

Valkuilen in de multiculturele huisartspraktijk: het 'stille' gesprek

Dr. L. Meeuwesen, psycholoog¹; dr. J.A.M. Harmsen, huisarts²

¹Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht; Onderzoekschool 'Psychology & Health', Utrecht. ²Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Als gevolg van wereldwijde migratie komen tegenwoordig steeds meer patiënten van verschillende etnische afkomst en andere culturele achtergrond op het spreekuur van de huisarts. In Nederland is ongeveer 20% van de bevolking afkomstig uit een ander land. De grootste groep (14%) is niet-westers (zoals Surinaams, Turks, Marokkaans) en ongeveer 6% komt uit andere westerse landen. Deze 'interculturele' medische contacten zijn niet zelden gecompliceerd, vooral vanwege taal- en cultuurbarrières.^{1,2} Er kunnen misverstanden ontstaan door verschillen in opvattingen, percepties en verwachtingen. De hindernissen hebben gevolgen voor de arts-patiëntcommunicatie, hetgeen leidt tot minder tevreden patiënten. Er kunnen diagnoses worden gemist of patiënten zullen zich minder gemakkelijk aan de voorschriften houden. Dit alles leidt uiteindelijk tot minder effectieve gezondheidszorg.^{3,4}

Inleiding

Er bestaat een ongelijkheid, zowel in de toegang tot de zorg als in de gezondheidseffecten als gevolg van de etnische achtergrond, van met name niet-westerse patiënten in vergelijking met de Nederlandse groep. Kort gezegd komt het erop neer dat deze groep patiënten lang niet altijd de zorg ontvangt waar ze recht op heeft. Hoewel goede communicatie essentieel is bij het verlenen van de juiste zorg aan niet-westerse patiënten, is hier nog weinig onderzoek naar gedaan. Daarom zette Hans Harmsen, zelf huisarts in een multiculturele wijk in Rotterdam, een project op over deze communicatiekloof: hoe groot is het probleem, wat zijn de oorzaken, hoe kan de situatie worden verbeterd? Enige tijd later voegden Ludwien Meeuwesen, Barbara Schouten en Fred Tromp zich bij het onderzoeksteam. Omdat het niet alleen een Nederlands probleem is, hebben de onderzoekers tevens een Europees overleg opgericht om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren.

Meerjarenproject

Harmsen heeft in Rotterdam 38 huisartsen met een multiculturele patiëntpopulatie uitgebreid geïnterviewd. Deze huisartsen hebben tezamen 986 consultgesprekken op videoband opgenomen, van 375 niet-westerse (meestal

uit Turkije, Marokko, Suriname, Antillen, Kaapverdië) en 611 westerse patiënten. Ook alle patiënten werden uitgebreid geïnterviewd, thuis en in de taal van hun voorkeur. Vervolgens werd het effect van een interventie – gericht op het vergroten van de interculturele competenties van zowel huisarts als patiënt – nagegaan in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. De toepassing van deze verschillende onderzoekstrategieën heeft een schat aan informatie opgeleverd.³ Hoe staat het met de culturele diversiteit in verwachtingen die patiënten hebben? Hoe denken ze over hun klachten? Wat verwachten ze van de dokter? Begrijpen ze elkaar wel goed? Wat zijn de valkuilen in de communicatie? Waar en hoe valt er winst te behalen?

