

De multiculturele huisartspraktijk

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 6

postbus 1568

3500 bn utrecht

T 030 2 729 614/615

F 030 2 729 729

De multiculturele huisartspraktijk

Els van Thiel

FORUM, Utrecht 1999



Trefwoorden: gezondheidszorg, huisartsen, allochtonen

Projectleider: Hans Bellaart (FORUM)

Tekst: Els van Thiel

Redactie: Marga Weide (NIVEL), Hans Bellaart en Rion Verberne (FORUM)

Fotografie: Bert Spiertz, Rinie Bleeker, Joop Reyngoud

Foto omslag: Joop Reyngoud

Ontwerp omslag en opmaak: Slothouwer Produkties, Amsterdam

Druk: Salland de Lange, Deventer

FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling

Postbus 201

3500 AE Utrecht

Telefoon (030) 297 43 21

Fax (030) 296 00 50

Website: <http://www.forum.imo.nl>

ISBN: 90 5714 064 0

Bestelnummer 997.3170

©1999, FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag verveelvuldigd worden en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door middel van druk, fotokopie, opname of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en auteur.

Voorwoord

Deze publicatie is voor een groot deel gebaseerd op de conferentie 'De Multiculturele Huisartspraktijk', die plaatsvond op 10 juni 1999 te Utrecht. De conferentie en deze publicatie zijn tot stand gekomen in een samenwerkingsproject van FORUM en NIVEL. Dit project werd mede mogelijk gemaakt door een bijdrage van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling, is een landelijk expertisecentrum op het gebied van multiculturele ontwikkeling. *FORUM* zet zich in voor een maatschappij waarin mensen uit verschillende bevolkingsgroepen als volwaardige burgers samenleven. Goede integratie van allochtonen verdient hierbij alle aandacht. *FORUM* heeft een uitgebreid aanbod van producten en methodieken.

Het *NIVEL*, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, is een nationaal onderzoeksinstituut en kenniscentrum op het gebied van de gezondheidszorg. Het meeste onderzoek is beleidsgericht, toegepast, en praktisch bruikbaar. Sinds 1965 verricht het *NIVEL* (toen nog het Nederlands Huisartsen Instituut) onderzoek in en rond de huisartspraktijk.

De volgende personen hebben een bijgedrage geleverd aan deze publicatie:

Dhr. J.J.M. Avezaat, huisarts

Mw. Ö. Beyhan, trainster interculturalisatie NIGZ

Mw. E. Feller, adviseur opleiding en training NIGZ

Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts

Mw. P.M.F. van Mechelen, beleidsmedewerker *FORUM*

Mw. P. Özkan, migrantenvoorlichtster

Dhr. T. Papilaja, beleidsmedewerker *FORUM*

Mw. C. Peters, huisarts

Mw. E. van Thiel, free-lance journalist

Mw. R. Verberne, fondsredacteur *FORUM*

Mw. M.G. Weide, onderzoeker *NIVEL*

Ik dank allen hartelijk voor hun medewerking.

Hans Bellaart

Beleidsmedewerker *FORUM*

Utrecht, september 1999

Inhoud

Inleiding 7

Hoofdstuk 1

Allochtone patiënten in de huisartspraktijk 9

Hoofdstuk 2

Communiceren over de grenzen heen 13

Hoofdstuk 3

Dialogo tussen huisarts en allochtone patiënt 23

Hoofdstuk 4

De allochtone zorgconsulent:
een intermediair tussen huisarts en patiënt 32

Hoofdstuk 5

Psychosociale problematiek 42

Hoofdstuk 6

Ziektebeleving 53

Tot slot 62

Noten 64

Literatuur 65

Adressen 69

Inleiding

Het groeiend aantal patiënten van allochtone afkomst noopt professionele zorgverleners tot bezinning op hun werk. Deze relatief nieuwe doelgroep heeft immers evenveel recht op 'zorg op maat' als autochtone patiënten.

Op 10 juni 1999 vond de landelijke conferentie 'De multiculturele huisartspraktijk' plaats in de Domus Medica in Utrecht. De conferentie werd georganiseerd door het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg en Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling. Huisartsen uit alle delen van het land wisselden ervaringen uit in verschillende workshops. Op deze conferentie bleek eens te meer dat er vele mogelijkheden zijn om de zorg voor allochtone patiënten te verbeteren. Dit was voor Forum een belangrijke impuls om dit boek samen te stellen. U treft in deze publicatie naast praktische oplossingen voor problemen die zich kunnen voordoen bij de zorgverlening aan allochtone patiënten, ook enige theorie aan om uw gedachten te scherpen. Dit alles in beknopte vorm. Met relevante casuïstiek wordt steeds de verbinding gelegd naar de dagelijkse praktijk.

De inhoud van dit boek is grotendeels gebaseerd op wat tijdens de conferentie aan bod kwam, aangevuld met materiaal uit andere bronnen. 'De multiculturele huisartspraktijk' biedt een handreiking aan huisartsen die hun zorgverlening beter willen afstemmen op de specifieke behoeften van allochtone patiënten. Het geeft ook de mogelijkheid om de eigen aanpak te toetsen aan recente inzichten. De lezer zal merken dat juist de huisarts een zeer belangrijke rol kan spelen bij het verbeteren van de zorgverlening aan allochtone patiënten.

Vaak wordt gezegd dat allochtone patiënten zoveel meer tijd kosten. Maar neemt de huisarts ook daadwerkelijk meer tijd voor hen? De huisarts is een belangrijke vertrouwenspersoon; er wordt van hem of haar ruggensteun verwacht bij een veelheid aan problemen. In het eerste hoofdstuk wordt dit benadrukt. Een schets van de multiculturele huisartspraktijk vormt de brug naar het volgende hoofdstuk, dat over interculturele communicatie gaat. Een goede communicatie tussen de huisarts en zijn patiënten is immers de kurk waarop de huisartspraktijk drijft. Voor een effectieve interculturele communicatie is een zekere mate van aanpassing aan elkaar onontbeerlijk. Deskundigheidsbevordering op dit gebied is geen overbodige luxe. Tijdens de conferentie lieten mevrouw Feller en Beyhan van het NIGZ zien op welke manier huisartsen hun vaardigheden in de interculturele communicatie kunnen trainen. Dit hoofdstuk wordt gecompleteerd door een

twintigtal aandachtspunten voor interculturele communicatie.

In hoofdstuk drie treft u de bevindingen aan van een 'dialog' tussen huisartsen en groepen allochtone patiënten in Den Haag. Huisarts Avezaat maakt collega's deelgenoot van de wijze waarop hij de kloof tussen de huisarts en zijn allochtone patiënten tracht te overbruggen. De tijd nemen en goede uitleg geven, zijn sleutelbegrippen in zijn praktijk.

In hoofdstuk vier wordt het fenomeen van de allochtone zorgconsulent belicht. Een nieuwkomer in de huisartspraktijk. Zij, en in een enkel geval hij, is een verbindende factor om communicatieproblemen en cultuurverschillen te overbruggen. Deze intermediairs kunnen een goede brugfunctie vervullen tussen de huisarts en de allochtone patiënt. Huisarts mevrouw Peters en migrantenvoorlichtster Özkan gaven tijdens de conferentie voorbeelden uit hun praktijk in Gezondheidscentrum Afrikaanderwijk te Rotterdam.

Psychosociale problematiek is het onderwerp van hoofdstuk vijf. Huisarts mevrouw Lutjenhuis ontwikkelde een handleiding om binnen een beperkt tijdsbestek achterliggende problematiek bij allochtone patiënten op te sporen.

De cultuur heeft invloed op de manier waarop mensen hun ziekte beleven. In hoofdstuk zes wordt bekeken welke aspecten relevant zijn voor de diagnostiek en behandeling én hoe de huisarts hier rekening mee kan houden.

Hoofdstuk 1

Allochtone patiënten in de huisartspraktijk

Als mensen moeten kiezen uit een aantal belangrijke zaken in het leven, zoals geld, werk en veiligheid, dan scoort gezondheid onveranderlijk het hoogst. Daarom is de huisarts voor iedereen – welke achtergrond men ook heeft – zo belangrijk.

Voor allochtonen die in een achterstandspositie verkeren en deels nog sterk georiënteerd zijn op het land van herkomst, met name Turken en Marokkanen, vervult de huisarts een nóg belangrijker rol.

Deze mensen kennen het labyrint van het Nederlandse zorgstelsel vaak niet goed; ze kloppen aan met vragen van zeer uiteenlopende aard. Dat is logisch, want de huisartsenzorg is in tegenstelling tot andere zorgvoorzieningen zeer toegankelijk. De huisarts is voor deze patiënten niet alleen de poortwachter naar de gezondheidszorg, maar ook naar tal van andere voorzieningen. Hij zet hen niet alleen op het spoor van bijvoorbeeld de jeugdhulpverlening, het maatschappelijk werk en de opvoedwinkel, maar hij fungeert ook vaak als intermediair bij contacten met verzekeringsdeskundigen, gemeentelijke huisvesting, sociale diensten, scholen en andere maatschappelijke organisaties. Kortom: allochtone patiënten verwachten veel van hun huisarts; hij is een belangrijke vertrouwenspersoon in een meestal beperkt sociaal netwerk.

9

Slechtere gezondheid

In de grotere steden heeft inmiddels een aanzienlijk deel van de patiënten in de huisartspraktijk een niet-Nederlandse achtergrond. De gezondheid van deze patiënten is in het algemeen slechter dan die van autochtonen. Omvangrijke onderzoeken tonen aan dat de gezondheid van vooral Turken en Marokkanen zorgen baart. Relatief veel klachten betreffen maag- en darmstoornissen, rugklachten, luchtwegaandoeningen, huidziekten en migraine. Beide groepen hebben vaak chronische aandoeningen, gebruiken relatief veel medicijnen op recept, bezoeken de tandarts te weinig en gaan vaak naar de specialist ¹.

In vergelijking met autochtonen in dezelfde achterstandswijken zijn de sociale omstandigheden van allochtonen nog slechter; veel allochtone gezinnen leven in matige woonomstandigheden en kampen met werkloosheid en schulden.

De armoede wordt mede veroorzaakt doordat veel families zich verplicht voelen hun familieleden in het land van herkomst financieel te steunen. Analfabetisme, gebrekkige kennis van de Nederlandse taal en het gevoel niet welkom te zijn in de Nederlandse samenleving, vergroten de kans op isolement. Door stijgende financiële drempels in de gezondheidszorg en steeds hoger wordende eigen bijdragen (voor thuiszorg, fysiotherapie, de tandarts, medicijnen etc.) wordt de kwaliteit van zorg voor deze groep mensen verder aangetast. Deze omstandigheden zijn uiteraard allemaal van invloed op de gezondheid. Bij degenen voor wie de problemen zich opstapelen, ontstaat al snel een kluwen van medische, sociale en psychische problematiek, waaruit een huisarts moeilijk het losse eindje te pakken krijgt.

De ene patiënt is de andere niet. Toch hanteren huisartsen bij het inschatten van de zorgbehoefte van patiënten bewust of onbewust een bepaalde norm. Een richtsnoer dat goeddeels gebaseerd is op ervaringen met Nederlandse patiënten. Daarom is het goed die norm van tijd tot tijd eens onder de loep te nemen, stil te staan bij de misschien afwijkende verwachtingen van allochtone patiënten en na te gaan welke 'andere' ervaringen met ziekte ze kunnen hebben.

Allochtonen bezoeken de huisarts vaker dan autochtonen ². Marokkanen en Turken komen vaak met dezelfde soort klachten bij de huisarts terug. De communicatie met de huisarts vormt een groot probleem. Bij bijna éénderde van de consulten van Marokkaanse en Turkse patiënten blijkt er geen wederzijds begrip te zijn ³. Vooral als er vage klachten zijn, of als het gaat om klachten die worden veroorzaakt door psychische problemen, ontstaan er gemakkelijk misverstanden.



Foto: Bert Spiertz

Veel van de klachten van Marokkanen en Turken zijn psychosomatisch van aard, maar zij benoemen deze psychische problemen minder vaak rechtstreeks. Als de arts al herkent dat er sprake is van een achterliggende psychische oorzaak, dan nog kunnen er misverstanden ontstaan, doordat er te weinig tijd wordt genomen om de patiënt duidelijk te maken wat de relatie is tussen de psychische problemen en de lichamelijke klachten. Als praten moeilijk gaat, dan heeft de huisarts de neiging zich in eerste instantie toch maar toe te leggen op de lichamelijke klachten. Daarmee versterkt hij vaak ongewild de nadruk op de lichamelijke klachten ⁴. Ook neemt de arts vaak niet genoeg tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Hierdoor voelt de allochtone patiënt zich al snel niet serieus genomen ⁵.

Kwaliteit

Huisartsen klagen terecht over de enorme werklust in achterstandswijken. Vaak wordt gezegd dat allochtonen zoveel meer tijd kosten ⁶. Maar neemt de huisarts ook daadwerkelijk meer tijd voor hen? Uit onderzoek blijkt dat de consulten van Marokkanen en Turken significant korter duren dan die van Nederlanders en Surinamers, dat zij minder vaak worden voorgelicht en dat zij vaker een recept mee krijgen ⁷. Dat is toch wel verrassend.

Een groot deel van de allochtone patiënten zegt het idee te hebben dat de arts weinig kennis van hun achtergrond heeft en dat hij weinig belangstelling toont. Hiermee zijn de twee zijden van de medaille geschetst. Aan de ene kant verdienen huisartsen extra ondersteuning, aan de andere kant moeten zij zelf ook willen werken aan het verbeteren van de kwaliteit van hun aanbod. Niet in de laatste plaats omdat het meer plezier in het werk zal opleveren.

Minister Borst heeft met het beleid voor achterstandsgebieden de inkomenspositie van huisartsen in deze wijken enigszins verbeterd. De overheid geeft extra ondersteuning; deze middelen zouden via de Districts Huisartsenverenigingen in de toekomst vaker kunnen worden ingezet voor de interculturalisatie van huisartspraktijken. Binnen het grotestedenbeleid zouden gemeenten veel meer aandacht moeten besteden aan de huisartsenpraktijk. Ook zorgverzekeraars kunnen een belangrijke bijdrage leveren.

Samenwerking

FORUM zou graag zien dat er veel meer aandacht aan de multiculturele ontwikkeling van de huisartspraktijk wordt besteed. Er zijn goede voorbeelden, maar het zijn er te weinig, en op te veel plaatsen wordt het wiel steeds opnieuw uitgevonden. Een goed voorbeeld van een intensieve en integrale aanpak van de problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg is de oprichting van de Stichting Ondersteuning maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg (STIOM) in

Den Haag. De partijen die rechtstreeks betrokken zijn bij de eerstelijnszorg hebben gezamenlijk deze stichting opgericht en een projectleider aangesteld. Vanuit de STIOM worden allerlei interessante projecten gestart om knelpunten in de gezondheidszorg weg te nemen. Er zijn migrantenvoorlichters aangesteld, er is overleg over illegalen, er wordt gewerkt aan voorlichtingsmateriaal om thuis goed te kunnen 'dokteren' en er is een dialoog tussen huisartsen en vertrouwenspersonen uit allochtone kring. Ook is er intensievere samenwerking met de RIAGG en het Algemeen Maatschappelijk Werk tot stand gekomen. Hierdoor komt de huisartspraktijk minder alleen te staan en wordt er een sociale infrastructuur geboden die goed is toegesneden op de behoeften van de allochtone doelgroep.

Allochtone intermediairs kunnen een goede brugfunctie vervullen tussen patiënt en huisarts. Vooral als er niet alleen voorlichting wordt gegeven aan de allochtone patiënt, maar als ook de huisarts openstaat voor informatie van de allochtone intermediair. Migrantenvoorlichters kunnen deze rol vervullen als zij een volwaardige positie krijgen in de eerstelijnsgezondheidszorg. FORUM werkt op dit moment aan het versterken van deze functie en noemt deze intermediairs bij voorkeur 'zorgconsulenten'. In hoofdstuk vier wordt uitvoerig ingegaan op de rol van de allochtone zorgconsulent in de huisartspraktijk.

Utopie

Een praktijk is pas echt multicultureel als alle patiënten – autochtoon en allochtoon – zich er thuis voelen. Als alle patiënten er met respect worden behandeld en er rekening wordt gehouden met hun etnisch-culturele achtergrond; als patiënten ervaren dat de huisarts hen begrijpt en zich kan inleven in hun situatie. Waar de communicatie met de patiënt moeilijkheden zou kunnen opleveren, worden tolkensprekuren gehouden of gebruikt men de tolkentelefoon. De multiculturele huisartspraktijk is voor iedereen herkenbaar in de aankleding, maar ook in het personeel. De receptionistes, assistenten en huisartsen zijn een afspiegeling van de multi-etnische bevolking in de omgeving. Er zijn allochtone zorgconsulenten die zorg dragen voor voorlichting en verbetering van de communicatie tussen huisarts en patiënt. Ook wordt er door middel van voorlichting gewerkt aan het vergroten van de verantwoordelijkheid van patiënten voor hun eigen gezondheid. Zodat ze zelf beter letten op hun gezondheid, maar ook beter met hun gezondheidsproblemen kunnen omgaan. De medewerkers met verschillende etnische achtergronden werken goed samen en staan open voor elkaars mening, ongeacht de functie die ze bekleden. Zij maken gebruik van elkaars kwaliteiten en van de meerwaarde van de diversiteit, en er is voldoende aandacht voor bijscholing op multicultureel gebied.

Dit klinkt als een utopie, maar met een beetje goede wil is het niet alleen realiseerbaar; het is bovendien noodzakelijk in wijken met een multi-etnische bevolkingssamenstelling.

Hoofdstuk 2

Communiceren over de grenzen heen

Dit hoofdstuk gaat over communicatie tussen mensen met verschillende culturele en etnische achtergronden. Het goede verloop van interculturele communicatie is afhankelijk van de mate van aanpassing aan elkaar. Het vereist een houding die geschikt én effectief is voor de beide culturele identiteiten. Soms lijkt het alsof een interculturele zorgverlener behalve over vakmanschap ook nog moet beschikken over de kwaliteiten van een psycholoog, antropoloog en communicatiedeskundige. Dat valt wel mee, zo bleek uit de ervaringen in de workshop 'Interculturele communicatie voor huisartsen' op de conferentie. Met belangstelling voor de achtergrond van allochtone patiënten, enige zelfkennis, goede wil en een onbevooroordeelde houding kan men een aardig eind komen.

Hoe iemand zich gedraagt (reageert, communiceert, keuzen maakt), heeft deels te maken met de cultuur waarin hij is opgegroeid. In de 'Nederlandse cultuur' zijn zelfstandigheid en individualiteit belangrijke waarden. Nederlanders reageren in het algemeen nogal direct. Zelfs op een steenworp afstand, in België, wil men nog wel eens opkijken van dit 'typisch Hollands' gedrag. De voorbeelden liggen voor het oprapen!

Bejaarde ouders worden in Nederland gewoonlijk niet door hun kinderen verzorgd; als ze niet meer op zichzelf kunnen wonen, gaan ze naar een aanleunwoning, een verzorgings- of verpleeghuis. We vinden dat heel gewoon; in veel andere culturen is dit helemaal niet zo normaal. Daar vindt men dat kinderen zich moeten bekommeren om hun bejaarde ouders en als ze dat niet doen, onttrekken ze zich aan hun verplichtingen.

'Ander gedrag' wordt vaak geduid als 'cultureel bepaald' gedrag. Cultuur speelt wel een rol, maar lang niet altijd de hoofdrol.

In de praktijk van huisarts Harry Willems⁸:

'Een afspraak maken! Een afspraak maken! Niet zomaar komen aanlopen en hier door het luik staan te gillen tegen m'n assistente. Een beetje structuur, een beetje discipline moeten we hier wel hebben, anders wordt het net een markt. Oké?'

