

# **“Ik kan niet uitleggen wat ik bedoel en hij begrijpt mij ook niet”**

Ervaringen van migrantenpatiënten over de communicatie met artsen

Naam: Ayse Tastan

Studentnummer: 3792315

Scriptiebegeleidster: Ludwien Meeuwesen

Tweede lezer: Marit Hopman

Stage begeleidster: Maria van den Muijsenbergh

## **Samenvatting**

Door wereldwijde migratie neemt de diversiteit van de Nederlandse samenleving steeds meer toe. Dit betekent ook dat de diversiteit in de zorg toeneemt. Huisartsen krijgen steeds vaker een patiënt op consult die een andere culturele achtergrond heeft en de Nederlandse taal niet (voldoende) beheerst. Tussen deze patiënten en de huisarts kan er sprake zijn van cultuur- en taalbarrières, die de toegang tot de zorg en de kwaliteit van de ontvangen zorg vaak op een negatieve manier beïnvloeden.

De afgelopen jaren is er veel onderzoek gedaan naar de zorg voor deze migrantenpatiënten. Echter, er is weinig bekend over de ervaringen van deze patiënten zelf. Dit onderzoek heeft als doel om te achterhalen welke ervaringen migrantenpatiënten hebben met de communicatie met artsen over de cultuur- en taalbarrières, welke oplossingen zij prefereren voor de eventuele problemen en wat de rol van tolken hierbij is. Om dit te onderzoeken zijn er vijftien semi-gestructureerde interviews afgenomen bij migrantenpatiënten van Turkse afkomst.

Uit de interviews blijkt dat migrantenpatiënten tevreden zijn over de relatie met de huisarts en de affectieve vaardigheden van de arts. Over het consult zelf en de instrumentele vaardigheden van de artsen zijn de respondenten minder tevreden. Zij willen meer informatie, meer en sneller onderzoek en duidelijkheid over hun ziektes en behandelingen. De respondenten ervaren problemen door cultuurbarrières, omdat zij merken dat artsen hen niet altijd begrijpen. Het gevolg hiervan is dat er misverstanden ontstaan. De respondenten geven aan dat zij vooral het spreken lastig vinden en minder problemen hebben met het begrijpen van de arts. Het niet beheersen van de taal zorgt volgens respondenten voor misverstanden en stress. Een aantal van hen geeft aan dat zij om deze redenen niet meer naar de arts willen. Volgens de respondenten vermindert het gebruik van tolken de problemen die te maken hebben met cultuur- en taalbarrières. Ze vinden het belangrijk dat ze gebruik kunnen maken van de diensten van professionele tolken, bij belangrijke kwesties en wanneer er geen informele tolk beschikbaar is.

## **Inhoudsopgave**

1. Inleiding	4
2. Theoretische invalshoeken	6
2.1 Communicatie tussen artsen en migrant patiënten	6
2.2 Cultuurbarrières	8
2.3 Taalbarrières	10
2.4 Tolken	11
2.5 Conclusie theoretische invalshoeken	13
3. Vraagstelling en Methode	15
3.1 Vraagstelling	15
3.2 Onderzoeksmethode	15
3.3 Operationalisering	16
3.4 Onderzoeksrespondenten en dataverzameling	17
3.6 Databewerking en data- analyse	19
3.7 Betrouwbaarheid en validiteit	19
4. Resultaten	20
4.1 Algemeen	20
4.2 Communicatie tussen artsen en migrant patiënten	21
4.3 Cultuurbarrières	24
4.4 Taalbarrières	27
4.5 Tolken	29
5. Discussie en conclusie	33
5.1 Beantwoording onderzoeksvragen en theoretische reflectie	33
5.2 Methodologische reflectie	37
5.3 Aanbevelingen	37
Literatuurlijst	39
Bijlage 1 Topiclijst	41
Bijlage 2	45

## 1. Inleiding

Door wereldwijde migratie neemt de diversiteit in de Nederlandse samenleving steeds meer toe. Momenteel bestaat 21% uit mensen van buitenlandse afkomst (CBS, 2014). Voor artsen betekent dit dat zij steeds vaker te maken krijgen met patiënten die een andere achtergrond hebben dan zichzelf. De verwachtingen en behoeftes van deze patiënten kunnen anders zijn dan wat de artsen gewend zijn. Deze migrantenpatiënten hebben een andere cultuur en spreken een andere taal, wat kan zorgen voor cultuur- en taalbarrières. Die beïnvloeden de toegang tot de zorg en de kwaliteit ervan vaak op een negatieve manier (Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels & Meeuwesen, 2008). Patiënten met een andere etnische en/of culturele achtergrond beoordelen de ontvangen zorg negatiever dan patiënten met dezelfde achtergrond als de huisarts. Vaak heeft dit te maken met problemen in de communicatie (Harmsen et al., 2008). Het gebruik van professionele tolken kan een oplossing zijn voor problemen die ontstaan als gevolg van taal- en cultuurbarrières (Karliner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007). Ondanks de voordelen van professionele tolken, blijkt in de praktijk dat artsen en migrantenpatiënten er niet vaak een beroep op doen. Er wordt vaker gebruik gemaakt van informele tolken.

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor de problemen die binnen de gezondheidszorg spelen met betrekking tot migrantenpatiënten. Echter, er is weinig onderzoek gedaan naar de ervaringen van deze patiënten zelf (Brisset, Leanza & Laforest, 2013). Veel van het bestaande onderzoek over dit onderwerp is uitgevoerd aan de hand van video-opnames van consulten en vragenlijsten. Maar de ervaringen, motieven en gevoelens van de migrantenpatiënten en de bredere sociale context waarin de problemen zich afspelen ontbreken in deze onderzoeken. Het is de vraag hoe de migrantenpatiënten de communicatie met artsen ervaren. Welke problemen ondervinden zij als gevolg van taal- en cultuurbarrières? Welke oplossingen prefereren zij voor deze problemen en welke rol spelen de tolken hierin?

Het doel van dit onderzoek is dan ook om dit gat in de literatuur te vullen en te achterhalen welke ervaringen migrantenpatiënten hebben met de communicatie met artsen, de cultuur- en taalbarrières, welke oplossingen zij prefereren voor de problemen die zij hierin ervaren en wat de rol van tolken hierin is. Om dit te onderzoeken staat een aantal vragen centraal in dit onderzoek. Deze zijn:

- 1 Wat zijn de ervaringen van migrantenpatiënten met de communicatie met artsen?*
- 2 Wat zijn de voorkeuren van de migrantenpatiënten ten aanzien van de communicatie met artsen?*
- 3 Welke problemen ervaren migrantenpatiënten als gevolg van de cultuurbarrières bij de huisarts?*
- 4 Welke problemen ervaren migrantenpatiënten als gevolg van de taalbarrières bij de huisarts?*
- 5 Welke oplossingen prefereren migrantenpatiënten voor de problemen die ontstaan als gevolg van de cultuurbarrières bij de huisarts?*
- 6 Welke oplossingen prefereren migrantenpatiënten voor de problemen die ontstaan als gevolg van de taalbarrières bij de huisarts?*

Het doel van dit onderzoek is niet om ‘objectieve’ data van wat er precies gezegd en gebeurd tijdens de communicatie met een huisarts te verzamelen, maar een analyse te geven van de ervaringen, ideeën en verwachtingen van de migrantenpatiënten. Daarom is er voor gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren aan de hand van semi-gestructureerde interviews.