Begrip tussen patiënt en huisarts

Goed wederzijds begrip tussen arts en patiënt is essentieel voor kwalitatief goede zorg. Wederzijds begrip is de kennis die de arts en de patiënt van elkaars opvattingen over de klacht hebben. Het gaat er dus niet zozeer om dat ze het eens zijn met elkaar, maar wel dat ze elkaars opvattingen en standpunten begrijpen en daar ook blijk van geven. In een multiculturele setting is de kans groter dat beide gesprekspartners van elkaar verschillen in opvattingen over de gezondheidsklachten en de behandeling. Interviews met de betrokkenen na afloop van een specifiek consult gaven veel inzicht in de opvattingen over de klacht, de ziekte, enzovoort.⁵ Een multicultureel en multidisciplinair expert-panel vergeleek de antwoorden van zowel arts als patiënt op vragen over het consult, hetgeen een betrouwbare en valide maat over dit wederzijds begrip opleverde. Harmsen constateerde dat het wederzijds begrip beter is bij autochtonen, bij jongeren, bij mensen met een hogere opleiding, en bij een betere taalbeheersing. Een groter wederzijds begrip leidde bovendien tot grotere tevredenheid met het consult. Het bleek dat bij bijna de helft van de contacten tussen de huisarts en allochtone patiënten (46%) sprake was van slecht wederzijds begrip; bij de Nederlandse patiënten ging het om een derde (34%). De eerste conclusie is dat er duidelijk sprake is van een communicatiekloof, en dat die kloof aanzienlijk is.

Taalbarrière

Simpelweg het feit dat de patiënt het Nederlands niet (voldoende) beheerst kan al een fikse belemmering vormen.

Ruim de helft van alle allochtone patiënten (53%) vond dat ze het Nederlands niet goed of matig beheersten.³ Deze groep is ook het minst te spreken over de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie en over uitleg over wat ze mankeren en over medicijnen, en de wijze waarop verwijzingsverzoeken worden afgehandeld. Achttien procent blijkt een familielid of bekende mee te nemen om te tolken, en dat hangt niet samen met de mate waarin ze de Nederlandse taal beheersen. Ook patiënten die zeggen de taal goed te beheersen, nemen dus regelmatig iemand mee om te 'tolken' of te 'mediëren'. Van professionele tolken, via de telefoon, wordt in de praktijk sporadisch gebruikgemaakt.

Cultuurbarrière

Naast taalbarrières spelen tegelijkertijd ook verschillen in culturele opvattingen een rol. Als je weet hoe mensen denken over belangrijke waarden en normen, dan kun je daar als zorgverlener gemakkelijker op anticiperen. Derhalve werd een vragenlijst over culturele opvattingen ontwikkeld en gevalideerd. Deze bevatte 20 vragen over rolpatronen tussen mannen en vrouwen, over individualisme en collectivisme, en over religieuze en seculiere opvattingen.⁶ Op grond hiervan werd een continue schaal geconstrueerd, oplopend van traditioneel (1) naar modern denkend (9), waarmee relatief eenvoudig een idee te krijgen is over iemands culturele opvattingen. Deze schaal differentieerde sterk tussen patiëntgroepen: de opvattingen van Marokkaanse en Turkse patiënten hielden het midden tussen traditioneel en modern (gemiddeld 4,5 en 4,7), terwijl de Nederlandse patiëntengroep meer moderne opvattingen heeft (gemiddeld 7), evenals de Surinaamse en Antilliaanse patiëntengroep (6 en 6,3) en de Kaapverdianen (5,8), zij het in mindere mate. Ook hier zien we interessante verbanden: patiënten denken moderner naarmate ze hoger zijn opgeleid, beter Nederlands spreken en jonger zijn. Zoals te verwachten was, denken religieus ingestelde mensen traditioneler.

Overigens zijn allochtone patiënten met moderne ideeën doorgaans het meest kritisch over de communicatie met de huisarts (kennis van de dokter over culturele verschillen in gezondheidsproblemen, diens bereidheid informatie in de eigen taal te verschaffen of een tolk in te schakelen). Daartegenover staat dat 20% van de traditioneel denkende

patiënten aangeeft last te hebben van vooroordelen vanwege hun achtergrond; slechts 5% van de modern denkenden is die mening toegedaan.⁷

Moderne patiënten: beter begrip

Hoe moderner patiënten denken, des te groter de kans op goed wederzijds begrip tussen arts en patiënt is ($r=.15$; $p<0,001$). Dit is sociaal-psychologisch goed te verklaren: mensen met een overeenkomstig gedachtegoed zullen zich in het algemeen eerder tot elkaar aangetrokken voelen, hetgeen de communicatie zal vergemakkelijken. Omdat Nederlandse huisartsen doorgaans moderner zullen denken, zal het ook voor hen wat makkelijker zijn te communiceren met gelijkgestemde patiënten. Dit betekent dus dat er dient te worden geïnvesteerd in het verbeteren van de communicatie met patiënten die cultureel gezien verschillend denken. Voordat we ons bezighouden met de vraag naar verbetering, is het eerst belangrijk stil te staan bij hoe de communicatie feitelijk verloopt.