Cultuurscheppend individu

Als het gaat om interculturele communicatie, dan doemt er meteen een dilemma op: enerzijds is kennis van andere culturen onontbeerlijk voor een huisarts, anderzijds moet die kennis altijd flexibel worden toegepast én in het juiste perspectief worden geplaatst. Er moet niet alleen rekening worden gehouden met de oorspronkelijke allochtone cultuur, maar ook met de persoonlijke visie hierop van de patiënt. Een visie die ingekleurd wordt door zijn groepscultuur, maar ook door de Nederlandse cultuur én door persoonlijke ervaringen.

Enerzijds draagt kennis van verschillende culturen bij aan een effectieve communicatie, anderzijds is het onmogelijk om te spreken over 'de allochtone patiënt'. Net zo onmogelijk als het geven van richtlijnen voor de omgang met Turkse, Marokkaanse, Somalische of Antilliaanse patiënten.

Prof. W.A. Shadid, antropoloog en bijzonder hoogleraar interculturele communicatie aan de Katholieke Universiteit Brabant, waarschuwt voor wat hij noemt 'het reduceren van allochtonen tot karikaturen van hun oorspronkelijke cultuur'⁹. Shadid vindt dat een huisarts zijn patiënt moet beschouwen als een cultuurscheppend individu met een eigen ervaring en een eigen persoonlijkheid. 'Zo zou bij een persoon met een islamitische achtergrond niet automatisch moeten worden aangenomen dat deze de ziekte anders beleeft en de pijnen op een andere manier aangeeft, en evenmin dat deze als een robot door zijn oorspronkelijke cultuur wordt bestuurd. Zulke onjuiste generalisaties hebben een averechtse uitwerking op de doelmatigheid van de hulpverlening. De relatie tussen de oorspronkelijke cultuur en het feitelijke gedrag van migranten in hulpverleningssituaties is mijns inziens *probabilistisch* en niet *deterministisch* van aard. Met andere woorden: de opgedane kennis over migranten en hun cultuur dient flexibel te worden toegepast, met name als achtergrond voor het begrijpen van de uitzonderlijke gevallen.'

Kortom: een overmatige nadruk op de allochtone cultuur als belangrijkste oorzaak voor miscommunicatie tussen huisartsen en hun allochtone cliënten, draagt het gevaar in zich dat andere problemen en niet-culturele factoren over het hoofd worden gezien. Shadid verwoordt het zo: 'De kans is niet denkbeeldig dat 'cultuur' wordt gehanteerd als allesomvattende verklaring en daarmee wordt gereduceerd tot een nietszeggend label'.

Om die valkuil te vermijden, is het volgens Shadid belangrijk om cultuur niet te statisch te benaderen en rekening te houden met de sociaal-economische heterogeniteit en/of met de invloed van persoonlijke ervaringen.

Een huisarts tijdens de conferentie:

'Toen ik nog maar net afgestudeerd was, ging ik waarnemen in een praktijk met veel allochtone patiënten. En ik meende dat ik me daarop heel goed voorbereid had door het een en ander te lezen over de Turkse en

Marokkaanse cultuur. Zo wist ik van het onderscheid tussen de 'mannenwereld' en de 'vrouwenwereld' bij Marokkanen. Op grond daarvan richtte ik me tijdens een gesprek met een modern Marokkaans echtpaar bijna uitsluitend tot de man. Dat was vragen om moeilijkheden!

Cultuurverschillen

Om het communicatieproces over de grenzen van culturen heen wat inzichtelijker te maken, en om meer greep te krijgen op de verwarrende veelheid van factoren, hebben zowel wetenschappers als zorgverleners tal van visies ontwikkeld. Die hebben vervolgens gestalte gekregen in allerlei interculturele communicatiemodellen. Of er ook werkelijk vooruitgang is geboekt, of die modellen daadwerkelijk hebben bijgedragen aan meer onderling begrip en een vlottere communicatie, daaraan wordt door deskundigen in verschillende toonaarden getwijfeld.

Wees alert op stereotypering en plak niet op alle gedrag van allochtone patiënten meteen het etiket 'cultureel bepaald'. Met deze waarschuwing op het hart gebonden, is het interessant om enkele cultuurkarakteristieken onder de loep te nemen. Geert Hofstede, die veel onderzoek heeft gedaan op dit gebied, maakt aan de hand van vier aspecten cultuurverschillen inzichtelijk ¹⁰:

- machtsafstand;
- individu versus groepsgericht;
- masculien/feminien;
- onzekerheidsvermijding.

Hieronder worden deze aspecten toegelicht.

Machtsafstand

Onder 'machtsafstand' wordt verstaan: de mate waarin mensen elkaar als gelijken beschouwen. In landen met een grote machtsafstand wordt ongelijkheid tussen mensen zowel verwacht als gewenst. Ouders leren kinderen gehoorzaamheid; docenten zijn autoriteiten, die van leerlingen respect verwachten en ondergeschikten rekenen erop dat hun wordt verteld wat ze moeten doen. In communicatieve zin komt dit tot uitdrukking in duidelijke en strak omschreven gedragsregels, bijvoorbeeld over hoe een jongere zich tot een oudere richt en wat wel en niet gezegd kan worden. Er wordt niet snel getutoeerd. In de Turkse en Marokkaanse cultuur, landen met een grote machtsafstand, is het minder gebruikelijk dat een ondergeschikte het openlijk oneens is met zijn leidinggevende, of dat kinderen openlijk rebelleren tegen een ouder of leerkracht. In landen met een kleine machtsafstand, zoals Nederland, worden machtsverschillen, ook in de spreekkamer, zo veel mogelijk genivelleerd; er wordt veel belang gehecht aan overleg en aan het geven van een eigen mening.

Huisartsen op de conferentie:

‘Wat ik moeilijk vind, is dat sommige allochtone patiënten zich zo passief opstellen. Ik kan als huisarts moeilijk uit de voeten met die afhankelijkheid, die vaak een echte oplossing in de weg staat. Toon nu zelf eens verantwoordelijkheid, denk ik dan. Ja, dit vind ik wel het grootste probleem.’

‘Afhankelijkheid? Passiviteit? Dat valt wel mee. Ik vind het soms wel prettig en ik maak er ook wel gebruik van. Jazeker, als het in het belang van de patiënt is, laat ik mijn autoriteit gelden. Eerlijk gezegd heb ik het liever dan zo’n moderne, mondige patiënt die voordat hij bij mij komt het hele internet al afgestruind heeft, twee avonden lang medische boeken heeft doorgenomen en alles beter weet.’

Individu- versus groepsgericht

In ‘collectivistische’ landen worden mensen gezien als onderdeel van uitgebreide families of andere ‘wij’-groepen, die hen beschermen in ruil voor loyaliteit. Identiteit wordt voornamelijk ontleend aan het sociale netwerk; er wordt veel gedaan om de harmonie te handhaven. Voor de communicatie betekent dit dat openlijk en direct communiceren over meningsverschillen zo veel mogelijk wordt vermeden.

In ‘individualistische’ landen worden mensen als individuen beschouwd, die opgroeien om voor zichzelf en eventueel voor een (kern)gezin te zorgen. Identiteit ontleent de persoon grotendeels aan zichzelf.

In Nederland legt een patiënt een vrij individueel traject af langs verschillende zorgverleners. In veel landen van herkomst van allochtone patiënten is ziekte meer een zaak van het collectief: de hele familie wordt erbij betrokken. Indien een huisarts hulp biedt, wordt met hem een speciale vertrouwensband opgebouwd. Het consulteren van steeds andere experts past niet in dit patroon.

Masculien/feminien

In een ‘masculien’ land zijn materieel succes en vooruitgang dominante waarden in de samenleving. Mannen worden geacht assertief, ambitieus en hard te zijn; vrouwen daarentegen zacht en gericht op intermenselijke verhoudingen. Meisjes mogen huilen, jongens niet.

In een ‘feminien’ land liggen de dominante waarden in de samenleving bij zorg voor anderen en voor de omgeving. Zowel mannen als vrouwen mogen zacht zijn en aandacht hebben voor intermenselijke verhoudingen. Conflicten worden opgelost door onderhandelingen en compromissen.

Nederland scoort hoog als het gaat om femininiteit, hoger dan bijvoorbeeld België, Duitsland, Turkije en Groot-Brittannië.

Onzekerheidsvermijding

In landen met een sterke ‘onzekerheidsvermijding’ bestaat er een fijnmazig net

van duidelijke regels voor de onderlinge omgang. Die regels leiden de omgang tussen mannen en vrouwen in goede banen, tussen kinderen en volwassenen en tussen ondergeschikten en leidinggevend. Afwijkende gedragingen worden niet op prijs gesteld. De communicatie wordt in sterke mate gereguleerd door regels, en overtredingen worden gezien als gebrek aan respect en beschaving. In landen met een zwakke onzekerheidsvermijding ziet men onzekerheid als een normaal onderdeel van het bestaan. Er bestaan niet meer regels dan nodig is. In gesprekken zijn mensen vrij om ideeën uit te wisselen, zonder dat zij gebonden zijn aan veel gedragscodes. Iedereen mag over alles meepraten; dat wordt zelfs gestimuleerd.

Tot zover de 'cultuurkarakteristieken' van Geert Hofstede. Deze theorie is een van de meest geciteerde in zowel Nederlandse als Engelstalige publicaties op het terrein van interculturele communicatie. Hofstede geeft duidelijk aan dat het gaat om de mate waarin *landen* van elkaar kunnen verschillen in culturele waarden. Hij waarschuwt dat uitspraken over culturen geen uitspraken over individuen zijn.

Drie belangrijke struikelblokken bij interculturele communicatie:

- verschil in kennis van de voertaal;
- interpretatieverschillen;
- verschillen in gedragspatronen, codes en conventies.



Foto: Rini Bleeker

Taalproblemen

Het maakt een groot verschil of een taal ‘met de paplepel is ingegoten’ of aangeleerd. Iemand die zijn moedertaal spreekt, beschikt over veel synoniemen en snapt woordgrapjes sneller. Meestal is de tweede, aangeleerde taal minder ontwikkeld dan de moedertaal. Wie minder synoniemen kent, kan zich moeilijker genuanceerd uitdrukken. Zelfs iemand die zich voortreffelijk kan redden in een tweede taal, grijpt bij heftige emoties vaak terug op de eerste taal. En het is niet voor niets dat teksten die in een tweede of vreemde taal worden geschreven, vaak door een ‘native speaker’ gecorrigeerd moeten worden om de juiste betekenis van de woorden te garanderen.

Communicatie vindt plaats zowel op inhoudelijk als op betrekkningsniveau. Bij het eerstgenoemde niveau gaat het om de letterlijke betekenis van de boodschap. Het betrekkningsniveau heeft daarentegen te maken met de manier waarop de boodschap zou moeten worden opgevat: hoe ziet de ene gesprekspartner de relatie met de andere? En wat heeft de zender duidelijk willen maken aan de ontvanger? Het betrekkningsaspect is niet weg te denken bij communicatie; mensen die communiceren maken altijd gebruik van onuitgesproken codes, die met name bij interculturele communicatie vaak voor misverstanden zorgen. Wie de taal kent, maar niet de codes en regels die in een bepaalde situatie gebruikelijk zijn, blijft een buitenstaander. De Nederlandse taal kent een baaierd aan treffende spreekwoorden en uitdrukkingen die kunnen verduidelijken wat je bedoelt. Maar voor mensen die niet met het Nederlands opgegroeid zijn, leiden ze alleen maar tot verwarring.

Een huisarts op NIGZ-video ‘Interculturele gespreksvoering voor huisartsen’: ‘Bij patiënten die het Nederlands niet zo goed machtig zijn, gebruik ik graag vergelijkingen. Als ik bijvoorbeeld wil uitleggen dat de ziekte verspreid is door bacteriën, neem ik mijn toevlucht tot het beeld van meelwormen in een baal meel: eerst zijn het er maar een paar en dan steeds meer...’

Non-verbale communicatie

In een gesprek gaat het niet alleen om woorden. Ook gebaren, intonatie, oogcontact en lichaamshouding dragen informatie over. Veel huisartsen zeggen dat ze er met handen en voeten ook wel uitkomen. Wees daar niet té zeker van, want gebaren worden niet in alle culturen op dezelfde manier geïnterpreteerd. Twee simpele voorbeelden: het bekende uit-de-kunst-gebaar (waarbij de hand met de duim ruimhartig omhoog een paar keer naar voren beweegt) betekent in Iran niet ‘voortreffelijk’, maar juist precies het tegenovergestelde. En maak in Frankrijk nooit het pico-bello-gebaar (zo’n rondje, zo’n nulletje, gevormd met

duim en wijsvinger) als de ober vraagt of het lekker was, want het betekent daar dat het zero, nul, nergens naar gesmaakt heeft.

Naast een andere interpretatie, spelen ook wederzijdse verwachtingen een belangrijke rol in een gesprek. De manier waarop iemand zich presenteert, heeft invloed op het gesprek.

Als een allochtone patiënt u een slap handje geeft en u niet aankijkt, zult u dat misschien niet echt waarderen. Maar het zou best kunnen zijn dat die patiënt op die manier zijn respect toont. Zo'n stevige, daadkrachtige handdruk is in zijn ogen wellicht ongepast. De eerste indruk hoeft niet altijd de beste te zijn!

Bingo

Voor wie twijfelt aan de bruikbaarheid van wereldomspannende theorieën in de praktijk van alledag, is BINGO wellicht een handzaam geheugensteuntje.

Tijdens de workshop 'Interculturele communicatie voor huisartsen' speelden deelnemers een aangepaste versie van het Bingo-spel. Het is een onderdeel van de praktijkgerichte training die het NIGZ speciaal voor huisartsen heeft ontwikkeld. Onderaan dit hoofdstuk treft u meer gegevens aan over deze training.

De deelnemers aan de workshop knikten instemmend bij een videofragment waarin een huisarts een Kaapverdiaanse patiënte, die het Nederlands niet goed beheerste, natuurgetrouw voordeed hoe je moet gorgelen. Er klonk al eensgezind afkeurend gemompel toen diezelfde huisarts vervolgens met een stortvloed aan woorden het verschil trachtte uit te leggen tussen een virusinfectie en een bacteriële infectie. Waarbij ze geen acht sloeg op de non-verbale reacties van de patiënte, die het in Keulen hoorde donderen.

19

De benaming 'BINGO' is niet willekeurig gekozen: elke letter staat voor een kernaspect van interculturele communicatie:

- B Bewustwording van het bestaan van vooroordelen en negatieve beeldvorming over (groepen) mensen;
- I Intuïtie is noodzakelijk om mensen van verschillende afkomst tegemoet te treden;
- N Nooit klakkeloos generalisaties aannemen;
- G Geef mensen respect; wie dat doet kan bijna alles vragen en zeggen;
- O Open communicatie, wat betekent: door middel van kennis, houding en vaardigheden rekening houden met eventuele taal- en cultuurbarrières en vervolgens altijd checken of de boodschap goed overgekomen is.

Huisarts Harry Willems¹¹:

'Ik noem het altijd "supermarktgeneeskunde": o ja dokter, en dan heb ik hier nog een rare vlek en mijn arm doet ook zo'n pijn, mijn dochter moet vreselijk hoesten, oma heeft blaasjes in haar mond en mijn man kan 's nachts niet slapen. Het enige wat je in zo'n situatie kunt doen is: opdelen en nog eens opdelen. Mevrouw, mijnheer, deze keer behandelen we het probleem dat u nu het meest last bezorgt, dat u nu het belangrijkste vindt. Voor de andere klachten kunt u een nieuwe afspraak maken met de assistente. En uw dochter, uw moeder en uw man, die moeten echt zélf komen als ze klachten hebben.'

De volgende suggesties zijn deels gedistilleerd uit de workshop 'Communicatie' op de conferentie, deels zijn ze gebaseerd op literatuur¹².

Twintig aandachtspunten bij interculturele communicatie:

- 1 Voor interculturele communicatie geldt alles wat ook opgaat voor communicatie in het algemeen. Wees alert op 'ruis': wat ik uitzend, heeft de patiënt dat goed ontvangen? Probeer uw 'uitzending' zo fijn mogelijk af te stemmen op de patiënt.
- 2 Wees gespist op signalen van miscommunicatie. Wanneer de patiënt anders reageert dan u had verwacht, ga dan meteen na wat daarvan de oorzaak kan zijn.
- 3 Als het niet lukt om iets duidelijk uit te leggen, maak dan tekeningen; hoe meer zintuigen een patiënt bij de overdracht van de informatie moet gebruiken, hoe beter de gegevens beklijven.
- 4 Geef feedback, vat in uw eigen woorden samen wat u 'ontvangen' hebt. Doe dat niet 'stellend', maar uitnodigend. Geef de patiënt de gelegenheid uw samenvatting te corrigeren.
- 5 Als u nagaat of de patiënt de informatie wel goed begrepen heeft, leg de 'zwakheid' dan bij uzelf (respect!): 'Ik ben er niet helemaal zeker van of ik het u wel goed heb uitgelegd...'
- 6 Ga ervan uit dat de patiënt uw voornaamste bron van informatie is en ga niet uit van wat u bij voorbaat denkt te weten over diens culturele achtergrond.

- 7 Geef indien mogelijk de patiënt een folder mee over de klacht. Voor patiënten is dit een extra bevestiging van de diagnose en/of de behandeling.
- 8 Bedenk dat u, net als ieder ander, de neiging heeft *ander* gedrag *abnormaal* te vinden en negatief te duiden. Ken uw 'automatische piloot' (waarmee u gedrag interpreteert en etiketteert), maar vaar niet blindelings op zijn koers.
- 9 Als een patiënt zich onverhoeds anders, vreemd of ongebruikelijk gedraagt, denk dan niet ogenblikkelijk dat zijn gedrag wel cultureel bepaald zal zijn. Vraag door!
- 10 Dubbele ontkenningen kunnen leiden tot driedubbele misverstanden: 'Het is hier in de praktijk niet ongewoon dat...'
- 11 Formuleer korte, grammaticaal correcte zinnen. 'Krom' praten maakt de Nederlandse taal niet toegankelijker.
- 12 Stel concrete vragen. Probeer niet meer vragen in één zin te stoppen.
- 13 Vermijd het gebruik van specifieke spreekwoorden en uitdrukkingen. ('U heeft een ontstekingsremmer nodig. Een antibioticum zet hier geen zoden aan de dijk.') Ook andere vormen van figuurlijk taalgebruik kunnen voor problemen zorgen.
- 14 'Geen antibiotica; het gaat vanzelf over.' Presenteer uw diagnose stellig en met zelfvertrouwen, maar bied de patiënt tegelijkertijd wél de mogelijkheid om terug te komen als de klachten binnen een bepaald aantal dagen niet verdwenen zijn. Die duidelijke termijn geeft hem vertrouwen: er is in ieder geval een alternatief.
- 15 Ga er niet op voorhand van uit dat een patiënt, van welke afkomst dan ook, het altijd zegt als hij iets niet begrijpt. Niemand wil immers onbeleefd of onwetend overkomen.
- 16 Stel u op de hoogte van culturele achtergronden in het algemeen, maar zie ze niet als richtsnoer voor de communicatie met een individuele patiënt.
- 17 Het steeds luider herhalen van een onbegrepen mededeling sorteert zelden effect.

- 18 Gun een patiënt de tijd om zijn gedachten te formuleren; kom niet te snel met aanvullende vragen of veronderstellingen over wat de patiënt eigenlijk had willen zeggen.
- 19 Ga zorgvuldig en niet vooringenomen te werk bij het beoordelen van gedrag, maar bedenk dat 'cultuur' nooit een alibi is voor wangedrag.
- 20 Realiseer u dat uw eigen gedrag evenzeer bepaald wordt door uw culturele achtergrond als dat van uw patiënt. Vaak leert u uw eigen 'vanzelfsprekendheden' pas goed kennen in contacten met mensen waarvoor uw gedrag helemaal niet zo vanzelfsprekend is.

