelling en (4) aspecten die te maken hebben met cultuurverschillen tussen Nederland en de landen waaruit de migrantengroepen afkomstig zijn. Op elk van deze vier groepen gaan we wat dieper in. Overigens is de indeling in 'generieke' en 'specifieke' aspecten

voor wat betreft de versie van de QUOTE-Mi zoals die is uitgetest in dit onderzoek, arbitrair. Zeker voor wat betreft de aspecten in de hoofdgroepen (2) en (3) zal het zo zijn dat deze punten ook voor bepaalde groepen autochtone Nederlanders zullen gelden.

Door met name de Turkse en Marokkaanse deelnemers aan de groepsgesprekken werd expliciet aandacht gevraagd voor taalproblemen. Van de huisarts wordt verwacht dat hij goed kan omgaan met en begrip heeft voor het feit dat de communicatie met allochtone patiënten door taalproblemen soms moeilijk verloopt en dat daarom soms derden (bijvoorbeeld een kind) worden meegenomen om te 'tolken'. Daarnaast zou men graag beschikken over informatie in de eigen taal over vaak voorkomende aandoeningen, de organisatie van de huisartsenpraktijk en de (bij)werkingen van medicijnen. Tenslotte zou men graag, op die momenten die zich daarvoor lenen, de tolkentelefoon willen inschakelen.

Onduidelijkheid over het takenpakket en de werkwijze van de Nederlandse huisarts blijkt o.a. uit de scepsis met betrekking tot het uitvoering van kleine operatieve ingrepen en het op elkaar afgestemd zijn van buitenlandse en Nederlandse medicijnen, maar ook uit opmerkingen die worden geplaatst bij de taakverdeling tussen arts en assistente (zie de kwaliteitsaspecten die betrekking hebben op de doktersassistente) en het voorschrijfgedrag. Zo wordt bijvoorbeeld een arts die, waarschijnlijk met de bedoeling om zijn/haar patiënt niet op extra kosten te jagen, in het bijzijn van een patiënt bij de apotheek naar een goedkoper medicijn informeert al snel verweten dat hij zijn (buitenlandse) patiënten als proefkonijn gebruikt.

Een derde groep van specifieke kwaliteitsaspecten heeft direct of indirect te maken met het feit dat (in elk geval een deel van) de allochtone patiënten waarmee is gesproken zich achtergesteld voelen bij Nederlandse patiënten. Soms wordt onomwonden gesproken van een gevoel van discriminatie ("Kom je binnen dan zie je hem kijken; zo van 'die heeft zwart haar en is een buitenlander' en dan krijg je het gevoel dat je niet serieus wordt genomen. Dat je een tweederangs iemand bent."). Soms ook voelt men zich achtergesteld in wat meer bedekte termen ("Als ik in een wachtkamer zit, dan zie ik dat de Nederlanders veel langer binnen blijven. Wanneer ik binnen ben, duurt het niet eens een minuut en dan ben ik al weer buiten. Ik krijg bij hem (= de huisarts) altijd het gevoel dat hij mij zo snel mogelijk de deur uit wil hebben."). Door oudere deelnemers uit de Marokkaanse focusgroep werd bijvoorbeeld nadrukkelijk gezegd dat huisartsen moeten inzien dat migranten vroeger als gastarbeiders "veel hebben opgeofferd voor de Nederlandse samenleving en dat ze hier deel van uitmaken" ("Vroeger maakte men zich wel druk om onze gezondheid en zorgde dat we snel beter werden, want wij waren van belang voor de Nederlandse economie"). Andere voorbeelden uit de groslijst van kwaliteitsaspecten die in deze hoofdgroep zijn onder te brengen, zijn 'mag mij niet uitlechten als ik iets wil verduidelijken', 'moet mij net zoveel aandacht geven als niet-allochtone mensen', 'mag geen vooroordelen hebben', 'moet 'ons' niet als minderwaardig zien' en 'moet allochtone patiënten niet het gevoel geven dat zij niet welkom zijn'.

Een vierde groep van specifieke kwaliteitsaspecten betreft de wens dat de Nederlandse huisarts aandacht heeft voor cultuurverschillen tussen autochtone en allochtone patiënten. Zo wordt, met name door sommige Turkse en Marokkaanse deelnemers aan de groepsgesprekken, nadrukkelijk de wens uitgesproken om bij specifieke problemen (inwendig onderzoek) een vrouwelijke huisarts te kunnen raadplegen. Daarnaast wordt door vertegenwoordigers uit dezelfde twee groepen de gedachte uitgesproken dat het een goede zaak zou zijn als de huisarts iets meer zou afweten van de Turkse en Marokkaanse cultuur

en hoe men in deze twee landen leeft. En tenslotte zou men graag zien dat de huisarts zowel aandacht heeft voor als deskundigheid bezit op het terrein van specifieke problemen van allochtone patiënten.

Doktersassistente

Een laatste groep van kwaliteitsaspecten heeft specifiek betrekking op de persoon en positie van de doktersassistente. Wat deze dimensie betreft staat goede kwaliteit van huisartsenzorg vanuit het perspectief van allochtone patiënten vooral voor een assistente die (met name bij het maken van een afspraak) niet teveel op de stoel van de huisarts gaat zitten. Daarnaast is de ideale assistente iemand die 'aardig en vriendelijk is', 'goed met iedereen kan omgaan en behulpzaam is', 'alle klachten van patiënten serieus neemt', 'soms, maar niet te vaak, werkzaamheden van de huisarts overneemt', 'begrip heeft voor mogelijke taalproblemen' en die 'bij voorkeur van allochtone afkomst is'.

2.3 De eerste versie van de QUOTE-Mi

Om tot een eerste, voorlopige, versie van de QUOTE-Mi te komen, is een eerste schifting gemaakt in alle kwaliteitsaspecten die tijdens de focusgroepsgesprekken zijn genoemd. Daarbij zijn drie inclusiecriteria gehanteerd: (1) de mate waarin een aspect door meerdere groepen is genoemd (2) het aantal aspecten per specifieke kwaliteitsdimensie en (3) het specifieke onderwerp dat in elk aspect wordt aangesneden. Daarnaast is de bestaande 'generieke' lijst die voor Nederlandse doelgroepen was ontwikkeld als uitgangspunt gehanteerd, waarbij opgemerkt dient te worden dat alle kwaliteitsaspecten in deze lijst ook in de focusgroepsgesprekken met migranten zijn genoemd (zie bijlage 1).

Naarmate een aspect door meer groepen is genoemd, is de kans groot dat dit aspect ook daadwerkelijk is opgenomen in de lijst met aspecten die in kwantitatieve zin is uitgetest. Daarnaast is er gezocht naar een evenwicht tussen het aantal kwaliteitsaspecten behorend tot dimensies met veel aspecten en dimensies met relatief weinig aspecten. Dimensies met relatief veel aspecten (bejegening, toegankelijkheid, deskundigheid) zijn in de uiteindelijke lijst nog steeds oververtegenwoordigd, maar minder sterk dan hun aandeel in de groslijst zou doen vermoeden. Dimensies met relatief weinig aspecten (kosten, autonomie, continuïteit) zijn in absolute zin nog steeds ondervertegenwoordigd, maar minder sterk dan in de groslijst van 197 aspecten. Tenslotte is, per kwaliteitsdimensie, ook gekeken naar de feitelijke inhoud van elk kwaliteitsaspect. Daarbij is het streven gericht geweest om per kwaliteitsdimensie een zo groot mogelijke verscheidenheid aan aspecten op te nemen. Dit geldt in het bijzonder voor de kwaliteitsaspecten die specifiek te maken hebben met het migrant zijn van de personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt.

In totaal zijn 73 kwaliteitsaspecten geselecteerd voor de eerste (voorlopige) versie van de QUOTE-Mi. Het gaat daarbij om 15 aspecten die te maken hebben met de bejegening door de huisarts, 8 aspecten die gaan over de informatie verstrekt door de huisarts of aanwezig in de huisartsenpraktijk, 5 aspecten die gaan over het zelfbeschikkingsrecht van patiënten en 8 aspecten die tezamen de dimensie 'professionele deskundigheid' vormen. Deze vier dimensies vormen samen het 'proces' deel van het voorlopige meetinstrument. Voor wat betreft de vier dimensies die vooral te maken hebben met de structuur van de huisartsenzorg, is de dimensie 'continuïteit van zorg' vertegenwoordigd met 4 aspecten, de dimensie 'bereikbaarheid/toegankelijkheid' met 12 aspecten, de dimensie 'kosten' met 2 aspecten en de dimensie 'accommodatie' met 5 aspecten.

Tabel 2.3 geeft een overzicht van alle aspecten die in kwantitatieve zin zijn uitgetest. In de vragenlijst zijn kwaliteitsaspecten die specifiek betrekking hebben op allochtonen bij de genoemde acht dimensies ondergebracht (zie bijlage 2).

Tabel 2.3: Een overzicht van de 73 kwaliteitsaspecten die zijn uitgetest in een eerste, voorlopige versie van de QUOTE-Mi

Proceskenmerken

Bejegening

1. moet altijd vriendelijk zijn
2. moet altijd goed naar u luisteren
3. moet altijd voldoende tijd nemen om met u te praten
4. moet u altijd serieus nemen
5. moet gemaakte afspraken altijd stipt nakomen
6. moet laten merken dat hij/zij begrip heeft voor uw situatie
7. moet u met respect behandelen
8. moet goed met kinderen omgaan
9. moet u laten uitpraten als u iets aan het vertellen bent
10. moet u het gevoel geven dat u welkom bent
11. moet niet bang zijn om u aan te raken
12. moet u niet gelijk afschepen met recepten voor medicijnen
13. moet bereid zijn met u te praten over fouten of zaken die niet goed gelopen zijn
14. moet aandacht hebben voor al uw problemen
15. moet altijd bereid zijn met u over al uw problemen te praten

Informatie

1. moet altijd, in voor u begrijpelijke taal uitleg geven over medicijnen die worden voorgeschreven
2. moet uitleggen waarom één bepaald medicijn wordt voorgeschreven
3. moet vertellen wat mogelijke bijwerkingen zijn van medicijnen die worden voorgeschreven
4. moet zeggen wat u moet doen als u naast de voorgeschreven medicijnen ook andere medicijnen gebruikt
5. moet u uitleg geven over de resultaten van een onderzoek
6. moet u duidelijke informatie geven over de organisatie van de praktijk (spreekuurtijden, spoednummer, weekendregelingen, etc.)
7. moet u informatie geven over wat u moet doen als u een klacht wilt indienen
8. moet vertellen dat u voor bepaalde medicijnen soms moet bijbetalen

Autonomie

1. moet u altijd mee laten beslissen over de behandeling of hulp die u krijgt
2. moet u een andere huisarts laten kiezen, als het niet 'klikt'
3. moet u vertellen wat uw rechten zijn als patiënt
4. moet u uw dossier met patiëntgegevens laten inzien, als u dat wilt
5. moet u, als u dat wilt, doorverwijzen naar een medisch specialist

Professionele deskundigheid

1. moet u altijd in begrijpelijke taal uitleggen wat u mankeert
 2. moet, uit zichzelf, uitleg geven over het doel en de aard van de behandeling
 3. moet u altijd de juiste medicijnen voorschrijven
 4. moet u niet, naar uw gevoel, onnodig medicijnen voorschrijven
 5. moet lichamelijke problemen niet onmiddellijk in psychische problemen vertalen
 6. moet goed op de hoogte zijn van de situatie bij u thuis en op het werk/school
 7. moet uw problemen goed kennen
 8. moet doorvragen naar uw omstandigheden
-

Vervolg tabel 2.3: Een overzicht van de 73 kwaliteitsaspecten die zijn uitgetest in een eerste, voorlopige versie van de QUOTE-Mi

Structuurkenmerken

Continuïteit van zorg

1. moet altijd dezelfde persoon zijn
2. moet zorgen dat er altijd een vervangende huisarts is, als hij/zij afwezig is
3. moet er voor zorgen dat u na een verwijzing altijd snel (binnen 2 weken) bij de specialist terecht kunt
4. moet zorgen voor een goede uitwisseling van informatie tussen huisarts en specialist

Toegankelijkheid

1. moet beschikken over een telefonisch spreekuur
2. moet telefonisch altijd goed bereikbaar zijn
3. moet u nooit langer dan 15 minuten in de wachtkamer laten wachten
4. moet altijd onmiddellijk bereid zijn een visite (huisbezoek) af te leggen, als u daarom vraagt
5. moet er voor zorgen dat u ook 's avonds of in het weekend snel een huisarts kunt raadplegen
6. moet, als daar aanleiding toe is, er voor zorgen dat u nog dezelfde dag op het spreekuur terecht kunt
7. moet u, als daar aanleiding toe is, de mogelijkheid bieden van een extra lang consult
8. moet u (of uw vrouw) de gelegenheid bieden een vrouwelijke huisarts te raadplegen
9. moet een assistente hebben, met wie u niet hoeft te onderhandelen als u de huisarts wilt raadplegen
10. moet een wacht-en praktijkruimte hebben die goed toegankelijk is voor kinderwagens, rolstoelgebruikers of mensen die slecht ter been zijn
11. moet, als u belt voor een afspraak, er voor zorgen dat u snel (binnen 24 uur) op het spreekuur terecht kunt
12. moet goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer

Kosten

1. moet altijd medicijnen voorschrijven die volledig door het ziekenfonds of uw verzekering worden vergoed
2. moet geen goedkope medicijnen voorschrijven als dure beter zouden werken

Accommodatie

1. moet een wachtkamer hebben die ruim genoeg is
2. moet een wachtkamer hebben met voldoende zitplaatsen
3. moet een wachtkamer hebben met speelgoed voor kinderen
4. moet een wachtkamer hebben die gezellig is ingericht
5. moet de praktijk zo hebben ingericht, dat u niet kunt horen wat er aan de balie en in de spreekkamer wordt besproken

Specifieke kenmerken

1. mag niet discrimineren
 2. moet u niet het gevoel geven dat u een 2e-rangs persoon bent
 3. mag geen vooroordelen hebben omdat u buitenlander bent
 4. moet u net zoveel tijd en aandacht geven als aanzijn/haar Nederlandse patiënten
 5. moet er begrip voor hebben dat u soms iemand anders meeneemt (bijvoorbeeld een kind) om voor u te tolken
 6. moet er begrip voor hebben dat u, door taalproblemen, soms moeilijk uw verhaal kunt vertellen
 7. moet er begrip voor hebben dat u soms een arts in het buitenland (bijvoorbeeld Turkije, Marokko, Suriname of Curaçao) raadpleegt
 8. moet, als u dat op prijs stelt, een tolk inschakelen
 9. moet voorlichtingsfolders hebben in uw eigen taal
 10. moet beseffen dat uw problemen soms anders zijn dan de problemen van Nederlandse patiënten
 11. moet aandacht hebben voor het feit dat sommige klachten te maken hebben met psychische problemen (bijvoorbeeld heimwee)
 12. moet een goede kennis hebben van medicijnen die in het buitenland (bijvoorbeeld Turkije, Marokko, Suriname of Curaçao) zijn voorgeschreven
 13. moet belangstelling hebben voor uw cultuur en achtergrond
 14. moet een assistente hebben met dezelfde (etnische) afkomst als u
-

2.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is uitvoerig ingegaan op het ontwikkelingsproces van het meetinstrument Quote-Mi. Eerst is de organisatie en uitvoering van een zestal focusgroepsbijeenkomsten bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse besproken wat uiteindelijk resulteerde in een lijst met aspecten waaraan huisartsenzorg, vanuit het perspectief van deze groepen patiënten, zou moeten voldoen wil er sprake zijn van optimale kwaliteit van huisartsenzorg. Bij de samenstelling van de focusgroepen is geprobeerd een (qua leeftijd) goede afspiegeling te krijgen van migrantengroepen die tot de doelpopulatie behoorden. Voor de Surinaamse groep gold dat mensen van Creoolse afkomst ontbraken. De focusgroepen zelf verliepen in een goede sfeer, waarbij door de deelnemers zonder terughoudendheid van gedachten werd gewisseld over de taken en werkwijze van de Nederlandse huisarts en de verwachtingen die migranten ten opzichte van de Nederlandse huisarts hebben.

Tijdens de groepsdiscussies zijn door de deelnemers een groot aantal potentiële kwaliteitsaspecten genoemd, die betrekking hebben op een aantal deelterreinen van de migrantenzorg. Door de onderzoekers is, op basis van de groslijst van kwaliteitsaspecten, een onderscheid gemaakt tussen generieke aspecten die in principe voor iedereen van toepassing zijn en specifieke aspecten die te maken hebben met de culturele achtergrond van migranten en hun bijzondere situatie in Nederland. Deze uitgebreide lijst is als uitgangspunt gebruikt voor het ontwikkelen van een eerste versie van het meetinstrument. Met behulp van drie selectiecriteria - de mate waarin een aspect door meerdere groepen is genoemd, het aantal aspecten per specifieke kwaliteitsdimensie en het specifieke onderwerp dat in elk aspect wordt aangesneden - is de eerste versie van de QUOTE-Mi vragenlijst tot stand gekomen. Deze eerste versie van het meetinstrument telt 73 kwaliteitsaspecten. De kwaliteitsaspecten zelf zijn toegedeeld aan negen sub-dimensies van de kwaliteit van huisartsenzorg, te weten: bejegening (15 aspecten), informatie (8 aspecten), autonomie (5 aspecten), deskundigheid (8 aspecten), continuïteit (4 aspecten), toegankelijkheid en beschikbaarheid (12 aspecten), kosten (2 aspecten), accommodatie (5 aspecten) en migranten-specifiek (14 aspecten). De pilotstudie waarin deze lijst onder een grotere groep migranten is uitgetest en de constructie van de definitieve meetinstrumenten die op basis hiervan heeft plaatsgevonden, worden in het volgende hoofdstuk besproken.

3 RESULTATEN VAN DE PILOTSTUDIE

De voorlopige versie van de QUOTE-Mi met 73 kwaliteitsaspecten is uitgetest bij een steekproef van circa 40 respondenten per migrantengroep. Dit hoofdstuk behandelt het resultaat van deze exercitie. In paragraaf 3.1 wordt dieper ingegaan op de redenen van het in kwantitatieve zin uittesten van het voorlopige instrument. Paragraaf 3.2 beschrijft de methode van onderzoek. Paragraaf 3.3 gaat in op de eerste selectie van kwaliteitsaspecten. De paragrafen 3.4 en 3.5 beschrijven het proces van schaalconstructie en schaaloptimalisatie van respectievelijk een uitgebreide en een korte versie van de QUOTE-Mi. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte, samenvattende paragraaf.