Allereerst worden de theoretische invalshoeken besproken in hoofdstuk 2. In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de volgende vragen: *Wat is er bekend over de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten? Wat is er bekend over cultuur- en taalbarrières en het effect hiervan op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten? En ten slotte wat is er bekend over het gebruik van tolken en het effect hiervan op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten?* Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de onderzoeksmethode. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek besproken en ten slotte bevat hoofdstuk 5 de discussie en conclusie.

## 2. Theoretische invalshoeken

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de theoretische invalshoeken die van belang zijn voor dit onderzoek en geeft antwoord op een aantal vragen, namelijk: *Wat is er bekend over de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten? Wat is er bekend over cultuur- en taalbarrières en het effect hiervan op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten? En ten slotte wat is er bekend over het gebruik van tolken en het effect hiervan op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten.*

### 2.1 Communicatie tussen huisartsen en migrantenpatiënten

#### 2.1.1 Effectieve communicatie

Communicatie kan worden opgevat als een proces waarbij twee actoren deelnemen en die verbale en non-verbale boodschappen uitwisselen (Oomkes, 1994 zoals geciteerd in Shadid, 1998).

Communicatie bestaat altijd uit een zender, een ontvanger en een boodschap. De zender vertoont bewust of onbewust een bepaalde vorm van gedrag dat opgevangen en geïnterpreteerd wordt door de ontvanger. De boodschap is het geheel van verbale en non-verbale codes die communicatiepartners duidelijk proberen te maken. Het is niet altijd zo dat de boodschap die de zender verzendt ook daadwerkelijk bij de ontvanger aankomt zoals het werd bedoeld. Er kunnen om allerlei redenen misverstanden voorkomen, bijvoorbeeld door een verkeerde inschatting van de situatie of een gebrek aan kennis van het besproken onderwerp. Wanneer de zender en ontvanger een andere culturele achtergrond hebben kan het verschil in interpretatieschema's een centrale rol spelen en zorgen voor misverstanden. Wanneer het mensen lukt om hun eigen boodschap en die van de gesprekspartner op een adequate manier over te brengen en te begrijpen is er sprake van effectieve communicatie (Shadid, 1998). Dit betekent dat er wederzijds begrip is bereikt en misverstanden zijn voorkomen. Wanneer de communicatie effectief is wil dit niet zeggen dat er ook sprake is van overeenstemming. Het is mogelijk dat er sprake is van wederzijds begrip, maar dat de communicatiepartners het niet met elkaar eens zijn (Gudykunst, 1994 zoals geciteerd in Shadid, 1998).

#### 2.1.2 Communicatie tussen artsen en patiënten

De communicatie tussen artsen en patiënten is een fundamenteel aspect van het gezondheidsproces en is van invloed op de mate waarin patiënten zich houden aan de voorschriften van artsen, en dus ook op het herstel van de patiënten (Bensing & Meeuwesen, 1996; De Maesschalck, 2012). De communicatie tussen artsen en patiënten is efficiënter wanneer artsen patiëntgericht zijn. Dit wil zeggen dat zij aandacht hebben voor de achtergrond, verwachtingen, ideeën en emoties van de patiënten. Ook is het van belang dat patiënten invloed hebben op de beslissingen die genomen worden (De Maesschalck, 2012). Wanneer de communicatie tussen de artsen en patiënten niet goed verloopt, kan dit ongerustheid en ontevredenheid veroorzaken bij de patiënten. Verder kan dit ervoor zorgen dat de patiënten zich niet houden aan de voorschriften van de arts. Ook kan dit als gevolg hebben dat

patiënten onvoldoende begeleiding en onduidelijke diagnoses en behandeladviezen krijgen (Davis & Fallowfield, 1991 zoals geciteerd in Bensing & Meeuwesen, 1996).

Voor een goede communicatie tussen artsen en patiënten is het van belang dat artsen tegenmoet komen aan twee behoeften van patiënten, namelijk de cognitieve en affectieve behoeften (Bensing & Meeuwesen, 1996). De cognitieve behoefte van de patiënt gaat over het begrijpen van wat er aan de hand is en de affectieve behoefte gaat over het begrepen willen worden. Om tegenmoet te komen aan deze twee behoeften van de patiënt moet de arts twee communicatieve vaardigheden inzetten. Ten eerste moeten er instrumentele vaardigheden ingezet worden. Dit houdt in dat er bijgedragen wordt aan het oplossen van de gezondheidsproblemen van de patiënten. Dit kan een arts bereiken door het geven van medische informatie, door het stellen van psychosociale en medische vragen en door het structureren van het gesprek. Ten tweede zal een arts affectieve vaardigheden moeten inzetten. Dit kan bereikt worden door empathie, bezorgdheid, interesse en warmte te tonen. Hierbij blijkt oogcontact met de patiënt belangrijk te zijn (Bensing & Meeuwesen, 1996). Bensing heeft in haar onderzoek aangetoond dat de kwaliteit van medische consulten voor een groot gedeelte afhangt van de affectieve vaardigheden van een arts. Wanneer artsen een juiste balans vinden tussen hun instrumentele en affectieve vaardigheden zal dit het probleemoplossend vermogen van de patiënten versterken. Dit zorgt ervoor dat patiënten beter met hun ziekte om gaan en meer tevreden zijn over het verloop van hun ziekteproces.

### 2.1.3 Communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten

Volgens Meeuwesen & Harmsen (2007) is er sprake van een communicatiekloof tussen artsen en migrantenpatiënten. Er is minder wederzijds begrip tussen artsen en migrantenpatiënten dan tussen artsen en autochtone patiënten. Het komt vaker voor dat artsen en migrantenpatiënten elkaars opvattingen en standpunten niet begrijpen, waardoor er misverstanden ontstaan. Het wederzijdse begrip tussen artsen en migrantenpatiënten kan toenemen, wanneer beide partijen meer kennis opdoen over elkaars culturele achtergrond en verwachtingen (Harmsen et al., 2005). Misverstanden tussen artsen en migrantenpatiënten kunnen ook voortkomen uit vooroordelen. Wanneer artsen klachten van patiënten ten onrechte associëren met ideeën die zij hebben van een bepaalde groep kan dit ervoor zorgen dat er misverstanden ontstaan en dat een hypothese niet of nauwelijks getoetst wordt (Seeleman, Suurmond & Stronks, 2005).