Verloop van communicatie op spreekuur

'Non-engagement' in de VS

Tot nu toe zijn er maar een handvol observatieonderzoeken gedaan naar cultuurverschillen in de medische communicatie, vooral in de Verenigde Staten.^{1,8} Hieruit komt steevast een beeld naar voren dat de (overwegend westerse) artsen minder affectief zijn bij patiënten uit minderheids-groepen dan bij blanke westerse patiënten: ze zijn minder uitnodigend, steunend, reflecterend, en er is minder 'social talk'. Ook komen psychosociale aspecten van de klacht veel minder aan bod. Patiënten van etnische minderheids-groepen zijn verbaal op hun beurt minder expressief en minder assertief en affectief dan westerse patiënten. De communicatie resulteert dan niet zelden in een vorm van 'non-engagement', wat leidt tot de nodige misverstanden, met alle gevolgen van dien. De oorzaken hiervan worden tot nu toe vooral gezocht in culturele en talige barrières, zoals hierboven ook al is aangegeven.

Geen extra tijd, minder empathie

Hoe is de situatie in Nederland? Analyse van de Rotterdamse data laat het volgende beeld zien.^{9,10} Hoewel huisartsen de communicatie met allochtone patiënten als moeizaam

Kernpunten

- Er is sprake van een aanzienlijke communicatiekloof tussen de allochtone patiënt en huisarts.
- Professionele tolken worden in de praktijk nauwelijks ingezet.
- Kennis van waarden en normen van de patiënt is voor een arts nuttig in het contact.
- Artsen blijken geen extra tijd te reserveren bij communicatieproblemen met patiënten met een andere culturele achtergrond.
- Bij meningsverschillen zijn allochtone patiënten juist coöperatief of ze vallen zelfs stil.
- Een cursus interculturele communicatie verkleint de communicatiekloof tussen arts en patiënt.

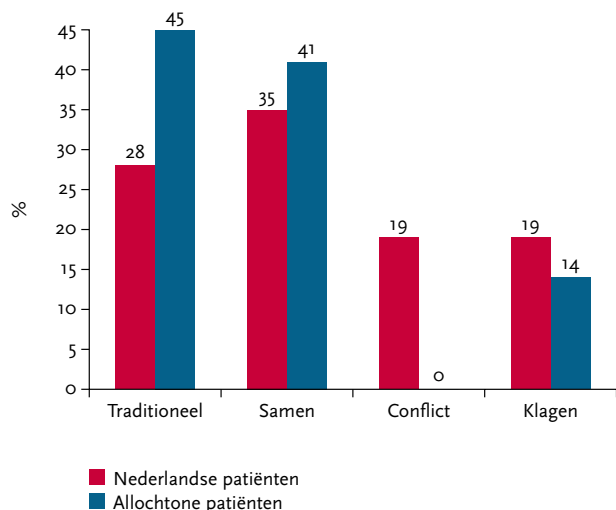
en emotioneel veeleisend ervaren, duren deze consulten met allochtonen gemiddeld twee minuten korter dan met autochtonen; voor de Turkse/Marokkaanse groep is het verschil zelfs drie minuten. De dokters compenseren deze communicatieproblemen dus niet door wat extra tijd te reserveren voor het gesprek, integendeel. Ook de Nederlandse huisartsen zijn minder empathisch bij allochtonen: ze zijn vooral bezig met het verzamelen van informatie en pogingen om de patiënt zo goed mogelijk te begrijpen (samenvatten, vragen om verheldering). Ze geven zelf ook veel informatie. Verder zijn ze geneigd om harder te gaan praten bij het geven van uitleg en sneller naar de pc te grijpen.