3.1 Inleiding

De kwantitatieve toetsing diende twee doelen. Het eerste doel betrof de validering van de resultaten van de focusgroepsbijeenkomsten. Een kwalitatieve methode zoals het werken met focusgroepsgesprekken biedt, zoals in reeds in de vorige hoofdstukken is beschreven, de mogelijkheid om op een relatief snelle en efficiënte wijze inzicht te krijgen in wat migranten verstaan onder goede kwaliteit van huisartsenzorg. Eén van de belangrijkste argumenten dat vaak wordt aangevoerd tegen het gebruik van een kwalitatieve methode is het gebrek aan representativiteit van de uitkomsten van de groepsdiscussie. Door middel van antwoorden op 'open vragen' naar mogelijke andere belangrijke kwaliteitsaspecten kan inzicht worden verkregen in de mate waarin de resultaten van de focusgroepsgesprekken een goede afspiegeling vormden van de oordelen van een grotere groep respondenten. In de gebruikte vragenlijst zijn daartoe een tweetal 'open vragen' opgenomen. Het gaat daarbij om kwaliteitsaspecten die men 'mist' in het uiteindelijk resultaat van de groepsdiscussies.

Het tweede doel van het in empirische zin uittesten van de voorlopige versie van de QUOTE-Mi telt twee sub-doelen. (1) Het opstellen van een aangepaste versie van het meetinstrument voor toepassing in projecten gericht op kwaliteitsverbetering. Omdat het aantal en de diversiteit van de opgenomen kwaliteitsaspecten direct gerelateerd is aan het aantal potentiële aangrijpingspunten bij kwaliteitsverbeteringsprojecten, wordt hierbij gestreefd naar een relatief uitgebreide versie die valide en betrouwbaar is. (2) Daarnaast moet de ontwikkeling van de QUOTE-Mi worden gezien als een voorstudie van de tweede Nationale Studie (NS2) en juist deze studie vraagt om een meetinstrument van beperkte omvang. De tweede sub-doelstelling richt zich derhalve op het samenstellen van een korte versie van de QUOTE-Mi met een aantal kwaliteitsaspecten dat past binnen het raamwerk van de NS2.

3.2 Methode van onderzoek

In deze paragraaf wordt ingegaan op (1) de werving van respondenten en respondentkenmerken, (2) de gebruikte vragenlijst en (3) de gebruikte analysetechnieken.

3.2.1 Respondenten

Werving

Voor de pilotstudie zouden in principe 160 respondenten geworven worden; 40 in elke etnische groep, evenredig verdeeld naar mannen en vrouwen en naar verschillende leeftijdscategorieën. Aanvankelijk was het de bedoeling hiervoor een steekproef te laten trekken uit het bevolkingsregister van een grote gemeente waar voldoende mensen uit de vier etnische groepen wonen. Omdat de tijd tussen het aanvragen van een dergelijke steekproef en het daadwerkelijk ter beschikking komen van de gegevens aanzienlijk is, en niet binnen de beperkte tijd voor dit onderzoek tot stand kon komen, is er uiteindelijk voor gekozen de werving van deelnemers via de interviewers te laten verlopen. Uit elke etnische groep zijn drie of vier interviewers geworven voor de afname van de vragenlijsten. Voorwaarde was dat zij, naast een goede beheersing van de eigen en de Nederlandse taal, over een breed netwerk moesten beschikken. Men moest ook daadwerkelijk in staat zijn om uit de eigen kring van familie en (soms vage) kennissen zo'n 10 tot 15 personen te werven voor daadwerkelijke deelname aan het onderzoek. Alle interviewers voldeden aan deze eisen. Voor wat betreft de te werven respondenten is een aantal criteria gesteld betreffende leeftijd en geslacht van de te werven respondenten. Er is naar gestreefd om evenveel respondenten te werven uit de volgende leeftijdscategorieën: 15-29 jaar, 30-44 jaar en 45 jaar en ouder. Verder moesten er ongeveer evenveel mannen als vrouwen vertegenwoordigd zijn in de onderzoeksgroep.

Gelet op de wijze van werving van respondenten kan er weinig gezegd worden over de respons en non-respons. Wel is het mogelijk om wat te vertellen over de moeilijkheden die bij de werving zijn opgetreden. De grootte van het netwerk van de interviewers en de medewerking die men daarvan gekregen is in belangrijke mate bepalend geweest voor het gemak waarmee men aan het afgesproken aantal respondenten kon komen. Los van de grootte van het netwerk, bleek het zelf werven en het vervolgens interviewen van respondenten niet bij iedereen even soepel te gaan. Soms hadden interviewers een voorkeur voor het interviewen van onbekenden en vage kennissen, die moeilijker te werven waren. Ook gaven interviewers soms aan dat respondenten bij nader inzien toch niet mee wilden werken uit angst dat de gegevens bij de eigen huisarts terecht zouden komen. Uiteindelijk zijn 151 personen daadwerkelijk ondervraagd: 35 Turken, 36 Marokkanen, 47 Antillianen en 33 Surinamers.

Respondentkenmerken

Van de 151 respondenten is nagenoeg iedereen in het land van herkomst geboren; 13 respondenten, waaronder 6 Surinamers, 5 Turken, 1 Antilliaan en 1 Marokkaan, zijn in Nederland geboren en 3 respondenten in een ander land dan Nederland of het land van herkomst. Tabel 3.1 geeft voor elk van de vier etnische groepen een overzicht van een aantal respondentkenmerken. Naast sociaal-demografische gegevens is aan de respondenten gevraagd een oordeel te geven over de eigen gezondheid, contacten met de huisarts en medisch specialist in het afgelopen jaar en hun beheersing van de Nederlandse taal waarbij onderscheid is gemaakt tussen verstaan, spreken, lezen en schrijven. Het gemiddelde van de scores op deze vier vragen vormt de index voor taalvaardigheid (range: 0-4).

Tabel 3.1 laat zien dat iets meer dan de helft van de onderzoeksgroep bestond uit vrouwen. Tussen de Turkse, Marokkaanse en Surinaamse groep waren er geen noemenswaardige verschillen voor wat betreft de gemiddelde leeftijd of verblijfsduur in Nederland. Vergeleken met deze groepen, is de Antilliaanse groep relatief het jongst, verblijft het kortst in Nederland en heeft het hoogste opleidingsniveau. Op de index voor taalvaardigheid scoren de Antillianen en Surinamers het hoogst, gevolgd door de Marokkanen en als laatste de Turken.

Tabel 3.1: Achtergrondkenmerken van respondenten naar etnische herkomst

	Turken		Marokkanen		Surinamers		Antillianen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sociaal-demografische kenmerken										
Geslacht										
man	14	40	14	39	13	39	23	49	64	42
vrouw	21	60	22	61	20	61	24	51	87	58
Leeftijd										
≤ 40 jaar	22	63	17	47	14	42	31	66	84	56
40> jaar	13	37	19	53	19	58	16	34	67	44
Gem (sd)	39,0	(15,1)	40,7	(13,7)	42,3	(16,4)	36,7	(12,0)	39,4	(14,2)
Gem verblijfsduur in Nederland (sd)	18,4	(8,9)	17,3	(8,6)	18,8	(8,4)	12,0	(8,5)	16,0	(9,0)
Opleidingsniveau										
geen	5	14	10	28	-	-	-	-	15	10
lager	17	49	7	19	8	24	5	11	37	25
middelbaar	11	31	11	31	22	67	23	50	67	45
HBO/universitair	2	6	8	22	3	9	18	39	31	21
Gem beheersing Nederlands (sd)	2,2	(1,0)	3,1	(1,0)	3,8	(0,5)	3,8	(0,4)	3,3	(1,0)
Andere kenmerken										
contact huisarts	34	97	31	86	30	91	38	81	133	88
contact specialist	14	40	15	42	13	38	14	30	56	37
Oordeel eigen gezondheid										
uitstekend / zeer goed	5	14	9	25	3	9	23	49	40	27
goed	5	14	16	44	22	69	20	43	63	42
matig / slecht	25	71	11	31	7	21	4	8	47	31

Voor wat betreft de eigen gezondheid geldt dat, over de totale groep bekeken, een meerderheid van de respondenten deze als goed beoordeelt waarbij ongeveer een kwart die als 'zeer goed' of 'uitstekend' beschouwt. Turkse respondenten vinden de eigen gezondheid vaker 'matig' of 'slecht' dan de overige groepen. De Antilliaanse groep geeft juist vaker aan dat de eigen gezondheid 'goed' tot 'uitstekend' is. Hierbij zal ongetwijfeld meespelen dat deze groep relatief jong is. Een ruime meerderheid van de respondenten heeft het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts, waarbij het aantal keren varieert van 1 tot meer dan 20 keer per jaar. Een aanzienlijk lager percentage respondenten had contact met een medisch specialist.

3.2.2 De vragenlijst

Eén van de doelen van dit onderzoek was om na te gaan welke wijze van afname van het instrument het meest geschikt is voor Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Het was aanvankelijk dan ook de bedoeling zowel een schriftelijke (per post te verzenden) als een mondelinge versie van de vragenlijst te ontwikkelen. In overleg met de begeleidingscommissie is, rekening houdend met eerdere ervaringen met schriftelijk materiaal onder deze bevolkingsgroepen, afgezien van het gebruik van een schriftelijke versie van de vragenlijst.

Vertaling van de vragenlijst

Een volgende stap in het onderzoek bestond uit het vertalen van de vragenlijst naar het Turks ten behoeve van de Turkse respondenten en het Marokkaans-Arabisch en Berbers ten behoeve van Marokkaanse respondenten. Hierbij is gestreefd naar het gebruik van 'spreektaal' om de bedoeling van de stellingen beter over te brengen. Omdat het vooralsnog ging om een eerste versie van een vragenlijst is, op grond van kostenoverwegingen, niet gekozen voor een (dubbel) 'forward-backward' methode, maar voor het enkelvoudig vertalen van een Nederlandse versie naar versies in het Turks, Marokkaans-Arabisch en Berbers. Wel zijn de conceptvertalingen uitgebreid besproken met de vertalers en op grond hiervan zijn de lijsten verder aangepast. Deze aanpassingen hadden meestal betrekking op alternatieven voor onduidelijke, moeilijke of minder gangbare termen. Uit de gesprekken met de vertalers werd wel duidelijk dat het, met name bij de Turkse vertaling, lastig was om alle nuances in de vragenlijst goed in de vertaling weer te geven. Wat betreft de Surinaamse en Antilliaanse groepen is uitsluitend gebruik gemaakt van de Nederlandse versie, omdat er vanuit is gegaan dat de beheersing van het Nederlands bij deze groepen, vergeleken met de Turken en Marokkanen, voldoende zou zijn om in deze taal ondervraagd te kunnen worden. Overigens is gewenst dat de uiteindelijke versie van het meetinstrument voor toepassing in de NS2 wordt vertaald conform de 'double forward-backward + paneldiscussie' methode.

Inhoud van de vragenlijst

De vragenlijst die bij de respondenten is afgenomen bestaat uit vier delen. In deel 1 zijn vragen opgenomen over de ervaren gezondheidstoestand afkomstig van de Medical Outcome Study SF-36 vragenlijst (Ware et al, 1993), contacten met huisarts en medisch specialist (CBS, 1994), en een aantal sociaal-demografische variabelen waaronder geboorteland, jaar van migratie naar Nederland en de mate waarin de respondent het Nederlands denkt te beheersen.

Deel 2 van de vragenlijst bestaat uit de vragen naar het belang dat respondenten aan de verschillende kwaliteitsaspecten hechten. Respondenten moesten op een 4-punts Likert-schaal aangeven of zij het aspect 'niet belangrijk', 'eigenlijk wel belangrijk', 'belangrijk', dan wel 'van het allergrootste belang' vinden. In deel 3 wordt gevraagd naar de ervaringen van respondenten met de huisarts. Per kwaliteitsaspect wordt gevraagd of dit 'niet', 'eigenlijk niet', 'eigenlijk wel' of 'wel' het geval is. De 'generieke' lijst die voor Nederlandse doelgroepen was ontwikkeld (zie bijlage 2) is integraal in de vragenlijst opgenomen. De kwaliteitsaspecten in deze lijst zijn alle in de focusgroepsgesprekken met migranten genoemd. Om vast te kunnen stellen of de etnische groepen verschillen in hun interpretatie van de tussenliggende antwoordcategorieën 'eigenlijk wel belangrijk' en 'belangrijk', en 'eigenlijk niet' en 'eigenlijk wel' zijn in het laatste deel van de lijst (deel 4) twee Thurstone-schalen opgenomen (een lijn van 100 mm), waarop de respondenten door het zetten van een kruisje konden aangeven waar de betreffende antwoordcategorie zich bevindt. Verder zijn in dit deel een aantal vragen opgenomen voor de evaluatie van de vragenlijst. Daarnaast is bij alle onderdelen van de vragenlijst ruimte open gelaten voor eventuele aanvullingen van kwaliteitsaspecten of andere opmerkingen omtrent de vragenlijst zelf.

Afname van de vragenlijst

De vragenlijst is in september 1999 afgenomen. De afname kon op verschillende manieren plaatsvinden. Er is uitgegaan van een mondelinge face-to-face afname van de vragenlijst, maar de respondenten konden (het grootste deel van) de lijst ook zelf invullen in aanwezigheid van de interviewer. In de praktijk zijn vrijwel alle vragenlijsten face to face afgenomen. Omdat het aantal door respondenten zelf ingevulde vragenlijsten beperkt is, wordt niet afzonderlijk naar deze gegevens gekeken. Interviews met Antillianen en Surinamers werden

vaak in het Nederlands en soms in de eigen taal (Papiamentu bij Antillianen en Hindoeistaans bij Surinamers) afgenomen. Interviews met de Turkse en Marokkaanse respondenten vonden bijna uitsluitend in de eigen taal plaats. Door het (onverwacht) uitvallen van één van de Marokkaanse interviewers die als enige Berbers sprak, kon de versie van de vragenlijst bedoeld voor Berbers-sprekende Marokkanen niet uitgetest worden.

Evaluatie van de vragenlijst

Om een indruk te krijgen van het verloop van de interviews en meer specifiek de mate waarin de vragenlijst geschikt geacht wordt, is zowel met de respondenten als met de interviewers een evaluatiegesprek gehouden. Respondenten is ter afsluiting van het gesprek gevraagd wat zij van het interview en de vragenlijst vonden. De evaluatie met de interviewers bestond uit het invullen van een evaluatieformulier over het verloop van het interview en gesprekken met de onderzoekers onder meer over knelpunten bij de afname en problemen bij bepaalde stellingen (verwarrend, verschillend geïnterpreteerd, niet begrepen, veel toelichting nodig).

Respondenten

De meningen van de respondenten over de lengte van de vragenlijst en het taalgebruik in de lijst waren verschillend (zie tabel 1 van bijlage 3). De meerderheid van de respondenten (70%) vond de vragenlijst te lang. Wat het taalgebruik betreft, was een relatief klein groep (9%) van mening dat dit te moeilijk was, de rest vond het juist makkelijk of koos voor de antwoordcategorie gewoon/neutraal. Wanneer gekeken wordt naar de verschillende groepen valt op dat ongeveer één kwart van de Turkse respondenten de gehanteerde taal moeilijk vond. Dit heeft mogelijk te maken met de vertaling van de vragenlijst; sommige respondenten hadden problemen met het niveau van het in de vragenlijst gebruikte Turks. Over het algemeen vonden respondenten het niet moeilijk een keuze te maken tussen de verschillende antwoordcategorieën. Surinaamse en Antilliaanse respondenten hadden daar iets meer moeite mee dan de andere groepen. Zoals gezegd, is, om een mogelijk cultureel verschil in het onderscheid tussen de vier antwoordcategorieën te achterhalen, gebruik gemaakt van Thurstone-schalen, waarop de deelnemers door middel van het zetten van een kruisje op een lijn moesten aangeven waar de tussenliggende antwoordcategorieën zich bevonden. Dit werd door de respondenten erg lastig gevonden, zelfs na herhaalde uitleg van de interviewers. Een eerste analyse van de Thurstone-schalen laat zien dat er sprake is van een enorme spreiding in de scores (liggen tussen 2 en 100 mm). Op basis hiervan is afgezien van een verdere analyse van deze scores.

Bij de open vragen na het tweede deel (belang) en derde deel (ervaringen) van de vragenlijst, konden respondenten aanvullingen geven op de lijst met kwaliteitsaspecten. Een relatief klein (1/8, respectievelijk 1/5) deel van de respondenten heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De opmerkingen die als reactie op deze 'open vragen' werden gemaakt bleken echter uitsluitend variaties te zijn op de reeds genoemde aspecten. Er werden geen nieuwe onderwerpen genoemd. Dit is een indicatie voor de validiteit van de resultaten van de groepsgesprekken.

Interviewers

Uit de evaluatie met de interviewers komt naar voren dat de meerderheid van de respondenten interesse toonde in het onderwerp van het onderzoek. De gevoerde gesprekken werden meestal als prettig ervaren door de interviewers. In hoeverre er hulp nodig was bij (het invullen van) de vragenlijst was niet altijd duidelijk. Antilliaanse en Marokkaanse respondenten hadden het minst hulp nodig, wat meestal beperkt bleef tot een enkele vraag. Bij een kwart

van de Turkse en de helft van de Surinaamse respondenten was, vanuit de optiek van de interviewers, bij bijna alle vragen uitleg en toelichting nodig (zie tabel 2 van bijlage 3).

Bij de Turkse vragenlijst is het niveau van het gebruikte Turks waarschijnlijk van invloed geweest op de mate waarin vragen begrepen werden, waardoor uitleg noodzakelijk was. Wat de Surinaamse respondenten betreft bleken er ook interviews afgenomen te zijn in het Hindostaans, omdat de betrokken respondent dat perse wilde of omdat hun taalvaardigheid in het Nederlands beperkt was. Dit laatste is wel opvallend omdat, op één na, alle Surinaamse ondervraagden hun Nederlands als voldoende of goed beoordeelden.

3.2.3 Analyse

De vragenlijst is geanalyseerd met behulp van verschillende analysetechnieken. Eerst is gekeken naar de antwoorden per kwaliteitsaspect (item-analyse) en naar de relaties tussen de scores voor verschillende kwaliteitsaspecten (inter-itemanalyse). Daarnaast is gebruik gemaakt van betrouwbaarheidsanalyse om tot een optimale selectie van items te komen voor beide versies van de QUOTE-Mi. Naar verschillen tussen de etnische groepen is gekeken door middel van variantie-analyse en frequentietabellen.