'Interculturele gespreksvoering voor huisartsen' is een praktijkgerichte training van het NIGZ (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie).

Voor vragen kunt u zich wenden tot: NIGZ, secretariaat team Specifieke Aandachtsgroepen, (0348) 43 76 32 of secretariaat team Zorg (0348) 43 76 37, Postbus 500, 3440 AM Woerden.

Bij het NIGZ zijn eveneens *'Ijsbrekertjes'* verkrijgbaar: de eerste 'sociaal-contactwoorden' voor een gesprek met Turkse en Marokkaanse migranten. Ijsbrekertjes kunnen nuttig zijn om spanning of onzekerheid weg te nemen.

Hoofdstuk 3

Dialogo tussen huisarts en allochtone patiënt

In de jaren zeventig ondergingen de oude buurten in grote steden een metamorfose: de oorspronkelijke bewoners trokken weg en een grote verscheidenheid aan allochtone groepen nam hun plaats in. Die veranderingen weerspiegelen zich in de huisartsenpraktijk: sommige tellen meer dan 35 nationaliteiten! Deze diversiteit kan knelpunten veroorzaken. Vrijwel altijd worden die belicht vanuit de zorgverlener. In Den Haag pakte men het anders aan. Allochtone patiënten kregen er alle ruimte om te vertellen hoe ze dachten over de zorg van de huisarts.

In dit hoofdstuk wordt teruggegrepen op de workshop van Joep Avezaat; huisarts Avezaat refereert op zijn beurt vaak aan de groepsgesprekken die in het kader van het project 'Huisarts en migrant' in Den Haag gehouden werden. De bevindingen van het project zijn opgetekend in een rapport, waaruit in dit hoofdstuk geciteerd wordt¹³.

23

Hij of zij luistert aandachtig, neemt tijd voor je, legt alles duidelijk uit en schrijft de juiste medicijnen voor. En als het nodig is, word je snel doorverwezen naar een specialist of een andere hulpverlener.

De ideale huisarts ten voeten uit! Zo althans schetste een groep allochtone patiënten hun volmaakte dokter. Ze deden dat tijdens de genoemde groepsgesprekken die van oktober tot en met december 1996 in Den Haag gehouden werden. Een stukje voorgeschiedenis: destijds kwamen er zowel van huisartsen als van allochtone patiënten signalen over communicatieproblemen. De huisartsen in Den Haag-Centrum hadden vaak het gevoel dat hun voorlichting, ondanks de beste bedoelingen en extra inzet, niet goed overkwam. De contacten kostten veel tijd en leverden niet altijd voldoende resultaat op. Op hun beurt hoorden migrantenvoorlichters tijdens de groepsbijeenkomsten vaak klachten over huisartsen. De deelnemers hadden nogal eens het idee dat ze achtergesteld werden ten opzichte van Nederlandse patiënten. Bovendien voelden ze zich vaak onbegrepen. Zo ontstond er een sfeer waarin indianenverhalen over vermeende fouten van huisartsen konden gedijen.

Hoog tijd voor een goed gesprek, vond een aantal huisartsen. Ze hadden er behoefte aan om nu eens van de mensen zelf te horen wat ze verwachten van een huisarts, waarover ze ontevreden zijn en wat er in hun ogen zou moeten veranderen. Zo werd het project 'Huisarts en migrant' geboren. Op initiatief van de Coördinatiegroep Migranten ging een klein gezelschap aan het werk om groeps-

gesprekken te arrangeren tussen huisartsen en migranten. Met behulp van de videoband *'De Huisarts'* van het NIGZ (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) stelde de werkgroep globale richtlijnen en aandachtspunten op om de groepsgesprekken enigermate te structureren. Het moesten leerzame en opbouwende gedachteswisselingen worden en dat wéerden het.

Honger naar informatie

Tijdens de workshop *'Dialogo tussen huisarts en allochtonen'* nam Joep Avezaat de deelnemers geregeld in gedachten mee naar de gespreksgroepen die destijds mede op zijn initiatief in Den Haag gehouden werden. Een directe discussie tussen de huisarts en de patiënten, dat was de opzet. Het gebeurde in twee stappen: tijdens de eerste bijeenkomst bepaalden de deelnemers alvast hun gedachten over het onderwerp onder leiding van een migrantenvoorlichter. Na een week volgde dan het gesprek met de huisarts.

Al gauw bleek dat bij beide 'partijen' belangstelling bestond voor de gesprekken. Zeven huisartsen uit het centrum werkten graag mee aan de voorbereiding en uitvoering; veertien groepen patiënten gaven direct blijk van belangstelling. Het ging hier om bestaande groepen, die al eerder hadden deelgenomen aan gezondheidsvoorlichting aan migranten. Bekende en vertrouwde migrantenvoorlichters van de GGD fungeerden als gespreksleiders.

Echt verrassend is het niet, maar Avezaat noemt het toch een belangrijke conclusie: 'Terugkijkend, valt vooral de enorme honger naar informatie op. Veel patiënten, ook allochtone, zijn kennelijk zéér leergierig, maar ze weten ons dat misschien niet op een adequate manier duidelijk te maken. Zo werd een vrouwelijke collega na afloop van het groepsgesprek werkelijk bestóókt met vragen over seksualiteit en anticonceptie. De bijeenkomst werd ter plekke met twee uur verlengd en de geheel uit vrouwen bestaande groep patiënten luisterde ademloos naar de voorlichting van mijn collega.'

De anticonceptiepil blijkt een onderwerp te zijn waar allochtone vrouwen onderling veel over praten. Sommige jonge vrouwen zijn bang dat ze door het gebruik onvruchtbaar zullen worden. Toen de desbetreffende huisarts in de 'verlenging' vertelde dat die angst voor onvruchtbaarheid niet nodig is, slaakte de groep een bijna zichtbare zucht van verlichting! 'Ook al duurt het even voordat je weer gaat menstrueren na het stoppen met de pil?', vroeg een van de deelnemsters voor alle zekerheid. De huisarts kon haar geruststellen.

Voorschrijfmodel versus meedenkmodel

De tijd nemen en duidelijke uitleg geven – voor Avezaat zijn het sleutelbegrippen. 'Er gaapt een kloof tussen de vraag van de allochtone patiënt en het aanbod

van de huisarts. Bijna voortdurend is er sprake van complexe problematiek, waarbij medische, sociale en psychische factoren door elkaar lopen en elkaar beïnvloeden.'

Die kloof wordt, volgens Avezaat, in de eerste plaats veroorzaakt door een *gebrek aan kennis* bij allochtone bewoners van achterstandswijken. Verder speelt het *cultuurverschil* een rol. Beide factoren gelden overigens ook voor een deel van de autochtone bewoners van deze wijken. Daardoor kunnen de verwachtingen en opvattingen die huisarts en patiënt hebben over gezondheid en ziekte en over wat artsen kunnen en moeten doen erg uiteenlopen. Zorgverleners in de westerse gezondheidszorg gaan ervan uit dat een goede gezondheid in zekere zin 'maakbaar' is in het samenspel van zorgverlener en patiënt. Het 'voorschrijfmodel' uit het land van herkomst verschilt aanzienlijk van het Nederlandse 'meedenkmodel'.

De *sociale omstandigheden* van de bewoners van achterstandswijken dragen eveneens bij aan de kloof tussen vraag en aanbod. Een gebrekkige opleiding, werkloosheid, schulden, huisvestingsproblemen en gebrek aan toekomstperspectief kunnen leiden tot apathie. Het gevoel dat het niet lukt om de levensomstandigheden te verbeteren, dat het er allemaal toch niet toe doet, schept een voedingsbodem voor ongezond gedrag (drinken, roken, te veel eten). Ook de geringe motivatie tot preventieve activiteiten komt hieruit voort.

Verandering

Avezaat verheelt niet dat er frustraties leven bij huisartsen met een multiculturele praktijk. Als het gaat om zaken die de zorgverlening belemmeren, is dit de topvijf:

- taal- en communicatieproblemen;
- eisend gedrag van patiënten, bijvoorbeeld om snel verwezen te worden;
- de overdreven waarde die gehecht wordt aan röntgenfoto's; het grote beroep op zorg buiten kantooruren;
- de vraag om medicamenten voor alle mogelijke, ook kleine gezondheidsproblemen.

'Bij ons huisartsen is dit aanleiding om op z'n minst eens diep te zuchten en op gezette tijden onder collega's wat te lamenteren. Zelden of nooit wordt er bekeken waar in de beleving van allochtone patiënten nu precies de knelpunten zitten. En toch zal er aan beide kanten iets moeten veranderen om deze situatie te verbeteren.'

De groepsgesprekken markeren het begin van die verandering. Het eerste gespreksonderwerp was: de taak van de huisarts. Over de ideale huisarts was iedereen het opmerkelijk eens. Maar verder waren de meningen in de groepen geregeld verdeeld. Het benadrukt dat dé allochtone patiënt niet bestaat.

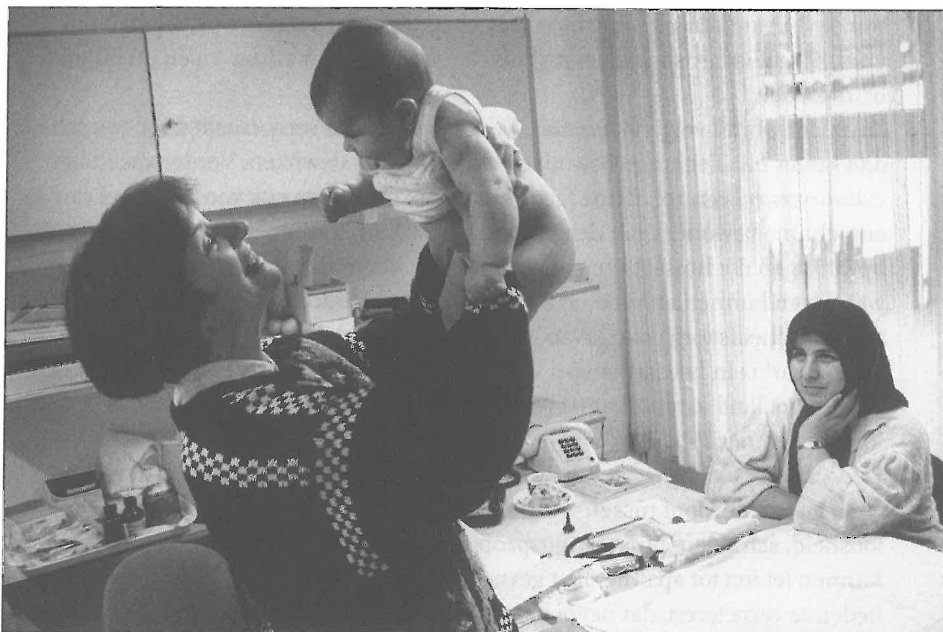


Foto: Bert Spieritz

Dat mag klinken als een cliché, maar Avezaat wil het toch accentueren: 'Generalisaties zijn uit den boze. De gemiddelde allochtone patiënt bestaat net zo min als de gemiddelde Nederlandse patiënt. Binnen groepen die door buitenstaanders vaak als één geheel worden gezien, bestaat een grote diversiteit. Bovendien zijn er grote verschillen tussen de eerste en de tweede generatie van etnische groepen. Wat heeft een puber van de tweede generatie Surinamers gemeen met een oudere van de eerste generatie Marokkanen?'

Een huisarts op de conferentie:

'Ik word vaak buiten kantooruren gebeld door ongeruste ouders. Als ik er dan ben, vraag ik altijd of er overdag ook al problemen waren. Bel me voortaan meteen op, bind ik ze dan op het hart, dan kunnen we samen overleggen wat we moeten doen. Ik leg ook uit in welke situaties ze wél 's nachts moeten bellen, bijvoorbeeld als de koorts boven de 40 graden uit komt.'

Achtergronden zijn belangrijk

Uit de groepsgesprekken kwam naar voren dat veel allochtone patiënten schromen om met hun huisarts over hun persoonlijke en sociale problemen te praten. Het gevolg is dat de huisarts niet altijd op de hoogte is van de individuele levenssituatie en achtergrond van de allochtone patiënt. Hierdoor mist hij vitale informatie over de omstandigheden waarin de gezondheidsklachten zijn ontstaan en kan

hij zijn handelen niet toesnijden op de persoonlijke behoeften en mogelijkheden. Tegelijk, en dat is navrant, vertelden veel vrouwen dat ze iemand missen die echt naar hen luistert, en dat de huisarts de enige vertrouwenspersoon is die ze kennen. Een aantal redenen waarom allochtone vrouwen het moeilijk vinden om te vertellen wat er werkelijk gaande is, komt in de volgende passage naar voren. Het is een citaat uit een van de groeps gesprekken tussen huisartsen en allochtone patiënten.

‘Durft u aan uw huisarts te vertellen wat belangrijk is?’, vraagt een van de huisartsen aan een groep Turkse vrouwen. Een mooie voorzet, waarop grif wordt ingegaan. Natuurlijk werkt de slechte beheersing van het Nederlands belemmerend, is het antwoord. Maar dat is het niet alleen. Veel vrouwen, vooral oudere, voelen de aanwezigheid van hun man of kind, die hen vergezelt om te tolken, als een hindernis bij het vertellen wat er werkelijk aan de hand is. Ook schaamte, bijvoorbeeld over schulden of problemen met de kinderen, leidt ertoe dat problemen niet ter sprake komen.

De desbetreffende huisarts legt nog eens duidelijk uit waarom het belangrijk is dat huisartsen op de hoogte zijn van bepaalde achtergronden: ‘Het is voor een huisarts moeilijker als de ziekte niet veroorzaakt wordt door iets lichamelijks, want dan moet de dokter weten welke problemen er zijn om de patiënt te kunnen helpen. Hij moet dan veel weten over zijn of haar leefsituatie, bijvoorbeeld over familieomstandigheden.’

27

Problemen wortelen vaak in het verleden. Het levensverhaal van een patiënt zegt iets over wie hij is, hoe hij zich handhaaft in het dagelijks leven en hoe hij omgaat met ziekte en tegenslag. Toegegeven, de uitleg aan de patiënten in de Haagse gespreksgroep klinkt simpel. Maar elke huisarts weet hoe bar ingewikkeld het kan zijn om moeilijke dingen in eenvoudige bewoordingen te vatten.

Als de patiënt dan duidelijk alles verteld heeft waarvan hij denkt dat het belangrijk is, wat gebeurt er dan verder? wilden de deelnemers van de gespreksgroep weten. *‘De patiënte gaat dan samen met de huisarts een plan maken hoe ze beter kan worden. Als het probleem bijvoorbeeld zit in eenzaamheid, in het feit dat de kinderen moeilijk zijn of dat haar man haar slaat, dan moet ze dáár iets aan doen. Iedereen weet dat gezondheidsklachten kunnen ontstaan door zorgen; diarree bijvoorbeeld, en hoofdpijn en maagpijn.’*

Taal- en communicatieproblemen

Taalproblemen kwamen in vele toonaarden aan de orde op de conferentie. Avezaat legde zijn workshopdeelnemers allereerst de oplossingen van allochtone patiënten zelf voor: het gebruik van de tolkentelefoon, extra goede uitleg door de huisarts, een duidelijke brief (laten) schrijven, meer allochtone medewerkers in

de praktijk en het maken van een dubbele afspraak voor de volgende dag en daarbij duidelijk aangeven dat de patiënt geen Nederlands spreekt, zodat de dokter of de assistente een tolk kan regelen.

Dé oplossing voor taalproblemen bestaat niet. Dat kwam in ieder geval duidelijk naar voren uit de Haagse patiëntengroepen. De tolkentelefoon werd weliswaar vaak genoemd als uitweg voor taalproblemen, maar slechts weinig allochtone patiënten hadden er daadwerkelijk ervaring mee. Sommigen namen liever een familielid mee of een goede kennis. Anderen gaven de voorkeur aan een tolk in levenden lijve, het liefst een 'vaste' persoonlijke tolk. Een aantrekkelijk idee, maar lastig uitvoerbaar als een huisarts veel nationaliteiten op zijn spreekuur krijgt. Avezaat raadde zijn collega's aan om al bij het maken van de afspraak te vragen of bijstand door de tolkentelefoon of de aanwezigheid van een persoonlijke tolk noodzakelijk is en dat vervolgens te regelen. In de praktijk blijkt dat niet altijd eenvoudig te zijn. Soms vangt een huisarts bot bij de tolkentelefoon, soms zijn er geen persoonlijke tolken beschikbaar en het komt ook voor dat ze niet verschijnen op het afgesproken tijdstip.

Om beter zorg op maat te kunnen leveren aan patiënten van allochtone afkomst, kan het raadzaam zijn om zowel te werken met de tolkentelefoon als met persoonlijke tolken. Huisartsen zouden hun patiënten beter op de hoogte moeten brengen van de mogelijkheden op dat gebied, zo luidde een van de aanbevelingen. 'En dan vooral niet vergeten om het beroepsgeheim van de tolk te benadrukken', zo voegde een huisarts met veel ervaring met allochtone patiënten eraan toe. Een meer structurele oplossing is het vergroten van de mogelijkheden om Nederlandse les te nemen; veel patiënten zeiden graag Nederlands te willen leren, maar daar niet toe te komen door de lange wachtlijsten.

Het verwijzen

Een knelpunt dat veelvuldig door artsen naar voren wordt gebracht bij de zorg voor allochtonen is de sterke neiging van patiënten om verwezen te willen worden naar de tweede lijn.

Ook bij de groepsgesprekken was de verwijzing een heet hangijzer. Zo vonden Iraanse vrouwen dat de huisarts een patiënt moet verwijzen als hij voor hetzelfde probleem zes of zeven keer bij zijn huisarts is geweest. Turkse en Marokkaanse vrouwen meenden dat dat nodig was als het probleem niet overgaat, als medicijnen niet helpen of als de huisarts niet weet wat er aan de hand is.

Een huisarts tijdens een van de groepsbijeenkomsten:

'Een huisarts krijgt heel veel gezondheidsklachten te horen. Hij weet welke dingen ernstig kunnen zijn. Neem bijvoorbeeld maagklachten: bij maar één op de duizend gevallen is er sprake van kanker. Het is dus niet nodig om alle mensen met maagklachten door te verwijzen. Daar komt nog bij dat

maagonderzoek vervelend én duur is. Het gaat om het ontdekken van het verschil tussen 'gewone' en 'niet-gewone' maagpijn. Daarom is het nodig dat de patiënt zo duidelijk mogelijk zegt waar hij last van heeft.'

'Is een specialist beter in staat om problemen op te lossen dan een huisarts?', informeert een deelnemer.

'Een specialist heeft dezelfde medicijnen tot zijn beschikking en nóg minder tijd. Wel kan een specialist bepaalde onderzoeken doen en opereren als het nodig is.'

Er is altijd wel een dokter die het wél weet, die wél een oplossing voor mijn klachten heeft. Als mijn huisarts mij niet kan genezen, dan kan een specialist het misschien wel. Vragen om een verwijzing berusten soms op deze gedachtegang. 'Ik zeg wel eens: als je een versleten knie hebt, dan kan ook de specialist je geen nieuwe bezorgen', verduidelijkte een van de huisartsen op de conferentie. Het belang van een goede uitleg bij een verwijzing en, misschien nog belangrijker, een heldere verklaring als er géén verwijzing plaatsvindt, kan niet genoeg onderstreept worden. Nog een terugblik op de Haagse groepsgesprekken: een kort exposé van een van de huisartsen over het thema 'verwijzen':

'Veel mensen zijn bang voor ziekten als kanker. Als er een vermoeden bestaat van een ernstige ziekte, dan is een foto wel nodig. Maar pijn kun je niet zien op een foto! Mensen denken vaak dat elke vorm van kanker ontdekt kan worden – áls je er maar vroeg bij bent. Dat is niet waar. Een arts ontdekt kanker pas als er op de foto een tumor te zien is. En om die op een foto te kunnen zien, is een heel aparte vorm van onderzoek nodig, gericht op die bijzondere vorm van kanker. Soms is een begin van kanker net niet te zien op de foto.'