In een reviewstudie van Schouten en Meeuwesen (2006) komt naar voren dat de artsen minder affectieve vaardigheden inzetten bij migrantenpatiënten vergeleken met autochtone patiënten. De artsen zijn minder empathisch, bouwen minder vertrouwen op en negeren de opmerkingen van migrantenpatiënten vaker dan bij autochtone patiënten. Migrantenpatiënten vinden artsen minder vriendelijk en bezorgd. Ook blijkt dat artsen hun instrumentele vaardigheden minder goed inzetten bij migrantenpatiënten. Artsen geven autochtone patiënten meer uitleg. Bij de migrantenpatiënten zijn zij

vooral bezig met het verzamelen van informatie en met het beter begrijpen van de patiënten (Meeuwesen & Harmsen, 2007).

Migrantenpatiënten hebben meestal meer tijd nodig tijdens een consult dan autochtone patiënten, omdat er vaker sprake is van taal- en cultuurbarrières die overbrugd moeten worden (De Maesschalck, 2012). In de praktijk blijkt dat de consulten met migranten juist korter duren (Meeuwesen & Harmsen, 2007). Zij blijken verbaal minder expressief en assertief te zijn. Ze stellen minder vragen en geven minder snel hun mening over de behandeling dan autochtone patiënten. Migrantenpatiënten blijken ook minder affectief te zijn dan autochtone patiënten (Meeuwesen & Harmsen, 2007). Verder blijkt het dat het niet beheersen van de taal en verschillen in de cultuur een negatieve invloed hebben op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten (De Maesschalck, 2012).

## **2.2 Cultuurbarrières**

Cultuur kan omschreven worden als een evoluerend systeem van moreel bewustzijn, normen en regels binnen een groep. Cultuur wordt generatie op generatie doorgegeven, geïnternaliseerd en een onbewuste richtlijn voor het gedrag en kijk op het leven (Harmsen, Bernsen, Meeuwesen, Pinto & Bruijnzeels, 2006). Artsen en migrantenpatiënten hebben meestal een andere culturele achtergrond. Wanneer mensen met verschillende culturen met elkaar communiceren, kan deze communicatie beïnvloed worden door factoren die te maken hebben met de culturele achtergrond (Shadid, 1998). Dit betekent dat de culturele achtergrond van migrantenpatiënten en van artsen en de verschillen hierin, van invloed kunnen zijn op hun communicatie. De culturele verschillen kunnen zorgen voor misverstanden en de communicatie belemmeren (Harmsen et al., 2006). Er is dan sprake van een cultuurbarrière tussen de migrantenpatiënten en de huisartsen.

Verschillende onderdelen van de culturele achtergrond kunnen van invloed zijn op de communicatie tussen huisartsen en migrantenpatiënten. Ten eerste is cultuur van invloed op de manier waarop men denkt over gezondheid, ziekte en behandeling en op de verwachtingen die men heeft van gezondheidszorg. Dit betekent dat migranten en artsen een andere kijk hebben op gezondheid, ziekte, behandeling en de gezondheidszorg en andere verwachtingen hiervan hebben (Wieringen, Harmsen & Bruijnzeels, 2002). Voor veel migrantenpatiënten blijkt bijvoorbeeld de betekenis en de omgang met chronische ziekte onbekend. Een ander voorbeeld hiervan is dat de opvattingen over medicatie verschillend kunnen zijn. Migrantenpatiënten kunnen medicijnen die de symptomen snel bestrijden als een goed medicijn zien of traditionele geneesmiddelen gebruiken als aanvulling op of in plaats van de voorgeschreven medicijnen (Seeleman et al., 2005).

Een ander punt dat beïnvloed wordt door de culturele achtergrond is machtsafstand. Hier gaat het om de mate waarin de minder machtige leden van een samenleving verwachten en accepteren dat de macht ongelijk verdeeld is. De mate van de machtsafstand in een samenleving geeft informatie over de afhankelijkheidsrelaties. In samenlevingen met een kleine machtsafstand is een beperkte



afhankelijkheid tussen de verschillende groepen. Er bestaat een wederzijdse afhankelijkheid en een voorkeur voor overleg. In landen met een grote machtsafstand zijn de minder machtige leden juist afhankelijk van de meer machtige leden. Zij zullen de meer machtige leden niet snel benaderen en hen minder vaak durven tegen te spreken (Hofstede, 1991). Migrantenpatiënten uit landen met een grotere machtsafstand kunnen de arts beschouwen als iemand die machtiger is door zijn of haar kennis en sociale positie. Deze patiënten kunnen gewend zijn om de arts niet tegen te spreken of te bekritisieren en verwachten dat de arts het initiatief tot communiceren neemt (Seeleman et al., 2005).

Het hebben van een individualistische of collectivistische cultuur kan ook van invloed zijn op het gedrag van mensen. Wanneer een samenleving individualistisch is betekent dit, dat iedereen voor zichzelf en zijn of haar naaste familie dient te zorgen en de onderlinge banden tussen individuen los zijn. Collectivistische samenlevingen leven in hechte en sterke groepen. Deze groepen bieden individuen bescherming in ruil voor onvoorwaardelijke loyaliteit. Mensen met een collectivistische cultuur zijn vergeleken met mensen met een individualistische cultuur minder direct en assertief (Schouten & Meeuwesen, 2006). Wanneer migrantenpatiënten uit een collectivistische cultuur komen, dan kan de groep waartoe zij behoren van invloed zijn op hun ideeën en verwachtingen over ziekte en gezondheid. Dit kan als gevolg hebben dat de migrantenpatiënten zich niet houden aan de behandeladviezen van de arts, omdat de groep waartoe zij horen andere ideeën heeft over de behandeling (Seeleman et al., 2005).

Een vierde punt dat van invloed kan zijn op de communicatie tussen migrantenpatiënten en artsen is de man- vrouwverhouding. De manier waarop de rollen van mannen en vrouwen zijn verdeeld, wordt mede bepaald door de cultuur van een samenleving. Hofstede maakt hierin een onderscheid tussen masculiene en feminiene samenlevingen. Wanneer een samenleving masculien is, betekent dit dat de sociale sekserollen duidelijk gescheiden zijn. Van de mannen wordt verwacht dat zij assertief en hard zijn en vrouwen horen bescheiden en teder te zijn. Wanneer een samenleving feminiën is betekent dit dat sociale sekserollen elkaar overlappen. Van zowel mannen als vrouwen wordt verwacht om bescheiden en teder te zijn. Verschillen binnen deze dimensie kunnen ervoor zorgen dat artsen en patiënten zich op een andere manier opstellen en een andere verwachting hebben van de rollen van mannen en vrouwen. Voor de migrantenpatiënten kan het geslacht van een arts van invloed zijn op de relatie met de arts.