3.3 Aanpak eerste itemselectie

In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop de eerste selectie van items voor de twee versies van de QUOTE-Mi heeft plaatsgevonden. De selectie van items is zowel gebaseerd op de 'belang'scores als op de 'ervaring'scores, waarbij echter de laatste wat minder zwaar hebben meegewogen, omdat ze minder stabiel zijn dan de 'belang'scores. Immers, de huisartsenzorg is voortdurend in beweging en iets wat in het verleden nauwelijks voorkwam (bijvoorbeeld het laten inzien van het patiënten dossier) zal in de toekomst onder druk van veranderde wetgeving mogelijk steeds 'gewoner' worden. In dit specifieke onderzoek geldt bovendien dat sommige kwaliteitsaspecten voor migranten, zoals de inzet van een tolk, niet voor alle etnische groepen evenzeer van toepassing zijn, terwijl ze mogelijk wel door alle groepen belangrijk gevonden worden.

Voor de selectie van items is de bestaande 'generieke' lijst die voor Nederlandse doelgroepen was ontwikkeld als uitgangspunt genomen. Deze items zijn in principe voor de definitieve versie van de QUOTE-Mi geselecteerd, tenzij er duidelijke aanwijzingen waren dat deze voor de respondenten in dit onderzoek te moeilijk of niet goed te interpreteren waren. Het streven was om, ter aanvulling op deze items, (1) een zo groot mogelijk aantal voor migranten relevante items te selecteren voor opname in een uitgebreide versie van de QUOTE-Mi, en (2) een beperkt aantal van ongeveer 15 items te selecteren voor een ingekorte versie van de QUOTE-Mi voor toepassing in de NS2. De te selecteren items kunnen zowel 'generieke' als 'specifieke' items zijn. De items in de korte versie van de QUOTE-Mi vormen een deelverzameling van de items in de lange versie.

Voorafgaand aan de feitelijke schaalconstructie en schaaloptimalisatie van de twee versies van de QUOTE-Mi, zoals die in paragraaf 3.4 en 3.5 worden besproken wordt, heeft item-analyse en inter-item analyse plaatsgevonden.

3.3.1 Item-analyse

Als eerste stap is een item-analyse uitgevoerd, waarbij naar de non-respons en frequentieverdeling van de belangsscores is gekeken (tabel 3.2). Een kwaliteitsaspect kwam voor verwijdering uit de vragenlijst in aanmerking indien (1) 10% of meer van de respondenten een item niet had beantwoord, (2) 75% of meer van respondenten één antwoordcategorie had

genoemd. De non-respons was laag en kwam voor geen enkel item boven de 6% (zie tabel 3.2). Op basis van de frequentieverdelingen kwamen twee aspecten voor verwijdering uit de vragenlijst in aanmerking, namelijk 'mijn huisarts mag niet discrimineren' (83% van het allergrootste belang) en 'assistente met dezelfde (etnische) afkomst' (78% niet belangrijk). Wat het eerste item betreft is vervolgens gekeken naar de ervaringsscores (zie hierna), het tweede item is op basis hiervan uit de vragenlijst verwijderd.

Tabel 3.2: Frequentie oordelen belang kwaliteitsaspecten (% , n=151)

	niet belangrijk	eigenlijk wel belangrijk	belangrijk	van het allergrootste belang	niet ingevuld
Bejegening					
1. vriendelijk zijn	6	16	44	34	1
2. goed luisteren	-	1	34	65	-
3. voldoende tijd nemen om te praten	1	4	42	52	1
4. serieus nemen	-	1	37	61	1
5. gemaakte afspraken stipt nakomen	1	11	54	33	2
6. begrip voor uw situatie	2	9	41	47	1
7. met respect behandelen	1	3	33	63	1
8. goed met kinderen omgaan	3	15	50	33	-
9. laten uitpraten	1	5	54	40	-
10. niet discrimineren	-	-	17	83	1
11. niet het gevoel geven dat u 2e-rangs persoon bent	1	1	34	63	1
12. geen vooroordelen hebben omdat u buiten- lander bent	2	1	24	73	1
13. evenveel tijd en aandacht geven als Ned. patiënten	1	3	33	63	1
14. het gevoel geven dat u welkom bent	5	7	59	29	1
15. begrip voor meenemen iemand om te tolken	20	11	34	29	6
16. niet bang u aan te raken	6	7	48	38	1
17. begrip dat u soms moeilijk uw verhaal kunt vertellen	9	11	48	27	5
18. u niet gelijk afschepen met recepten voor medicijnen	4	3	40	52	1
19. bereid zijn te praten over fouten	3	7	46	42	1
20. aandacht hebben voor uw problemen	11	15	46	27	2
21. bereid zijn over uw problemen te praten	17	19	38	23	3
22. begrip voor raadplegen arts in buitenland	19	17	41	21	1
Informatie					
23. in begrijpelijke taal uitleg geven over medicijnen	3	9	44	44	1
24. uitleggen waarom medicijn wordt voorge- schreven	1	9	50	40	-
25. vertellen bijwerkingen medicijnen	1	9	38	52	-
26. zeggen wat te doen bij gebruik andere medicijnen	1	7	40	52	-
27. uitleggen resultaten onderzoek	-	4	32	64	1
28. informatie geven over organisatie praktijk	11	23	44	22	1
29. informatie geven over indienen klacht	11	16	45	28	1
30. vertellen over bijbetalen medicijnen	7	13	58	22	1
31. voorlichtingsfolders hebben in eigen taal	33	18	25	23	1

Vervolg tabel 3.2: Frequentie oordelen belang kwaliteitsaspecten (% , n=151)

	niet belangrijk	eigenlijk wel belangrijk	belangrijk	van het allergrootste belang	niet ingevuld
Autonomie					
32. mee laten beslissen over behandeling	7	17	46	29	1
33. een tolk inschakelen, als u dat wilt	23	12	37	25	3
34. een andere huisarts laten kiezen, als het niet 'klikt'	5	11	47	34	3
35. vertellen rechten patiënt	6	10	47	35	2
36. patiënten dossier laten inzien	5	11	41	42	1
37. doorverwijzen naar medisch specialist	1	5	35	59	-
Deskundigheid					
38. in begrijpelijke taal uitleggen wat u mankeert	3	4	44	48	1
39. uitleggen doel/ aard behandeling	1	7	50	42	1
40. altijd de juiste medicijnen voorschrijven	1	5	29	66	1
41. niet onnodig medicijnen voorschrijven	4	7	40	48	2
42. lichamelijke problemen niet in psychische problemen vertalen	5	9	42	42	2
43. goed op de hoogte van de situatie bij u thuis/werk	21	27	39	12	1
44. uw problemen goed kennen	15	25	36	21	3
45. doorvragen naar uw omstandigheden	17	23	38	19	3
46. belangstelling hebben voor uw cultuur en achtergrond	31	18	34	15	2
47. beseffen dat uw problemen verschillen van problemen Ned. patiënten	15	15	46	23	1
48. aandacht hebben dat klachten te maken kunnen hebben met psychische problemen	13	25	44	18	1
49. kennis van medicijnen in het buitenland	22	20	41	17	1
Continuïteit					
50. dezelfde persoon zijn	14	19	39	27	1
51. bij afwezigheid zorgen voor vervangende huisarts	1	4	43	51	1
52. na verwijzing snelle toegang specialist	5	7	44	44	1
53. zorgen voor goede uitwisseling informatie huisarts/specialist	-	4	46	49	1
Toegankelijkheid					
54. telefonisch spreekuur	9	12	52	26	1
55. telefonisch goed bereikbaar zijn	3	11	45	40	1
56. wachttijd korter dan 15 minuten	13	25	41	21	1
57. onmiddellijk bereid tot huisbezoek	7	19	34	38	2
58. 's avonds/ in het weekend snel huisarts raadplegen	1	8	44	46	1
59. nog dezelfde dag op spreekuur terecht	2	14	47	36	1
60. mogelijkheid extra lang consult	7	15	45	33	1
61. mogelijkheid vrouwelijke huisarts te raadplegen	24	14	27	33	3
62. assistente met wie niet onderhandeld hoeft te worden	20	15	44	21	1
63. assistente met dezelfde (etnische) afkomst	78	6	9	6	1
64. goede toegankelijkheid voor kinder- wagen/rolstoel	9	11	46	34	1
65. snel (binnen 24 uur) op spreekuur terecht	7	19	45	29	1
66. bereikbaar met openbaar vervoer	5	10	53	33	1

Vervolg tabel 3.2: Frequentie oordelen belang kwaliteitsaspecten (%; n=151)

	niet belangrijk	eigenlijk wel belangrijk	belangrijk	van het allergrootste belang	niet ingevuld
Kosten					
67. voorschrijven medicijnen die volledig vergoed worden	17	19	34	29	1
68. geen goedkope medicijnen voorschrijven als dure beter zijn	7	5	42	44	2
Accommodatie					
69. wachtkamer ruim genoeg	9	20	50	21	1
70. wachtkamer met voldoende zitplaatsen	6	16	55	23	1
71. wachtkamer met speelgoed voor kinderen	7	24	53	14	2
72. wachtkamer gezellig ingericht	25	28	38	9	1
73. inrichting praktijk gericht op privacy patiënt	1	5	37	56	1

Vervolgens is de lijst gescreend op items die tijdens de afname van de lijst interpretatieproblemen opleverden. De aspecten 'lichamelijke problemen niet in psychische problemen vertalen', 'er aandacht voor hebben dat klachten te maken kunnen hebben met psychische problemen' en 'uw problemen goed kennen' vereisten bij een relatief groot deel van de respondenten nadere toelichting. Deze items zijn wellicht minder geschikt voor migranten, maar vallen niet bij voorbaat af voor de QUOTE-Mi.

Tenslotte is nagegaan op welke wijze de kwaliteitsaspecten zijn 'gescoord' voor wat betreft de concrete ervaringen van respondenten (tabel 3.3).

Tabel 3.3: Frequentieverdeling oordelen "ervaringen met de huisarts" (%; N=151)

	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja	niet ingevuld
Bejegening					
1. vriendelijk zijn	5	9	33	53	-
2. goed luisteren	2	13	27	58	-
3. voldoende tijd nemen om te praten	6	18	25	50	1
4. serieus nemen	3	13	26	56	1
5. gemaakte afspraken stipt nakomen	5	9	30	54	1
6. begrip voor uw situatie	1	12	26	58	3
7. met respect behandelen	-	2	25	73	-
8. goed met kinderen omgaan	1	5	23	50	21
9. laten uitpraten	2	9	21	67	1
10. niet discrimineren	3	3	7	81	7
11. niet het gevoel geven dat u 2e-rangs persoon bent	3	3	15	73	7
12. geen vooroordelen hebben omdat u buitenlander bent	3	5	15	65	13
13. evenveel tijd en aandacht geven als Nederlandse patiënten	3	6	32	44	15
14. het gevoel geven dat u welkom bent	2	5	31	56	5
15. begrip voor meenemen iemand om te tolken	3	5	24	38	30
16. niet bang u aan te raken	3	1	18	70	9
17. begrip dat u soms moeilijk uw verhaal kunt vertellen	5	7	28	34	26
18. u niet gelijk afschepen met recepten voor medicijnen	11	5	30	46	8
19. bereid zijn te praten over fouten	5	12	28	42	13

Vervolg tabel 3.3: Frequentieverdeling oordelen "ervaringen met de huisarts" (%; N=151)

	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja	niet ingevuld
Vervolg Bejegening					
20. aandacht hebben voor uw problemen	13	15	29	37	5
21. bereid zijn over uw problemen te praten	15	15	29	34	7
22. begrip voor raadplegen arts in buitenland	9	12	22	24	33
Informatie					
23. in begrijpelijke taal uitleg geven over medicijnen	11	17	20	47	5
24. uitleggen waarom medicijn wordt voorgeschreven	11	11	28	49	2
25. vertellen bijwerkingen medicijnen	25	16	17	38	3
26. zeggen wat te doen bij gebruik andere medicijnen	18	14	21	42	5
27. uitleggen resultaten onderzoek	6	8	24	59	3
28. informatie geven over organisatie praktijk	27	15	18	37	3
29. informatie geven over indienen klacht	43	24	8	15	11
30. vertellen over bijbetalen medicijnen	20	17	19	38	4
31. voorlichtingsfolders hebben in eigen taal	50	12	4	19	15
Autonomie					
32. mee laten beslissen over behandeling	28	15	18	34	5
33. een tolk inschakelen, als u dat wilt	29	7	18	8	38
34. een andere huisarts laten kiezen, als het niet 'klikt'	16	4	22	24	34
35. vertellen rechten patiënt	46	18	11	16	9
36. patiënten dossier laten inzien	14	5	19	39	23
37. doorverwijzen naar medisch specialist	7	4	21	65	3
Deskundigheid					
38. in begrijpelijke taal uitleggen wat u mankeert	3	15	21	58	3
39. uitleggen doel/ aard behandeling	15	13	22	47	3
40. altijd de juiste medicijnen voorschrijven	7	11	36	41	5
41. niet onnodig medicijnen voorschrijven	8	6	20	59	7
42. lichamelijke problemen niet in psychische problemen vertalen	9	11	20	55	5
43. goed op de hoogte van de situatie bij u thuis/werk	40	25	13	17	4
44. uw problemen goed kennen	32	21	23	20	4
45. doorvragen naar uw omstandigheden	34	22	19	21	3
46. belangstelling hebben voor uw cultuur en achtergrond	28	22	21	23	5
47. beseffen dat uw problemen verschillen van problemen Ned. patiënten	20	19	27	20	14
48. aandacht hebben dat klachten te maken kunnen hebben met psychische problemen	14	20	25	19	22
49. kennis van medicijnen in het buitenland	26	18	14	14	28
Continuïteit					
50. dezelfde persoon zijn	16	7	17	58	3
51. bij afwezigheid zorgen voor vervangende huisarts	1	1	21	75	3
52. na verwijzing snelle toegang specialist	11	16	24	44	5
53. zorgen voor goede uitwisseling informatie huisarts/specialist	5	7	34	45	9

Vervolg tabel 3.3: Frequentieverdeling oordelen “ervaringen met de huisarts” (% , N=151)

	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja	niet ingevuld
Toegankelijkheid					
54. telefonisch spreekuur	21	7	7	60	5
55. telefonisch goed bereikbaar zijn	19	9	23	48	1
56. wachttijd korter dan 15 minuten	31	25	21	20	3
57. onmiddellijk bereid tot huisbezoek	27	16	22	26	9
58. 's avonds/ in het weekend snel huisarts raadplegen	9	8	31	45	7
59. nog dezelfde dag op spreekuur terecht	11	15	33	38	3
60. mogelijkheid extra lang consult	10	15	29	39	7
61. mogelijkheid vrouwelijke huisarts te raadplegen	13	9	22	34	21
62. assistente met wie niet onderhandeld hoeft te worden	19	10	25	38	8
63. assistente met dezelfde (etnische) afkomst	90	2	2	2	4
64. goede toegankelijkheid voor kinderwagen/rolstoel	28	11	19	40	2
65. snel (binnen 24 uur) op spreekuur terecht	18	15	26	40	1
66. bereikbaar met openbaar vervoer	5	7	17	69	2
Kosten					
67. voorschrijven medicijnen die volledig vergoed worden	16	9	30	44	1
68. geen goedkope medicijnen voorschrijven als dure beter zijn	17	11	24	27	22
Accommodatie					
69. wachtkamer ruim genoeg	17	16	24	43	-
70. wachtkamer met voldoende zitplaatsen	13	13	32	42	-
71. wachtkamer met speelgoed voor kinderen	17	7	24	52	-
72. wachtkamer gezellig ingericht	15	22	31	31	1
73. inrichting praktijk gericht op privacy patiënt	23	13	20	44	-

Hoewel de ervaringen van respondenten zeer sterk tijd- en plaatsgebonden zullen zijn, kan het voorkomen dat een aspect met een zekere regelmaat door 100% (of bijna 100%) van de respondenten positief wordt beantwoord. Dergelijke, niet-discriminerende items hebben in feite niet of nauwelijks zin. Omdat er hier sprake is van een eerste test, afgenomen bij een kleine, selecte groep respondenten, worden geen kwaliteitsaspecten verwijderd enkel op basis van de ervaringsscores. Wel worden - naast de andere criteria, zoals de schaalbaarheid van de aspecten - de ervaringsscores meegenomen in de afweging die moet worden gemaakt bij de definitieve selectie van kwaliteitsaspecten voor de QUOTE-Mi versies. Op basis hiervan wordt het aspect ‘mijn huisarts mag niet discrimineren’ (81% van de respondenten geeft aan dat de huisarts niet discrimineert) alsnog uit de vragenlijst verwijderd.

3.3.2 Inter-item analyse

Als tweede stap is gekeken naar de inter-item correlaties van de 71 overgebleven kwaliteitsaspecten. Indien items .70 of meer met elkaar correleerden is telkens één van de items gekozen. Indien het een keuze was tussen een item dat reeds in de Nederlandse ‘generieke’ lijst voorkwam en een ander item, is het eerste item gekozen. In de overige gevallen viel de keuze op het item dat door de respondenten het belangrijkste werd gevonden. De items die hoog met elkaar correleerden waren: ‘aandacht hebben voor uw problemen’ en ‘bereid zijn over uw problemen te praten’ ($r=.76$), en ‘wachtkamer ruim genoeg’ en ‘wachtkamer met voldoende zitplaatsen’ ($r=.82$). In beide gevallen is besloten het eerstgenoemde item af te laten vallen.

3.4 Uitgebreide versie QUOTE-Mi

3.4.1 Schaalconstructie

Voor de uitgebreide versie van de QUOTE-Mi komen in principe alle 69 kwaliteitsaspecten in aanmerking die resteren na de fase van item analyse en inter-item analyse. Daarom zijn voor een verdere inperking van het aantal items per sub-dimensie (bejegening, informatie, autonomie, professionele deskundigheid, continuïteit en toegankelijkheid) schaalanalyses uitgevoerd, om vast te stellen welke items binnen elke dimensie het beste verwijderd konden worden. Echter, een vragenlijst met 69 aspecten is wel erg omvangrijk. Uiteindelijk is de uitgebreide versie van de QUOTE-Mi teruggebracht tot een vragenlijst met 50 kwaliteitsaspecten. Criteria die bij de selectie van deze 50 items een rol hebben gespeeld zijn: (1) de spreiding van de afzonderlijke aspecten over de verschillende sub-dimensies van kwaliteit van zorg, (2) het relatieve belang dat aan de afzonderlijke aspecten wordt toegekend, (3) de concrete ervaringen van respondenten met betrekking tot elk van de kwaliteitsaspecten, (4) de mate waarin een item binnen een subdivisie in de schaal paste, dan wel overlapte met een ander item binnen de subdivisie, (5) de verhouding tussen generieke en migranten-specifieke aspecten, en (6) het behoren tot het generieke deel van de reeds bestaande QUOTE-instrumenten. De 19 kwaliteitsaspecten die zijn afgevalen en de redenen om juist deze aspecten niet te selecteren staan vermeld in tabel 3.4. Een aspect discrimineert 'slecht' als 65% of meer van de antwoorden in één categorie terecht zijn gekomen.