Omdat de gesprekken bij Nederlandse patiënten langer duren, kunnen zij ook meer vertellen over klachtgerelateerde kwesties en de arts geeft meer informatie. Nederlandse patiënten gedragen zich over het algemeen assertiever, allochtone patiënten stellen minder vragen en opperen minder snel hun ideeën over de diagnose.¹⁰ Verzoeken voor alternatieve behandeling lieten overigens geen verschillen zien tussen de twee groepen. Hoe begrijpend de huisarts zich opstelt (zoals door het tonen van overeenstemming en een begrijpend 'hm'), des te groter is de kans op actievere participatie van beide patiëntgroepen. Patiënten zullen dan meer directe vragen stellen of vragen om toelichting. Maar andersom geldt ook: hoe actiever de patiënt communiceert, des te begrijpend zal de arts zijn. De arts en de patiënt beïnvloeden elkaar over en weer. Immers, een gesprek komt tot stand door actieve deelname van beiden.

Het 'stille gesprek'

Alles overziend blijkt de machtsafstand tussen arts en patiënt groter te zijn bij allochtone patiënten dan bij Nederlandse patiënten (zie *figuur 1*).¹¹

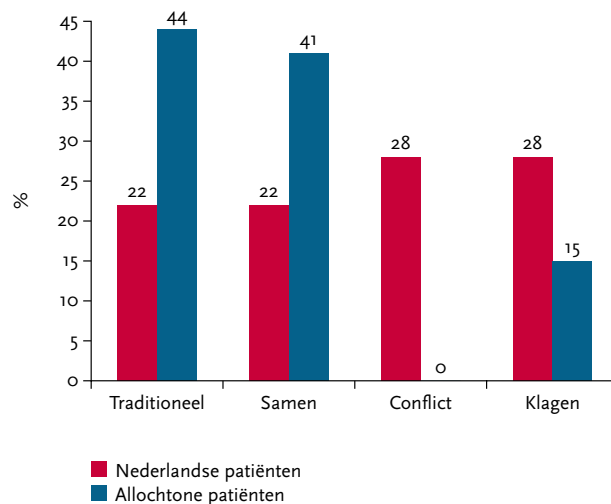
Figuur 1
Medische gesprekstypen en culturele achtergrond patiënt



Vier gesprekstypen

De gesprekken konden in vier typen worden onderverdeeld: 1) een traditioneel patroon, met klassieke gezagsverhoudingen, waarbij de arts het heft stevig in handen heeft (37%), 2) het samenwerkingspatroon, waar sprake is van gelijkwaardige gesprekspartners (38%), 3) een conflictueus patroon, waarbij sprake is van verschillende agenda's (9%), en 4) het klaagpatroon, waar de patiënt, na aandringen, alsnog de ruimte krijgt om te klagen (in positieve zin) over de ongemakken (16%). *Figuur 1* laat duidelijke verschillen zien voor de twee patiëntgroepen. Terwijl de verschillende gesprekspatronen min of meer gelijk voorkomen bij de Nederlandse groep, zien we dat de allochtone groep vooral het traditionele of samenwerkingspatroon laat zien, terwijl het conflictpatroon geheel afwezig is. Deze verschillen komen versterkt naar voren wanneer het wederzijds begrip tussen arts en patiënt laag is (zie *figuur 2*).