29

Eerste Hulp

Sommige patiënten menen dat een huisarts er belang bij heeft om iemand vaak terug te laten komen. Een van de workshopdeelnemers heeft de gewoonte dit misverstand meteen de wereld uit te helpen: 'Ik vertel heel duidelijk dat een huisarts in Nederland een vast bedrag per patiënt ontvangt. Dat het bij specialisten anders geregeld is, vermeld ik ook; een specialist krijgt geld voor elk bezoek. Het is in Nederland zelfs zo dat een huisarts kritiek kan krijgen als hij heel vaak naar een specialist verwijst, want zorg van specialisten is duur. Het is de bedoeling dat een huisarts alleen verwijst wanneer het echt nodig is.'

De Eerste Hulp blijkt bij veel allochtone patiënten een populaire voorziening: daar wordt niet gepraat, daar wordt aangepakt! Het is belangrijk dat allochtone patiënten meer informatie krijgen over het doel en de mogelijkheden en beperkingen van de Eerste Hulp. Avezaat geeft stof tot nadenken met zijn constatering

dat patiënten enerzijds prijs stellen op de directe, snelle aanpak van de Eerste Hulp; anderzijds verwachten ze van hun huisarts dat hij de tijd neemt, goed luistert en veel uitleg geeft.

Allochtone patiënten uit de grensstreek blijken hun heil nog wel eens over de grens te zoeken, in Duitsland. Daar doet men, naar verluidt, vaker een beroep op medische apparatuur en besluit men eerder tot een operatie.

‘Ik heb het gevoel dat we niet altijd dezelfde “taal” spreken!’ merkte een van de deelnemers aan de conferentie op. ‘Het is zo wezenlijk anders wat je met de moedermelk meekrijgt. Hoe moet een tolk het woord “overspannen” vertalen als dat begrip in de Marokkaanse cultuur niet voorkomt? Je realiseert je dan pas hoe groot de verschillen zijn en dan moet je gaan improviseren. Ik los dat op door het woord “stress” te gebruiken. Dát is wel bekend en men weet ook dat bepaalde klachten te maken hebben met stress.’

Verschillen

In Iran gaan vrouwen met een koortsig kind direct naar de dokter en die geeft dan medicijnen. Koorts is daar heel gevaarlijk, zo vertelde een groep Iraanse vrouwen aan een huisarts. Turkse vrouwen hadden vaak het gevoel dat artsen in het thuisland hun meer recht deden en beter hielpen dan Nederlandse artsen. Een Marokkaanse man verbaasde zich erover dat een Nederlandse dokter een patiënt niet altijd onderzoekt; in Marokko gebeurt dat wel. Ook Turkse vrouwen vinden dat een volledig lichamelijk onderzoek, inclusief röntgenfoto's, voordelen heeft als een patiënt met een klacht komt. Het zijn geluiden uit de Haagse ‘dialogen’ tussen huisartsen en patiënten, maar menige huisarts zal ze herkennen. Een reactie van een huisarts:

‘Huisartsen in Nederland laten zo min mogelijk foto's maken, vertel ik dan, want de straling die erbij hoort is ongezond voor mensen. Je hoeft ook vaak geen foto te laten maken, omdat je hoort wat de patiënt vertelt. Aan de hand van het verhaal van de patiënt en verder onderzoek kun je als huisarts de diagnose stellen; die gegevens vertellen je wat de patiënt mankeert. Maar als de dokter weet dat een foto duidelijkheid kan geven, dan wordt die echt wel gemaakt, ongeacht de kosten.’

Over het voorschrijven van medicijnen:

‘Alle medicijnen hebben bijwerkingen. Daarom is het verstandig om als het niet nodig is, géén medicijnen te gebruiken. De omstandigheden zijn in Nederland anders dan in Marokko of Turkije. In Marokko geven dokters vaak extra vitaminen. Misschien is dat daar harder nodig?’

Traditionele genezers

In hun vakantie gaan mensen vaak in het land van herkomst naar de dokter. Waarom doen ze dat? Wat kunnen wij hiervan leren? En zijn er misschien alternatieve methoden om allochtone patiënten te genezen?

In het land van herkomst, zo was de ervaring, komen stressgerelateerde klachten meestal niet terecht bij zorgverleners die medisch georiënteerd zijn. Hier in Nederland worden dergelijke klachten vaak 'lichamelijk' vertaald. Zo vertelde een man met slaapstoornissen dat er iets niet in orde was in zijn hoofd omdat hij 's nachts wakker lag van het piekeren.

Ook in Nederland zijn traditionele genezers actief. Hoeveel het er zijn en welke behandelingen ze toepassen, daarop is moeilijk zicht te krijgen. Als de westerse manier van behandelen geen resultaat oplevert, roepen allochtone patiënten soms de hulp in van een traditionele genezer.

Ook geestelijk raadsmanen als imams en pandits boezemen veel vertrouwen in. Natuurlijk zijn ook zij niet in staat om alle problemen op te lossen. Het ligt in de bedoeling om deze 'verbindingsfiguren' van enige toerusting te voorzien, met als doel dat ze gemakkelijker hun weg kunnen vinden naar de reguliere hulpverlening. En, ook belangrijk, dat ze hun achterban beter kunnen voorlichten.

Het blijkt dat vooral een aantal progressieve imams zeer begaan is met het lot van mensen die in de problemen zitten. Zo slaagde een imam in Den Haag erin om maar liefst vijftig jongeren bijeen te krijgen voor een voorlichtingsbijeenkomst. Een andere imam houdt maandelijks een spreekuur in een gezondheidscentrum; deze man werkt met kruiden en teksten uit de koran. Sommige huisartsen verwelkomden deze synthese; andere gingen dit wat te ver. Die laatste categorie zei weinig goeds te vernemen over de rol van traditionele genezers.

Hoe men er ook over mag denken, het is een aspect dat niet te negeren valt, want zeer veel patiënten consulteren tijdens hun vakantie in het land van herkomst óf in Nederland een traditionele genezer. Avezaat bracht in het midden dat het misschien niet zozeer een kwestie is van het ineens laten vloeien van beide benaderingen. 'Kunnen we het niet zien als een andere ingang? Als de klacht geen somatische gronden heeft, kun je er als huisarts vaak weinig mee. Wat is erop tegen als de patiënt er vanuit zijn eigen referentiekader wel heil in ziet?'

Kruiden zijn de bodem en de geest van Marokko, klonk het bloemrijk. Met andere woorden: het is niet vergelijkbaar, het is van een andere orde en het is zeker geen kwestie van competitie. Gemakkelijke oplossingen zijn er niet voor de problemen in een multiculturele huisartspraktijk. De Haagse 'dialogo' heeft in ieder geval één ding bewezen: een open gesprek tussen huisarts en patiënten kan heel wat knelpunten uit de wereld helpen.

De Haagse werkgroep 'Huisarts en migrant' heeft zijn bevindingen geboekstaafd in een rapport 'Dialogo tussen huisarts en migrant'. Voor meer inlichtingen: GGD/afdeling GVO, Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag, Telefoon (070) 353 72 54 Fax (070) 353 72 92.

Hoofdstuk 4

De allochtone zorgconsulent: een intermediair tussen huisarts en patiënt

De zorgconsulent, een nieuwkomer in de huisartspraktijk, vervult een bemiddelende rol tussen de huisarts en de allochtone patiënt. Zij, en soms hij, is een verbindende factor om communicatieproblemen en cultuurverschillen te overbruggen. Het is een functie die zich in alle opzichten aan het ontplooiën is, maar die in de dagelijkse praktijk haar bestaansrecht al ruimschoots bewezen heeft. De allochtone zorgconsulent ontpopt zich in een rap tempo tot een volwaardige professional. Lokale projecten floreren en dragen bij aan die ontwikkelingsgang.

Communicatie en informatie zijn cruciaal in de zorg. Juist op deze punten loopt het niet altijd soepel in een multiculturele huisartspraktijk. Zo'n praktijk stelt immers zeer hoge eisen aan de huisarts als het gaat om het vermogen tot differentiatie en improvisatie.

Huisartsen met een kleurrijke verscheidenheid aan patiënten ontdekken gaandeweg de voordelen van het werken met allochtone zorgconsulenten. In de praktijk worden ook andere benamingen gebruikt voor deze functie: gezondheidsvoorlichter, migrantenvoorlichter, voorlichter eigen taal en cultuur (VETC) en intercultureel bemiddelaar.

In 1988 gingen de eerste voorlichters eigen taal en cultuur aan het werk; ze gaven groepsvoorlichting over gezondheid en opvoeding aan Turkse en Marokkaanse vrouwen. Deze voorlichting beoogde niet alleen kennis en vaardigheden over te brengen, maar was ook bedoeld om vrouwen uit hun isolement te halen en hun zelfredzaamheid in de Nederlandse samenleving te vergroten. Tijdens deze groepsbijeenkomsten bleek dat veel deelnemers vonden dat hun huisarts hen niet begreep of niet serieus nam.

Veel huisartsen hadden op hun beurt problemen met 'moeilijke' Marokkaanse en Turkse patiënten. Om zowel patiënten als huisartsen tot steun te zijn, werd er steeds vaker gekozen voor individuele voorlichting door allochtone zorgconsulenten. De functie van allochtone zorgconsulent is als het ware organisch gegroeid uit de groepsvoorlichting eigen taal en cultuur. Er wordt nog steeds groepsgewijs voorlichting gegeven, bijvoorbeeld aan mensen met diabetes mellitus, maar het werkveld heeft zich verbreed. Die groepsvoorlichting wordt overigens door

patiënten zeer gewaardeerd, zoals blijkt uit de publicatie *Tien jaar voorlichting in de eigen taal en cultuur over gezondheid en opvoeding* van de NIGZ uit 1998. Parallel aan deze ontwikkeling gebruiken we tegenwoordig liever de term ‘allochtone zorgconsulent’: een functionaris die niet alleen voorlichting geeft, maar de patiënt ook ondersteunt bij het verduidelijken van de hulpvraag en het zoeken naar het beste hulpaanbod. Die zich inzet om de communicatie tussen de allochtone patiënt en de huisarts te verbeteren. En die een belangrijke rol kan vervullen bij de opvang van allochtone patiënten in de huisartspraktijk. Ze is een vraagbaak, biedt een luisterend oor en is bovenal een herkenbare persoon die het vertrouwen geniet van de allochtone populatie. Door tijd te nemen voor voorlichting in de eigen taal kan ze de steeds zwaarder wordende taak van de huisarts verlichten en ervoor zorgen dat de dienstverlening van de huisarts beter aansluit op de zorgvraag van zijn allochtone patiënten. Op sommige lokaties, bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum in de Amsterdamse Staatsliedenbuurt, houden de zorgconsulenten een ‘introductie-gesprek’ met nieuwe allochtone patiënten. Zij brengen de nieuwkomers op de hoogte van de gang van zaken in de praktijk, hoe het gaat op een spreekuur, hoe een afspraak gemaakt wordt, wanneer er gebruikgemaakt kan worden van de spoedgevallendienst en wanneer de patiënten een vervanger kunnen verwachten. De resultaten van deze ‘binnenleiding’ zijn zeer bevredigend!

De taken van een allochtone zorgconsulent in een huisartspraktijk:

Individuele voorlichting

De zorgconsulent geeft individuele voorlichting over gezondheid, ziekten en opvoeding. De patiënten worden door de huisarts verwezen; ze kunnen ook op eigen initiatief contact opnemen voor informatie en advies. In veel praktijken worden allochtone patiënten, ook als er geen directe vraag is, persoonlijk voorgesteld aan de zorgconsulent. Tijdens de individuele contacten vervult de zorgconsulent een informatieve, adviserende, begeleidende, verwijzende of bemiddelende rol.

Driegesprek

Op verzoek van de huisarts is de zorgconsulent aanwezig bij een gesprek met een patiënt. Haar rol blijft hierbij niet beperkt tot die van tolk, maar ze draagt ook zorg voor een goede communicatie tussen de huisarts en de patiënt; ze kan aanvullende vragen stellen of informatie geven.

Ook huisbezoeken zijn mogelijk, eventueel samen met de huisarts of een andere hulpverlener, evenals overleg met het maatschappelijk werk, de thuiszorg, fysiotherapie of andere zorgverleners.

Groepsvoorlichting

De zorgconsulent geeft voorlichting aan groepen op het gebied van gezondheid, ziekten en opvoeding. Signalen die de zorgconsulent ontvangt in haar contacten met allochtone patiënten vertaalt ze in concrete voorlichtingsactiviteiten.

De groepsvoorlichting kan ook gericht zijn op de werkwijze binnen de huisartspraktijk en op preventie en zelfzorg.

Naast deze kerntaken levert de zorgconsulent een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van autochtone zorgverleners.

Ze draagt mede zorg voor voorlichtingsmateriaal voor de doelgroep.

Netwerkontwikkeling, gericht op de gezondheidssituatie van de migrantenbevolking in de wijk, hoort tevens tot haar takenpakket. Dat is zo belangrijk omdat goede contacten met sleutelfiguren en een stevig draagvlak in de wijk gelden als een van de succesfactoren voor het werk van de allochtone zorgconsulent.

Allochtone zorgconsulent Güzide Ay ¹⁴:

‘Ik herinner me een Turkse vrouw die pijn had tijdens de geslachtsgemeenschap. Door taalproblemen kon ze dat zelf niet vertellen; haar dochter moest dat voor haar doen. Uit schaamte kwam ze niet verder dan “pijn van anderen”. De dochter vertaalde dat letterlijk, waarop de arts concludeerde dat de patiënte blaasontsteking moest hebben. Toen de urine de volgende dag schoon bleek te zijn, was voor de huisarts het probleem de wereld uit. Voor de vrouw allerm minst. Dat bleek toen ze zich niet veel later bij mij meldde met haar klachten. Na enig doorvragen kwam ik erachter waar het werkelijk om ging. Toen ik dat had doorgegeven aan de huisarts, kon de vrouw snel geholpen worden.’

Ervaringen

In een aantal steden lopen projecten met allochtone zorgconsulenten; op andere plaatsen zijn ze intussen een structurele voorziening. In Enschede bijvoorbeeld, waar in drie gezondheidscentra al vanaf 1991 allochtone zorgconsulenten werkzaam zijn. Huisarts René Berger is er blij mee ¹⁵. Hij herinnert zich nog levendig hoe het was vóór de allochtone zorgconsulenten hun intrede deden in het gezondheidscentrum: ‘Patiënten konden door hun taalachterstand niet goed duidelijk maken wat hun klachten precies waren. Ook als familieleden meekwamen om te tolken, kwam de boodschap vaak niet goed over. Het bleef lastig om klachten goed te interpreteren en het juiste recept voor te schrijven.’ Naïma Tourabi, een van de zorgconsulenten, valt Berger bij: ‘Normaal gesproken heeft de huisarts meer tijd nodig om de allochtone patiënt goed te begrijpen. Hij moet zaken extra goed uitleggen en alles nog eens herhalen om er zeker van te zijn dat alles goed begrepen is. Maar artsen hebben daar vaak geen tijd voor.’ Berger en

Tourabi zijn het roerend eens: door de groeiende samenwerking tussen huisarts en zorgconsulent sluit de zorgverlening nu beter aan op de zorgvraag van de allochtone patiënten. 'De voorlichters zijn in ons centrum onmisbaar geworden', zegt Berger onomwonden.

De ervaring leert trouwens dat in Enschede ook autochtone patiënten van tijd tot tijd een beroep doen op de allochtone zorgconsulent.

Ook huisarts José van Ditmarsch is zeer te spreken over de mogelijkheid om allochtone zorgconsulenten in te schakelen¹⁶. Ze benadrukt de meerwaarde van de zorgconsulent in de praktijk: 'Sommige allochtone patiënten', zo legt ze uit, 'verschijnen frequent op het spreekuur met relatief kleine klachten. Dit kost veel tijd, terwijl het niet altijd wat oplevert. De zorgconsulenten kunnen voldoende tijd nemen om de achtergrond van een bepaalde klacht te achterhalen of om bepaalde kwesties te verhelderen. Zelf heb ik geregeld het idee dat er informatie 'blijft steken' die onmisbaar is om te begrijpen waar een bepaalde klacht vandaan komt. De consulenten bevinden zich in een positie waarin ze gemakkelijker kunnen doorvragen.' Het spreekt vanzelf dat de zorgconsulent gebonden is aan een geheimhoudingsplicht. Het is belangrijk om die telkens te benadrukken.

Gezondheidswinst

35

Tijdens de conferentie gunden huisarts Clara Peters en allochtone zorgconsulent Perihan Özkan de deelnemers een blik in hun dagelijkse praktijk. Gezondheidscentrum Afrikaanderwijk in Rotterdam dateert van 1974 en ligt in een oude arbeiderswijk met een grote allochtonenpopulatie. Die bestaat uit 45 procent Turkse bewoners, 23 procent Marokkaanse en 7 procent mensen afkomstig uit andere landen. Een kwart van de bewoners is van Nederlandse origine.

De zorgconsulenten zijn in 1996 begonnen in het gezondheidscentrum. Hun inzet had een tweeledig doel: de efficiëntie van de zorg te verhogen én gezondheidswinst te boeken voor allochtone patiënten. Het middel om dit doel te bereiken: ondersteuning van de communicatie tussen de huisarts en de patiënten door de allochtone zorgconsulent. Zowel Peters als Özkan legde er de nadruk op dat dit iets anders is dan simpelweg tolken. De taak van de zorgconsulent omvat meer: ze zorgt ervoor dat de boodschappen over en weer tussen arts en patiënt duidelijk overkomen en goed begrepen worden. Want naast taalproblemen kunnen ook cultuurverschillen een adequate behandeling in de weg staan. Zo verwachten patiënten uit mediterrane landen nogal eens dat de huisarts medicijnen voorschrijft, injecties geeft en röntgenfoto's laat maken. Voor bloedonderzoek zijn sommige Turkse of Marokkaanse patiënten huiverig. De gedachte leeft bij hen dat de hoeveelheid bloed in het lichaam beperkt is en er een tekort zou kunnen ontstaan. Voor anderen is het hoe en waarom van bloedonderzoek niet duidelijk en boezemt het daarom angst in. Een allochtone zorgconsulent die ver-

trouwd is met de gedachtewereld van de patiënt, kan de door de huisarts voorgestelde aanpak toelichten. Ze kan basale kennis over het lichaam, over ziekten en over het belang van controles overdragen.

Allochtone zorgconsulenten zullen hun functie vooral goed kunnen vervullen als er sprake is van tweerichtingsverkeer – als ze niet alleen voorlichting geven aan de patiënt, maar ook aan de huisarts. Als ze de beweegredenen van de allochtone patiënt kunnen uitleggen aan de arts.

Naarmate de functie van allochtone zorgconsulent zich uitkristalliseert, de organisatorische inbedding verbetert en de methodieken geoptimaliseerd worden, zal de zorgconsulent een meer gelijkwaardige partner van de huisarts worden.

Psychosomatische klachten

Het merendeel van haar tijd besteedt de zorgconsulent aan twee categorieën: patiënten met chronische aandoeningen en mensen met psychosomatische klachten.