Tabel 3.4: Kwaliteitsaspecten die niet zijn geselecteerd voor opname in uitgebreide versie van de QUOTE-Mi, met redenen van afvallen

Aspect	reden waarom niet geselecteerd
Bejegening	
1. vriendelijk zijn	past minder goed in schaal
7. met respect behandelen	discrimineert slecht, past minder goed in schaal
8. goed omgaan met kinderen	hoge item non-respons bij ervaringen
14. gevoel geven dat u welkom bent	past minder goed in schaal
16. niet bang zijn u aan te raken	discrimineert slecht, past minder goed in schaal
18. afschepen met medicijnen	past minder goed in schaal
Informatie	
29. informatie over klachtenprocedure	past minder goed in schaal
30. informatie over bijbetaling medicijnen	past minder goed in schaal
Autonomie	
34. mogelijkheid tot keuze andere huisarts	hoge item non-respons bij ervaringen
Deskundigheid	
45. doorvragen naar omstandigheden	past minder goed in schaal
48. aandacht voor psychische problemen	hoge item non-respons bij ervaringen
Continuïteit	
51. zorgen voor vervangende huisarts	discrimineert niet bij ervaringen
Toegankelijkheid	
54. beschikken over telefonisch spreekuur	past minder goed in schaal
59. dezelfde dag op spreekuur terecht kunnen	overlap met item 65
62. niet onderhandelen met assistente	past minder goed in schaal
66. bereikbaarheid met openbaar vervoer	past minder goed in schaal
Kosten	
68. dure in plaats van goedkope medicijnen	hoge item non-respons bij ervaringen
Accommodatie	
71. wachtkamer met speelgoed	past minder goed in schaal
72. wachtkamer die gezellig is	relatief lage belangscore

De 50 kwaliteitsaspecten die wel zijn geselecteerd voor de uitgebreide versie van de QUOTE-Mi zijn weergegeven in tabel 3.5. In deze tabel zijn de kwaliteitsaspecten gegroepeerd in acht sub-dimensies van kwaliteit van zorg, ongeacht of er sprake is van specifiek voor migranten bedoelde aspecten ('sp') of generieke aspecten ('gen').

Tabel 3.5: Overzicht sub-schalen uitgebreide versie QUOTE-Mi

Bejegening		Deskundigheid	
2. goed luisteren	(gen.) ✓	38. in begrijpelijke taal uitleggen wat u mankeert	(gen.)
3. voldoende tijd nemen om te praten	(gen.) ✓	39. uitleggen doel/aard behandeling	(gen.)
4. serieus nemen	(gen.) ✓	40. altijd de juiste medicijnen voorschrijven	(gen.)
5. gemaakte afspraken stipt nakomen	(gen.) ✓	41. niet onnodig medicijnen voorschrijven	(gen.)
6. begrip voor uw situatie	(gen.) ✓	42. lichamelijke problemen niet in psychische problemen vertalen	(gen.)
9. laten uitpraten	(gen.) ✓	43. goed op de hoogte van de situatie bij u thuis/werk	(gen.)
11. niet het gevoel geven dat u 2e-rangs persoon bent	(sp.) ✓	44. uw problemen goed kennen	(gen.)
12. geen vooroordelen hebben omdat u buitenlander bent	(sp.) ✓	46. belangstelling hebben voor uw cultuur en achtergrond	(sp.)
13. evenveel tijd en aandacht geven als Ned. patiënten	(sp.) ✓	47. beseffen dat uw problemen verschillen van problemen Ned. patiënten	(sp.)
15. begrip voor meenemen iemand om te tolken	(sp.) ✓	49. kennis van medicijnen in het buitenland	(sp.)
17. begrip dat u soms moeilijk uw verhaal kunt vertellen	(sp.) ✓	10 items; α (belang)= .82, α (ervaring)= .78	
19. bereid zijn te praten over fouten	(gen.) ✓	Continuïteit	
21. bereid zijn over uw problemen te praten	(gen.) ✓	50. dezelfde persoon zijn	(gen.)
22. begrip voor raadplegen arts in buitenland	(sp.) ✓	52. na verwijzing snelle toegang specialist	(gen.)
14 items; α (belang)= .85, α (ervaring)= .86		53. zorgen voor goede uitwisseling informatie huisarts/specialist	(gen.)
Informatie		3 items; α (belang)= .61, α (ervaring)= .62	
23. in begrijpelijke taal uitleg geven over medicijnen	(gen.)	Toegankelijkheid	
24. uitleggen waarom medicijn wordt voorgeschreven	(gen.)	55. telefonisch goed bereikbaar zijn	(gen.)
25. vertellen bijwerkingen medicijnen	(gen.)	56. wachttijd korter dan 15 minuten	(gen.)
26. zeggen wat te doen bij gebruik andere medicijnen	(gen.)	57. onmiddellijk bereid tot huisbezoek	(gen.)
27. uitleggen resultaten onderzoek	(gen.)	58. 's avonds/in het weekend snel huisarts raadplegen	(gen.)
28. informatie geven over organisatie praktijk	(gen.)	61. mogelijkheid vrouwelijke huisarts te raadplegen	(sp.)
31. voorlichtingsfolders hebben in eigen taal	(sp.)	60. mogelijkheid extra lang consult	(gen.)
7 items; α (belang)= .79, α (ervaring)= .75		64. goede toegankelijkheid voor kindwagen/rolstoel	(gen.)
Autonomie		65. snel (binnen 24 uur) op spreekuur terecht	(gen.)
32. mee laten beslissen over behandeling	(gen.)	8 items; α (belang)= .80, α (ervaring)= .77	
33. een tolk inschakelen, als u dat wilt	(sp.)	Kosten	
35. vertellen rechten patiënt	(gen.)	67. voorschrijven medicijnen die volledig worden vergoed	(gen.)
36. patiënt dossier laten inzien	(gen.)	Accommodatie	
37. doorverwijzen naar medisch specialist	(gen.)	70. wachtkamer met voldoende zitplaatsen	(gen.)
Totaal: 5 aspecten		73. inrichting praktijk gericht op privacy patiënt	(gen.)
α (belang)= .71, α (ervaring)= .65			

Het aantal kwaliteitsaspecten voor de zes schalen varieert van drie ('continuïteit van zorg') tot 14. De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor respectievelijk de belangscores en de ervaringscores variëren tussen .61, respectievelijk .62 (schaal 'continuïteit van zorg') en .85, respectievelijk .86 (schaal 'bejegening'). Voor de 'kosten' dimensie en de 'accommodatie' dimensie zijn respectievelijk één en twee afzonderlijke kwaliteitsaspecten opgenomen.

Een indeling in generieke aspecten en specifieke aspecten, waarbij voor wat betreft de generieke aspecten een onderscheid kan worden gemaakt tussen een 'proces' dimensie en een 'structuur' dimensie, kan eenvoudig uit tabel 3.5 worden afgeleid. Onder de noemer van 'proces-kwaliteit' vallen de aspecten die behoren tot de sub-dimensies 'bejegening', 'informatie', 'autonomie' en 'professionele deskundigheid'. Bij 'structuur-kwaliteit' gaat het om de sub-dimensies 'continuïteit van zorg', 'toegankelijkheid', 'kosten' en 'accommodatie'. Wordt een dergelijk indeling gehanteerd, dan geldt voor de schaal 'proces-kwaliteit' (25 aspecten) een betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha) van .91 voor de belangscores en .95 voor de ervaringscores, voor de schaal 'structuur-kwaliteit' (13 aspecten) een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .86 voor zowel de belang- als de ervaringscores en voor de schaal 'migranten-specifieke kwaliteit' (12 aspecten) een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .87 voor de belang- en .68 voor de ervaringscores. Deze laatste coëfficiënt van .68 is gebaseerd op de antwoorden van slechts 50 respondenten, doordat alle respondenten met missende waarden op een of meer kwaliteitsaspecten niet in de analyse zijn meegenomen. De betrouwbaarheid voor de totale schaal van 50 items is .95 voor zowel de belang als de ervaringscores.

3.4.2 Verschillen tussen respondentgroepen

Voor het samenstellen van de uitgebreide versie van de QUOTE-Mi is, gelet op het totaal aan beschikbare kwaliteitsaspecten en het aantal respondenten, gebruik gemaakt van de gegevens van de totale groep respondenten. Het aantal respondenten per etnische groep was te gering om per groep te analyseren. Het was bovendien de bedoeling een instrument te maken waarmee groepen onderling vergeleken konden worden.

Hierna wordt besproken in hoeverre de QUOTE-Mi bij de vier etnische groepen inderdaad verschillen laat zien. Achtereenvolgens wordt ingegaan op (1) het belang dat Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen aan de geselecteerde kwaliteitsaspecten hechten en (2) de ervaringen van de vier etnische groepen met deze aspecten in hun contact met de huisarts. Voor wat betreft de belangscores zal worden gekeken naar verschillen op het niveau van de verschillende kwaliteitsdimensies. Bij de concrete ervaringen wordt, per etnische groep, een overzicht gegeven op het niveau van de afzonderlijke kwaliteitsaspecten.

Belang

Om vast te stellen of de vier etnische groepen verschillen in het belang dat ze aan de diverse kwaliteitsdimensies toekennen, zijn voor elke schaal de gemiddelde scores vergeleken. Tabel 3.6 laat zien dat, in globale zin, Turken duidelijk het meeste belang aan de verschillende kwaliteitsaspecten hechten. Zij wijken op de totale schaal en op de sub-schalen 'proces' en 'structuur' significant af van de overige etnische groepen.

Wat de specifieke kwaliteitsaspecten betreft verschillen de Turkse en Marokkaanse groep significant van de Surinaamse en Antilliaanse groep. Zij vinden deze aspecten duidelijk belangrijker. Dit is niet verwonderlijk gezien het feit dat een deel van deze aspecten verwijst naar taalproblemen.

Tabel 3.6: Belangscores uitgebreide versie QUOTE-Mi, per etnische groep

	Turken n=35	Marokkanen n=36	Surinamers n=33	Antillianen n=47	Totaal n=151
Totaal (50 aspecten)					
gemiddelde	8.27	6.60	6.29	6.09	6.76
standaarddeviatie	1.35	.97	.99	1.43	1.48
Proces (25 aspecten)					
gemiddelde	8.37	6.99	6.90	6.67	7.19
standaarddeviatie	1.37	1.13	1.06	1.54	1.46
Structuur (13 aspecten)					
gemiddelde	8.49	6.16	6.17	5.90	6.62
standaarddeviatie	1.38	1.23	1.33	1.66	1.75
Specifiek (12 aspecten)					
gemiddelde	7.77	6.28	5.16	5.08	6.01
standaarddeviatie	2.04	1.42	1.51	1.76	2.00
Bejegening (14 aspecten)					
gemiddelde	8.52	7.32	6.85	6.73	7.31
standaarddeviatie	1.61	1.18	1.02	1.50	1.52
Informatie (7 aspecten)					
gemiddelde	8.28	6.79	6.76	6.19	6.94
standaarddeviatie	1.73	1.65	1.52	1.82	1.85
Autonomie (5 aspecten)					
gemiddelde	8.12	6.93	6.03	5.93	6.70
standaarddeviatie	1.91	1.72	1.74	1.88	2.00
Deskundigheid (10 aspecten)					
gemiddelde	7.75	6.05	5.62	5.61	6.22
standaarddeviatie	1.54	1.22	1.60	1.81	1.78
Continuïteit (3 aspecten)					
gemiddelde	9.21	6.01	6.32	6.40	6.94
standaarddeviatie	.96	1.84	1.34	2.06	2.07
Toegankelijkheid (8 aspecten)					
gemiddelde	8.14	6.22	5.99	5.46	6.39
standaarddeviatie	1.65	1.36	1.66	1.97	1.96

Ook op het niveau van de zes sub-dimensies van kwaliteit van zorg hecht de groep van Turkse respondenten significant meer belang aan zaken als bejegening, informatie, autonomie, deskundigheid, continuïteit van zorg en de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen. Bij de drie andere groepen zijn de verschillen relatief klein. Marokkanen kennen een wat hogere belangscore toe aan aspecten die betrekking hebben op 'autonomie' dan Antillianen en Surinamers.

Kijken we naar de gemiddelde belangscores, uitgesplitst naar een aantal achtergrondkenmerken van de respondenten, dan laat tabel 3.7 zien dat relatief weinig kennis van de Nederlandse taal samengaat met relatief hoge belangscores. Daarnaast geldt dat relatief hoge belangscores worden toegekend door allochtonen met een relatief lage opleiding en een slechte gezondheid. Opvalt dat ook een relatief lang verblijf in Nederland samengaat met hogere belangscores. Er zijn bij het belang dat aan kwaliteitsaspecten wordt toegekend geen grote verschillen tussen zowel mannen en vrouwen en tussen jongere en oudere allochtonen.

Tabel 3.7: Belangscores uitgebreide versie QUOTE-Mi, naar sociaal-demografische kenmerken

	A		B		C		D		E		F	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Totaal (50 aspecten)												
gemiddelde	7.8*	6.4	6.6	6.5	7.4*	6.4	6.8	6.8	6.4	7.5*	6.2	7.0*
standaarddeviatie	1.3	1.4	1.5	1.5	1.6	1.3	1.6	1.3	1.2	1.7	1.5	1.4
Proces (25 aspecten)												
gemiddelde	7.9*	6.9	7.0	7.3	7.6*	7.0	7.3	7.1	6.9	7.7*	6.7	7.4*
standaarddeviatie	1.4	1.4	1.5	1.4	1.6	1.3	1.6	1.3	1.3	1.6	1.5	1.4
Structuur (13 aspecten)												
gemiddelde	7.6*	6.3	6.6	6.6	7.3*	6.3	6.6	6.7	6.2	7.4*	6.1	6.8*
standaarddeviatie	1.6	1.7	1.7	1.8	1.8	1.6	1.9	1.6	1.6	1.9	1.8	1.7
Specifiek (12 aspecten)												
gemiddelde	7.7*	5.4	5.9	6.1	7.2*	5.3	5.8	6.2	5.5	7.0*	5.3	6.4*
standaarddeviatie	1.4	1.8	2.1	2.0	2.0	1.7	2.1	1.9	1.7	2.2	2.1	1.9
Bejegening (14 aspecten)												
gemiddelde	8.2*	7.0	7.2	7.4	7.9*	7.0	7.3	7.3	7.0	7.7*	6.8	7.5*
standaarddeviatie	1.4	1.4	1.5	1.5	1.6	1.3	1.6	1.4	1.3	1.8	1.7	1.4
Informatie (7 aspecten)												
gemiddelde	7.9*	6.6	6.7	7.1	7.5*	6.7	7.0	6.9	6.7	7.5*	6.4	7.1*
standaarddeviatie	1.8	1.8	1.9	1.8	2.1	1.7	1.9	1.8	1.7	2.0	2.0	1.8
Autonomie (5 aspecten)												
gemiddelde	7.7*	6.3	6.6	6.8	7.4*	6.3	6.7	6.7	6.4	7.3*	6.1	6.9*
standaarddeviatie	1.9	1.9	1.9	2.0	2.2	1.8	2.1	1.8	1.8	2.2	2.1	1.9
Deskundigheid (10 aspecten)												
gemiddelde	7.4*	5.8	6.0	6.4	7.0*	5.8	6.2	6.3	5.8	7.2*	5.4	6.5*
standaarddeviatie	1.4	1.7	1.9	1.7	1.9	1.6	1.9	1.6	1.6	1.8	1.8	1.7
Continuïteit (3 aspecten)												
gemiddelde	7.7*	6.7	6.9	7.0	7.3*	6.7	7.1	6.7	6.6	7.6*	6.6	7.0
standaarddeviatie	2.2	1.9	1.9	2.1	2.4	1.8	2.0	2.1	1.9	2.3	1.9	2.2
Toegankelijkheid (8 aspecten)												
gemiddelde	7.5*	6.0	6.4	6.4	7.2*	6.0	6.3	6.4	6.0	7.2*	5.9	6.6
standaarddeviatie	1.6	1.9	1.9	2.0	1.8	1.9	2.1	1.8	1.8	2.0	2.1	1.9

A=taalvaardigheid (1=laag; 2=hoog)

B=geslacht (1=man; 2=vrouw)

C=opleiding (1=laag; 2=hoog)

D=leeftijd (1= <40 jaar; 2= ≥ 40 jaar)

E=gezondheid (1=goed; 2=slecht)

F=verblijfsduur (1= ≤ 10 jaar; 2= >10 jaar)

* = significant ($p < .05$)

Ervaringen

De ervaringen van de verschillende etnische groepen met hun eigen huisarts zijn weergegeven in tabel 3.8. Hierin is het percentage respondenten gepresenteerd dat zegt dat hun eigen huisarts zich 'niet' of 'eigenlijk niet' volgens een kwaliteitsaspect gedraagt. Zo zegt bijvoorbeeld 9% van de Turken dat hun huisarts (eigenlijk) niet goed luistert. Tussen haakjes staat het percentage respondenten vermeld dat meent dat het genoemde aspect (bijvoorbeeld het inschakelen van een tolk) niet voor hen van toepassing is.

Kijken we naar de bejegeningaspecten dan zien we dat de meeste respondenten positief over hun huisarts oordelen. In het algemeen heeft men niet het gevoel anders behandeld te worden dan Nederlanders en heeft de huisarts er begrip voor, in gevallen dat dit van toepassing is, dat men iemand meeneemt om te tolken of dat men moeilijk zijn verhaal kan vertellen. Wel vindt bijna een derde van de Marokkanen en Antillianen dat de huisarts niet voldoende tijd neemt om met hen te praten en voelt een kwart van de Marokkanen en een vijfde van de Surinamers zich niet serieus genomen. Ook is 29% van de onderzoeksgroep van mening dat de huisarts niet echt bereid is met hen over hun problemen te praten. Het zijn opnieuw vooral de Marokkanen die hier ontevreden over zijn: 56%.

Wat betreft de informatieverstrekking zijn de respondenten minder positief. Het komt relatief vaak voor dat de huisarts niet, of niet duidelijk genoeg, uitlegt wat de bijwerkingen kunnen zijn van medicijnen (41%) en wat men moet doen wanneer men daarnaast al andere medicijnen gebruikt (32%). Dit geldt met name voor de Turkse groep, van wie respectievelijk 60% en 54% zegt dat dit (eigenlijk) niet gebeurt. Marokkaanse respondenten geven verhoudingsgewijs vaak aan dat de huisarts niet in begrijpelijke taal uitleg geeft over medicijnen (bijna de helft versus een vijfde van de overige etnische groepen). Verder geeft ruim 40% van de onderzoeksgroep aan dat de huisarts geen informatie geeft over de organisatie van de praktijk.