Figuur 2
Medische gesprekstypen bij laag wederzijds begrip



Geen stennis

Terwijl Nederlandse patiënten bij een meningsverschil de nodige 'stennis' maken (conflictueus en klaagpatroon), zien we dat allochtone patiënten uiterst coöperatief zijn of juist 'stilvallen'. De vertrouwde hints van de assertieve patiënt krijgt de huisarts niet van de allochtone patiënt.¹¹ Een ogenschijnlijk snel en vlotjes verlopend gesprek met een allochtone patiënt zou dan een valkuil kunnen vormen voor de dokter. Het gesprek is snel ten einde, maar de kans is groot dat dezelfde patiënt binnenkort opnieuw een afspraak zal maken. Intuïtief voelt de huisarts wel aan dat het gesprek niet echt vlot verloopt. Ook al is het snel klaar, hij/zij blijft met een wat machteloos gevoel achter ('ik krijg hier de vinger niet achter') en de patiënt zal zich niet echt begrepen voelen. De *tabellen 1 en 2* bevatten gespreksfrag-

menten uit consulten van patiënten met pijn op de borst die de verschillen illustreren. Het lichamenlijk onderzoek heeft plaatsgevonden en de arts bespreekt zijn bevindingen.

Tabel 1

Allochtone mannelijke patiënt met pijn op de borst (laag wederzijds begrip)

| |
|---|
| A: het lijkt me geen astma, nee |
| P: nee |
| A: het zou een maagklacht kunnen zijn |
| P: ja |
| A: een hartklacht is niet waarschijnlijk omdat u bij inspanning helemaal geen last heeft, maar het is niet helemaal uit te sluiten |
| P: hm |
| A: ik wil in ieder geval eerst even een longfoto maken om te kijken hoe dat is |
| P: ja (arts geeft verdere uitleg) |
| A: en dit is een tabletje voor onder de tong, mocht het nou zo zijn dat die klachten alleen maar erger worden, dus je krijgt veel pijn op de borst, dan mag u ook wel een keer als u zit een tabletje onder de tong nemen, kijken wat het effect is, dus onder je tong laten smelten, als u veel pijn op de borst heeft |
| P: ja |
| A: ja? ik denk dat het niks zal doen, maar ja, laten we het toch maar even proberen |
| P: is goed |
| A: kijken of het enig effect heeft |
| P: oké |

Tabel 2

Nederlandse mannelijke patiënt met pijn op de borst (laag wederzijds begrip)

| |
|---|
| A: laten we beginnen met de pijn in je borst |
| P: heel erg, als ik mijn arm zo beweeg, wordt het erger, het is in de hartstreek |
| A: ik kan niets vinden, dus ik denk niet dat de problemen met het hart te maken hebben, het heeft vooral te maken met de verbinding tussen je ribben en het borstbeen |
| P: jawel ik |
| A: eerst was ik bang dat het iets ernstig zou zijn, maar ik kan echt niets vinden |
| P: toen ik bij de cardioloog was dacht hij dat het een hartklep zou kunnen zijn |
| A: ja (... geeft uitleg...) hier? |
| P: ja |
| A: hier? |
| P: ja hier |
| A: kijk het is echt de verbinding tussen de rib en je borstbeen |
| P: het heeft dus niets met mijn hartklep te maken |
| A: nee helemaal niet |
| P: hier doet het pijn |

In het eerste fragment verloopt het gesprek traditioneel, de arts leidt het gesprek en de patiënt volgt gedwee. In het tweede fragment hebben de arts en de patiënt verschillende agenda's, en verschillen ze ook over hoe daarover wordt gepraat.

Interventie interculturele communicatieve competenties

Een van de manieren om de communicatie te verbeteren is het vergroten van interculturele competenties van huisartsen én patiënten.¹² In het onderzoek van Harmsen kregen patiënten de gelegenheid een filmpje te bekijken in de wachtkamer, direct voorafgaand aan het consult, in de door hen gewenste taal. De belangrijkste boodschap was om hen directer te laten communiceren (vragen stellen, laten weten iets niet te begrijpen of het ergens niet mee eens te zijn). De huisartsen volgden een cursus interculturele communicatie, verspreid over vijf dagdelen. Naast reflectie over eigen cultureel bepaalde normen, opvattingen en communicatiestijl, werd kennis aangedragen over cultuurbepaalde verschillen in opvattingen en gedrag (inclusief communicatie), en werd praktisch geoefend in strategieën om de kloof in opvattingen en communicatiestijlen te overbruggen. Na twee weken kwam de groep weer bij elkaar om de tussentijdse ervaringen te bespreken en aanvullend advies te geven.