Door hun migratie-ervaringen, hun vaak slechte sociaal-economische omstandigheden zijn allochtonen kwetsbaar als het gaat om het ontwikkelen van psychosomatische klachten. In veel culturen worden persoonlijke problemen meer op een somatische manier verwerkt en gepresenteerd. Voor huisartsen is het dikwijls moeilijk om erachter te komen wat eraan schort bij de patiënt. Temeer daar men bij wijze van spreken niet graag de vuile was buiten hangt. Juist bij de diagnose en behandeling van deze groep patiënten kan de inbreng van een allochtone zorgconsulent essentieel zijn. Door de tijd te nemen voor de patiënt en goed te luisteren, brengen de patiënten vaak zelf al de achterliggende problematiek ter sprake. Jongeren, ouderen, mannen en vrouwen, de eerste en de tweede generatie, allemaal hebben ze specifieke problemen. Tijdens de workshop werd vooral ingegaan op de situatie van vrouwen. Een relatief groot aantal allochtone vrouwen raakt in Nederland in de problemen. Soms hebben ze niet zélf gekozen voor de migratie, soms valt het in Nederland bitter tegen en vaak missen ze hun familie die achtergebleven is in het land van herkomst. Niet zelden is er sprake van een ware ‘cultuurschok’. Alles is vreemd, soms zelfs de eigen partner, die in een andere omgeving opgegroeid is en al jaren in Nederland verblijft. Tot overmaat van ramp verloopt de integratie in de schoonfamilie vaak niet soepel. Als de problemen zich opstapelen, uiteten allochtone vrouwen die meestal in lichamelijke klachten. De eerste generatie is vaak analfabeet en daardoor afhankelijk van voorlichting op maat en extra ondersteuning. Het is een leven in ‘permanente tijdelijkheid’; het verlangen om ooit terug te gaan naar het land van herkomst dooft door de jaren heen niet uit.

Ook de tweede generatie heeft het niet gemakkelijk. Ze heeft thuis nog geleerd om vooral te gehoorzamen en respect te tonen voor ouderen, de eigen cultuur te idealiseren en de Nederlandse normen en waarden af te wijzen. Mensen van de

tweede generatie hebben het weliswaar financieel wat beter, maar dat wil nog wel eens leiden tot 'inhaalgedrag': de kinderen krijgen bijvoorbeeld te veel snoep en vette snacks, wat tot gewicht- en gebitsproblemen kan leiden. Het zoeken naar een evenwicht tussen wat in het ouderlijk huis gebruikelijk was en wat in Nederland als waardevol ervaren wordt, resulteert niet zelden in grote onzekerheid over de opvoeding van de kinderen. Zorgconsulent Perihan is voor deze generatie naar eigen zeggen 'een vertrouwenspersoon én een wandelende bibliotheek'. Ze geeft voedings- en opvoedingsadviezen, maar ze leert vrouwen ook hoe ze beter voor zichzelf kunnen opkomen, hoe ze hun problemen zelfstandig kunnen oplossen én hoe ze sterker moeten worden.

Het grote aantal vrouwelijke patiënten met spanningsklachten leidde tot het opzetten van een cursus die vrouwen leert hoe ze kunnen omgaan met die klachten. Perihan Özkan geeft samen met een fysiotherapeut leiding aan een cursus-



Foto: Joop Reyngoud

groep. Na acht bijeenkomsten waren de groepsleden zó enthousiast dat ze er niet over peinsden om te stoppen. Waarop er een vervolgcursus werd ontwikkeld die bestaat uit twaalf bijeenkomsten, verspreid over drie maanden.

Ook de begeleiding van chronisch zieken is een wezenlijk onderdeel van het werk van de allochtone zorgconsulent. Een korte, intensieve begeleiding stimuleert de therapietrouw en komt de zelfstandigheid van de patiënt zeer ten goede. Iemand die net gehoord heeft dat hij een chronische ziekte heeft, krijgt ineens veel te verwerken. Als de ziekte gestabiliseerd is, komt toch de onvermijdelijke vraag op: hoe kan ik zo goed mogelijk leven met mijn chronische ziekte? Een zorgconsulent kan de patiënt helpen zijn leefstijl aan te passen en alle consequenties van de ziekte onder ogen te zien.

Zo loopt er in Rotterdam een project voor diabetespatiënten. Tijdens drie groepsbijeenkomsten krijgen patiënten voorlichting over alle mogelijke aspecten van hun ziekte. In Rotterdam, maar ook in Amsterdam, worden opmerkelijk goede resultaten geboekt: de patiënten zijn blij met de extra aandacht, ze begrijpen beter hoe de ziekte gereguleerd moet worden, het toedienen van insuline verloopt soepeler, de patiënten houden de voetverzorging beter in het oog en gaan op tijd naar de oogarts. Dat de informatie over diabetes in vruchtbare bodem valt, bleek eens te meer toen een Turkse patiënt een kennis begeleidde naar het spreekuur; hij had de symptomen van diabetes bij de kennis herkend, het bloedsuikergehalte bij hem gemeten én hem vervolgens gestimuleerd om hulp te zoeken.

'Tolken-plus'-functie

Wat zou u verwachten van een allochtone zorgconsulent in uw praktijk? Voor welke soort klachten zou u uw patiënten naar haar verwijzen? En wat denkt u dat de samenwerking met een zorgconsulent u kan opleveren? Deze vragen stelden huisarts Peters en zorgconsulent Özkan aan de deelnemers van de conferentie over de multiculturele huisartspraktijk.

Een van de huisartsen verwachtte dat de allochtone zorgconsulent beter in staat is de verborgen psychosociale problematiek naar boven te halen. Een ander vermoedde dat er tijdwinst geboekt zou kunnen worden, waardoor de werkdruk daalt. Beide veronderstellingen zijn juist, vond Peters. Doordat er meer problemen aan de oppervlakte komen, kosten de gesprekken in het begin weliswaar meer tijd. Bovendien moeten huisarts en consulent elkaar leren kennen; de consulent heeft tijd nodig om zich in te werken en ze moet begeleid worden. Maar na enige tijd werpen de inspanningen vruchten af: meer werkplezier, minder frustraties én tijdwinst.

Een andere deelnemer zag duidelijk de meerwaarde van een allochtone zorgconsulent: 'In voorkomende gevallen moet ze kunnen tolken. Ik bedoel: niet letterlijk vertalen, maar ook rekening houden met de inhoud van het gesprek, met de cultuurbepaalde aspecten. Ik bedoel een soort 'tolken-plus'-functie. Ik denk dat

dit de communicatie tussen mij en mijn patiënten sterk verbetert.’

Marokkaanse Berberpatiënten verdienen extra aandacht, zo was de ervaring van de workshopleiders. Bij deze patiëntengroep zijn de psychische klachten complexer. Sommige patiënten hebben last van geesten (djinns) of menen dat ze betoverd zijn. Sommigen consulteren in de vakantie in het moederland een ‘mara-boet’, een inheemse genezer, en komen in Nederland terug met voorschriften die haaks staan op de therapie die in Nederland gebruikelijk is.

Ongeveer driekwart van de eerste generatie Marokkanen spreekt een Berbertaal en is analfabeet. Daarom is het belangrijk dat de allochtone consulent niet alleen Marokkaans-Arabisch spreekt, maar ook Berberdialecten. Soms kan een verwijzing naar een zorgconsulent van Marokkaanse afkomst door onderling wantrouwen gevoelig liggen. Het gaat vaak om relatief kleine groepen met een grote sociale controle. Daarom kan het belang van een goed contact met sleutelfiguren, zoals imams, niet genoeg benadrukt worden.

Een doktersassistente in ‘Allochtone Zorgconsulent: een brug tussen hulpverlener en cliënt’¹⁷:

‘Als doktersassistente fungeer ik vaak als vraagbaak voor patiënten. Sinds de zorgconsulenten in onze praktijk zijn, stel ik regelmatig allochtone patiënten voor om eens een afspraak te maken met Fatiha of Zehra. Zodat ze eens een keer in een vertrouwde taal over hun gezondheid kunnen praten. En dat blijkt uitstekend te werken! Zo hebben we een Marokkaanse man in de praktijk die tot voor kort elke week wel een aantal keren met zijn kinderen naar de huisarts kwam omdat hij zich over van alles en nog wat zorgen maakte. Maar er was niets te vinden. Fatiha heeft toen uitvoerig met hem gepraat en hem het advies gegeven om zich niet onnodig zorgen te maken en alleen met serieuze klachten naar de huisarts te komen. Sindsdien hebben we hem op het gewone spreekuur niet meer gezien; hij komt nog wel een enkele keer bij Fatiha.’

39

Succesfactoren

Huisarts Clara Peters heeft intussen zoveel ervaring opgedaan met de samenwerking met allochtone zorgconsulenten dat zij hieruit enige succesfactoren kan distilleren. In de eerste plaats moeten er in de praktijk voldoende allochtone patiënten zijn met specifieke migrantenproblematiek. Verder moeten de huisarts, maar ook de andere medewerkers van de huisartspraktijk of het gezondheidscentrum goed gemotiveerd zijn om samen te werken met een allochtone zorgconsulent. De bereidheid om de eigen werkwijze kritisch onder de loep te nemen en zo nodig bij te stellen, is van doorslaggevende betekenis. ‘Een voorwaarde voor een

goede communicatie is dat de huisarts en de allochtone zorgconsulent elkaar serieus nemen', vindt Peters.

De allochtone zorgconsulent moet letterlijk *zichtbaar* zijn in de huisartspraktijk. In Gezondheidscentrum Noord in Enschede bijvoorbeeld, zit de zorgconsulent in de hal bij de kast met folders; de bezoeker kan bij wijze van spreken niet om haar heen. Een laagdrempelige entree én een rustige spreekkamer behoren tot de 'basisuitrusting' van een zorgconsulent. Ze moet in een veilige, discrete sfeer kunnen praten met de patiënten.

Voldoende ruchtbaarheid geven aan de aanwezigheid van allochtone zorgconsulenten is ook een aandachtspunt. In Utrecht werden de Turkse en Marokkaanse wijkbewoners op de hoogte gesteld door middel van visitekaartjes, posters en tweetalige brieven. Dit ter ondersteuning van de mondelinge informatie door de huisartsen en assistenten.

Dat duidelijke communicatie en regelmatig overleg tussen arts en consulent onontbeerlijk zijn, spreekt vanzelf. De wijze van communicatie en de uitwisseling van patiëntgegevens tussen de huisarts en de allochtone zorgconsulent verschillen per praktijk, zo blijkt uit tot nu toe verschenen evaluaties. De allochtone zorgconsulent is per slot van rekening een betrekkelijk nieuw fenomeen.

Ter illustratie een voorbeeld uit de praktijk van huisarts José van Ditmarsch. Tenzij het om heel eenvoudige zaken gaat, maakt Van Ditmarsch voorafgaand aan de verwijzing een beknopte beschrijving van het probleem dat ze met haar patiënt heeft. Deze informatie gaat vergezeld van de relevante patiëntgegevens in de agenda, zodat de zorgconsulent zich kan voorbereiden. Vlak voor het spreekuur houden Van Ditmarsch en de zorgconsulent een korte voorbespreking. Als laatste, maar zeker niet onbelangrijkste succesfactor noemt huisarts Clara Peters: een degelijke begeleiding van de zorgconsulent; een deskundige op wie de zorgconsulent te allen tijde kan terugvallen. Bovendien kan iemand die vooral het samenspel tussen de huisarts en de zorgconsulent in het oog houdt van veel betekenis zijn. Een functionaris van de plaatselijke GGD of de manager van het gezondheidscentrum zou deze begeleidende taak op zich kunnen nemen.

Kwaliteiten

Het spreekt vanzelf dat een goede, structurele financiering van de functie van allochtone zorgconsulent onmisbaar is. De zorgconsulenten worden op verschillende manieren gefinancierd. In Rotterdam-Zuid, waar in enkele gezondheidscentra zowel Turkse, Marokkaanse als Chinese consulenten parttime werken, heet het een 'voorbeeldproject'. Dit modelproject wordt gefinancierd door Zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de GGD en het Fonds Achterstandswijken. Andere wijzen van financiering zijn denkbaar. De functie van allochtone zorgconsulent, die eigenlijk minimaal op mbo-niveau moet worden uitgevoerd, vraagt naast een goede opleiding en adequate bijscholing om een aantal persoon-

lijke kwaliteiten: een communicatieve, initiatiefrijke en assertieve opstelling, het goed kunnen bewaken van de eigen grenzen, kennis van de Nederlandse gezondheidszorg en de welzijnsinstellingen, bekendheid en affiniteit met de doelgroep en natuurlijk een goede mondelinge en schriftelijke beheersing van het Nederlands én de taal van de doelgroep.

Om het vertrouwen van de doelgroep te kunnen winnen, is het van belang hoe de zorgconsulent bekend staat binnen de Turkse of Marokkaanse gemeenschap.

Psychosociale problemen

Zorgconsulent Perihan Özkan merkt dat huisartsen vooral allochtone patiënten met psychosociale problematiek naar haar verwijzen. 'Door gewoon de tijd te nemen en goed te luisteren, komen de achterliggende moeilijkheden vaak al snel naar voren. Vooral Turkse vrouwen zijn vlug zo vertrouwd dat de drempel niet meer zo hoog is.'

Bij complexe problemen volgt meestal een gesprek in aanwezigheid van de huisarts. Maar het gaat niet alleen om psychosociale problemen. 'Wanneer een Turkse patiënt weinig kennis heeft van de gezondheidszorg in Nederland, kan het nodig zijn om hem te begeleiden naar bijvoorbeeld een darmonderzoek in het ziekenhuis. De patiënt wordt in zo'n geval met zoveel vragen ineens geconfronteerd: hoe moet ik me voorbereiden? Wat betekent 'nuchter blijven'? En wanneer en hoe moet ik laxemiddelen innemen? Ik geef dan informatie die nauwkeurig is toegesneden op het kennisniveau van de patiënt en ik controleer of hij alles goed begrepen heeft.'

Een ander voorbeeld: een IVF-behandeling is voor elke vrouw een ingrijpend proces; voor een allochtone vrouw kan het nog moeilijker zijn, omdat zij de emotionele steun van familie en vrienden moet ontberen. In het algemeen is IVF geen geaccepteerde methode in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. De begeleiding door een zorgconsulent kan dan zeer wenselijk zijn.

Kortom: de allochtone zorgconsulent kan een belangrijke bijdrage leveren aan de doelmatigheid van de zorgverlening aan allochtone patiënten en aan de daling van de werkdruk van de huisarts. Ook individuele huisartsen kunnen gebruik maken van een allochtone zorgconsulent door samen met een aantal huisartsen of in samenwerking met gezondheidscentra iemand aan te stellen.

Als u meer wilt weten over allochtone zorgconsulenten kunt u zich wenden tot het NIGZ, Steunpunt VETC, of FORUM, Sectie Welzijn, Zorg en Cultuur. FORUM, NIGZ en Schakels, een regionale steunfunctie, werken momenteel projectmatig aan de verdere ontwikkeling van deze intermediaire functie. Volgend jaar zal er een handboek verschijnen met richtlijnen voor het starten en inbedden van de functie van zorgconsulent in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Hoofdstuk 5 Psychosociale problematiek

‘Vaak zit je met de handen in het haar als je vermoedt dat er meer aan de hand is dan een lichamelijk probleem.’ Dat was voor huisarts Marijke Lutjenhuis de reden om een bijzondere handleiding samen te stellen: een richtsnoer om binnen een beperkt tijdsbestek achterliggende problematiek bij allochtone patiënten op te sporen. Haar praktische aanpak richt zich uitsluitend op het anamnestiche gesprek; stap voor stap voerde zij de deelnemers aan haar workshop op de conferentie mee naar een adequate diagnosestelling bij psychosomatische problematiek.

De klachtenpresentatie van allochtone patiënten, zeker in combinatie met taalproblemen, maakt dat het stellen van een juiste diagnose vaak veel tijd kost. Dit geldt nog sterker bij psychosomatische problematiek. Marijke Lutjenhuis, werkzaam in Gezondheidscentrum De Rubenshoek in Den Haag, heeft een praktijk met ongeveer 90 procent allochtone patiënten. Ze kan bogen op twintig jaar ervaring als huisarts. Op de conferentie werd een handleiding uitgedeeld, die ze samen met psychiater Annechien Limburg-Okken schreef. De vragen die hier in staan, zijn bedoeld om in twee à drie gesprekken de mogelijke psychosociale achtergrond van een klacht te achterhalen. Het betreft vooral de ervaringen met Turkse en Marokkaanse patiënten, de ‘traditionele’ migrantengroepen. Lutjenhuis begint met een waarschuwing: ‘Duik niet meteen in gevoelens! Begin met de minst bedreigende onderwerpen: in de eerste plaats de somatiek. Bespreek vervolgens de maatschappelijke context waarin de klacht beleefd wordt: het werk, de huisvesting en de financiële positie. Als derde onderwerp kan de patiënt in zijn sociale verband – familie, gezin en relaties – aan de orde komen. Ten slotte, de laatste stap, komt de patiënt zelf in het middelpunt te staan: de oorzaken en de gevolgen van de klacht. Met andere woorden: feiten, meningen en *dán* gevoelens.’

Nog even de vier stappen op een rijtje:

- de somatiek;
- de maatschappelijke context;
- de sociale context;
- de patiënt zelf.

Een directe interviewstijl, met vragen waarop alleen met ‘ja’ en ‘nee’ kan worden geantwoord, voldoet minder dan een meer empathische benadering. Laat liever

merken dat je op de hoogte bent van alle denkbare psychosociale problemen in het migrantenbestaan. Ga uit van mogelijke stressfactoren en leg die voor aan de patiënt – *vragenderwijs*. Maak geen grote gedachtesprongen, zet kleine stappen!

Het eerste gesprek

Geleidelijkheid en chronologie zijn in de visie van Lutjenhuis kernwoorden. 'Vraag duidelijk wanneer de klachten begonnen zijn en zoek in je systeem op waarmee ze verband kunnen houden. Was er misschien juist in die tijd een bevalling, een operatie of een reis naar het land van herkomst? Patiënten weten meestal precies te vertellen wanneer de klachten begonnen. Vraag altijd of er ook in de vakantie klachten zijn. Bij een ontkennend antwoord, kan dat wijzen op heimwee.'

Lutjenhuis maakt ook voor zichzelf een lijstje met belangrijke levensgebeurtenissen in het leven van de patiënt. Ze doet dit om snel oorzakelijke verbanden te kunnen leggen. Wel waarschuwt ze voor snelle conclusies én voor het overhaast ter sprake brengen van het causale verband tussen psychische spanningen, sociale omstandigheden en somatische klachten. Veel patiënten draaien het liever om: de ziekte is de ware oorzaak van het piekeren.

Natuurlijk komen eerst de klachten van de patiënt aan de orde en de bevindingen van de huisarts en eventueel van de behandelend specialist. Nadat het tijdstip waarop de klachten begonnen is bepaald, stelt Lutjenhuis haar aanvullende vragen in een vastgestelde volgorde, verspreid over twee à drie gesprekken.

In dit hoofdstuk geven we slechts een kleine proeve van de werkwijze van Lutjenhuis. Voor belangstellende lezers is het wellicht prettig te weten dat de brochure die de volledige aanpak met alle vragen bevat, in de toekomst in een geactualiseerde vorm verkrijgbaar is.

Lutjenhuis weet als geen ander dat het leven te grillig is om in keurige fasen te vangen. Daarom geeft ze geen blauwdruk voor het anamnestic gesprek, maar wel een handig raamwerk voor twee à drie gesprekken. Een voorbeeld van wat er in het eerste gesprek aan de orde zou kunnen komen:

Werk en financiën

Heeft u goed werk, een goede baas? Problemen of discriminatie op het werk scoren hoog op de top tien van ziekmakende factoren. Financiële problemen spelen vaak een rol. Ook al is er sprake van een complexe, meervoudige problematiek, begin toch met een onderwerp dat relatief gemakkelijk bespreekbaar is; feiten en meningen zijn 'simpeler' te uiten dan gevoelens.

Kunt u het huishouden nog goed doen?

Wat voor uitkering heeft u? Is dat genoeg voor alles?

Ernstige financiële problemen leiden niet zelden tot psychische decompensatie.