Ook van de aspecten die betrekking hebben op autonomie zeggen veel respondenten dat hun huisarts dit niet doet: dat geldt met name voor het vertellen wat de rechten van de patiënt zijn (64%) en het laten meebeslissen over de behandeling (43%). Vooral bij de Turkse respondenten gebeurt dit weinig. De Turkse groep geeft ook het vaakst aan dat de huisarts geen tolk inschakelt indien men dat wil (66% versus 28% van de Marokkanen, 48% van de Surinamers en 13% van de Antillianen). Deze vraag was voor 70% van de Antillianen en een vijfde van de andere etnische groepen niet van toepassing.

De deskundigheid van de huisarts wordt het minst positief beoordeelt door de Marokkaanse groep: bijna een derde van hen geeft aan dat de huisarts niet in begrijpelijke taal uitlegt wat ze mankeren en niet altijd de juiste medicijnen voorschrijft, terwijl 58% zegt dat de huisarts geen uitleg geeft over doel en aard van de behandeling. Verder geeft meer dan 80% van de Marokkanen aan dat de huisarts geen belangstelling heeft voor hun cultuur en achtergrond en beseft de huisarts volgens ruim de helft van de groep niet dat hun problemen verschillen van die van Nederlandse patiënten. Bij de overige groepen zijn deze percentages beduidend lager.

Kijken we naar de aspecten die betrekking hebben op continuïteit van zorg, dan geldt voor een kwart van de onderzoeksgroep dat zij na een verwijzing niet snel bij de specialist terecht kunnen. Er zijn wel grote verschillen tussen de groepen: 56% van de Marokkanen geeft dit aan, tegenover 9% van de Turken, 27% van de Surinamers en 17% van de Antillianen.

De toegankelijkheid van de huisartsenzorg lijkt een probleem te zijn voor alle vier de etnische groepen. Een kwart tot de helft van de respondenten geeft aan niet snel op het spreekuur terecht te kunnen, doorgaans langer dan 15 minuten te moeten wachten en een huisarts te hebben die niet onmiddellijk bereid is tot huisbezoek. De laatste twee aspecten worden zelfs door ruim 70% van respectievelijk de Turkse en de Marokkaanse groep genoemd. Ook was de huisarts naar het oordeel van ruim de helft van de Marokkanen telefonisch niet goed bereikbaar.

In hun ervaringen betreffende de kosten (medicijnen die volledig vergoed worden) en accommodatie (voldoende zitplaatsen, inrichting gericht op privacy) verschillen de groepen nauwelijks. Een kwart tot een derde zegt dat hun huisarts dit niet doet, respectievelijk dat dit niet het geval is in hun huisartsenpraktijk.

Tabel 3.8: Ervaringen respondenten m.b.t. huisarts en huisartspraktijk (% hebben betrekking op de antwoordcategorieën 'nee' en 'eigenlijk niet').

Kwaliteitsaspecten	Turken (N=35)		Marokkanen (N=36)		Surinamers (N=33)		Antillianen (N=47)		Totaal (N=151)	
	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt
Bejegening										
2. goed luisteren	09	(-)	22	(-)	18	(-)	13	(-)	15	(-)
3. voldoende tijd nemen om te praten	17	(-)	31	(-)	18	(-)	30	(1)	24	(1)
4. serieus nemen	14	(3)	25	(3)	21	(-)	08	(-)	17	(1)
5. gemaakte afspraken stipt nakomen	20	(3)	08	(-)	21	(-)	08	(2)	14	(1)
6. begrip voor uw situatie	06	(-)	17	(8)	15	(-)	15	(4)	13	(3)
9. laten uitpraten	14	(-)	11	(-)	12	(3)	06	(2)	11	(1)
11. niet het gevoel geven dat u 2e-rangs persoon bent	11	(-)	11	(-)	06	(-)	02	(17)	06	(7)
12. geen vooroordelen hebben omdat u buitenlander bent	09	(-)	14	(-)	03	(9)	04	(36)	07	(13)
13. evenveel tijd en aandacht geven als Ned. patiënten	11	(3)	17	(14)	06	(9)	04	(28)	09	(15)
15. begrip voor meenemen iemand om te tolken	03	(14)	06	(22)	18	(15)	06	(60)	08	(30)
17. begrip dat u soms moeilijk uw verhaal kunt vertellen	06	(11)	14	(17)	21	(18)	08	(51)	12	(26)
19. bereid zijn te praten over fouten	11	(-)	31	(19)	18	(6)	11	(23)	17	(13)
21. bereid zijn over uw problemen te praten	23	(-)	56	(3)	15	(6)	23	(17)	29	(7)
22. begrip voor raadplegen arts in buitenland	20	(29)	33	(14)	21	(21)	13	(57)	21	(32)
Informatie										
23. in begrijpelijke taal uitleg geven over medicijnen	23	(-)	47	(-)	21	(3)	21	(13)	28	(5)
24. uitleggen waarom medicijn wordt voorgeschreven	14	(-)	36	(-)	27	(-)	11	(6)	21	(2)
25. vertellen bijwerkingen medicijnen	60	(-)	47	(3)	36	(-)	25	(8)	41	(3)
26. zeggen wat te doen bij gebruik andere medicijnen	54	(-)	28	(-)	33	(-)	17	(17)	32	(5)
27. uitleggen resultaten onderzoek	20	(-)	19	(-)	15	(-)	04	(8)	14	(3)
28. informatie geven over organisatie praktijk	40	(-)	31	(3)	48	(-)	47	(8)	42	(3)
31. voorlichtingsfolders hebben in eigen taal	43	(40)	58	(8)	76	(-)	70	(13)	62	(15)
Autonomie										
32. mee laten beslissen over behandeling	69	(3)	44	(8)	36	(-)	28	(8)	43	(5)
33. een tolk inschakelen als u dat wilt	66	(20)	28	(22)	48	(27)	13	(70)	36	(38)
35. vertellen rechten patiënt	80	(3)	72	(3)	61	(-)	49	(23)	64	(9)
36. patiënten dossier laten zien	17	(37)	39	(17)	15	(3)	08	(32)	19	(23)
37. doorverwijzen naar medisch specialist	00	(-)	36	(-)	06	(-)	04	(08)	11	(3)

Vervolg tabel 3.8: Ervaringen respondenten m.b.t. huisarts en huisartspraktijk (% hebben betrekking op de antwoordcategorieën 'nee' en 'eigenlijk niet').

Kwaliteitsaspecten	Turken (N=35)		Marokkanen (N=36)		Surinamers (N=33)		Antillianen (N=47)		Totaal (N=151)	
	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt
Deskundigheid										
38. in begrijpelijke taal uitleggen wat u mankeert	20	(-)	31	(3)	09	(-)	11	(8)	17	(3)
39. uitleggen doel/ aard behandeling	29	(-)	58	(-)	18	(-)	11	(11)	28	(9)
40. altijd de juiste medicijnen voorschrijven	20	(-)	31	(8)	15	(-)	08	(11)	18	(5)
41. niet onnodig medicijnen voorschrijven	20	(-)	11	(11)	06	(-)	17	(13)	14	(7)
42. lichamelijke problemen niet in psychische problemen vertalen	17	(-)	36	(-)	12	(3)	13	(15)	19	(5)
43. goed op de hoogte van de situatie bij u thuis/werk	74	(-)	81	(-)	64	(-)	49	(13)	66	(4)
44. uw problemen goed kennen	51	(-)	75	(-)	48	(3)	40	(11)	53	(4)
46. belangstelling hebben voor uw cultuur en achtergrond	14	(6)	86	(-)	61	(-)	43	(13)	50	(5)
47. beseffen dat uw problemen verschillen van problemen Ned. patiënten	26	(9)	56	(19)	42	(6)	34	(19)	39	(14)
49. kennis van medicijnen in het buitenland	54	(26)	47	(19)	51	(21)	28	(43)	44	(28)
Continuïteit										
50. dezelfde persoon zijn	09	(3)	36	(6)	21	(-)	23	(2)	22	(3)
51. na verwijzing snelle toegang specialist	09	(3)	56	(-)	27	(3)	17	(13)	26	(5)
52. zorgen voor goede uitwisseling informatie huisarts/specialist	06	(-)	19	(19)	21	(-)	04	(15)	12	(9)
Toegankelijkheid										
55. telefonisch goed bereikbaar zijn	23	(-)	53	(-)	21	(-)	17	(4)	28	(1)
56. wachttijd korter dan 15 minuten	74	(-)	58	(3)	54	(3)	43	(4)	56	(3)
57. onmiddellijk bereid tot huisbezoek	46	(3)	72	(3)	27	(3)	28	(23)	42	(9)
58. 's avonds/ in het weekend snel huisarts raadplegen	23	(-)	17	(-)	18	(-)	13	(23)	17	(7)
60. mogelijkheid extra lang consult	09	(-)	58	(-)	24	(3)	13	(19)	25	(7)
61. mogelijkheid vrouwelijke huisarts te raadplegen	20	(9)	22	(25)	27	(6)	21	(38)	22	(21)
62. goede toegankelijkheid voor kindervragen/rolstoel	37	(-)	67	(-)	39	(-)	19	(6)	39	(2)
63. snel (binnen 24 uur) op spreekuur terecht	26	(-)	56	(-)	27	(-)	23	(4)	32	(1)
Kosten										
67. voorschrijven medicijnen die volledig vergoed worden	20	(-)	28	(-)	21	(-)	30	(2)	25	(1)

Vervolg tabel 3.8: Ervaringen respondenten m.b.t. huisarts en huisartspraktijk (% hebben betrekking op de antwoordcategorieën 'nee' en 'eigenlijk niet').

Kwaliteitsaspecten	Turken (N=35)		Marokkanen (N=36)		Surinamers (N=33)		Antillianen (N=47)		Totaal (N=151)	
	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt	nee	nvt
Accommodatie										
70. wachtkamer met voldoende zitplaatsen	20	(-)	36	(-)	24	(-)	23	(-)	26	(-)
73. inrichting praktijk gericht op privacy patiënt	31	(-)	39	(-)	39	(-)	36	(-)	36	(-)

Kwaliteitsaspecten, waarvoor geldt dat een relatief groot deel van de respondenten aangeeft dat zij hier geen ervaringen mee hebben, hebben vooral betrekking op punten die kunnen worden aangemerkt als specifiek voor allochtonen. Daarnaast is er relatief hoge non-respons op kwaliteitsaspecten als 'de mogelijkheid om uw eigen patiëntendossier te mogen inzien', 'informatie over de rechten van patiënten' en 'de bereidheid van de huisarts te praten over fouten en/of onvolkomenheden'.

3.5 Korte versie QUOTE-Mi

3.5.1 Schaalconstructie

Bij het inkorten van de lijst met 50 kwaliteitsaspecten ten behoeve van de korte versie van de QUOTE-Mi voor gebruik in de NS2 is de volgende strategie gehanteerd. Eerst zijn de items die in de 'generieke' lijst zaten geselecteerd. Vervolgens zijn per dimensie (bejegening, informatie, autonomie, professionele deskundigheid, continuïteit van zorg, toegankelijkheid en accommodatie) items geselecteerd die door de respondenten relatief belangrijk gevonden werden en die inhoudelijke van elkaar verschilden. Bij de items die specifiek zijn voor migranten is getracht zoveel mogelijk items te selecteren, ook als deze slechts voor een deel van de migranten relevant waren. Dit laatste geldt bij voorbeeld voor 'voorlichtingsfolders in de eigen taal' en 'een tolk inschakelen, als u dat wilt', items die voor migranten die het Nederlands goed beheersen minder van belang zijn. Deze items zijn echter toch opgenomen, omdat ze voor een belangrijk deel van de doelgroep wel degelijk een knelpunt kunnen zijn. Hierbij is tevens gekeken naar de uitkomsten van de betrouwbaarheidsanalyses. Van de items binnen een subdivisie zijn de items die minder goed in de schaal pasten, verwijderd. Deze exercitie resulteerde in 32 kwaliteitsaspecten. Tabel 3.9 geeft een overzicht van de 18 kwaliteitsaspecten die *niet* zijn opgenomen in de ingekorte versie van de QUOTE-Mi, met daarbij de redenen waarom deze aspecten zijn afgevalen.

Tabel 3.9: Kwaliteitsaspecten niet geselecteerd voor opname in de korte versie van de QUOTE-Mi, met redenen van afvallen

Aspect	reden waarom niet geselecteerd
Proces	
2. goed luisteren	past minder goed in schaal
6. begrip hebben voor uw situatie	past minder goed in schaal
9. laten uitpraten	overlap aspect nr.2, past minder goed in schaal
24. uitleggen waarom medicijn wordt voorgeschreven	past minder goed in schaal
25. vertellen over bijwerkingen medicijnen	overlap met aspect nr. 23
26. zeggen wat te doen bij gebruik andere medicijnen	overlap met aspect nr. 23
35. vertellen over rechten van patiënt	overbodig na schaalanalyse
40. juiste medicijnen voorschrijven	past minder goed in schaal
41. niet onnodig medicijnen voorschrijven	overbodig na schaalanalyse
43. kennis van de situatie thuis of op het werk	relatief lage belangscore
44. uw problemen goed kennen	past minder goed in schaal; onduidelijk
Structuur	
53. goede informatie-uitwisseling huisarts-specialist	overbodig na schaalanalyse
58. 's avonds/in weekend snel huisarts kunnen raadplegen	overlap met aspect nr. 57
60. mogelijkheden voor extra lang consult	overbodig na schaalanalyse
64. goede toegankelijkheid voor rolstoel en kinderwagen	overbodig; discrimineert slecht bij ervaringen
70. wachtkamer met voldoende zitplaatsen	overbodig na schaalanalyse; te selectief
Specifiek	
11. niet het gevoel geven dat u 2e-rangs persoon bent	overbodig na schaalanalyse
61. mogelijkheid een vrouwelijke huisarts te raadplegen	relatief lage belangscore

In tabel 3.10 wordt een overzicht gepresenteerd van de 32 kwaliteitsaspecten die zijn opgenomen in de korte versie van de QUOTE-Mi. De betrouwbaarheidscoëfficiënt voor deze schaal (Cronbach's alpha) is .92, zowel bij combinatie van de belangscores als bij combinatie van de ervaringsscores. De 22 generieke kwaliteitsaspecten kunnen worden opgedeeld in 14 kwaliteitsaspecten die te maken hebben met het feitelijke proces van zorgverlening ('proces kwaliteit') en 8 aspecten die te maken hebben met de structuur van de zorgverlening ('structuur kwaliteit'). De schaal 'proces-kwaliteit' heeft een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .84 voor de belangscores en .90 voor de ervaringsscores. De schaal 'structuur-kwaliteit' heeft een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .80 voor de belang- en van .76 voor de ervaringsscores. Combinatie van de resterende 10 aspecten die samen de schaal 'migranten-specifieke kwaliteit' vormen, resulteert in een schaal met een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .86 voor de belangscores en .62 voor de ervaringsscores. Deze laatste coëfficiënt is eigenlijk te laag om van een betrouwbare schaal te kunnen spreken.

Tabel 3.10: Overzicht sub-schalen korte versie QUOTE-Mi

Proces	Structuur
3. voldoende tijd nemen om te praten	50. dezelfde persoon zijn
4. serieus nemen	52. na verwijzing snelle toegang specialist
5. gemaakte afspraken stipt nakomen	55. telefonisch goed bereikbaar zijn
19. bereid zijn te praten over fouten	56. wachttijd korter dan 15 minuten
21. bereid zijn over uw problemen te praten	57. onmiddellijk bereid tot huisbezoek
23. in begrijpelijke taal uitleg geven over medicijnen	65. snel (binnen 24 uur) op spreekuur terecht
27. uitleggen resultaten onderzoek	67. voorschrijven medicijnen die volledig goed worden
28. Informatie geven over organisatie praktijk	73. inrichting praktijk gericht op privacy patiënt
32. mee laten beslissen over behandeling	
36. patiënt dossier laten inzien	8 items; α (belang)= .80, α (ervaring)= .76
37. doorverwijzen naar medisch specialist	
38. in begrijpelijke taal uitleggen wat u mankeert	Specifiek
39. uitleggen doel/aard behandeling	12. geen vooroordelen hebben
42. lichamelijke problemen niet in psychische problemen vertalen	13. evenveel tijd en aandacht geven als Ned. patiënten
	15. begrip voor meenemen iemand om te tolken
14 items; α (belang) = .84, α (ervaring)= .90	17. begrip dat u soms moeilijk uw verhaal kunt vertellen
	22. begrip voor raadplegen arts in buitenland
	31. voorlichtingsfolders hebben in eigen taal
	33. een tolk inschakelen, als u dat wilt
Totaal	46. belangstelling hebben voor uw cultuur en achtergrond
32 items; α (belang) = .92, α (ervaring)= .92	47. beseffen dat uw problemen verschillen van problemen Ned. patiënten
	49. kennis van medicijnen in het buitenland
	10 items; α (belang)= .86, α (ervaring)= .64

3.5.2 Verschillen tussen respondentgroepen

Ook voor de korte versie van de QUOTE-Mi is vastgesteld in hoeverre de belangscores op het niveau van de totale schaal en de sub-schalen verschillen voor de vier groepen migranten (tabel 3.11) en voor categorieën respondenten opgesplitst naar sociaal-demografische kenmerken (tabel 3.12).

Tabel 3.11: Belangscores korte versie QUOTE-Mi per etnische groep

	Turken n=35	Marokkanen n=36	Surinamers n=33	Antillianen n=47	Totaal n=151
Totaal (32 items)					
gemiddelde	8.17	6.55	6.13	5.81	6.60
standaarddeviatie	1.46	.97	.99	1.48	1.55
Proces (14 items)					
gemiddelde	8.32	7.11	7.04	6.63	7.22
standaarddeviatie	1.49	1.12	1.13	1.53	1.48
Structuur (8 items)					
gemiddelde	8.54	5.90	6.09	5.59	6.46
standaarddeviatie	1.46	1.39	1.59	1.82	1.96
Specifiek (10 items)					
gemiddelde	7.61	6.27	4.88	4.80	5.82
standaarddeviatie	2.06	1.59	1.58	1.89	2.12

Tabel 3.11 bevestigt het beeld dat naar voren kwam bij de uitgebreide versie van de QUOTE-Mi (zie tabel 3.6). Mensen uit Turkije kennen significant hogere belangscores toe aan een goede kwaliteit van zorg dan respondenten afkomstig uit Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen. Deze conclusie geldt voor zowel de totale schaal, als de drie afzonderlijke sub-schalen. Voor wat betreft de schaal 'migranten-specifieke kwaliteit' geldt dat, naast mensen uit Turkije, ook respondenten van Marokkaanse afkomst op deze punten meer belang hechten aan goede kwaliteit van zorg dan Surinamers en Antillianen.