Een andere punt dat beïnvloed wordt door de culturele achtergrond van mensen is de manier waarop men omgaat met het vermijden van onzekerheid. Er bestaan verschillen tussen samenlevingen in de mate waarin de leden zich bedreigd voelen door onzekere en onbekende situaties en waarin zij behoefte hebben aan voorspelbaarheid. Samenlevingen met een sterke onzekerheidsvermijding hebben meer last van angst voor het onbekende. Zij streven ernaar om onduidelijkheid te reduceren naar meer voorspelbaarheid (Hofstede, 1991). Bij iedere vorm van communicatie is er wel sprake van onzekerheid, echter, in contacten tussen personen met verschillende culturele achtergronden, zoals bij artsen en migrantenpatiënten, is dit het grootst. De eigen culturele normen en waarden zijn niet

voldoende om het gedrag van anderen te begrijpen en te verklaren. Het gevoel van onzekerheid kan ook worden verhoogd door gebrek aan kennis van het gedrag dat in de andere cultuur wordt verwacht (Shadid, 1998).

### **2.3 Taalbarrières**

Taal is het communicatiemiddel dat het meest wordt gebruikt en speelt daarom een belangrijke rol in de communicatie (Shadid, 1998). Een belangrijke voorwaarde voor goede communicatie is dat de communicatiepartners elkaars taal spreken (Meeuwesen, 2012). Uit een onderzoek dat uitgevoerd is door het Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) geeft meer dan 20% van de Turkse migranten aan dat zij moeite hebben met het voeren van een gesprek in het Nederlands. Wanneer er alleen naar de eerste generatie gekeken wordt is dit percentage meer dan 30%. Ook voor andere migrantengroepen geldt dat zij moeite hebben met de Nederlandse taal. Deze groepen maken gebruik van de zorg, wat betekent dat zij ook naar de huisarts gaan. Het feit dat deze patiënten de Nederlandse taal niet (voldoende) beheersen kan belemmeringen vormen voor de communicatie tussen deze patiënten en de huisartsen (Meeuwesen & Harmsen, 2007). Ook kan het niet (voldoende) beheersen van de Nederlandse taal ervoor zorgen dat er onzekerheid ontstaat over de mogelijkheid om zichzelf te verduidelijken en de ander juist te begrijpen (Shadid, 1998). De taalproblemen vormen een drempel voor een goede zorg voor deze patiënten (Bot, Meeuwesen & Harmsen, 2011).

Taalbarrières tussen migrantenpatiënten en artsen zorgen ervoor dat er minder sprake is van het uitwisselen van informatie. Deze patiënten begrijpen de diagnose en de behandeling minder goed en krijgen minder informatie van de arts (De Maesschalck, 2012). Patiënten die niet begrijpen waarom een behandeling wordt toegepast werken er meestal ook niet aan mee (Bot et al., 2011). Het kan ook voorkomen dat een patiënt door het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal weinig nuance kan aangeven in zijn verhaal of dit met expressieve gebaren kan ondersteunen. Deze patiënten kunnen als dramatisch of theatraal overkomen bij de artsen. De migrantenpatiënten die een taalbarrière ervaren zijn ook minder tevreden over de zorg die zij ontvangen (Meeuwesen, 2011). Ook is er sprake van minder wederzijds begrip tussen deze patiënten en de arts (Meeuwesen & Harmsen, 2007).

Wanneer de migrantenpatiënten de taal niet goed beheersen betekent dit ook dat zij minder kennis hebben van de organisatie van het zorgsysteem. Dit komt omdat de meeste informatie over de organisatie van het zorgsysteem in de taal van het land van verblijf staat beschreven. Het gevolg hiervan kan zijn dat migrantenpatiënten niet efficiënt gebruik maken van de gezondheidszorg en dat zij niet de zorg krijgen die zij nodig hebben (De Maesschalck, 2012).

## 2.4 Tolken

### 2.4.1 Professionele en informele tolken

Het gebruiken van tolken in de medische zorg kan zorgen voor minder fouten in de communicatie en voor het vergroten van het begripsvermogen van de patiënten. Het kan het gebruik van gezondheidszorg gelijkstellen aan de autochtone bevolking, klinische uitkomsten verbeteren en de tevredenheid onder patiënten en zorgverleners vergroten (Karliner et al., 2007). In de praktijk wordt er gewerkt met professionele en informele tolken. Professionele tolken zijn mensen die professioneel geschoold zijn om het beroep van tolk uit te voeren. Informele tolken zijn meestal familieleden of bekenden van de migrantenpatiënt die meegaan om te tolken en die niet geschoold zijn als tolk (Meeuwesen, 2011).

Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg en recente literatuur zou de professionele tolk als standaard moeten gelden. Patiënten die gebruik maken van informele tolken zouden minder tevreden zijn over de ontvangen zorg in vergelijking met patiënten die gebruik maken van professionele tolken (Jacobs et al., 2006). Verder kunnen informele tolken fouten maken in de vertaling die kunnen leiden tot fouten in de communicatie (Flores et al., 2003 in Jacobs, Chen, Karliner, Agger-Gupta, & Mutha 2006). Echter, uit het onderzoek van Rosenberg, Seller en Leanza (2008) blijkt het voor chronisch zieke en oudere migrantenpatiënten beter te zijn om een informele tolk te gebruiken. Informele tolken kunnen deze patiënten de emotionele steun bieden die zij vaak nodig hebben.

In de praktijk blijkt dat, ondanks de voordelen van het gebruik van professionele tolken ten opzichte van informele tolken, er vaker informele tolken ingezet worden. De gesprekken met zorgverleners gaan vaak over gevoelige onderwerpen, daarom kiezen veel migrantenpatiënten ervoor om met een vertrouwde bekende te gaan in plaats van een onbekende professionele tolk. Een ander belangrijk punt dat naar voren komt is dat migrantenpatiënten bang zijn dat gevoelige informatie uitlekt via een professionele tolk. Zij vertrouwen niet altijd de geheimhoudingsplicht van professionele tolken (Schouten & Bot, 2011). Ook om praktische en organisatorische redenen worden er vaak informele tolken gebruikt (Meeuwesen, 2011).

In Nederland kunnen zorgverleners gebruik maken van de professionele tolkenservice die geregeld wordt door het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland. Tot 2012 werden de tolkendiensten vergoed door de overheid. Sinds 2012 is deze vergoeding afgeschaft en worden de migranten zelf verantwoordelijk gesteld voor het inschakelen van een tolk (Bot et al., 2011). Sinds de afschaffing van de vergoeding van de tolken is het gebruik van professionele tolken nog meer afgenomen. Er wordt vaker gebruik gemaakt van informele tolken (Meeuwesen, Harmsen & Sbiti, 2011).