De familie

Wat vindt de familie ervan? Patiënten die schromen om zich te uiten, laten de familie soms hun mening vertolken: 'Mijn man vraagt zich af of het ook een geest kan zijn' of 'De familie vindt dat ik naar het ziekenhuis moet gaan'.

De mening van de familie is zeer belangrijk voor het welslagen van een eventuele therapie. Als de familie het niet eens is met een verwijzing naar het maatschappelijk werk of naar de RIAGG, dan is de kans op succes gering.

Zo'n eerste gesprek hoeft niet langer dan een kwartier te duren. Aan het einde noemt Lutjenhuis expliciet het thema voor het tweede gesprek, bijvoorbeeld het werk, de huisvesting of de financiële situatie. 'Dit is een belangrijk onderwerp. We praten hier de volgende keer over door en we gaan verder bekijken hoe het in elkaar zit.'

Lutjenhuis kan met de hand op het hart verklaren dat ze nog *nóóit* meegemaakt heeft dat de patiënt voor het tweede gesprek niet kwam opdagen. 'Misschien is de reden dat ik altijd veel uitleg geef over de gang van zaken. Ik zeg ook iets in de trant van: u vindt het misschien gek dat ik al die dingen vraag, maar u bent al zo'n tijd ziek; u heeft al zo lang last van buikpijn en er komen steeds meer dingen bij. Als we zo doorgaan, wordt u ook nooit beter...'

Een deelnemer aan de workshop reageert prompt: 'Jazeker, als huisarts zoek je naar een handvat, een aangrijpingspunt. Je speurt, je gokt, maar het gebeurt zo vaak dat je niet verder komt. En dan ga je in arren moede maar op de 'acceptatietoer'. Niemand heeft iets kunnen vinden, dus de patiënt moet ermee leren leven.'

Lutjenhuis erkent dat zij ook jaren zo gewerkt heeft. Nu gaat het anders: 'Als ik de "handreiking" helemaal heb doorgenomen, dan weet ik dat ik al het mogelijke heb gedaan om boven tafel te krijgen wat er aan de hand is. Daarna kun je met de patiënt gaan bekijken of er een andere oplossing is. Het probleem is natuurlijk dat de dingen vaak niet op te lossen zijn.'

Ziekmakende factoren

In het tweede en eventueel derde gesprek wordt de draad weer opgepakt:

Werk

Hoe gaat het met de ziekte op uw werk? Wat vindt de controledokter ervan? Dreigt er ontslag? Wordt er op uw werk gediscrimineerd of wordt er over uw vrouw of kinderen gepraat?

Als 'werk' het thema is, dan informeert Lutjenhuis altijd naar de mogelijkheid van discriminatie op de werkvloer. 'Dat komt veel voor: in ieder geval voelen patiënten dat zo. Vroeger vroeg ik daar nooit naar; ik hoorde er ook weinig over. En vergeet niet dat roddels ook een ziekmakende factor kunnen zijn!'

Bij de tweede generatie valt op dat jongens na hun opleiding geen baan kunnen

krijgen en vervolgens onder hun niveau moeten gaan werken. Ook dat kan een aanleiding zijn tot het ontwikkelen van psychosomatische klachten.

Financiën

Heeft u een arbeidsloon of een uitkering? Komt u ermee rond? Blijft er genoeg over om naar uw familie in Turkije of Marokko te sturen? Heeft u schulden? Bij landgenoten? Gaan er binnenkort kinderen trouwen en lukt dat financieel?

Lutjenhuis benadrukt dat ze deze vragen niet plompverloren stelt; ze leidt ze in door een praatje over het leven dat in Nederland zo duur wordt en dat de kinderen tegenwoordig zo veel willen: dure kleren en disco. Ze merkt dat alleen al het woord 'disco' vaak veel emoties oproept. 'Een disco is voor sommige allochtone ouders nagenoeg hetzelfde als seks, drugs en rock-'n-roll. Het is een zijpad, maar een waarlangs je dikwijls veel te horen krijgt.'

Financiële problemen bij dertigers worden nogal eens veroorzaakt door gokverslaving. Ze zijn gaan gokken om in één keer hun slag te slaan en zo bestaande schulden af te lossen. Maar het enige wat er gebeurt is dat ze een gokverslaving ontwikkelen en de schulden alleen maar groter worden.

Huisvesting

Hoe woont u? Met hoeveel mensen? Woont u samen met familie?

Hoe is het huis? Is het gehorig, vochtig of koud? Hoe zijn de burens? Kunt u de huur nog betalen?

Lutjenhuis tekent hierbij aan dat voor vrouwen de relatie met hun schoonmoeder vaak een van de belangrijkste ziekmakende factoren is. Vooral bij inwoning wordt de zoon nogal eens in een positie gemanoeuvreerd tussen zijn vrouw en zijn moeder, met alle ellende van dien. Aparte huisvesting is in zo'n geval de enige adequate oplossing.

Als er geen problemen zijn op het gebied van werk, financiën of huisvesting (meningen en feiten), is de tijd rijp voor neteliger onderwerpen: familie, gezin, huwelijk en relaties (gevoelens).

Familie

Zijn uw beide ouders nog in leven? Zijn ze gezond? Wie verzorgt hen? Wie onderhoudt hen financieel?

Hulpbehoevende ouders kunnen een bron van zorgen zijn voor allochtone gezinnen. Volgens de traditie zijn met name oudere kinderen verantwoordelijk voor hen. Zieke kinderen, en dit kán een cruciaal punt zijn, zijn ontheven van de verzorgingsplicht.

Als een van de ouders gestorven is: kon u bij de begrafenis zijn? Wie verzorgt de overgebleven ouder en gaat dat goed? Wil de familie dat u iemand naar Turkije stuurt om voor hem of haar te zorgen?

Let hier op het beginpunt van de klachten van de patiënt. Dit zou kunnen wijzen

op bijvoorbeeld schuldgevoel of op angst aan dezelfde ziekte te lijden als die waaraan de ouder overleden is.

Gezin

Zijn alle kinderen in Nederland? Luisteren ze goed? Welke taal wordt bij u thuis gesproken? Hoe gaat het met de kinderen op school? Zijn ze zich 'Nederlands' gaan gedragen? Vindt u het moeilijk om ze in Nederland op te voeden?

Als er kinderen in het land van herkomst zijn achtergebleven: wie verzorgt dit kind? Hoeveel geld moet u per maand voor hem of haar overmaken?

Het is belangrijk om te weten of er thuis alleen Nederlands wordt gesproken.

Het komt voor dat vrouwen van de eerste generatie, die zelf geen Nederlands spreken, het contact met hun kinderen volledig verliezen doordat de gezinsleden niet meer in het Turks of Marokkaans met elkaar kunnen communiceren. Soms gaan de kinderen Nederlands spreken om dingen te verheimelijken voor hun moeder. Dat kan tot grote problemen leiden.

Ook in de onvolledige gezinshereniging, die tegenwoordig minder voorkomt, kunnen ziekmakende factoren schuilen. Het betekent een financiële belasting, zeker als kinderen in Turkije of Marokko op een kostschool zitten. Kinderen met wie het in Nederland niet goed gaat, worden soms teruggestuurd naar het land van herkomst. Vaak loopt het daar dan ook mis, wat voor de ouders een bron van spanning betekent.

Huwelijk en relatie

Vragen aan mannen:

Woont uw vrouw in Nederland of in Turkije? Is het een goede vrouw? Is ze vaak ziek? Wil uw vrouw terug naar Turkije? Belt ze haar moeder in Marokko vaak?

Gebruikt u of uw vrouw anticonceptie? Wilt u nog meer kinderen? Hoe denken uw vrouw en de familie hierover?

Vragen aan vrouwen:

Was u in Turkije of Marokko al ziek? Heeft u er in de vakantie ook last van? Wie zorgt er nu u ziek bent voor het huishouden? Begrijpt uw man uw ziekte of is hij er boos over? Werkt u buitenshuis? Wilt u dat zelf of moet het van uw man? Mag u zelf wat geld houden of moet u het hele bedrag aan hem geven? Luisteren de kinderen naar u? Zit u vaak alleen thuis?

De terugkeerwens kan voor problemen zorgen. Vaak willen beiden op een bepaalde leeftijd graag terug, maar voor de vrouw is het een groot probleem dat ze de kinderen dan in Nederland moet achterlaten. Soms komt er een 'oplossing' in de vorm van 'pendelen': afwisselend in beide landen verblijven. Kinderen hebben wel eens de neiging hun moeder 'achterlijk' te vinden en haar buiten te sluiten.

Nogmaals, het voorafgaande geeft slechts een glimp van de aanpak van huisarts Marijke Lutjenhuis. De vragen vormen een kleine selectie, hier en daar met enige toelichting. De 'Handleiding voor een anamnestic gesprek met migranten

bij verholen psychosociale problemen' bevat een veelvoud aan vragen en adviezen. De aanpak is ontwikkeld in de specifieke setting van de Haagse Schilderswijk en is gebaseerd op praktijkervaringen.

Marijke Lutjenhuis:

"Patiënten vragen me vaak om briefjes voor instanties, voor een ander huis, voor de verzekeringsgeneeskunde, voor de Sociale Dienst. Van collega's hoor ik dikwijls dat ze hier huiverig voor zijn, dat ze dit niet tot hun taak vinden behoren. Ik denk er anders over: ik doe het wel, altijd. Maar ik vertel er wel bij dat het in onze gemeente eigenlijk niet meer helpt, dat het waarschijnlijk weinig zal withalen. Toegegeven, het kost tijd en zo'n briefje is eigenlijk van nul en gener waarde. Maar ik zie het als een investering in de toekomst. Het is een vorm van "erkenning" voor de patiënt; het komt de vertrouwensband ten goede. Voor allochtone patiënten is het vaak een teken dat de dokter haar best doet, meevoelt. Wat ik in zo'n briefje schrijf? Alleen de anamnese, de rest laat ik aan de instanties over."

Het beroepsgeheim

Lutjenhuis hamert erop: benadruk *herhaaldelijk* het beroepsgeheim. Dat is vooral belangrijk als het gesprek over niet-somatische aangelegenheden gaat. 'Het beroepsgeheim is bij veel allochtone patiënten een onbekend verschijnsel. Herhaal het steeds, bijvoorbeeld voordat je over seksualiteit gaat praten, of over nare ervaringen als incest of geweld binnen het huwelijk. De angst dat zaken doorverteld worden, is vaak een drempel voor mensen om hun hart uit te storten. Leg de zwijgplicht uit, benadruk dat je niets zult vertellen tegen de huwelijkspartner, de ouders of de familie. Dat mag ik als arts niet doen', zeg ik altijd, 'want anders raak ik mijn diploma kwijt en kan ik niet meer werken. Dan moet ik naar de politie, zo is dat in Nederland geregeld.'

Een onafhankelijke tolk ziet Lutjenhuis als een belangrijke ondersteuning bij het anamnestic gesprek: 'Als patiënten er een beetje huiverig voor zijn, wat nogal eens voorkomt, dan beklemtoon ik het beroepsgeheim van de tolk. Als mensen in hun eigen taal praten, komt er veel meer uit dan wanneer het gesprek in het Nederlands plaatsvindt of wanneer een familielid, een kind of een kennis tolkt.' Zelfs als mensen goed Nederlands spreken, geeft Lutjenhuis de voorkeur aan een onafhankelijke tolk. 'U praat goed Nederlands, zeg ik dan, net als ik goed Frans praat. Maar als ik over emotionele dingen moet vertellen, doe ik dat tóch gemakkelijker in het Nederlands. Dan heb ik toch liever iemand die precies vertaalt wat ik bedoel.'

Tweesporenbeleid

Met de volgende casus zette huisarts Lutjenhuis haar collega's aan het denken:

Een 57-jarige Turkse man woont twintig jaar in Nederland. Hij is gehuwd en heeft vijf kinderen. Hij heeft last van hoofdpijn en maagpijn en meerdere vage klachten. Somatisch is hij uit-en-te-na onderzocht. Zelf is hij ervan overtuigd dat de klachten somatisch zijn, maar jij weet zeker dat dit niet (alleen) het geval is. Hij wil doorverwezen worden naar een specialist, maar jij vindt dat op dit moment geen goed idee. Daarom wil je met hem aan het werk op het gebied van psychische problemen. Hoe pak je dat aan?

'Heimwee?', informeert iemand. 'Hem ervan proberen te overtuigen dat er lichamelijk echt niets aan de hand is?', vraagt een ander. 'De gezinssituatie nader bekijken?' De gedachten van weer een andere workshopdeelnemer gaan uit naar seksuele problematiek. 'Ik zou dat niet meteen aankaarten; ik houd het in mijn achterhoofd, terwijl ik inga op de klachten van de man. Na wat diagnostisch onderzoek, zou ik de man vragen nog een keer terug te komen. Dit in de hoop dat hij begrijpt welke koers ik wil varen.' Een collega zou behoedzaam proberen af te tasten of de patiënt zelf enige relatie kan leggen met bepaalde gebeurtenissen in zijn leven.

'Allemaal goede stappen!', vindt Lutjenhuis. Ze is van mening dat een arts te allen tijde een tweesporenbeleid zou moeten voeren. Enerzijds de patiënt zijn somatische klachten niet afpakken om ze in te wisselen voor psychische, anderzijds de patiënt proberen bewust te maken van de achterliggende problematiek. 'Ik vermijd gestechel over de vraag of de patiënt al dan niet somatisch ziek is. Soms probeer ik het om te draaien. Dan zeg ik dat de patiënt zó veel last heeft van zijn klachten, dat het zijn denken beïnvloedt, dat hij er depressief van wordt. En dát geeft weer allerlei lichamelijke klachten.'

Dat brengt een van de huisartsen tot de volgende ontboezeming: 'Soms ben ik het zó spuugzat als een patiënt voor de tiende keer met maagklachten komt!' Huisarts Lutjenhuis vindt dat het juist dan tijd wordt om wat extra ruimte voor de patiënt te reserveren. 'Vindt u het goed dat ik twee of drie keer een dubbele afspraak voor u maak?', vraag ik de patiënt. 'Ik ga u dan een heleboel vragen stellen. Want er moet toch iets meer zijn, iets meer dan alleen het lichaam, waardoor u zo ziek bent geworden en waardoor het almaar niet overgaat. Wilt u daar zelf ook over nadenken?'

Specifieke vrouwenklachten

Case behandeld op een studieavond van de Rutgers Stichting voor Amsterdamse huisartsen op 4 februari 1997¹⁸:

Een 38-jarige Marokkaanse vrouw, moeder van zes kinderen, komt op het

geboorteregelingsspreekuur. Ze wil graag een andere pil, omdat ze van deze pil buikpijn krijgt, zegt ze. Ze is via de huisarts al driemaal eerder van pil gewisseld. Uit de voorgaande anamnese kwamen volgens de huisarts geen bijzonderheden: mictie- en defaecatiepatroon zijn normaal. De huisarts heeft de patiënte al goed onderzocht en heeft bij twee afzonderlijke onderzoeken geen afwijking gevonden: het bloedonderzoek was goed, een blaasontsteking werd uitgesloten en een uitstrijkje en cervixkweken lieten geen bijzonderheden zien.

Jessica Floor, arts bij de Rutgers Stichting, werkt net als Marijke Lutjenhuis systematisch en stapsgewijs: ‘Het belangrijkste in het eerste gesprek met deze 38-jarige vrouw is het opbouwen van een vertrouwensband. Ik doe dat bijvoorbeeld door in het Marokkaans te zeggen: ‘Gaat u zitten’ of ‘Hoe gaat het met u?’. Nadat iedereen – de patiënte, de tolk en de arts – zich uitgebreid heeft voorgesteld en nadat wij (arts en tolk) duidelijk hebben gemaakt dat we een beroepsgeheim hebben, beginnen we met het probleem. Voor deze patiënte is dat de buikpijn, die ze aan de pil wijt.

De volgende stap in het consult bestaat altijd uit het tonen van empathie: ‘Wat vervelend voor u dat u steeds buikpijn heeft. Het is goed dat u er met ons over komt praten.’ Meestal ontspant de patiënte dan zichtbaar; ze voelt zich serieus genomen. Bij Nederlandse patiënten doe ik precies hetzelfde. Bij migrantenpatiënten worden deze zeer belangrijke stappen in de consultvoering helaas vaak overgeslagen, omdat de arts druk bezig is met de communicatie en de klok nu eenmaal doortikt.

De tweede stap: de anamnese

Waar zit de pijn? En hoelang heeft u die al? Is de pijn er ook op vakantie?

Waarom legt de patiënte de relatie tussen de pil en de buikpijn?

Een directe vraag kan afschrikken; een indirecte werkt vaak beter. Je kunt bijvoorbeeld zeggen: ‘Laatst was er een vrouw die dacht dat de pil ervoor zorgde dat niet al het oude bloed er tijdens de menstruatie uitkomt, omdat ze met de pil veel korter vloeit.’ Op deze manier creëren we een band, waardoor de vrouw haar angsten durft te bespreken en waardoor we misverstanden over het functioneren van het lichaam kunnen bijsturen.

Vervolgconsult afspreken

Bij een complex probleem als vage onderbuikklachten is één consult natuurlijk niet genoeg. De pijn bestaat al heel lang en daar hoeft en kan niet in één keer een oplossing voor gevonden worden. Dit bespreken we ook altijd met de patiënte.

Hierbij kan direct aangestipt worden dat bij buikpijn vaak niet-lichamelijke factoren spelen. 'Ik ken vrouwen die heel veel buikpijn hadden. Die pijn bleek te maken te hebben met problemen thuis. Toen we over die problemen gepraat hadden, en we begonnen waren met het vinden van een oplossing, ging de buikpijn ook weg.'

Migratiegeschiedenis behandelen

Tijdens de volgende consulten was er tijd om achter de migratiegeschiedenis én de huidige situatie van de patiënte te komen. In die situatie ligt vaak de crux van het probleem: huisvestingsproblemen waardoor moeilijkheden in de relatie ontstaan, werkloosheid van de partner, die de aanleiding vormt tot financiële problemen, etcetera.

Bij de vrouw uit deze casus kunnen heel goed dit soort problemen achter haar buikpijn verborgen zitten. Misschien heeft ze geen zin meer om te vrijen, omdat de problemen haar boven het hoofd groeien. Misschien is er sprake van overbelasting door het gezin, eenzaamheid, depressiviteit, sociale problemen; misschien gaat de partner vreemd. De pil geeft haar een vrijbrief om gemeenschap te hebben. Misschien krijgt ze alleen al bij de gedachte buikpijn.

Lichamelijk onderzoek

Hoewel de huisarts een somatische oorzaak al had uitgesloten, wordt het lichamelijk onderzoek nog een keer overgedaan, in overleg met de patiënte. Niet alleen om zelf te controleren of er misschien toch sprake is van een uterus myomatosis, een verzakking, endometriose, dyspareunie of een hypertonie van de bekkenspiers. Maar vooral om de kennis van de vrouw over haar lichaam na te gaan, en als het nodig is, aan te vullen. Elke patiënte is steeds weer verbaasd als ik haar uterus laat voelen en uitleg hoe die in de buik is 'opgehangen'. Dit is trouwens ook voor Nederlandse vrouwen vaak heel verhelderend. Bovendien sluit het lichamelijk onderzoek aan bij de traditie waarin de vrouw is opgegroeid: een dokter is geen goede dokter als hij je niet onderzoekt.

Brede voorlichting

Bij de voorlichting gebruiken de zorgverleners vaak hun handen of hun eigen lichaam om iets uit te leggen, want analfabete vrouwen begrijpen tekeningen en plaatjes vaak niet goed. Aan de hand van de anamnesegegevens krijgt de patiënte uitleg over haar lichaam en over verbanden tussen problemen en lichamelijke klachten, die de vrouwen zelf niet zo gemakkelijk leggen. Ook uitleg over het

maatschappelijk werk, het Bureau Huisvesting en andere instellingen die nuttig kunnen zijn, hoort erbij. Met deze brede voorlichting hopen de hulpverleners bij te dragen aan een oplossing van de maatschappelijke problemen van de patiënten.