Wanneer de scores voor wat betreft de gehele groep van respondenten wordt uitgesplitst naar achtergrondkenmerken, dan wordt het beeld dat bij tabel 3.7 naar voren kwam bevestigd. Taalvaardigheid, opleiding, ervaren gezondheid en verblijfsduur resulteren in een verschil in belangscores dat wordt toegekend aan de kwaliteitsaspecten. Een slechte taalvaardigheid, een relatief lage opleiding, een gezondheid die als 'matig' of 'slecht' wordt ervaren en een lange verblijfsduur gaat samen met relatief hoge belangscores (zie tabel 3.12).

Tabel 3.12: Belangscores korte versie QUOTE-Mi, naar sociaal-demografische kenmerken

	A		B		C		D		E		F	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Totaal (32 items)												
gemiddelde	7.7*	6.2	6.4	6.7	7.4*	6.2	6.5	6.6	6.2	7.4*	6.0	6.9*
standaarddeviatie	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.3	1.7	1.4	1.3	1.7	1.7	1.5
Proces (14 items)												
gemiddelde	7.9*	7.0	7.0	7.4	7.7*	7.0	7.3	7.2	7.0	7.8*	6.7	7.4*
standaarddeviatie	1.5	1.4	1.5	1.5	1.7	1.3	1.6	1.3	1.3	1.7	1.6	1.4
Structuur (8 items)												
gemiddelde	7.6*	6.0	6.4	6.5	7.3*	6.0	6.5	6.5	6.0	7.4*	5.9	6.7*
standaarddeviatie	1.7	1.9	1.9	2.0	1.9	1.8	2.1	1.8	1.7	2.1	2.0	1.9
Specifiek (10 items)												
gemiddelde	7.6*	5.1	5.6	6.0	7.1*	5.1	5.6	6.1	5.2	7.0*	5.0	6.2*
standaarddeviatie	1.4	1.9	2.2	2.0	2.0	1.8	2.2	2.0	1.8	2.2	2.2	2.1

A=taalvaardigheid (1=laag; 2=hoog)

B=geslacht (1=man; 2=vrouw)

C=opleiding (1=laag; 2=hoog)

D=leeftijd (1= <40 jaar; 2= ≥ 40 jaar)

E=gezondheid (1=goed; 2=slecht)

F=verblijfsduur (1= ≤ 10 jaar; 2= >10 jaar)

* = significant (p < .05)

3.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is verslag gedaan van het proces waarbij de resultaten van een serie groeps gesprekken met mensen uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen, via een pilotstudie in meer kwantitatieve zin zijn uitgetest bij een grotere groep respondenten. Doel van deze pilotstudie was te komen tot twee versies van een vragenlijst voor kwaliteit van huisartsenzorg vanuit het perspectief van allochtonen: een uitgebreide versie en een korte versie. Via een combinatie van item-analyse en inter-item analyse zijn allereerst de meest relevante en geschikte kwaliteitsaspecten geselecteerd uit een groslijst van 73 aspecten. Vervolgens is, met behulp van betrouwbaarheidsanalyses een uitgebreide versie van de QUOTE-Mi samengesteld die bestaat uit 50 kwaliteitsaspecten.

De uitgebreide versie van de QUOTE-Mi bevat zes schalen, die elk voor zich staan voor een specifieke sub-dimensie van kwaliteit van zorg. Vertegenwoordigd zijn de sub-dimensies bejegening (14 aspecten), informatie (7 aspecten), autonomie (5 aspecten), professionele deskundigheid (10 aspecten), continuïteit (3 aspecten) en toegankelijkheid (8 aspecten). Met uitzondering van de schaal voor continuïteit, geldt voor elk van de schalen dat de betrouwbaarheid 'bevredigend' tot 'goed' is. Voor de dimensies 'kosten' en 'accommodatie' zijn afzonderlijke kwaliteitsaspecten in de uitgebreide versie van de QUOTE-Mi opgenomen. De uitgebreide versie van de QUOTE-Mi is met name geschikt om te worden ingezet bij onderzoek dat zich richt op processen van kwaliteitsverbetering en het verkrijgen van een gedetailleerd oordeel over kwaliteit van huisartsenzorg vanuit allochtonenperspectief.

De 32 kwaliteitsaspecten die deel uitmaken van de korte versie van de QUOTE-Mi vormen een deelverzameling van 50 aspecten in de uitgebreide versie. Itemselectie heeft plaatsgevonden op basis van vergelijkbaarheid met de reeds bestaande QUOTE-instrumenten en de bijdragen die afzonderlijke aspecten leveren aan de schalen die in de QUOTE-Mi aanwezig zijn. Met behulp van de 32 opgenomen aspecten kunnen drie dimensies van de kwaliteit van huisartsenzorg worden geoperationaliseerd: 'proces kwaliteit' (14 aspecten), 'structuur kwaliteit' (8 aspecten) en 'migranten specifieke kwaliteit' (10 aspecten). De korte versie van de QUOTE-Mi is bij uitstek geschikt voor studies op het terrein van kwaliteitsborging en zal als zodanig worden opgenomen in de NS2.

4 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Op dit moment bestaan er geen valide en betrouwbare instrumenten waarmee vastgesteld kan worden hoe migranten de kwaliteit van hun huisarts en de huisartsenpraktijk beoordelen. Om in deze lacune te voorzien is een studie uitgevoerd waarin onderzocht is (1) welke aspecten van de zorg zij belangrijk vinden en in hoeverre deze te maken hebben met hun -culturele- achtergrond, (2) wat de ervaringen zijn van migranten met de huisartsenzorg (3) in hoeverre er verschillen zijn tussen de etnische groepen (4) wat de knelpunten zijn bij het afnemen van een gestructureerde vragenlijst bij migranten. Aanleiding tot het onderzoek is de tweede Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2), die in 2000 zal worden uitgevoerd. Als onderdeel van deze studie wordt een grootschalige enquête gehouden onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse patiënten, waarin hen ook naar hun oordeel over de huisartsenzorg wordt gevraagd. In overeenstemming hiermee is dit onderzoek gericht op deze vier etnische groepen. Behalve een relatief korte vragenlijst die in de NS2 meegenomen kan worden, is tevens een meer uitgebreide lijst ontwikkeld die gebruikt kan worden voor kwaliteitsverbetering van de huisartsenpraktijk. Het onderzoek bouwt voort op onderzoek waarin een instrument is ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief voor patiënten met verschillende aandoeningen, de QUOTE (QQuality Of Care Through the patient's Eyes). De in dit onderzoek gebruikte methode is hiervan afgeleid. Er zijn eerst focusgroepsgesprekken gehouden met leden uit de genoemde vier genoemde etnische groepen om de verwachtingen van migranten ten aanzien van de huisarts en hun ervaringen in kaart te brengen. Op basis hiervan is een uitgebreide vragenlijst met stellingen ontwikkeld, die uitgetest is in een pilotstudie bij zo'n 150 Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Hierin is ook onderzocht of de wijze waarop de vragenlijst is samengesteld en afgenomen voor deze groepen problemen opleverde. In de volgende paragraaf worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek besproken. Daarna worden enkele kanttekeningen bij dit onderzoek geplaatst.

4.1 Samenvatting resultaten

4.1.1 Instrumenten

Op basis van de studie zijn twee instrumenten ontwikkeld, een uitgebreide en een korte versie van de QUOTE-huisartsenzorg voor migranten (QUOTE-Mi). Bij de ontwikkeling van deze instrumenten is uitgegaan van de bestaande algemene QUOTE. Dit instrument bestaat uit een 'generiek' deel voor alle patiënten en een 'specifiek' deel dat verschilt voor de diverse patiëntengroepen. Het generieke deel is weer opgesplitst in proces- en structuurkenmerken, die weer zijn onderverdeeld in acht kwaliteitsdimensies: bejegening, informatie, autonomie, professionele deskundigheid, continuïteit, kosten en accommodatie. Het instrument bestaat uit aspecten waarvan respondenten moeten aangeven welk *belang* ze hieraan toekennen, en wat hun *ervaringen* hiermee zijn. Voor de QUOTE-Mi is een onderscheid gemaakt tussen 'proces', 'structuur' en 'migranten-specifieke' kwaliteitsaspecten. In tabel 4.1 wordt een overzicht gegeven van het aantal items en de betrouwbaarheidscoëfficiënten (Cronbach's alpha) van de (sub)schalen in de beide instrumenten.

Tabel 4.1: Kenmerken uitgebreide en korte versie QUOTE-Mi

Schaal	aantal items	Uitgebreide versie		aantal items	Korte versie	
		α (belang)	α (ervaring)		α (belang)	α (ervaring)
Totaal	50	.95	.95	32	.92	.92
Proces	25	.91	.95	14	.84	.90
Structuur	13	.86	.86	8	.80	.76
Specifiek	12	.87	.68	10	.86	.64

Voor beide instrumenten is de betrouwbaarheid van de totale schaal en de sub-schalen goed, met uitzondering van de betrouwbaarheid van de ervaringsscores voor de migranten-specifieke sub-schaal, die aan de lage kant is. Deze betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn echter berekend over slechts 50 respondenten, omdat deze vragen voor een deel van de migranten niet van toepassing waren.

4.1.2 Belang kwaliteitsaspecten

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat migranten wat betreft de kwaliteit van de huisartsenzorg vooral de bejegening door de huisarts van belang vinden. Deze aspecten werden in de focusgroepsgesprekken het meest genoemd en kwamen ook in de pilotstudie als belangrijkste naar voren. Migrantenvinden het vooral belangrijk dat de huisarts hen serieus neemt, voldoende tijd en aandacht voor hen heeft en hen met respect behandelt. Hiermee wijken zij niet af van autochtone Nederlandse patiënten, die ook het meeste belang hechten aan bejegeningaspecten (Sixma et al., 1998b). De informatiebehoefte van migranten heeft vooral betrekking op het gebruik van medicijnen. Goede voorlichting hierover wordt belangrijk gevonden. Daarnaast hebben veel migranten behoefte aan uitleg over de resultaten van onderzoek. Ook wat betreft de deskundigheid van de huisarts is voorschrijven van de juiste medicijnen een belangrijk punt. Migrantenvinden vaak het idee dat huisartsen te snel 'zomaar' een recept uitschrijven of telkens maar weer paracetamol voorschrijven. Zij vinden het echter belangrijk dat de huisarts niet onnodig medicijnen voorschrijft. Hiermee wordt het algemene beeld dat huisartsen van migranten hebben, dat zij altijd verwachten dat hij hen een medicijn meegeeft, genuanceerd. Wat de toegankelijkheid betreft, is huisbezoek een belangrijk punt. Huisartsen moeten snel op huisbezoek komen, als men daarom vraagt, en men moet hier niet te lang op aan hoeven dringen. Verder zijn telefonische bereikbaarheid en 's avonds en in het weekend snel een arts kunnen raadplegen aspecten die belangrijk gevonden worden. Hoewel uit de focusgroepsgesprekken daarnaast 'een assistente waarmee niet onderhandeld hoeft te worden' als belangrijk aspect naar voren kwam, werd dit in de pilotstudie niet bevestigd. De aspecten die onder de dimensie 'autonomie' vallen, waren, zo bleek uit de focusgroepsgesprekken, bij migrantenvaak niet bekend (bijvoorbeeld dat zij hun patiëntendossier konden inzien). Uit de pilotstudie blijkt dat deze aspecten door hen ook wat minder belangrijk gevonden worden. Wat de dimensie 'continuïteit' betreft, wordt vooral een snelle doorverwijzing naar de specialist belangrijk gevonden. Aspecten die met 'kosten' en 'accommodatie' te maken hebben werden in de focusgroepsgesprekken minder vaak genoemd en komen ook uit de pilotstudie als minder belangrijk naar voren. Deze aspecten spelen ook bij autochtone Nederlanders een minder belangrijke rol (Sixma et al., 1998b).

Naast deze 'generieke' aspecten die in principe voor alle patiënten gelden, is voor migrantenvaak een aantal aspecten van belang die met hun 'migrant zijn' te maken hebben. De belangrijkste hiervan hebben weer te maken met de bejegening. Een goede huisarts moet geen vooroordelen hebben over migranten en hen niet anders behandelen dan Nederlanders. Ook spreken migranten de wens uit dat de huisarts rekening houdt met eventuele

taalproblemen en dat hij/zij enige kennis heeft van hun achtergrond en cultuur en er begrip voor heeft dat ze een arts in het buitenland raadplegen.

Er is een aantal verschillen tussen vier etnische groepen in het belang dat zij aan de diverse aspecten hechten. Het zijn vooral de Turken die van de andere groepen afwijken. Zij vinden over het geheel genomen zowel de 'proces' kenmerken (bejegening, informatie, autonomie, professionele deskundigheid), als de 'structuur' kenmerken (continuïteit, toegankelijkheid, kosten en accommodatie) belangrijker dan de overige groepen. De 'specifieke' kenmerken worden door zowel Turken, als Marokkanen belangrijker gevonden dan door de Surinamers en Antillianen. Dit ligt waarschijnlijk aan het feit dat het voor een belangrijk deel aspecten betreft die te maken hebben met taalproblemen.

4.1.3 Ervaringen migranten

Hoewel er uit de focusgroeps gesprekken veel kritiekpunten over de huisarts naar voren kwamen, zijn de ervaringen van de migranten die aan de pilotstudie deelnamen over het algemeen redelijk positief. Vrijwel iedereen is van mening dat de huisarts hem/haar met respect behandelt en dat hij/zij geen vooroordelen heeft tegenover buitenlanders. Ook geven de meeste mensen aan dat de huisarts in begrijpelijke taal uitlegt wat hen mankeert, hen de juiste medicijnen voorschrijft, hen informeert over de resultaten van onderzoek en hen doorverwijst naar de specialist als ze dat willen. Echter een kwart van de respondenten geeft aan dat de huisarts niet voldoende tijd neemt om met hen te praten, hetgeen gezien het belang dat aan dit aspect wordt toegekend, toch een knelpunt is. Ook geeft 40% aan dat de huisarts onvoldoende uitleg geeft over bijwerkingen van medicijnen en over wat te doen bij gebruik van andere medicijnen. Voor 40% van de respondenten geldt dat de huisarts niet onmiddellijk bereid is tot een huisbezoek. Hoewel de meeste respondenten aangeven dat de huisarts begrip heeft voor taalproblemen (voor een belangrijk deel van de respondenten is deze vraag trouwens niet van toepassing), schakelt de huisarts vaak geen tolk in. Verder heeft volgens 40% van de respondenten de huisarts geen aandacht voor het feit dat problemen van migranten anders zijn dan die van autochtone Nederlanders.

Ook in ervaringen zijn duidelijke verschillen tussen de etnische groepen. De Marokkaanse groep rapporteert over het algemeen slechtere ervaringen met de huisarts dan de overige groepen. Taalproblemen lijken bij deze groep een belangrijk knelpunt. Zij geven relatief vaak aan geen duidelijke uitleg te krijgen over wat hen mankeert, het gebruik van medicijnen en het doel en aard van de behandeling. Ruim de helft van deze groep zegt dat de huisarts niet bereid is over hun problemen te praten en dat hij/zij geen aandacht heeft voor het feit dat hun problemen anders zijn dan die van Nederlanders. De Marokkaanse respondenten worden bovendien naar hun eigen oordeel het minst vaak doorverwezen naar de specialist als ze dat willen en kunnen na een doorverwijzing vaak niet snel bij de specialist terecht. Bij de Turkse groep geeft ruim de helft aan geen informatie te krijgen over het gebruik van medicijnen. Voor Antillianen zijn de aspecten die met taalproblemen en het bezoeken van een arts in het buitenland te maken hebben vaak niet van toepassing. Dit geldt - in mindere mate - ook voor Surinamers.

4.1.4 De afname van de gestructureerde vragenlijst

Voor de afname van de pilotversie van het instrument is gekozen voor mondelinge face-to-face interviews in de eigen taal voor Turken en Marokkanen en het Nederlands voor Surinamers en Antillianen. Dit is in overeenstemming met de wijze waarop de interviews bij deze groepen in de tweede Nationale Studie zullen worden uitgevoerd. In de praktijk bleek dit een aantal knelpunten op te leveren. Zo was de vertaalde Turkse versie relatief moeilijk voor

de Turkse respondentent, waardoor er vaak extra toelichting en uitleg nodig was. Voor deze groep is het dus van belang nog eens goed naar de vertaling van het instrument te kijken. Ook bij een deel van de Surinaamse (Hindoestaanse) respondentent bleek soms een toelichting in de eigen taal nodig. Hiermee dient bij afname van dit instrument rekening gehouden te worden. De formulering van de stellingen was in het algemeen duidelijk, hoewel een aantal items die betrekking hadden op psychische problemen, tot verwarring leidden. Ook de antwoordcategorieën leverden voor de meeste respondentent geen problemen op en er is sprake van een voldoende spreiding. In het algemeen kan dus geconcludeerd worden dat het meten van kwaliteit van zorg bij migranten op deze wijze goed mogelijk is. De in het Berbers vertaalde versie van het instrument kon in dit onderzoek helaas niet uitgetest worden.

4.2 Kanttekeningen bij het onderzoek

De gegevens in dit onderzoek zijn gebaseerd op een aantal groepsgesprekken met Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse mensen en op individuele interviews met in totaal 150 respondentent uit deze migranten groepen. Bij alle vier de groepen is gestreefd naar een brede spreiding in achtergrondkenmerken zoals leeftijd, opleiding en taalvaardigheid in het Nederlands waardoor aangenomen kan worden dat de resultaten een representatief beeld geven. Desondanks kan hierbij een aantal kanttekeningen worden geplaatst.

In de eerste fase van het ontwikkelingsproces van het meetinstrument staan de meningen en ervaringen van vertegenwoordigers uit de verschillende etnische groepen centraal. Alhoewel het hier niet persé ging om mensen die namens een bepaalde organisatie spreken, is het mogelijk dat we te maken krijgen met een geselecteerde groep. Echter, door in een later stadium een grotere groep respondentent te betrekken bij het uittesten van de vragenlijst, kan er vanuit gegaan worden dat het uiteindelijke resultaat representatief is voor een doorsnee groep migranten uit de verschillende etnische groepen. Bovendien bleek, op grond van de open vragen uit de vragenlijst, dat er geen nieuwe kwaliteitsaspecten naar voren zijn gekomen die van belang werden gevonden door de respondentent.