#### 2.4.2 Triadische gesprekken

De aanwezigheid van een tolk is van invloed op de relatie en de communicatie tussen huisartsen en migrantenpatiënten (De Maesschalck, 2012). Het dyadisch gesprek dat normaal tussen de huisarts en patiënten plaatsvindt verandert in een triadisch gesprek. Dit betekent dat er sprake is van drie verschillende interpersoonlijke relaties, namelijk tussen de huisarts en migrantenpatiënt, tussen de huisarts en de tolk en tussen de migrantenpatiënt en de tolk. De drie partijen hebben verschillende verwachtingen van het consult en verschillen ook in de tevredenheidscriteria over het consult.

Een goede interpersoonlijke relatie tussen de drie partijen is een belangrijke voorwaarde voor een effectieve communicatie. Een ander belangrijk punt is dat een arts voldoende tijd neemt voor het consult. Een gesprek met een tolk erbij heeft meer tijd nodig, omdat de tolk tijdens het gesprek de boodschap van de arts over moet brengen bij de migrantenpatiënt en omgekeerd (Greenhalg, Robb, Scambler, 2006). Wanneer er niet voldoende tijd wordt genomen voor een consult kan het zo zijn dat een arts, door de tijdsdruk, minder patiëntgericht is. Dit kan ervoor zorgen dat er minder wederzijds begrip ontstaan tussen de migrantenpatiënt en de arts (De Maesschalck, 2012).

De aanwezigheid van een tolk is ook van invloed op de vertrouwensband tussen artsen en migrantenpatiënten. Het is van belang dat er een vertrouwensrelatie opgebouwd wordt tussen alle drie de partijen (Brisset et al., 2013). Het vertrouwen in tolken is van cruciaal belang voor migrantenpatiënten om open over hun problemen te durven praten (Schouten & Bot, 2011). Zoals hierboven al is benoemd blijkt uit eerder onderzoek dat migrantenpatiënten informele tolken meer vertrouwen, omdat het bekenden zijn (Brisset et al., 2013). Maar ook het omgekeerde kan plaatsvinden, namelijk dat migrantenpatiënten bepaalde gevoelige informatie niet met een informele tolk willen bespreken (Bot et al., 2011). Migrantenpatiënten vertrouwen er bij professionele tolken juist op dat zij kennis hebben van het medische systeem en administratieve zaken kunnen oplossen. Voor artsen kan het aanwezig zijn van een tolk zorgen voor een afname van het vertrouwen tussen de arts en de patiënt. (Brisset et al., 2013).

De aanwezigheid van een tolk heeft ook invloed op de controle van een gesprek. Controle betekent het hebben van het vermogen om de koers van de acties te bepalen tijdens een consult en de nauwkeurigheid en de geldigheid van de dialogen te controleren. Patiënten worden tijdens een triadisch gesprek afhankelijk van zowel de arts als de tolk. De arts is ook afhankelijk van de tolk. De tolk is de enige in het gesprek die beide talen spreekt, waardoor hij of zij een grote mate van controle krijgt over het gesprek (De Maesschalck, 2012). Dit kan ervoor zorgen dat patiënten passief en 'onzichtbaar' zijn tijdens het gesprek en zich schuil houden achter de tolk. Het is van belang dat de controle in een triadisch gesprek in balans is. Wanneer een van de gesprekspartners de controle overneemt kan dit van invloed zijn op de vertrouwensband en op de kwaliteit van het gesprek (Brisset et al., 2013).

### 2.4.3 Rollen van de tolk

De tolken verschillen in de rollen die zij aannemen tijdens het consult en in de manier waarop zij tolken. Vaak wordt van een tolk verwacht dat deze optreedt als een vertaalmachine. Dit betekent dat hij of zij wat gezegd wordt één op één vertaalt en verder niet deelneemt aan het gesprek. Het blijkt dat tolken niet vaak de rol van de vertaalmachine op zich nemen, maar juist actief deelnemen aan het gesprek als een derde gesprekspartner (Meeuwesen, Twilt, Thije & Harmsen, 2010).

Wädensjo (1992 in Meeuwesen et al., 2010) onderscheidt drie rollen die tolken op zich nemen tijdens een consult. De eerste rol die zij beschrijft is die van de verslaggever. De tolken vertalen dan alles zo letterlijk mogelijk. Deze rol komt het meest overeen met die van de vertaalmachine. Ten tweede is er de rol van de samenvatter. De tolk vertaalt dan niet letterlijk, maar de inhoud van het verhaal blijft wel hetzelfde. Als laatste beschrijft zij de rol van de beantwoorder. Wanneer een tolk deze rol aanneemt, dan neemt de tolk zelf het gesprek over, waardoor de migrantpatiënt of de arts buiten het gesprek blijft. Er vinden dan ‘onderonsjes’ plaats tussen de tolk en de gesprekspartner. Hierdoor verandert het gesprek weer in een dyadisch gesprek, waardoor de migrantpatiënt of de arts zich buitengesloten kan voelen.

In het onderzoek dat Rosenberg, Seller en Leanza (2008) uitvoerden, kwam naar voren dat het belangrijk is dat tolken de rollen van interculturele bemiddelaar en belangenbehartiger op zich nemen om het maximale uit hun werk te halen. Uit het onderzoek van Meeuwesen et al. (2010) blijkt dat artsen van professionele tolken verwachten dat zij optreden als interculturele bemiddelaar en van informele tolken dat zij optreden als zorgdrager voor de migrantenpatiënten. Een andere taak die wordt gezien als een onderdeel van het werk van tolken is het filteren van informatie. Tolken zullen dan eerst moeten filteren welke informatie belangrijk is en alleen dit moeten vertalen. Verder wordt er ook van tolken verwacht dat zij emotionele steun bieden aan patiënten (Hsieh & Kramer, 2012).

## 2.5 Conclusie theoretische invalshoeken

De eerste vraag waar een antwoord op gezocht werd in dit hoofdstuk is: *Wat is er bekend over de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten?* Om te zorgen voor effectieve communicatie is het van belang dat de mensen hun eigen boodschap op een adequate manier overbrengen en dat zij die van hun gesprekspartner begrijpen. Er is dan sprake van wederzijds begrip en er zijn geen misverstanden. Vergeleken met autochtone patiënten is er minder wederzijds begrip tussen artsen en migrantenpatiënten, en komen er vaker misverstanden voor. Verder is het belangrijk dat artsen patiëntgericht zijn en dat de patiënten invloed hebben op de beslissingen die genomen worden. Het is ook belangrijk dat de artsen tegenmoet komen aan de affectieve en cognitieve behoeften van patiënten. Dit kunnen artsen bereiken door het inzetten van informatieve en affectieve vaardigheden. Artsen zijn minder empathisch tegenover migrantenpatiënten en negeren de opmerkingen van migrantenpatiënten vaker dan die van autochtone patiënten. Verder blijkt uit eerder onderzoek dat artsen hun affectieve en

informatieve vaardigheden minder goed inzetten bij migrantenpatiënten. Deze blijken ook meer tijd nodig te hebben voor consulten, maar in de praktijk blijken zij juist minder tijd te krijgen.