Angsten en dilemma's bespreken

Bij de vrouw in de casus speelde het feit dat haar man het gezin als compleet beschouwde: vier jongens en twee meisjes. Om die reden slikte zij ook de pil. Daardoor menstrueerde ze echter nog maar weinig, waardoor ze zich niet meer vrouwelijk voelde. Ook was ze bang dat het overgebleven bloed een ontsteking zou veroorzaken en dat de pil tot kanker van de baarmoeder leidde. Eigenlijk zou ze haar vruchtbaarheid nog wel willen bewijzen aan haar man en familie, hoewel ze beseftte dat een zevende kind een te zware belasting zou vormen. Ze stond dus voor een dilemma. Hierover is een aantal keren gepraat. Daarbij steunden de hulpverleners de patiënte in haar gevoel en haar zorgen. Nadat dit alles was bezonnen en ze zichzelf beter begreep, kwam er ruimte voor informatie over de pil en andere anticonceptiemiddelen. Toen ze vervolgens zelf besliste voor een spiraaltje, kwam haar echtgenoot mee om hierover informatie te krijgen én zijn goedkeuring te geven.

51

Vijf consulten

Alles bij elkaar duurde het oplossen van de anderhalf jaar bestaande buikklasten vijf consulten van twintig minuten. In feite werd dezelfde manier van consultvoering gebruikt als bij een Nederlandse vrouw. Bij allochtone vrouwen wordt de consultvoering echter bemoeilijkt door taalproblemen. Daarnaast is er een cultuurverschil, waardoor je elkaar soms niet zo snel begrijpt en je bepaalde ideeën over het lichaam ook minder vlug ontdekt. Bovendien spelen ook de eigen vooroordelen mee, en de eigen waarden en normen.

Wanneer deze vrouw niet bij ons was gekomen, zou ze mogelijk naar de tweede lijn zijn doorgestuurd.

Verwijzen

Terug naar de huisartspraktijk van Marijke Lutjenhuis, en naar de door haar ontwikkelde aanpak: uitgaan van mogelijke stressfactoren en die systematisch en vragenderwijs, verspreid over twee à drie consulten, aan de orde stellen. Op de conferentie waren de vragen niet van de lucht! Of het aantal consulten inderdaad verminderde, vroeg een collega. 'Jazeker', luidde het antwoord. 'Als er een con-

creet probleem naar boven is gekomen, kun je tenminste verwijzen.’ Doorverwijzen doet Lutjenhuis trouwens ook op haar eigen manier. Niet met een brief, maar telefonisch én uitvoerig, nadat de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven. Als het om een hulpverlener gaat die in het gezondheidscentrum gevestigd is, zoals het maatschappelijk werk, dan gaat ze samen met de patiënt een afspraak maken en ze legt het eerste contact. De patiënt krijgt zo het gevoel dat hij niet wordt ‘weggestuurd’ en dat de huisarts betrokken blijft bij zijn wel en wee. Het is niet verwonderlijk dat Lutjenhuis op de conferentie een warm pleidooi hield voor een *persoonlijke verwijzing*.

De metafoor van de ezel

Tot slot van haar workshop gaf Lutjenhuis nog een onorthodoxe tip aan collega’s die worstelen met de vraag: hoe vertel ik het de patiënt? Hoe leg ik uit dat niet alleen lichamelijke zaken een rol spelen bij het ziek worden? Ze vergelijkt vrouwen met ezels en mannen met auto’s. Als je er maar genoeg bovenop pakt, komt er een moment dat de ezel met geen stok meer vooruit te branden is. En ook een auto kun je niet eindeloos volstapelen. Er kómt een moment dat hij het begeeft. Het is een metafoor die aanslaat: als een mens veel problemen te torsen krijgt, kunnen er lichamelijke klachten ontstaan. De psychosomatische problematiek ten voeten uit.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat de huisarts, mits hij of zij het systematisch aanpakt, wel degelijk grip kan krijgen op ingewikkelde psycho-sociale problematiek.

Hoofdstuk 6 Ziektebeleving

De cultuur heeft invloed op de manier waarop mensen omgaan met gezondheid en ziekte. Allochtonen kunnen andere gewoonten, gebruiken en opvattingen hebben op het gebied van gezondheid en ziekte. Welke aspecten van die specifieke sociaal-culturele oriëntatie zijn relevant voor de huisartsenzorg? En hoe kan een huisarts hier rekening mee houden bij zijn diagnose en behandeling? Deze twee vragen staan centraal in dit hoofdstuk. Speciale aandacht is er voor het geneesmiddelengebruik van allochtone patiënten.

Bij het stellen van de diagnose, het inschatten van de zorgbehoefte van patiënten en het bepalen van de behandeling hanteert een huisarts, bewust of onbewust, een bepaalde norm. Die norm is vaak gebaseerd op professionele en persoonlijke ervaringen met Nederlandse patiënten. Daarom is het goed om van tijd tot tijd stil te staan bij de afwijkende verwachtingen die migranten kunnen hebben.

Wie door de ogen van een allochtone patiënt naar het Nederlandse zorgaanbod kijkt, ziet een sterk medisch georiënteerd systeem. Die natuurwetenschappelijke gerichtheid is bepalend voor de oriëntatie van de zorg. Er worden weliswaar concepten en strategieën gebruikt uit de psychologie en de psychiatrie, maar dat is toch een 'vak apart'.

De medische oriëntatie in de Nederlandse cultuur heeft geleid tot een zeer uitgebreid net van voorzieningen met elk een eigen deskundigheid, waarin ook menige autochtone patiënt het spoor al snel bijster raakt. Van de patiënt wordt een steeds grotere mate van zelfstandigheid en eigen initiatief verwacht. Hoe vindt een Turkse of Marokkaanse oudere, die het Nederlands slecht beheerst, zijn weg naar de indicatiecommissie, de aan- of inleunwoning, de maaltijdvoorziening, de thuiszorg, de alarmering en de oppascentrale?

Een patiënt in Nederland legt een vrij individueel traject af, vaak langs meerdere zorgverleners. Dit in tegenstelling tot een patiënt in bijvoorbeeld Marokko of Turkije, waar soms de hele grootfamilie betrokken is bij het wel en wee van de zieke, waar de zorgvraag als het ware meer op groepsniveau ervaren wordt. En waar het zorgsysteem minder opgedeeld is in aparte gespecialiseerde voorzieningen. Contacten met zorgverleners zijn er meer op persoonlijke leest geschoeid. Men is niet vertrouwd met de zakelijke, afstandelijke benadering die in Nederland gebruikelijk is.

Wat kan een huisarts in de praktijk met die gegevens? Om de zorg beter toe te snijden op de allochtone patiënt, kan hij de familie er meer bij betrekken.

Ook zou hij kunnen zoeken naar een wat persoonlijker, maar toch professionele relatie met de patiënt.

Cultuur en opvattingen over gezondheid en ziekte

Allochtone patiënten zoeken de oorzaak van hun klachten meer dan eens in bovennatuurlijke krachten. Iets wat de Nederlandse huisarts voor geduchte problemen kan stellen. Er zijn krachten in het spel die buiten het bereik van de mens



Foto: Bert Spiertz

liggen: de voorouders, de wind, de geest der dingen, het boze oog, de goden. Zo kunnen creoolse Surinamers denken dat vooroudergeesten en familiegoden onheil kunnen brengen. Sommige Turkse en Marokkaanse patiënten, met name mensen die afkomstig zijn van het platteland, zien geesten, het boze oog of zwarte magie als oorzaak van ziekte. Bij sommige allochtone patiënten speelt de beleving van 'koude' en 'warme' ziekten een rol. Koude ziekten worden veroorzaakt door tocht, kou, vocht en wind. Vooral 'koude' ziekten boezemen angst in. Men meent dat verkoudheden of aandoeningen van de luchtwegen kunnen overgaan in ernstiger kwalen.

Ook in de beleving van Chinezen spelen bovennatuurlijke elementen een rol. Zo geloven veel Chinezen in 'spirits', die onder te verdelen zijn in goden, geesten en voorouders. Alledrie kunnen goed en kwaad veroorzaken ¹⁹.

Ziekten die aan een natuurlijke oorzaak worden toegeschreven, worden hoofdzakelijk met niet-religieuze middelen genezen, door inschakeling van een arts of een kruidendokter. Aan bovennatuurlijke oorzaken denkt men vooral als de ziekte lang aanhoudt, plotseling zonder aanwijsbare oorzaak optreedt, of wanneer de patiënt of zijn gezin vaker getroffen worden.

In de literatuur over cultuurspecifieke zorg komt het begrip 'wereldbeeld' vaak terug ²⁰. Sommige onderzoekers benadrukken dat het van belang is voor de huisarts dat hij het wereldbeeld van de patiënt (her)kent. Dit zou duidelijkheid schep-
pen over de achtergrond van het gedrag en de denkwijze van de patiënt. De meeste auteurs onderscheiden drie dominante wereldbeelden:

- het magisch-religieuze;
- het holistische;
- het wetenschappelijke.

In de meeste culturen komen aspecten van alledrie terug, maar bijna altijd is er één wereldbeeld dat overheerst. We hebben gezien dat dit binnen de westerse cultuur het wetenschappelijke wereldbeeld is. Mensen binnen een bepaalde cultuur selecteren meestal een combinatie van overtuigingen uit deze drie centrale wereldbeelden en baseren daarop hun persoonlijke wereldbeeld. Uit dit persoonlijke wereldbeeld komen de opvattingen en waarden met betrekking tot gezondheid en ziekte voort. Zo kan een patiënt in beginsel geloven dat virussen en bacteriën ziekten veroorzaken (wetenschappelijk wereldbeeld). Tegelijkertijd kan hij door een sterke verbondenheid met een bepaalde godsdienst beïnvloed worden door aspecten van magisch-religieuze aard: 'mijn ziekte is een straf van God' of 'God stelt me op de proef'. Het is belangrijk dat de huisarts dit soort zaken herkent, omdat dit van invloed kan zijn op de medewerking van de cliënt aan zijn genezingsproces of de acceptatie van ziekte of sterven.

In het boek 'Transcultural concepts in nursing care' ²¹ staat een foto die het samenvloeien van twee wereldbeelden, het wetenschappelijke en het magisch religieuze, mooi illustreert: de high-tech-omgeving van een intensive-

care wordt een klein beetje verzacht door een grote veer van een arend, die met plakband aan een monitor bevestigd is. Zo'n veer symboliseert in sommige culturen wat patiënten, van welke afkomst dan ook, in die omgeving hard nodig hebben: moed en kracht. Die veer was daar overigens niet zonder de nodige discussie terechtgekomen, vertelt het verhaal. Hij was meegebracht door de familie van mr. Claw, een Amerikaan van Indiaanse afkomst, die met ernstige hartklachten was opgenomen.

Hoewel de veer er brandschoon uitzag, vonden sommige medewerkers het hygiënisch niet verantwoord. Een milieubewuste verpleegkundige maakte bezwaar omdat de veer afkomstig was van een beschermde vogel.

Uiteindelijk kwam er een compromis uit de bus: de veer werd vastgemaakt aan de monitor naast het bed, enigszins aan het oog onttrokken van anderen, maar prominent zichtbaar voor mr. Claw en zijn familie. Toen mr. Claw een paar dagen later stierf, verwijderden zijn familieleden de veer behoedzaam en namen hem weer mee. Maar niet dan nadat ze de artsen en verpleegkundigen uitvoerig ervoor bedankt hadden dat mr. Claw in de nabijheid van de veer had kunnen sterven. Het was voor de familie een troostende gedachte dat mr. Claw op een bij zijn cultuur passende manier was overleden, zelfs in zo'n high-tech-omgeving.

We eindigen met een categorie ziekten die, mits ze tijdig ontdekt worden, voor Nederlandse artsen gemakkelijker hanteerbaar zijn. Het gaat hierbij niet om cultureel bepaalde opvattingen over gezondheid en ziekte, maar om specifieke zorgbehoeften van migranten die samenhangen met ziekten die bij de doorsnee Nederlandse patiënt niet of veel minder voorkomen. Een drietal voorbeelden:

- rachitis komt relatief meer voor bij donkere kinderen;
- tuberculose komt bij Turken en Marokkanen 10 à 15 keer meer voor dan bij Nederlanders;
- sikkelcelziekte; bij een onderzoek dat in 1984 in Amsterdam gehouden werd, bleek dat deze ziekte bij een op de twintig Surinamers voorkwam.

Weerstanden

Op de conferentie kwamen enkele cultureel-religieuze elementen naar voren die een belemmering kunnen vormen voor de hulpverleningsrelatie met patiënten met een islamitische achtergrond. Het sekseverschil tussen huisarts en patiënt vormt soms een obstakel. Het rectaal toucheren en de bloedafname stuiten bij sommige allochtone patiënten op bezwaren.

De weerstand tegen het zich uitkleeden ten overstaan van een niet-seksegeneet kan worden begrepen tegen de achtergrond van de islamitische opvatting over schaamte. Ook de weerstand tegenover het rectaal toucheren zou voornamelijk hierop terug te voeren zijn. Bovendien zijn sommige allochtonen niet gewend

aan een dergelijk onderzoek, omdat dit in de landen van herkomst niet zo verbreid is. De huisartsen op de conferentie vonden dat de gesignaleerde weerstanden met wat extra aandacht en voorlichting overwonnen kunnen worden.

Uit de praktijk van huisarts Harry Willems²²:

'Ja Fatima, ik begrijp heel goed dat je erg opziet tegen het inwendig onderzoek. Als je het per se niet wilt, zal ik proberen een vrouwelijke collega te vinden. Maar ik denk toch dat het beter is dat je probeert om je erover heen te zetten. Want als je straks naar het ziekenhuis moet, kom je steeds weer hetzelfde probleem tegen. Dan raak je elke keer verzeild in geharrewar en eindeloze discussies. Als je er toch overheen wilt komen, is het hier gemakkelijker dan in een vreemd ziekenhuis; je kent me al zeventien jaar. Het is zo gebeurd. Denk maar gewoon: een, twee, drie... in Allah's naam dan maar.' Fatima stemt toe en het onderzoek valt haar gelukkig mee.

De aversie tegen bloedafname kan onder andere veroorzaakt worden door gebrek aan kennis over wat er met het bloed gaat gebeuren. Angst voor verzwakking van het lichaam kan eveneens een rol spelen.

Artsen met allochtone patiënten worden ook geconfronteerd met vragen en problemen rondom de ramadan, de vastenmaand. Hoewel zieken volgens de islamitische leer vrijgesteld zijn van het vasten, komt het in de praktijk wel voor dat een zieke patiënt toch wil vasten, waardoor een bepaald dieet niet kan worden gevolgd of een medicatie niet kan worden toegediend. Dat kan leiden tot problemen bij bijvoorbeeld maagpatiënten en mensen met diabetes. Antropoloog W.A. Shadid wijst op de nieuwe inzichten die in vooruitstrevende islamitische kringen opgeld doen: 'Over de toelaatbaarheid van intraveneuze en intramusculaire injecties tijdens het vasten lopen de meningen van de schriftgeleerden uiteen²³.

Sommigen verbieden dit omdat medicamenten als substituut voor voedsel beschouwd kunnen worden. Meer modern ingestelde schriftgeleerden stellen echter dat alle medicamenten die geen honger stillen of dorst lessen, zoals injecties, zalven en dergelijke, zijn toegestaan. Islamitische patiënten zijn doorgaans op de hoogte van de vrijstelling van het vasten in geval van ziekte. Velen zijn echter niet op de hoogte van het genoemde moderne standpunt inzake injecties.'

Soms gaan allochtone patiënten op zoek naar een alternatief naast (of ter vervanging van) de reguliere hulpverlening en doen een beroep op traditionele genezers. Het gebied van traditionele geneeswijzen is zeer breed; er zijn tal van soorten traditionele genezers. Menige huisarts zal niet op de hoogte zijn van de fitnesses van de aanpak van de Marokkaanse fqih, de hindoestaanse odhja (geestenbezweerder), de creoolse bonuman of wisiman, om slechts enkele voorbeelden te noemen uit dit rijk geschakeerde gezelschap. De huisartsen op de conferentie waren eensluidend van oordeel dat hij het wel moet wéten als zijn patiënt ook een of meer alternatieve behandelaars frequenteert. Dat kan maar op één

manier, zo bleek: door er simpelweg open en eerlijk over te praten. Op de conferentie pleitte een aantal huisartsen voor een betere samenwerking tussen de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg en de traditionele genezers.

Geneesmiddelengebruik

Een in 1998 gehouden inventarisatie door de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening²⁴ laat zien dat allochtonen tweemaal zoveel geneesmiddelen gebruiken als autochtonen. Misverstanden en taalproblemen vormen obstakels voor een zorgvuldig geneesmiddelengebruik. Allochtone patiënten hebben vaak hoge, soms té hoge verwachtingen van geneesmiddelen.

De meeste allochtonen in Nederland komen van het platteland in hun land van herkomst. Vaak zitten er lacunes in hun kennis van het gebruik en de werking van voorgeschreven medicatie. Allochtonen gebruiken niet alleen meer geneesmiddelen, bij velen leeft ook het idee dat er tegen elke kwaal een middel bestaat. In het land van herkomst was men namelijk gewend dat vrijwel elk consult werd afgesloten met het voorschrijven van een geneesmiddel.

Op de lijst van specifieke geneesmiddelengroepen die veel gebruikt worden door allochtone patiënten staan pijnstillers (zeer veel paracetamol) op de eerste plaats. Gezien het hoge gebruik van analgetica (NSAID's) is de interactie met andere geneesmiddelen een aandachtspunt.

Turkse patiënten gebruiken veel maag-darmmedicatie. Marokkanen, Surinamers en Antilliaanse mannen kennen een hoog gebruik van antidepressiva/antipsychotica. Diabetes type 2 komt het meest voor bij Marokkanen en Surinamers (Hindoestanen).

Knelpunten

In de vakantieperiode worden er regelmatig geneesmiddelen meegenomen uit het land van herkomst. Niet zelden gaat het daarbij om geneesmiddelen die in Nederland niet toegestaan zijn of die hier alleen op recept verkrijgbaar zijn. In Turkije en Marokko zijn veel geneesmiddelen, al dan niet legaal, zonder recept verkrijgbaar.

Bovendien bezoeken veel allochtone patiënten niet alleen een Nederlandse arts, maar ook – voor dezelfde ziekte – een arts in het land van herkomst, waarna ze de in beide landen voorgeschreven geneesmiddelen gelijktijdig gebruiken. De Nederlandse arts is niet altijd van deze polyfarmacie op de hoogte. Soms is het moeilijk om erachter te komen welke medicijnen een patiënt nu precies gebruikt.

Er zijn meer knelpunten: veel allochtone patiënten hebben niet alleen vaak hoge verwachtingen, maar ook verkeerde. Zo meent men nogal eens dat een snelwer-

kend medicijn een goed medicijn is, omdat het de klachten snel verhelpt. Hoe meer geneesmiddelen, hoe beter, is een andere misvatting. Of: hoe duurder, hoe beter. Ook komt het voor dat patiënten elkaars geneesmiddelen gebruiken, of medicijnen die over zijn, geven aan een familielid die vergelijkbare klachten heeft.

Als een patiënt gewend is aan een snelle, symptomatische behandeling in het land van herkomst, bestaat de kans dat hij stopt met het gebruik van het geneesmiddel als hij te lang op resultaat moet wachten, bijvoorbeeld bij een antihistaminicum. Of het kan gebeuren dat hij er juist meer van gaat gebruiken. Het voortijdig stoppen als de klachten over zijn, komt ook voor. Zo worden bijvoorbeeld antibioticakuren nogal eens niet afgemaakt.