Zoals gezegd is bij de ontwikkeling van het instrument uitgegaan van de bestaande algemene QUOTE. De aspecten die behoren tot het 'generieke' deel van de bestaande QUOTE is als basis genomen voor de QUOTE-Mi. Hieraan zijn - generieke en specifieke - kwaliteitsaspecten toegevoegd die voor migranten relevant zijn. De structuur van de algemene QUOTE is bij de constructie van het instrument als uitgangspunt genomen. Bij de schaalanalyses is van deze bestaande structuur uitgegaan. Daarnaast hebben bij het samenstellen van de uitgebreide en korte versie van de QUOTE-Mi de gewenste lengte van de vragenlijst, de verdeling van items over kwaliteitsaspecten en overlap van items een rol gespeeld. Op basis hiervan is een afweging gemaakt voor de selectie van items. De definitieve selectie van items heeft dus niet uitsluitend plaatsgevonden op basis van 'schaaltechnische' argumenten.

Een andere opmerkingen betreft het wel of niet ontwikkelen van een meetinstrument ten behoeve van elk van de vier etnische groepen afzonderlijk omdat er mogelijk verschillen zouden zijn tussen deze groepen in wat zij als kwaliteit van huisartsenzorg beschouwen. Echter op basis van de resultaten uit dit onderzoek kan vastgesteld worden dat, met uit-

zondering van de taalbarrière en de problemen die daarmee gepaard gaan toch min of meer dezelfde kwaliteitsaspecten naar voren komen ongeacht de etniciteit van de groep.

Een laatste kanttekening betreft de omvang van de onderzochte groep bestaande uit ca 40 ondervraagden per etnische groep. De resultaten laten bepaalde verschillen zien in de mate van belang dat toegekend wordt aan de kwaliteitsaspecten en de feitelijke ervaringen van betrokkenen met deze aspecten. Aangezien de omvang van de onderzoeksgroep niet zo groot is, moeten de resultaten uit de pilotstudie met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Ook is een aantal specifieke aspecten daarom bewust niet weggelaten, hoewel zij voor een deel van de respondenten minder relevant waren.

In vervolgonderzoek waarbij grotere groepen ondervraagd worden, kan besloten worden welke aspecten definitief deel uit zullen maken van het meetinstrument.

LITERATUUR

Aharony L, Strasser S. 1993. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review* 1993; 50(1):49-70.

Campen C van, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research & Review* 1995; 52(1):109-33.

CBS. De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland 1989/1990. 's Gravenhage: SDU/CBS-publicaties 1991.

Cleary DC, Edgman-Levitan S. Health care quality; incorporating consumer perspectives. *Journal of the American Medical Association* 1997; 278(19): 1608-1612.

Dijk R van. Gezondheid en gezondheidszorg. In: Entzinger HB, Stijnen PJJ. *Etnische minderheden in Nederland*. Amsterdam/Heerlen: Boom/Open universiteit 1990.

Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *American Journal of Public Health* 1981; 71(4):409-12.

Donabedian A. 1988a. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* 25:173-92.

Donabedian A. 1988b. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 260(2):1743-8.

Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care* 1992; 1:247-51.

Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked; a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science & Medicine* 1988; 27: 935-939.

Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness* 1994; 16 (1): 103-121.

Kitzinger J. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 1995; 311: 299-302.

Leeftang RLI. Zoeken naar gezondheid: hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse afkomst. Leiden: LIDESCO 1994.

Linder-Pelz S. 1982a. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 16: 577-82.

Linder-Pelz S. 1982b. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Social Science & Medicine* 16: 583-9.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Rapportage oriëntatiefase Staat van de Gezondheidszorg. Inspectie voor de gezondheidszorg 1996.

Meloen JD, Veenman J. Het is maar de vraag... Onderzoek naar responseffecten bij minderhedensurveys. Rotterdam: ISEO 1988.

Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). 1992. Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg. Den Haag, NWO

Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:185-210.

Rijkschroeff BR, Thé GT. Samen gezond. Ervaringen van migranten met de gezondheidszorg in Nederland. Capelle a/d IJssel: Labyrint Publication 1992.

Rubin HR, Ware JE Jr., Hays RD. The PJHQ Questionnaire; exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Medical Care* 1990; (9) Supplement:S22-S29.

Sixma HJ, Campen C van. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers. Vier nieuwe meetinstrumenten. *Kwaliteit in beeld* 1996; 2: 12-14.

Sixma HJ, Campen C van, Doeglas D, Kerssens JJ, Peters L. 1998a. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1: 82-95.

Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. 1998b. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. NWO-Onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg. Utrecht: NIVEL

Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The Patient Satisfaction Process: Moving Toward a Comprehensive Model. *Medical Care Review* 1993; 50(2): 219-48.

Uniken Venema HP. Toen ik hier kwam was ik kerngezond. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema 1989.

Uniken Venema HP. Etnische minderheden. In: HP Uniken Venema, HFL Garretsen (Red.) *Het meten van de gezondheidstoestand. 4 Gezondheidsonderzoek bij moeilijk bereikbare groepen*. Assen: Van Gorcum 1995.

Vink A. Met lege handen. Klachten en vragen van allochtonen over de gezondheidszorg. Utrecht: PC/CP 1994.

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Grandek B. SF36 Health Survey; Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.

Weide MG, Bakker DH de. De invloed van niet-medische factoren op het contact met de huisarts. In: Kooiker SE, Mootz M (Red.). *Patiënt en professie. Culturele determinanten van medische consumptie*. Rijswijk: SCP 1996.

Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts. Bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1997;75:4-12.

Weide MG, Foets M. Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk. *Huisarts & Wetenschap* 1998; 41:179-183.

Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Social Science & Medicine* 1994; 38:45-53.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Overzicht van de generieke kwaliteitsaspecten ten behoeve van Nederlandse patiënten binnen Tweede Nationale Studie

De huisarts met wie ik te maken heb...

1. Moet mij altijd mee laten beslissen over behandeling of hulp die ik krijg
2. Moet mij altijd serieus nemen
3. Moet gemaakte afspraken altijd stipt nakomen
4. Moet mij niet langer dan 15 minuten in de wachtkamer laten wachten
5. Moet altijd, in voor mij begrijpelijke taal, uitleg geven over medicijnen die worden voorgeschreven
6. Moet altijd medicijnen voorschrijven die volledig door het ziekenfonds of mijn verzekering worden vergoed
7. Moet telefonisch altijd goed bereikbaar zijn
8. Moet er voor zorgen dat ik na een verwijzing altijd snel (binnen 2 weken) bij de specialist terecht kan
9. Moet altijd dezelfde persoon zijn
10. Moet mijn dossier met patiëntengegevens laten inzien, als ik dat wil
11. Moet mij altijd precies uitleggen wat mij mankeert
12. Moet altijd bereid zijn om mij over al mijn problemen te praten
13. Moet altijd onmiddellijk bereid zijn een visite (huisbezoek) af te leggen, als ik daarom vraag
14. Moet altijd voldoende tijd nemen om met mij te praten



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

vragenlijst Kwaliteit van Zorg vanuit Patiëntenperspectief (MI)

september 1999

Voor meer informatie:

Fatima El Fakiri
Herman Sixma
Marga Weide

tel. 030 2 729 715
tel: 030 2 729 710
tel: 030 2 729 709

Toelichting bij de vragenlijst

Deze vragenlijst wordt afgenomen in het kader van een onderzoek onder Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Wij willen graag weten hoe migranten zelf over de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen denken en in hoeverre deze zorg voldoet aan hun wensen en behoeften.

De vragenlijst bestaat uit 4 onderdelen:

1. een aantal algemeen vragen
2. aspecten van de zorg die u belangrijk of niet belangrijk vindt
3. uw ervaringen met de verleende zorg
4. enkele afsluitende vragen

Bij de beantwoording van de vragen gaat het om uw mening en uw ervaringen. Bij de meeste vragen wordt een hokje aangekruist. Soms moet een antwoord ingevuld worden en soms is het ook mogelijk uw antwoord in uw eigen woorden te omschrijven. Sommige vragen lijken op elkaar. Toch is het voor het onderzoek erg belangrijk dat wij de vragenlijst zo volledig mogelijk invullen en geen vragen overslaan.

(**tijdstip noteren** in uren en minuten: Het is nu uur)

DEEL 1 ALGEMEEN

Om te beginnen willen wij graag een aantal persoonsgegevens van u hebben. Het is belangrijk om te weten welke mensen deel hebben genomen aan het onderzoek, bijvoorbeeld om hoeveel mannen en vrouwen het gaat, waar ze geboren zijn, hoe oud ze zijn, enzovoorts.

1 Wat is uw geslacht? (niet vragen, zelf invullen!)

- ☐ man
☐ vrouw
-

2 In welk jaar bent u geboren? (invullen)

19

3 Waar bent u geboren?

- ☐ Turkije
☐ Marokko
☐ Suriname
☐ Nederland
☐ Nederlandse Antillen/Aruba
☐ anders, namelijk.....



Door naar vraag 5

4 In welk jaar bent u naar Nederland gekomen? (invullen)

19.....

5 Hoe beoordeelt u uw vaardigheid in het Nederlands? Kunt u Nederlands
(één vakje per categorie aankruisen)

	niet	beetje	voldoende	goed
verstaan	☐	☐	☐	☐
spreken	☐	☐	☐	☐
lezen	☐	☐	☐	☐
schrijven	☐	☐	☐	☐

6 Hoeveel jaar dagonderwijs heeft u in totaal gevolgd? (invullen)

..... jaar dagonderwijs

7 Wat is uw hoogste, **afgeronde** (school)opleiding? (één vakje aankruisen)

- ☐ Geen opleiding
 - ☐ Lager Onderwijs afgerond
 - ☐ Middelbaar Onderwijs afgerond
 - ☐ HBO/Universitair afgerond
-

8 Hoe is uw woonsituatie? (één vakje aankruisen)

- ☐ ik woon alleen
 - ☐ ik woon met partner (en kinderen)
 - ☐ ik woon met ouder(s) en/of kind(eren)
 - ☐ ik woon in een woongroep
 - ☐ anders, nl.:
-

9 Hoe zou u uw eigen positie omschrijven? (u mag meerdere vakjes aankruisen)

- ☐ jongere/student
 - ☐ volledig (30 uur of meer) werkzaam in beroep of betaalde baan
 - ☐ part-time (minder dan 30 uur) werkzaam in beroep of betaalde baan
 - ☐ gedeeltelijk afgekeurd voor betaald werk, nl. voor procent
 - ☐ volledig afgekeurd voor betaald werk
 - ☐ werkloos of werkzoekend voor uren per week
 - ☐ vrijwilligerswerk voor uren per week
 - ☐ gepensioneerd / VUT / AOW
 - ☐ huisvrouw of huisman
 - ☐ anders, nl.:
-

10 Wat vindt u, **over het algemeen genomen**, van uw gezondheid? (één vakje aankruisen)

- ☐ uitstekend
 - ☐ zeer goed
 - ☐ goed
 - ☐ matig
 - ☐ slecht
-

11 Heeft u de afgelopen 12 maanden - tussen augustus 1998 en augustus 1999 - contact gehad met de volgende hulpverleners? (U mag meerdere vakjes aankruisen)

- ☐ huisarts / huisartspraktijk (aantal keer:)
 - ☐ medisch specialist,
-

DEEL 2 WEL OF NIET BELANGRIJK

Sommige mensen vinden het belangrijk dat hun huisarts goed kan luisteren. Anderen vinden dat niet zo belangrijk. Zij willen liever dat zij op elk moment van de dag bij hem terecht kunnen. Niet iedereen denkt dus hetzelfde over de kwaliteit van de (huisartsen)zorg. Wij willen graag weten wat u verwacht van de huisarts met wie u te maken heeft. Het gaat dus om wat u belangrijk vindt. Goede en foute antwoorden zijn er niet.

Voorbeeld

	niet belang- rijk	eigenlijk wel belangrijk	belang- rijk	van het allergrootste belang
De huisarts met wie u te maken heeft, ...				

moet telefonisch altijd goed bereikbaar zijn

☐
☒
☐
☐

In dit voorbeeld heeft u het tweede vakje aangekruist. Dat betekent dat u er even over moet nadenken, maar dat u het eigenlijk wel belangrijk vindt dat de huisarts met wie u te maken heeft, telefonisch altijd goed bereikbaar moet zijn.

- 1** Hieronder staat een aantal zinnen, die allemaal beginnen met: 'De huisarts met wie u te maken heeft, moet ...'. Sommige zaken zult u meteen belangrijk vinden en sommige juist niet. Over andere zinnen zult u misschien even moeten nadenken. Wij vragen u achter **iedere** zin aan te geven hoe belangrijk u hetgeen vindt, dat hierin wordt genoemd.

**De huisarts
met wie u te maken heeft, ...**

niet belang- rijk	eigenlijk wel belangrijk	belang- rijk	van het allergrootste belang
-------------------------	--------------------------------	-----------------	------------------------------------

Bejegening

1. moet altijd vriendelijk zijn	☐	☐	☐	☐
2. moet altijd goed naar u luisteren	☐	☐	☐	☐
3. moet altijd voldoende tijd nemen om met u te praten	☐	☐	☐	☐
4. moet u altijd serieus nemen	☐	☐	☐	☐
5. moet gemaakte afspraken altijd stipt nakomen	☐	☐	☐	☐
6. moet laten merken dat hij/zij begrip heeft voor uw situatie	☐	☐	☐	☐
7. moet u met respect behandelen	☐	☐	☐	☐

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg wel/niet belangrijke aspecten)

De huisarts met wie u te maken heeft, ...	niet belang- rijk	eigenlijk wel belangrijk	belang- rijk	van het allergrootste belang
8. moet goed met kinderen omgaan	☐	☐	☐	☐
9. moet u laten uitpraten als u iets aan het vertellen bent	☐	☐	☐	☐
10. mag niet discrimineren	☐	☐	☐	☐
11. moet u niet het gevoel geven dat u een 2e-rangs persoon bent	☐	☐	☐	☐
12. mag geen vooroordelen hebben omdat u buitenlander bent	☐	☐	☐	☐
13. moet u net zoveel tijd en aandacht geven als aan zijn/haar Nederlandse patiënten	☐	☐	☐	☐
14. moet u het gevoel geven dat u welkom bent	☐	☐	☐	☐
15. moet er begrip voor hebben dat u soms iemand anders meeneemt (bijvoorbeeld een kind) om voor u te tolken	☐	☐	☐	☐
16. moet niet bang zijn om u aan te raken	☐	☐	☐	☐
17. moet er begrip voor hebben dat u, door taalproblemen, soms moeilijk uw verhaal kunt vertellen	☐	☐	☐	☐
18. moet u niet gelijk afschepen met recepten voor medicijnen	☐	☐	☐	☐
19. moet bereid zijn met u te praten over fouten of zaken die niet goed gelopen zijn	☐	☐	☐	☐
20. moet aandacht hebben voor al uw problemen	☐	☐	☐	☐
21. moet altijd bereid zijn met u over al uw problemen te praten	☐	☐	☐	☐
22. moet er begrip voor hebben dat u soms een arts in het buitenland (bijvoorbeeld Turkije, Marokko, Suriname of Curaçao) raadpleegt	☐	☐	☐	☐

Informatie

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. moet altijd, in voor u begrijpelijke taal uitleg geven over
medicijnen die worden voorgeschreven | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg wel/niet belangrijke aspecten)

De huisarts met wie u te maken heeft, ...	niet belang- rijk	eigenlijk wel belangrijk	belang- rijk	van het allergrootste belang
24. moet uitleggen waarom één bepaald medicijn wordt voorgeschreven	☐	☐	☐	☐
25. moet vertellen wat mogelijke bijwerkingen zijn van medicijnen die worden voorgeschreven	☐	☐	☐	☐
26. moet zeggen wat u moet doen als u naast de voorgeschreven medicijnen ook andere medicijnen gebruikt	☐	☐	☐	☐
27. moet u uitleg geven over de resultaten van een onderzoek	☐	☐	☐	☐
28. moet u duidelijke informatie geven over de organisatie van de praktijk (spreekuurtijden, spoednummer, weekendregelingen, etc.)	☐	☐	☐	☐
29. moet u informatie geven over wat u moet doen als u een klacht wilt indienen	☐	☐	☐	☐
30. moet vertellen dat u voor bepaalde medicijnen soms moet bijbetalen	☐	☐	☐	☐
31. moet voorlichtingsfolders hebben in uw eigen taal	☐	☐	☐	☐

Autonomie

32. moet u altijd mee laten beslissen over de behandeling of hulp die u krijgt	☐	☐	☐	☐
33. moet, als u dat op prijs stelt, een tolk inschakelen	☐	☐	☐	☐
34. moet u een andere huisarts laten kiezen, als het niet 'klikt'	☐	☐	☐	☐
35. moet u vertellen wat uw rechten zijn als patiënt	☐	☐	☐	☐
36. moet u uw dossier met patiëntgegevens laten inzien, als u dat wilt	☐	☐	☐	☐
37. moet u, als u dat wilt, doorverwijzen naar een medisch specialist	☐	☐	☐	☐

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg wel/niet belangrijke aspecten)

**De huisarts
met wie u te maken heeft, ...**

niet belang- rijk	eigenlijk wel belangrijk	belang- rijk	van het allergrootste belang
-------------------------	--------------------------------	-----------------	------------------------------------

Professionele deskundigheid

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 38. moet u altijd in begrijpelijke taal uitleggen wat u mankeert | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 39. moet, uit zichzelf, uitleg geven over het doel en de aard van de behandeling | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 40. moet u altijd de juiste medicijnen voorschrijven | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 41. moet u niet, naar uw gevoel, onnodig medicijnen voorschrijven | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 42. moet lichamelijke problemen niet onmiddellijk in psychische problemen vertalen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 43. moet goed op de hoogte zijn van de situatie bij u thuis en op het werk/school | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 44. moet uw problemen goed kennen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 45. moet doorvragen naar uw omstandigheden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 46. moet belangstelling hebben voor uw cultuur en achtergrond | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 47. moet beseffen dat uw problemen soms anders zijn dan de problemen van Nederlandse patiënten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 48. moet aandacht hebben voor het feit dat sommige klachten te maken hebben met psychische problemen (bijvoorbeeld heimwee) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 49. moet een goede kennis hebben van medicijnen die in het buitenland (bijvoorbeeld Turkije, Marokko, Suriname of Curaçao) zijn voorgeschreven | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Continuïteit van zorg

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50. moet altijd dezelfde persoon zijn | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 51. moet zorgen dat er altijd een vervangende huisarts is, als hij/zij afwezig is | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg wel/niet belangrijke aspecten)

De huisarts met wie u te maken heeft, ...	niet belang- rijk	eigenlijk wel belangrijk	belang- rijk	van het allergrootste belang
--	-------------------------	--------------------------------	-----------------	------------------------------------

52. moet er voor zorgen dat u na een verwijzing altijd snel (binnen 2 weken) bij de specialist terecht kunt	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

53. moet zorgen voor een goede uitwisseling van informatie tussen huisarts en specialist	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Toegankelijkheid

54. moet beschikken over een telefonisch spreekuur	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

55. moet telefonisch altijd goed bereikbaar zijn	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

56. moet u nooit langer dan 15 minuten in de wachtkamer laten wachten	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

57. moet altijd onmiddellijk bereid zijn een visite (huisbezoek) af te leggen, als u daarom vraagt	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

58. moet er voor zorgen dat u ook 's avonds of in het weekend snel een huisarts kunt raadplegen	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

59. moet, als daar aanleiding toe is, er voor zorgen dat u nog dezelfde dag op het spreekuur terecht kunt	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

60. moet u, als daar aanleiding toe is, de mogelijkheid bieden van een extra lang consult	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

61. moet u (of uw vrouw) de gelegenheid bieden een vrouwelijke huisarts te raadplegen	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

62. moet een assistente hebben, met wie u niet hoeft te onderhandelen als u de huisarts wilt raadplegen	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

63. moet een assistente hebben met dezelfde (etnische) afkomst als u	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

64. moet een wacht-en praktijkruimte hebben die goed toegankelijk is voor kinderwagens, rolstoelgebruikers of mensen die slecht ter been zijn	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

65. moet, als u belt voor een afspraak, er voor zorgen dat u snel (binnen 24 uur) op het spreekuur terecht kunt	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg wel/niet belangrijke aspecten)

De huisarts met wie u te maken heeft, ...	niet belang- rijk	eigenlijk wel belangrijk	belang- rijk	van het allergrootste belang
66. moet goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer	☐	☐	☐	☐

Kosten

67. moet altijd medicijnen voorschrijven die volledig door het ziekenfonds of uw verzekering worden vergoed	☐	☐	☐	☐
68. moet geen goedkope medicijnen voorschrijven als dure beter zouden werken	☐	☐	☐	☐

Accommodatie

69. moet een wachtkamer hebben die ruim genoeg is	☐	☐	☐	☐
70. moet een wachtkamer hebben met voldoende zitplaatsen	☐	☐	☐	☐
71. moet een wachtkamer hebben met speelgoed voor kinderen	☐	☐	☐	☐
72. moet een wachtkamer hebben die gezellig is ingericht	☐	☐	☐	☐
73. moet de praktijk zo hebben ingericht, dat u niet kunt horen wat er aan de balie en in de spreekkamer wordt besproken	☐	☐	☐	☐

2 In de vorige vraag zijn veel onderwerpen aan de orde gesteld die te maken hebben met de kwaliteit van de huisartsenzorg. Toch zijn wij misschien nog onderwerpen vergeten die juist voor u (als migrant) erg belangrijk zijn. Als dat zo is, kunt u deze onderwerpen dan noemen?