De tweede vraag die behandeld is in dit hoofdstuk is: *Wat is er bekend over cultuur- en taalbarrières en het effect hiervan op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten?* Er is sprake van een cultuurbarrière tussen artsen en migrantenpatiënten wanneer de onderlinge culturele verschillen zorgen voor misverstanden en de communicatie belemmeren. Ten eerste kunnen de culturele verschillen in de manier waarop men denkt over gezondheid, ziekte en behandeling en de verwachtingen die men heeft van gezondheidszorg van invloed zijn op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten. Verder kunnen verschillen in de machtsafstand, een individualistische of collectivistische cultuur, ideeën over de man- vrouwverhouding en de mate van onzekerheidsvermijding van invloed zijn op communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten.

Wanneer migrantenpatiënten de Nederlandse taal niet (voldoende) beheersen kan dit voor belemmeringen zorgen in de communicatie en is er sprake van een taalbarrière. De taalbarrière kan ervoor zorgen dat er minder informatie uitgewisseld wordt. Dit kan als gevolg hebben dat patiënten de diagnose en behandeling niet begrijpen en hierdoor niet meewerken aan de behandeling. Migrantpatiënten die een taalbarrière ervaren zijn minder tevreden over de zorg en er is minder wederzijds begrip tussen deze patiënten en de arts.

De laatste vraag die aan bod komt is: *Wat is er bekend over het gebruik van tolken en het effect hiervan op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten?* Het gebruik van tolken in de zorg kan zorgen voor minder fouten in de communicatie en voor het vergroten van het begripsvermogen van de patiënten. Het kan het gebruik van gezondheidszorg gelijkstellen aan de autochtone bevolking, klinische uitkomsten verbeteren en de tevredenheid onder patiënten en zorgverleners vergroten.

In de praktijk worden er professionele en informele tolken gebruikt. Het gebruik van de professionele tolken levert volgens de literatuur en de Inspectie voor de Gezondheidszorg meer voordelen op ten opzichte van informele tolken. Ondanks deze voordelen wordt er meer gebruik gemaakt van informele tolken. Dit kan te maken hebben met het vertrouwen dat patiënten in tolken hebben en met organisatorische en praktische zaken. Het gebruik van tolken verandert de dyadische gesprekken in triadische gesprekken. Dit betekent dat er in plaats van twee interpersoonlijke relaties sprake is van drie interpersoonlijke relaties. Het is van belang dat een arts voldoende tijd vrijmaakt voor een gesprek met een tolk erbij, omdat het tolken meer tijd nodig heeft dan een gesprek dat één op één gevoerd wordt. Wanneer een tolk deelneemt aan een gesprek heeft dit invloed op het vertrouwen en op de controle van het gesprek. Ook de rol die een tolk inneemt is van invloed op het gesprek.

### 3. Vraagstelling en methode

Uit de bovenstaande literatuur komt naar voren dat de communicatie tussen artsen en patiënten een fundamenteel aspect is van de gezondheidszorg en dat deze van invloed kan zijn op het herstel van patiënten. Taal- en cultuurbarrières kunnen van invloed zijn op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten. Het inzetten van tolken kan een oplossing bieden voor deze problemen. Echter, er is weinig bekend over hoe migrantenpatiënten hiertegen aankijken en welke oplossingen zij prefereren voor de problemen die zij ervaren als gevolg van taal- en cultuurbarrières. Het doel van dit onderzoek is om dit gat in te vullen en te achterhalen welke ervaringen migrantenpatiënten hebben met de communicatie met artsen, de cultuur- en taalbarrières, welke oplossingen zij prefereren voor de problemen die zij hierin ervaren en wat de rol van tolken hierin is.

In dit onderzoek staan de volgende vragen centraal:

- 1 Wat zijn de ervaringen van migrantenpatiënten met de communicatie met artsen?*
- 2 Wat zijn de voorkeuren van de migrantenpatiënten ten aanzien van de communicatie met artsen?*
- 3 Welke problemen ervaren migrantenpatiënten als gevolg van de cultuurbarrières bij de huisarts?*
- 4 Welke problemen ervaren migrantenpatiënten als gevolg van de taalbarrières bij de huisarts?*
- 5 Welke oplossingen prefereren migrantenpatiënten voor de problemen die ontstaan als gevolg van de cultuurbarrières bij de huisarts?*
- 6 Welke oplossingen prefereren migrantenpatiënten voor de problemen die ontstaan als gevolg van de taalbarrières bij de huisarts?*

#### 3.2 Onderzoeksmethode

Wanneer een onderzoek erop gericht is om de betekeniswereld en perspectief van mensen te achterhalen en een beschrijvende aard heeft kan het beste gekozen worden voor een kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005). Dit is hier het geval en daarom is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek. De vraagstelling van dit onderzoek heeft betrekking op de ervaringen en interpretaties van migrantenpatiënten en de manier waarop zij betekenis geven aan de communicatie met artsen en zich op basis daarvan gedragen. Verder is er in het verleden weinig onderzoek gedaan naar de ervaring van migrantenpatiënten met de communicatie met artsen. Wanneer er weinig bekend is over een situatie en er weinig onderzoek naar is gedaan, is het beter om te kiezen voor een kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005). Ook om deze reden is ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren.

Er is ervoor gekozen om data te verzamelen aan de hand van kwalitatieve interviews. Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is het van belang dat bepaalde onderwerpen tijdens het interview aan bod komen. Daarom worden semi-gestructureerde interviews gehouden. Dit betekent dat er vooraf voorbereidingen zijn geweest die uiteindelijk leidden tot een lijst met onderwerpen en vragen die aan bod moeten komen (zie bijlage 1). Doordat het interview semi-gestructureerd is en dus een

open stijl heeft is er nog voldoende ruimte voor respondenten om uit te weiden over hun eigen ervaringen en beleving (Evers & De Boer, 2007).

### **3.3 Operationalisering**

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst. De topics zijn gebaseerd op de besproken literatuur. Er is een onderscheid gemaakt tussen vier onderdelen die van invloed kunnen zijn op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten, namelijk communicatie, cultuurbarrières, taalbarrières en tolken. Aan het begin van de topiclijst zijn er vragen toegevoegd over de demografische gegevens van de respondenten en over de relatie met een bezoek aan de huisarts.

Bij de topic communicatie gaat het erom dat er achterhaald wordt hoe de communicatie tussen de huisarts en de migrantenpatiënt verloopt. Hierbij is het interessant om te weten of de respondenten het gevoel hebben dat de communicatie met de arts effectief verloopt. Wanneer de communicatie effectief verloopt, wil dit zeggen dat sprake is van wederzijds begrip en misverstanden zijn dan voorkomen (Shadid, 1998). Een ander punt dat van belang is om te achterhalen is of de respondenten het gevoel hebben dat de huisartsen hun informatieve en affectieve vaardigheden voldoende inzetten om tegemoet te komen aan hun cognitieve en affectieve behoeften (Bensing & Meeuwesen, 1996). Verder bevat deze topic vragen over de tijd die een arts beschikbaar stelt. Het is de vraag of de respondenten het gevoel hebben dat de arts voldoende tijd voor hen vrijmaakt. Dit is vooral ook interessant, omdat er bij consulten met migrantenpatiënten vaak sprake is van cultuur- en taalbarrières die overbrugd moet worden (De Maesschalck, 2012).