Soms speelt een rol dat voorgeschreven medicatie bij allochtone patiënten niet of anders werkt of dat er onbekende bijwerkingen zijn. De oorzaken hiervoor kunnen liggen in de biologische variaties tussen etnische groepen. Een zwarte huid reageert soms anders op zalf dan een witte. Het verschijnsel van donkere vlekjes op het ooglid, is een ander voorbeeld. Bij blanken duiden deze op een bepaalde ziekte. Bij zwarten is het vaak niet meer dan een onschuldige opeenhoping van pigment. Naar die verschillen is nog weinig onderzoek gedaan. Toch is het belangrijk om hier in de huisartspraktijk rekening mee te houden.

Het feit dat het merendeel van de medicijnen wordt uitgetest op witte mannen, kan ook een rol spelen. Zo is onderzoek naar aids in de beginjaren van de epidemie vooral gedaan onder witte Amerikaanse homoseksuele mannen. De onderzoekers namen voetstoots aan dat hun bevindingen ook geldig waren voor vrouwen en voor andere etnische groepen. Dit had bijvoorbeeld tot gevolg dat aids bij vrouwen vaak veel later dan bij mannen herkend werd. Pas na de beginjaren van de epidemie werd de diagnose aids uitgebreid met een aantal typisch vrouwelijke ziekteverschijnselen.

Soms sturen ouders die zelf niet goed Nederlands spreken een kind naar de apotheek om geneesmiddelen te halen. Zeker als het gaat om medicijnen voor meerdere gezinsleden of meerdere medicijnen voor één persoon, is het risico op vergissingen dan niet uitgesloten.

Sommige toedieningsvormen, zoals het gebruik van zepillen of vaginale crèmes, kunnen op weerstand stuiten. Religieuze voorschriften beïnvloeden in sommige gevallen de therapietrouw. Tijdens de ramadan, de vastenmaand, kan het gebeuren dat een patiënt met hoge bloeddruk besluit om de dosis van overdag over te slaan of te verschuiven. Een gelovige islamiet voor wie alcoholgebruik taboe is, zal verre blijven van geneesmiddelen waarvan de geur of smaak zweemt naar alcohol. Tot slot een probleem waar ook veel autochtone patiënten mee kampen: moeilijk leesbare, ontoegankelijke bijsluiters.

'Als het om medicijnen gaat, is het in Marokko beter. Veel medicijnen die ik daar gekocht en uitgetest heb, hadden een goed resultaat. Ik heb het er niet met mijn huisarts over gehad dat sommige medicijnen uit Marokko wel werken en wat hij voorschrijft niet. Misschien zou hij zeggen dat het te maken heeft met het weer, dat het weer daar beter is dan hier.'

Uit: 'Zolang ik leef, kan ik ook nog beter worden', door Godelieve van Hugte en Renée Smulders ²⁵.

Voorlichting als instrument

Onzorgvuldig of onjuist medicijngebruik wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat de informatie ontoereikend of niet duidelijk genoeg is. Goede communicatie en voorlichting zijn dus erg belangrijk. Onderzoeker Leyla Köseoğlu, die in 1998 voor de Stichting DGV een inventarisatie maakte van het geneesmiddelengebruik onder allochtone patiënten, zet op een rijtje aan welke voorwaarden mondelinge voorlichting over medicijngebruik moet voldoen, wil ze effectief zijn ²⁶:

- aanpassing aan de individuele patiënt;
- motiveringskracht;
- mogelijkheid tot feedback;
- tweerichtingsverkeer;
- attent zijn op verbale én non-verbale aspecten.

Naast individuele voorlichting blijkt groepsvoorlichting in de eigen taal en cultuur (VETC) een probate methode om allochtone patiënten zorgvuldiger met geneesmiddelen te laten omgaan. In groepsbijeenkomsten kunnen behalve het doelmatig geneesmiddelengebruik ook andere onderwerpen aan de orde komen, zoals alternatieven voor geneesmiddelengebruik (zelfzorgmiddelen, gezonde voeding, ontspanning), het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid, het verminderen van de medische consumptie en het vergroten van de basiskennis over ziekte, gezondheid en geneesmiddelengebruik.

Tip:

De ruimte op het etiket is beperkt; de boodschap is niet altijd duidelijk. Informatie blijkt nogal eens verkeerd te worden geïnterpreteerd. Vermijd daarom ingewikkelde gebruiksinstructies: in plaats van '3 x daags', liever '3 keer per dag' of 's ochtends', 's middags en 's avonds';

in plaats van 'zo nodig', liever 'als het nodig is' (eventueel 'bij pijn', 'bij hoesten' of 'bij braken');

in plaats van 'maximaal', liever 'niet meer dan';

in plaats van 'kuur afmaken', liever 'doorgaan tot het op is';

in plaats van: 'dit middel kan de rijvaardigheid beïnvloeden', liever 'beter niet autorijden, want u kunt slaperig worden'.

Over medicijngebruik bestaat het nodige voorlichtingsmateriaal, verkrijgbaar bij het NIGZ te Woerden. Een greep hieruit:

- videofilm *'De bittere pil'*, een videofilm in de eigen taal over geneesmiddelengebruik;
- tweetalige brochures voor Turkse en Marokkaanse patiënten over onder andere: algemene voorschriften voor tabletten, capsules, poeders, drankjes, middelen voor oor, oog en neus en voor vaginale en rectale toediening;
- brochure *'Spanningen en kalmerende middelen'*;
- brochure *'Slaap en slaapmiddelen'*.

Tot slot

Is zorg niet altijd intercultureel?

Petra van Mechelen van Forum stelt in 'Interculturele zorg: een theoretisch kader' een boeiende vraag²⁷. Zijn er niet altijd fundamentele culturele verschillen tussen zorgverlener en patiënt? Gaapt er niet altijd in zekere zin een kloof tussen beiden, zelfs als ze een vergelijkbare culturele achtergrond hebben? Van Mechelen meent van wel: 'Oorzaak hiervan is de beroepsopleiding van de zorgverlener. Wanneer een willekeurig individu een dergelijke opleiding volgt, wordt hij als het ware opnieuw 'gesocialiseerd in de zorgverlenerscultuur'. Door het andere niveau van confrontatie met gezondheid en ziekte verandert de zorgverlener zijn oorspronkelijke opvattingen en ideeën hierover. Daardoor ontstaat een kloof tussen zorgverlener en zorgontvanger. Hebben beiden een andere etnische achtergrond, dan is deze kloof alleen maar groter.'

In tegenstelling tot veel andere zorgvoorzieningen heeft de huisartspraktijk een lage drempel voor allochtone patiënten. Daardoor kan de huisarts een spilfunctie vervullen bij preventie, diagnose, behandeling en begeleiding. Onder het motto 'een goed begin is het halve werk' kan worden gesteld dat de huisarts een belangrijke en positieve rol kan spelen in het minimaliseren van gezondheidsverschillen tussen allochtone en autochtone patiënten.

Bovendien kan een adequaat aanbod vanuit de eerste lijn met name voor allochtone patiënten preventief werken, het beroep op de tweede lijn verminderen en zo kostenbesparend werken. Met andere woorden: een kwalitatieve invulling van de functie van huisarts als 'poortwachter voor allochtone patiënten' is op meerdere niveaus belangrijk.

Maatregelen ter verbetering van de zorgverlening aan allochtonen kunnen overigens ook voor andere groepen patiënten in achterstandssituaties zeer bruikbaar zijn.

Een multiculturele patiëntenpopulatie vraagt om een gevarieerd zorgbeleid. Individuele huisartsen ontwikkelden met veel inventiviteit en creativiteit werkwijzen die aansluiten op de mogelijkheden en beperkingen van hun patiënten. Deze publicatie onthult een stukje van die verborgen kwaliteit van de multiculturele huisartspraktijk.

Huisartsen hoeven het echter niet alleen te doen. De gezamenlijke benadering

van de Haagse STIOM (Stichting ter ondersteuning van maatschappelijke gezondheidszorg in stadsdeel Centrum) is een goed voorbeeld van een structurele en systematische aanpak van de problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een groter deel van de middelen voor achterstandsgebieden van het Ministerie van VWS zou besteed kunnen worden aan deskundigheidsbevordering en interculturalisatie van de huisartspraktijk. Wat meer aandacht voor het overbruggen van cultuurverschillen in de opleiding tot huisarts zal de interculturalisatie van de huisartspraktijk stimuleren.

De ontwikkeling en implementatie van de functie van allochtone zorgconsulent kan een impuls geven aan de kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg in multiculturele stadswijken.

De zorgconsulent versoepelt de communicatie tussen patiënten en de huisarts. Ze kan de hulpvraag verduidelijken en samen met de patiënt de hulpbehoefte formuleren. Ze overbrugt cultuurverschillen en vormt zo een verbindende factor tussen huisarts en allochtone patiënt.

De neiging bestaat om problemen in de zorgverlening aan allochtone zorggebruikers te reduceren tot tekortkomingen van de patiënten zelf. Vanuit die optiek zou gezondheidsvoorlichting hét instrument zijn waarmee alle problemen kunnen worden opgelost. Maar echte verbetering van de kwaliteit van de zorg aan allochtonen kan alleen tot stand komen als ook de zorgverleners beter toegerust worden. We hopen dat deze publicatie hier een steentje aan heeft bijgedragen.

Noten

1. CBS, 1991; GGD R'dam, 1998, Weide & Foets, 1997, 1998a.
2. Weide, Foets 1998b.
3. CBS, 1991; GGD R'dam, 1998, Van Wieringen e.a., 1999.
4. Van Dijk, 1990.
5. Van Dijk, 1990, Vink, 1994.
6. Luijten & Tjadens, 1995.
7. Weide & Foets, 1998b, 1998c.
8. VPRO Radio, 1999.
9. Shadid, 1998, pg. 260.
10. Hofstede, 1991.
11. VPRO Radio, 1999.
12. Cock & van de Pieteman, 1999.
13. Kraetzer & Erp, 1997.
14. Ho Suie Sang, 1999.
15. Ho Suie Sang, 1999.
16. Kroesen 1998, bijlage 8.
17. Kroesen, 1998.
18. Nederlands Centrum Buitenlanders/Rutgersstichting, 1997.
19. Van Es, 1995, de Graaff, 1995.
20. Van Mechelen, 1996.
21. Boyle & Andrews, 1998.
22. VPRO Radio, 1999.
23. Shadid, 1998, pg. 255.
24. Köseoğlu, 1998.
25. Van Hugte en Smulders, 1997.
26. Köseoğlu, 1998.
27. Van Mechelen, 1996.

Literatuur

- Avezaat, J., Smulders R. *Huisartsenzorg: de multiculturele huisartsenpraktijk anno 1996*. In: Haveman H.B., Uniken Venema P. (red). *Migranten en gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996: 145-56.
- Bellaart, Hans, *De multiculturele huisartspraktijk; Huisartsen in achterstandswijken hebben ondersteuning nodig*. In: Tijdschrift Vitale Stad, Pag. 20-21, Jaargang 2, nummer 6, juni 1999.
- Boyle, J.S., Andrews M.M. *Transcultural concepts in nursing care*. London: Scott, Foresman & Co. 1998.
- Bruynzeels, M.A., T. de Hoop en A.J.J. Voorham, *Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk in Rotterdam- Zuid; Een evaluatieverslag van een pilotfase*, GGD Rotterdam, 1998.
- Bureau Onderzoek en Statistiek Gemeente Haarlem, *Gezondheidsvoorlichting voor migrantenvrouwen in Haarlem*. Een evaluatie van het project gezondheidsvoorlichting in de eigen taal voor Turkse en Marokkaanse vrouwen, Gemeente Haarlem, 1996.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *De gezondheidsenquête onder Turkse ingezetenen in Nederland 1989/1990*. 's-Gravenhage: SDU/CBS-publikaties, 1991.
- Cock, R. de, Pieterman F. van de. *Interculturele communicatie*. In: Checklisten Personeelsmanagement, afl. 25., Deventer, Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1999.
- Dijk, R. van. *Gezondheid en gezondheidszorg*. In: Entzinger H.B., Stijnen P.J.J. *Etnische minderheden in Nederland*. Heerlen: Open Universiteit, 1990.
- Es, D. van. *De migrant als patiënt*. Een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- Gelauff-Hanzon, C., C. Keune en S. Tan, *Paraprofessionals: pioniers of pionnen? Een onderzoek naar voorwaarden voor een optimale inzet*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, 1999.

GG & GD Amsterdam, *Evaluatieonderzoek naar de impact van het inzetten van Voorlichters eigen taal en cultuur (VETC) in de eerstelijnszorg volgens huisarts en patiënt*, Amsterdam, 1999.

GGD Rotterdam. *De gezondheid van Marokkanen in de randstad*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., Sector Gezondheidsbevordering, 1998.

GGD/MZ Den Haag, *Migrantenvoorlichtster in Nieuw Schilderswijk*; onderzoek naar de meerwaarde van de aanstelling van een Turkse voorlichtster in een gezondheidscentrum in de Schilderswijk Den Haag, Afdeling GVO, Den Haag, 1995.

GGD/MZ Den Haag, *Het project migrantenvoorlichtster geëvalueerd vanuit het perspectief van de hulpverleners*, Den Haag, 1996.

GGD/MZ Den Haag, *Brugwerkers: migrantenvoorlichtster en migrantengastvrouw; evaluatie vanuit drie perspectieven: cliënt, hulpverlener, brugwerker*, Den Haag, 1998.

GGD Rotterdam, *De gezondheid van Marokkanen in de Randstad*, GGD Rotterdam e.o., 1998.

Graaff, F. de, *Zorg aan Buitel'anders?'*. Deel van mijn vak, Utrecht, BVGB(nu NIGZ)/Federatie Surinamers(nu FORUM), 1995.

Ho Suie Sang, Martin, *De vinger op de zere plek*; Voorlichter slaat brug tussen arts en patiënt. In: Contrast, jrg. 6, nr. 18, 3 juni 1999.

Hofstede G., *Allemaal andersdenkenden: omgaan met cultuurverschillen*, Contact, Amsterdam, 1991.

Hoop, Tine de, *Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk: dat praat makkelijk!* In: Factsheet, GGD Rotterdam, april 1999.

Hugte, G. van, Smulders R. *'Zolang ik leef, kan ik ook nog beter worden'*. Chronisch zieke oudere Turken en Marokkanen. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1997.

Kalmeijer-Mesker, C., L. Hamstra-Bletz en W. Wolters. *Communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten in het ziekenhuis*. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1995.

Knipscheer J.W., Kleber R.J. *Geestelijke gezondheidszorg in een multiraciale huisartspraktijk*. Gezondheidsklachten, verwijzingen en knelpunten. In: Gedrag & Gezondheid 1994, 22.5.

- Köseoğlu, Leyla, *Allochtonen en Geneesmiddelengebruik*; basisdocument, Utrecht, Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening, 1998.
- Kraetzer S., Erp R. van *Dialogo tussen huisartsen en migranten*. Den Haag: GGD/Afdeling GVO, 1997.
- Kroesen, Margreet, *Allochtone zorgconsulenten in Utrecht*; een haalbaarheidsstudie, Schakels, Utrecht, 1996.
- Kroesen, M., *Allochtone Zorgconsulent: Een brug tussen hulpverlener en cliënt*. Eindrapportage van het project Allochtone Zorgconsulenten, Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform, Utrecht, 1998.
- Leeflang R.L.I. *Zoeken naar gezondheid: hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse herkomst*. Leiden: LIDESCO, 1994.
- Luijten M.C.G., Tjadens F.L.J. *Huisartsen in achterstandswijken*. De werklust in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Leiden: Research voor Beleid, 1995.
- Mechelen, P.M. van, *Interculturele zorg: een theoretisch kader*. In: Handboek Interculturele Zorg, III 1.1-1 – 1.1-32. Maarssen, De Tijdstroom, 1996.
- Meyers, T.A., *Kwalitatieve eindevaluatie project allochtone zorgconsulenten in Utrecht*, Stafbureau dienst Welzijn, Economie en Bestuur, sectie Informatie en Onderzoek, Gemeente Utrecht, 1998.
- Nederlands Centrum Buitenlanders, Rutgers Stichting regio Noord-Holland, *De huisarts en zorgverlening aan Turkse en Marokkaanse vrouwen op het terrein van seksualiteit en geboorteregeling*. Utrecht/Amsterdam, 1997.
- NIGZ, *Tien jaar voorlichting in de eigen taal en cultuur over gezondheid en opvoeding*, Woerden, 1998.
- Nijhuis, H.G.J., T. van der Maat e.a. (red.), *Moderne Public Health in Den Haag*, Gemeente Den Haag, Dienst OCW, 1999.
- NRV, *De zorgconsulent, Advies over tussenpersonen in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 1995.
- Opschoor, A., en M.J. Danz, *Een migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum*, in: Epidemiologisch Bulletin, 1997, jrg. 32, nr. 1, p. 14-17.

- Project Migrantenvoorlichting in de eerstelijns; *gezondheidsvoorlichting voor en door migranten in de Haagse achterstandswijken*, Den Haag, 1997.
- Rijkschroeff B.R., The G.T. *Samen gezond: ervaringen van migranten met de gezondheidszorg in Nederland*. Capelle a/d IJssel: Labyrint Publication, 1992.
- Roelofs, Nicolette, *Eindevaluatie van het gezondheidsvoorlichtingsproject voor migranten*, Almere, 1996.
- Shadid W.A. *Grondslagen van interculturele communicatie*. Studieveld en werkerterrein. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghem, 1998.
- Ven, J. van der. 'Werken in een nette wijk lijkt me slopend', in VWS Bulletin, 19 maart 1999, p. 19-20.
- Verrept, H., *Evaluatie van het project 'Interculturele Bemiddelaars in de Gezondheidszorg'*, Vrije Universiteit Brussel, faculteit medisch-sociale wetenschappen, proefschrift, 1995.
- Vink A. *Met lege handen: klachten en vragen van allochtonen over de gezondheidszorg*. Utrecht: PC/CP, 1994.
- Voorham, A.J.J. en P.M. van Haastrecht, *Gezondheidsbevordering gekleurde samenleving, motor voor verandering*, in: H. Haveman en P. Uniken Venema (red): *Migranten en Gezondheidszorg*, Bohn Stafleu Van Loghem, Houten, 1996.
- VPRO Radio 5-documentaire, opgenomen in de praktijk van huisarts Harry Willems, uitgezonden op 8 en 15 juni 1999, (geluidscassette) VPRO, Hilversum, 1999.
- Weide M.G., Foets M. *Migranten en de huisarts: bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht*. Ts. Soc Gezondheidszorg 1997; 75: 4-12.
- Weide M.G., Foets M. *Migranten in de huisartspraktijk: andere klachten en diagnoses dan Nederlanders*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1998a; 142:2105-2109.
- Weide M.G., Foets, M. *Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk*. Huisarts Wet 1998b; 41:179-83.
- Weide M.G., Foets M. *Migranten op het spreekuur van de huisarts: inhoud en duur van het consult*. TSG, Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 1998c; 76:305-310.
- Wieringen, J.C.M. van, M.A. Bruijnzeels en J.A.M. Harmsen, *Interculturele communicatie in de huisartspraktijk*. Centrum voor migratie en gezondheid van het kind, WKZ Utrecht, 1999.

Adressen

FORUM, Instituut voor multiculturele ontwikkeling

Postbus 201

3500 AE Utrecht

Tel: 030-2974321

Fax: 030-2960050

Website: www.forum.imo.nl

NIVEL

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

Tel: 030-2729700

Fax: 030-2729729

Website: www.nivel.nl

69

*NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering
en Ziektepreventie*

Postbus 500

3440 AM Woerden

Tel: 0348-437600

Fax: 0348-437666

Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV)

Churchillaan 11

3527 GV Utrecht

Tel: 030-2916216

Fax: 030-2962912

STIOM Project

Trees van der Maat

Gezondheidscentrum De Rubenshoek

Tenierstraat 13

2526 NX Den Haag

Tel: 070-3889408