- 1
- 2
- 3

DEEL 3 ERVARINGEN EN KNELPUNTEN

Hiervoor, in deel 2, ging het om het belang van een aantal zaken die te maken hebben met de manier van werken van uw huisarts. Nu zijn wij vooral benieuwd naar uw **feitelijke ervaringen** met betrekking tot de huisarts waarbij u op dit moment als patiënt staat ingeschreven. De vragen zijn iets anders gesteld dan in het vorige deel van de vragenlijst.

Voorbeeld

	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja
De huisarts, bij wie u op dit moment als patiënt staat ingeschreven, ...				
staat u altijd vriendelijk te woord	☐	☒	☐	☐
<i>In dit voorbeeld heeft u het tweede vakje aangekruist. Dat betekent dat u er even over moet nadenken, maar dat u eigenlijk niet vindt dat uw huisarts u altijd vriendelijk te woord staat.</i>				

1

De huisarts, bij wie u op dit moment als patiënt staat ingeschreven, ...	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja
---	-----	-------------------	------------------	----

Bejegening

1. is altijd vriendelijk	☐	☐	☐	☐
2. luistert altijd goed naar u	☐	☐	☐	☐
3. neemt altijd voldoende tijd om met u te praten	☐	☐	☐	☐
4. neemt u altijd serieus	☐	☐	☐	☐
5. komt gemaakte afspraken altijd stipt na	☐	☐	☐	☐
6. laat merken dat hij/zij begrip heeft voor uw situatie	☐	☐	☐	☐
7. behandelt u met respect	☐	☐	☐	☐
8. gaat goed met kinderen om	☐	☐	☐	☐
9. laat u uitpraten als u iets aan het vertellen bent	☐	☐	☐	☐
10. discrimineert	☐	☐	☐	☐

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg 'ervaringen met de huisarts')

De huisarts, bij wie u op dit moment als patiënt staat ingeschreven, ...	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja
11. geeft u het gevoel dat u een 2e-rangs persoon bent	☐	☐	☐	☐
12. heeft vooroordelen omdat u buitenlander bent	☐	☐	☐	☐
13. geeft u net zoveel tijd en aandacht als aan zijn/haar Nederlandse patiënten	☐	☐	☐	☐
14. geeft u het gevoel dat u welkom bent	☐	☐	☐	☐
15. heeft er begrip voor dat u soms iemand anders meeneemt (bijvoorbeeld een kind) om voor u te tolken	☐	☐	☐	☐
16. is bang om u aan te raken	☐	☐	☐	☐
17. heeft er begrip voor dat u, door taalproblemen, soms moeilijk uw verhaal kunt vertellen	☐	☐	☐	☐
18. scheidt u gelijk af met recepten voor medicijnen	☐	☐	☐	☐
19. is bereid met u te praten over fouten of zaken die niet goed gelopen zijn	☐	☐	☐	☐
20. heeft aandacht voor al uw problemen	☐	☐	☐	☐
21. is altijd bereid met u over al uw problemen te praten	☐	☐	☐	☐
22. heeft er begrip voor dat u soms een arts in het buitenland (bijvoorbeeld Turkije, Marokko, Suriname of Curaçao) raadpleegt	☐	☐	☐	☐

Informatie

23. geeft altijd, in voor u begrijpelijke taal, uitleg over medicijnen die worden voorgeschreven	☐	☐	☐	☐
24. legt uit waarom één bepaald medicijn wordt voorgeschreven	☐	☐	☐	☐
25. vertelt wat mogelijke bijwerkingen zijn van medicijnen die worden voorgeschreven	☐	☐	☐	☐

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg 'ervaringen met de huisarts')

De huisarts, bij wie u op dit moment als patiënt staat ingeschreven, ...	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja
26. zegt wat u moet doen als u naast de voorgeschreven medicijnen ook andere medicijnen gebruikt	☐	☐	☐	☐
27. geeft uitleg over de resultaten van een onderzoek	☐	☐	☐	☐
28. geeft u duidelijke informatie over de organisatie van de praktijk (spreekuurtijden, spoednummer, weekendregelingen, etc.)	☐	☐	☐	☐
29. geeft u informatie over wat u moet doen als u een klacht wilt indienen	☐	☐	☐	☐
30. vertelt dat u voor bepaalde medicijnen soms moet bijbetalen	☐	☐	☐	☐
31. heeft voorlichtingsfolders in uw eigen taal	☐	☐	☐	☐

Autonomie

32. laat u altijd mee beslissen over de behandeling of hulp die u krijgt	☐	☐	☐	☐
33. schakelt, als u dat op prijs stelt, een tolk in	☐	☐	☐	☐
34. laat u een andere huisarts kiezen, als het niet 'klikt'	☐	☐	☐	☐
35. vertelt u wat uw rechten zijn als patiënt	☐	☐	☐	☐
36. laat u uw dossier met patiëntgegevens inzien, als u dat wilt	☐	☐	☐	☐
37. verwijst u, als u dat wilt, door naar een medisch specialist	☐	☐	☐	☐

Professionele deskundigheid

38. legt u altijd in begrijpelijke taal uit wat u mankeert	☐	☐	☐	☐
39. geeft, uit zichzelf, uitleg over het doel en de aard van de behandeling	☐	☐	☐	☐

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg 'ervaringen met de huisarts')

De huisarts, bij wie u op dit moment als patiënt staat ingeschreven, ...	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja
40. schrijft u altijd de juiste medicijnen voor	☐	☐	☐	☐
41. schrijft u, naar uw gevoel, onnodig medicijnen voor	☐	☐	☐	☐
42. vertaalt lichamelijke problemen onmiddellijk in psychische problemen	☐	☐	☐	☐
43. is goed op de hoogte van de situatie bij u thuis en op het werk/school	☐	☐	☐	☐
44. kent uw problemen goed	☐	☐	☐	☐
45. vraagt door naar uw omstandigheden	☐	☐	☐	☐
46. heeft belangstelling voor uw cultuur en achtergrond	☐	☐	☐	☐
47. beseft dat uw problemen soms anders zijn dan de problemen van Nederlandse patiënten	☐	☐	☐	☐
48. heeft aandacht voor het feit dat sommige klachten te maken hebben met psychische problemen (bijvoorbeeld heimwee)	☐	☐	☐	☐
49. heeft een goede kennis van medicijnen die in het buitenland (bijvoorbeeld Turkije, Marokko, Suriname of Curaçao) zijn voorgeschreven	☐	☐	☐	☐

Continuïteit van zorg

50. is altijd dezelfde persoon	☐	☐	☐	☐
51. zorgt dat er altijd een vervangende huisarts is, als hij/zij afwezig is	☐	☐	☐	☐
52. zorgt er voor dat u na een verwijzing altijd snel (binnen 2 weken) bij de specialist terecht kunt	☐	☐	☐	☐
53. zorgt voor een goede uitwisseling van informatie tussen huisarts en specialist	☐	☐	☐	☐

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg 'ervaringen met de huisarts')

De huisarts, bij wie u op dit moment als patiënt staat ingeschreven, ...	nee	eigenlijk niet	eigenlijk wel	ja
Toegankelijkheid				
54. beschikt over een telefonisch spreekuur	☐	☐	☐	☐
55. is telefonisch altijd goed bereikbaar	☐	☐	☐	☐
56. laat u langer dan 15 minuten in de wachtkamer wachten	☐	☐	☐	☐
57. is altijd onmiddellijk bereid een visite (huisbezoek) af te leggen, als u daarom vraagt	☐	☐	☐	☐
58. zorgt er voor dat u ook 's avonds of in het weekend snel een huisarts kunt raadplegen	☐	☐	☐	☐
59. zorgt, als daar aanleiding toe is, er voor dat u nog dezelfde dag op het spreekuur terecht kunt	☐	☐	☐	☐
60. biedt u, als daar aanleiding toe is, de mogelijkheid van een extra lang consult	☐	☐	☐	☐
61. biedt u (of uw vrouw) de gelegenheid een vrouwelijke huisarts te raadplegen	☐	☐	☐	☐
62. heeft een assistente, met wie u niet hoeft te onderhandelen als u de huisarts wilt raadplegen	☐	☐	☐	☐
63. heeft een assistente met dezelfde (etnische) afkomst als u	☐	☐	☐	☐
64. heeft een wacht-en praktijkruimte die goed toegankelijk is voor kinderwagens, rolstoelgebruikers of mensen die slecht ter been zijn	☐	☐	☐	☐
65. zorgt er voor, als u belt voor een afspraak, dat u snel (binnen 24 uur) op het spreekuur terecht kunt	☐	☐	☐	☐
66. is goed bereikbaar met het openbaar vervoer	☐	☐	☐	☐
Kosten				
67. schrijft altijd medicijnen voor die volledig door het ziekenfonds of uw verzekering worden vergoed	☐	☐	☐	☐
68. schrijft goedkope medicijnen voor als dure beter zouden werken	☐	☐	☐	☐

Deze vraag gaat op de volgende bladzijde verder →

(vervolg 'ervaringen met de huisarts')

De huisarts, bij wie u
op dit moment als patiënt staat ingeschreven, ...

nee eigenlijk
 niet eigenlijk
 wel ja

Accommodatie

69. heeft een wachtkamer die ruim genoeg is	☐	☐	☐	☐
70. heeft een wachtkamer met voldoende zitplaatsen	☐	☐	☐	☐
71. heeft een wachtkamer met speelgoed voor kinderen	☐	☐	☐	☐
72. heeft een wachtkamer die gezellig is ingericht	☐	☐	☐	☐
73. heeft de praktijk zo ingericht, dat u niet kunt horen wat er aan de balie en in de spreekkamer wordt besproken	☐	☐	☐	☐

2 Misschien ervaart u (ook) andere, nog niet genoemde knelpunten in uw contacten met de huisarts of de huisartspraktijk. Als dat zo is, wat voor knelpunten ervaart u dan?

- 1
.....
- 2
.....
- 3
.....

DEEL 4 AFSLUITENDE VRAGEN

In dit laatste deel van de vragenlijst staan een aantal vragen die betrekking hebben op de vorm en inhoud van de vragenlijst.

(**tijdstip noteren** in uren en minuten. Het is nu uur)

- 1** De vragen 1a t/m 1d gaan over de antwoordcategorieën die zijn gebruikt bij de vragen naar het belang van kwaliteitsaspecten en uw ervaringen met de huisarts

- A Als de antwoordcategorie 'niet belangrijk' gelijk wordt gesteld aan '0' en de categorie 'van het allergrootste belang' gelijk is aan '10', waarop onderstaande lijn zoudt u dan de categorie 'eigenlijk wel belangrijk' plaatsen? Wilt U een kruisje zetten op de plaats waar, naar uw mening 'eigenlijk wel belangrijk' ligt.



- B Als de antwoordcategorie 'niet belangrijk' gelijk is aan '0' en de categorie 'van het allergrootste belang' gelijk is aan '10', waar op onderstaande lijn zoudt u dan de categorie 'belangrijk' plaatsen? Wilt u een kruisje zetten op de plaats waar, naar uw mening, 'belangrijk' ligt.



- C Als de antwoordcategorie 'nee' gelijk wordt gesteld aan '0' en de categorie 'ja' gelijk is aan '10', waar op onderstaande lijn zoudt u dan de categorie 'eigenlijk niet' plaatsen? Wilt u een kruisje zetten op de plaats waar, naar uw mening, 'eigenlijk niet' ligt.



- D Als de antwoordcategorie 'nee' gelijk is aan '0' en de categorie 'ja' gelijk is aan '10', waar op onderstaande lijn zoudt u dan de categorie 'eigenlijk wel' plaatsen? Wilt u een kruisje zetten op de plaats waar, naar uw mening, 'eigenlijk wel' ligt.



2 Wat vond u van de lengte van de vragenlijst? (een vakje aankruisen)

- ☐ veel te lang
 - ☐ iets te lang
 - ☐ precies goed
 - ☐ eigenlijk nog te kort
-

3 Wat vond u, in het algemeen, van het taalgebruik in de vragenlijst? (een vakje aankruisen)

- ☐ makkelijk
- ☐ gewoon / neutraal
- ☐ moeilijk

(Indien 'moeilijk' is aangekruist) Kunt u uitleggen wat u moeilijk vond aan het taalgebruik?
(omschrijven)

.....
.....
.....

4 In deel 2 van de vragenlijst hebben wij uw oordeel gevraagd over het belang van een aantal zaken die te maken hebben met het werken van de huisarts. Vond u het bij deze vragen in deel 2 makkelijk of juist moeilijk een keuze te maken tussen de antwoordcategorieën 'niet belangrijk', 'eigenlijk wel belangrijk', 'belangrijk' en 'van het allergrootste belang'? (een vakje aankruisen)

- ☐ makkelijk
- ☐ gewoon / neutraal
- ☐ moeilijk

(Indien 'moeilijk' is aangekruist) Kunt u uitleggen waarom u het moeilijk vond keuzes te maken?
(omschrijven)

.....
.....
.....

5 In deel 3 van de vragenlijst hebben wij gevraagd naar uw feitelijke ervaringen met uw huisarts. Vond u het bij de vragen in deel 3 makkelijk of juist moeilijk een keuze te maken tussen de antwoordcategorieën 'ja', 'eigenlijk wel', 'eigenlijk niet' en 'nee'? (een vakje aankruisen)

- ☐ makkelijk
- ☐ gewoon / neutraal
- ☐ moeilijk

(Indien 'moeilijk' is aangekruist) Kunt u uitleggen waarom u het moeilijk vond keuzes te maken?
(omschrijven)

.....
.....
.....

6 Zijn er zaken die u bij het invullen van de vragenlijst hebt gemist? (omschrijven)

- 1
- 2
- 3

7 Heeft u nog andere opmerkingen over de vragenlijst? (omschrijven)

- 1
- 2
- 3

8 Een belangrijk doel van dit vraaggesprek is uw mening te horen over de vragenlijst. Het kan zijn dat wij hierover, op een later tijdstip, graag nog eens met u willen praten. Wij zouden het daarom bijzonder op prijs stellen als wij kunnen beschikken over uw naam, adres en telefoonnummer.

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

U bent hiermee tot het einde van de vragenlijst gekomen.

Hartelijk dank voor uw medewerking

BIJLAGE 3

Evaluatie vragenlijst

Tabel 1: Mening respondenten over de gebruikte vragenlijst

	T (n=35)	M (n=36)	S (n=33)	A (n=47)	Totaal (n=151)
Lengte vragenlijst					
- veel te lang	34	50	18	30	33
- iets te lang	34	22	42	47	37
- precies goed	31	25	36	23	29
- te kort	-	3	3	-	1
Taalgebruik					
- makkelijk	28	31	30	30	30
- gewoon/neutraal	49	64	70	62	61
- moeilijk	23	5	-	8	9
Keuze antwoordmogelijkheden deel2					
- makkelijk	37	22	18	23	25
- gewoon/neutraal	63	69	58	60	62
- moeilijk	-	8	24	17	13
Keuze antwoordmogelijkheden deel3					
- makkelijk	37	28	19	32	29
- gewoon/neutraal	60	67	66	57	62
- moeilijk	3	6	15	11	9

Tabel 2: Mening interviewers over verloop van de interviews

	T (n=35)	M (n=36)	S (n=33)	A (n=47)	Totaal (n=151)
Relatie t.o.v. ondervraagde					
- familielid	29	22	46	13	26
- goede kennis	17	28	21	53	32
- vage kennis	26	25	15	26	23
- onbekende	29	25	18	9	19
Verloop gesprek					
- prettig	80	56	50	34	53
- gewoon/neutraal	20	44	44	64	45
- onprettig	-	-	6	2	2
Interesse respondent					
- wel interesse	71	83	72	60	70
- gewoon/neutraal	29	17	25	40	29
- geen interesse	-	-	3	-	1
Hulp gegeven bij invullen vragenlijst					
- nee	54	77	34	76	62
- bij enkele vraag	17	14	13	20	16
- flink deel vragen	3	3	3	-	2
- (bijna) alle vragen	26	6	50	4	20