Bij de topic cultuurbarrières staat de invloed van de verschillen in de culturele achtergrond van de huisarts en migrantenpatiënten op de communicatie centraal. Uit de literatuur blijkt dat verschillen in de culturele achtergrond van invloed kunnen zijn op het denken over ziekte en de gezondheidszorg (Wieringen et al., 2002). Verder blijkt dat de verschillen in de machtsafstand, individualistische of collectivistische cultuur, ideeën over de man- vrouwverhouding en de mate van onzekerheidsvermijding van invloed kunnen zijn op de communicatie tussen huisartsen en migrantenpatiënten ( Hofstede, 1991; Shadid, 1998; Seeleman et al., 2005). Aan de respondenten wordt gevraagd wat hun ideeën en verwachtingen zijn op deze gebieden, of zij verschillen ervaren met de ideeën en verwachtingen van de huisarts en welke gevolgen zij daarvan ondervinden. Ten slotte wordt er aan de respondenten gevraagd hoe zij denken dat de problemen die veroorzaakt worden door cultuurbarrières opgelost kunnen worden. Hierbij is het interessant om erachter te komen wat zij denken dat de rol van een tolk hierin is.

De topic taalbarrière gaat in op de gevolgen die het niet (voldoende) beheersen van de Nederlandse taal heeft voor de respondenten. Ten eerste wordt er naar de beheersing van de Nederlandse taal gevraagd. Taalbarrières kunnen verschillende gevolgen hebben voor migrantenpatiënten (Shadid 1998; Meeuwesen & Harmsen, 2007; Bot et al., 2011; Meeuwesen, 2011; De Maesschalck, 2012). Aan de respondenten wordt er gevraagd welke problemen zij ervaren als



gevolg van het niet (voldoende) beheersen van de Nederlandse taal en wat voor gevolgen dit voor hen heeft. Er wordt ook aan hen gevraagd wat zij denken dat de beste oplossingen zijn voor de problemen die veroorzaakt worden door taalbarrières. Ook hier wordt er gevraagd naar de rol van de tolk hierin.

Ten slotte wordt de topic tolken behandeld. Het gebruiken van tolken heeft volgens eerder onderzoek positieve effecten op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten (Karlner et al., 2006). In de praktijk wordt er gebruik gemaakt van professionele en informele tolken. De respondenten wordt gevraagd wat hun ervaringen zijn met deze twee soort tolken. Volgens de literatuur kan het gebruik van professionele tolken meer voordelen opleveren dan het gebruik van informele tolken (Jacobs et al., 2006). Het blijkt dat er ondanks deze voordelen vaker gebruik wordt gemaakt van informele tolken. Dit kan te maken hebben met het feit dat de migrantenpatiënten informele tolken meer vertrouwen wat praktische en organisatorische zaken betreft ( Meeuwesen, 2011; Schouten & Bot, 2011). Het is interessant om te achterhalen welke tolk de voorkeur heeft van de respondenten en waarom dit zo is. Ook is het interessant om erachter te komen of de keuze verschilt in verschillende situaties, waarbij een tolk nodig is.

Wanneer tolken deelnemen aan gesprekken, veranderen dyadische gesprekken in triadische gesprekken (De Maesschalck, 2012). Wanneer een tolk deelneemt aan een gesprek kan dit van invloed zijn op het vertrouwen en de controle in het gesprek (Brisset et al., 2013). Aan de respondenten wordt er gevraagd of zij de tolken vertrouwen en of er een verschil zit tussen professionele en informele tolken. Ook wordt er gevraagd of zij voldoende invloed hebben op de gesprekken en in hoeverre tolken van invloed zijn op hun beslissingen om te achterhalen wat volgens de respondenten de invloed van een tolk is op de controle tijdens het gesprek. Tolken kunnen verschillende rollen hebben in een gesprek (Rosenberg et al., 2008; Meeuwesen et al., 2009; Hsieh & Kramer, 2012). Om te achterhalen welke rollen de respondenten belangrijk vinden, wordt aan hen gevraagd welke taken zij verwachten van de tolken.

### **3.5 Onderzoeksrespondenten en dataverzameling**

De doelgroep van dit onderzoek zijn migranten die in Nederland wonen en de Nederlandse taal niet of onvoldoende spreken. De doelgroep bestaat uit een grote groep mensen met verschillende etnische en culturele achtergronden die tevens verschillende talen spreken. Vanwege de diversiteit van de doelgroep is ervoor gekozen om één groep migranten te benaderen. Uiteindelijk zijn er migranten uit Turkije die de Turkse en of Koerdische taal spreken benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Er is gekozen voor migranten uit Turkije omdat dit de grootste groep migranten is in Nederland (CBS, 2014). Ook is er voor praktische redenen gekozen om migranten uit Turkije te benaderen: de onderzoeker spreekt de Turkse en Koerdische taal, waardoor de interviews één op één in het Turks of Koerdisch werden afgenomen en er geen tolk nodig was. Er is ervoor gekozen om respondenten die met de tolk naar de huisarts gaan te benaderen, zodat er gevraagd kan worden naar de ervaringen met de tolk.

De respondenten zijn via de netwerkmethodede benaderd. Dit betekent dat er via de eerste respondenten geprobeerd is om namen te verkrijgen van personen die vervolgens weer benaderd werden (Boeije, 2004). Uiteindelijk is er een groep van vijftien personen benaderd, waarvan tien vrouwen en vijf mannen, die allemaal ook deelnamen aan het onderzoek. Hiervan hebben negen de basisschool afgerond in Turkije, twee respondenten hebben de middelbare school afgerond en twee zijn verdergegaan met beroepsonderwijs, waarvan een het ook heeft afgerond. Twee respondenten hebben nooit op school gezeten en zijn analfabeet. Alle respondenten, op een na, hebben in Nederland op school gezeten om de Nederlandse taal te leren. Drie respondenten hebben een niveau 2-certificaat behaald. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 42 jaar oud. De jongste respondent is 31 jaar en de oudste is 85 jaar oud. Van de vijftien respondenten werken er zeven. Een respondent doet vrijwilligerswerk en een respondent is met pensioen. De duur van verblijf in Nederland is erg verschillend voor de respondenten.