Meer begrip na cursus

Ten gevolge van deze interventie gingen de gesprekken langer duren: de huisartsen gaven meer informatie en adviezen, en toonden meer begrip, door vaker te 'hummen' en te parafraseren.¹³ Kortom, ze gaven nu evenveel aandacht aan de allochtone patiënt als aan de autochtone patiënt en legden beter uit. Dit resulteerde in een verbeterd wederzijds begrip en een iets toegenomen patiënttevredenheid.¹² Vooral de migrantenpatiënt die er gedeeltelijk traditionele en gedeeltelijk moderne opvattingen op nahield, bleek van de interventie te profiteren.

Conclusie

De hierboven geschetste handelwijze vormt een eerste stap op weg naar het beslechten van de interculturele communicatiekloof op het spreekuur. Ondanks de vele nog onbeantwoorde vragen, is medische interactie gebaat bij een cultureel sensitieve benadering om valkuilen te kunnen vermijden.¹⁴ Hiertoe stellen wij een driesporenbeleid voor. De eerste basisvoorwaarde is de beschikbaarheid van (professionele) tolken, als de patiënt (of arts) daar behoefte aan heeft. Een tolk kan de kwaliteit van de communicatie verbeteren en wordt door patiënten gewaardeerd.¹⁵ Verder dienen huisartsen cultureel sensitiever te worden. Ten slotte dienen patiënten te worden geïnformeerd over de werking van de Nederlandse gezondheidszorg. Gerichte training aan huisartsen in interculturele competenties en beter geïnformeerde patiënten dragen bij aan het verbeteren van diagnostiek en behandeling van een cultureel diverse patiëntpopulatie.

Literatuur

1. Schouten BC, Meeuwesen L. Culture and medical communication: A review of the literature. *Patient Educ Couns* 2006;64:21-34.
2. Suurmond J, Seeleman C. Shared decision-making in an intercultural context: Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient Educ Couns* 2006;60:253-9.
3. Harmsen JAM. When cultures meet in medical practice: Improvement in intercultural communication evaluated [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003.
4. Stronks K, Uniken Venema P, Dahhan N, et al. Allochtoon, dus ongezond? Een conceptueel model ter verklaring van de samenhang tussen etnische herkomst en gezondheid. *T Soc Gezondheidsz* 1999;77:33-40.
5. Harmsen JAM, Bernsen RMD, Meeuwesen L, et al. Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: Development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Educ Couns* 2005;59:171-81.
6. Harmsen JAM, Bernsen RMD, Meeuwesen L, et al. Cultural dissimilarities in general practice: Development and validation of a patient's cultural background scale. *J Immigrant and Minority Health* 2006;8:115-24.
7. Harmsen, JAM, Bernsen, RMD, Bruijnzeels MA, et al. Impact of culture on patients' evaluation of care in general practice. Submitted.
8. Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, et al. Patient centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Int Med* 2003;139:907-15.
9. Meeuwesen L, Harmsen J, Bernsen R, et al. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med* 2006;63:2407-17.
10. Schouten BC, Meeuwesen L, Tromp F, et al. Cultural differences in patient participation: The effect of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. Submitted.
11. Tromp F, Meeuwesen L, Schouten B, et al. Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? Submitted.
12. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, et al. The effect of an educational intervention on intercultural communication: Results of a randomised controlled trial. *Brit J Gen Practice* 2005;55:343-50.
13. Schouten B, Meeuwesen L, Harmsen JAM. The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in The Netherlands. *Patient Educ Couns* 2005;58:288-95.
14. Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *Am J Public Health* 2003;93:1713-9.
15. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Med Care Research and Review* 2005;62:255-99.