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Werk	In Nederland sinds
1	Vrouw	53	Geen	Huisvrouw	1991
2	Vrouw	33	Middelbare school	Huisvrouw	2006
3	Man	42	Beroepsonderwijs Niveau 2 certificaat	Vrijwilligerswerk	1997
4	Vrouw	45	Geen	Schoonmaakster	1992
5	Vrouw	32	Basisonderwijs	Schoonmaakster	2002
6	Vrouw	38	Basisonderwijs	Schoonmaakster	1993
7	Vrouw	31	Basisonderwijs	Huisvrouw	2003
8	Vrouw		Basisonderwijs	Productiewerk	1979
9	Vrouw	41	Basisonderwijs	Huisvrouw	2006
10	Man	65	Basisonderwijs	Eigen onderneming/ pensioen	1992
11	Man	57	Basisonderwijs	Bewaker fietsenstalling	1974
12	Vrouw	51	Beroepsonderwijs Certificaat niveau 2	Pedagogische werker	1979
13	Vrouw	85	Geen	Huisvrouw	1973
14	Man	37	Middelbare school Certificaat niveau 2	Productiewerk	2002
15	Man	63	Basisonderwijs	Werkloos	1975

**Tabel 1: Respondenten**

De interviews zijn in het Turks of Koerdisch afgenomen bij de respondenten thuis, in een rustige omgeving. Bij een aantal respondenten werden de interviews afgebroken doordat er bezoek kwam. Na de onderbreking zijn de interviews weer hervat. Bij twee respondenten bleef het bezoek erbij, maar dit vormde geen belemmering voor de interviews. Er is geprobeerd om bij iedere respondent de vragen in dezelfde volgorde te stellen. Bij een aantal respondenten lukte dit niet, omdat zij zelf voorbeelden gaven en relevante onderwerpen aansneden. Tijdens de interviews is er veel gebruik gemaakt van voorbeelden om de vragen en topics te verduidelijken. Ook de respondenten zelf gaven veel voorbeelden van situaties die zij mee hebben gemaakt. Dit zorgde ervoor dat hun verhaal duidelijker en completer werd. De interviews duurden gemiddeld 43 minuten en zijn opgenomen op audio. Hiervoor is van tevoren toestemming gevraagd aan de respondenten. Om de privacy van de respondenten te waarborgen, is hun identiteit geanonimiseerd.

### **3.6 Databewerking en data analyse**

Ten eerste zijn de interviews getranscribeerd. Hierna zijn de interviews geanalyseerd door middel van de techniek van coderen. Het coderen is in drie stappen uitgevoerd. Ten eerste is er een lijst met codes opgesteld door middel van open coderen. Hierna zijn de codes beschreven, afgebakend en geordend door middel van axiaal coderen. Ten slotte zijn er verbanden gelegd tussen de verschillende categorieën door middel van selectieve codering (Boeije, 2004). Uiteindelijk heeft het coderen geleid tot een codeboom, zie bijlage 2. De gecodeerde fragmenten zijn vervolgens meerdere malen herlezen en geanalyseerd, wat uiteindelijk leidde tot de resultaten die besproken worden in hoofdstuk 4.

Voor de analyse van de data is er gebruik gemaakt van het computerprogramma Nvivo. Er is ervoor gekozen om te werken met dit programma omdat het een hulpmiddel is bij het coderen van interviews. Hierdoor kon het coderen efficiënter en nauwkeurig verlopen.

### **3.7 Validiteit en betrouwbaarheid**

Bij kwalitatief onderzoek kan de validiteit ervan gewaarborgd worden door de standpunten en ervaringen van de onderzochte personen zo precies mogelijk te onderzoeken. Het is belangrijk dat de data authentiek is. Dit betekent dat er vanuit het standpunt van de respondenten verslag wordt gelegd van het sociale leven (Neuman, 2012). Het doel van dit onderzoek is om de ervaringen en de belevenissen van de migrantenpatiënten te beschrijven, vanuit hun eigen standpunt. Dit onderzoek levert geen 'objectieve' data van wat er precies gebeurt tijdens de communicatie met een huisarts. Maar het biedt een constructie van de ervaringen, ideeën en verwachtingen van de respondenten. De data die verzameld is komt voort uit de constructies van de respondenten vanuit hun eigen standpunt over de manier waarop zij de communicatie met huisartsen ervaren. Dit betekent dat dit onderzoek valide is. De betrouwbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd door voor iedere respondent de zelfde topiclijst te gebruiken en de vragen in de zelfde volgorde te stellen. Daarnaast is er gewerkt met transcripties, hierdoor is het mogelijk voor anderen om de resultaten van dit onderzoek te controleren.

## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews per thema besproken en geïllustreerd aan de hand van citaten. De volgende thema's komen aan bod: 'communicatie tussen migrantenpatiënten en huisartsen', 'taalbarrières', 'cultuurbarrières' en 'tolken'.

### 4.1 Algemeen

#### 4.1.1 Relatie met de huisarts

De meeste respondenten geven aan dat zij tevreden zijn over hun relatie met de huisarts. Dit komt omdat zij vinden dat de huisarts betrokken en behulpzaam is en hen aandacht geeft, zoals blijkt in fragment 1.

#### **Fragment 1:**

*R 9: Als wij daarheen komen dan geeft zij ons aandacht het is echt een goede vrouw. Die andere waren niet goed. Zij toont aandacht en is behulpzaam.*

Verder geven vier respondenten aan dat zij tevreden zijn over hun huisarts omdat hij hen snel doorverwijst naar het ziekenhuis (zie fragment 2).

#### **Fragment 2**

*R5: Als wij een afspraak willen dan krijgen wij die gelijk en wij worden gelijk doorverwezen naar het ziekenhuis. Ik hoor van sommige mensen dat zij niet door worden verwezen naar het ziekenhuis, maar bij ons is dat niet het geval.*

Twee respondenten geven aan dat zij ontevreden zijn over hun relatie met de huisarts, omdat zij van mening zijn dat de huisarts hen niet begrijpt en niet betrokken is.

#### 4.1.2 Bezoek aan de huisarts

De meeste respondenten geven aan dat zij minimaal één keer per jaar, maar meestal vaker op bezoek gaan bij een huisarts. De meeste respondenten zijn niet tevreden over hun bezoek aan de huisarts. Ten eerste zijn de respondenten er niet tevreden over dat zij vaker een andere huisarts hebben die niet werkzaam is in de huisartsenpraktijk waar zij aan verbonden zijn. Van de vijftien respondenten geven er acht aan dat zij hier regelmatig mee te maken hebben. De respondenten geven aan dat zij dat niet fijn vinden, omdat een andere arts hun voorgeschiedenis niet kent. Zij geven aan dat zij het hele verhaal opnieuw moeten vertellen, wat nog lastiger wordt door de taalbarrière. Verder geven zij aan dat zij ook geen vertrouwensband hebben met de andere artsen, omdat de arts hen niet kent (zie fragment 3).

#### **Fragment 3**

*R 12: De nadelen zijn dat ik niet op mijn gemak ben en niet gemakkelijk naar de huisarts ga wanneer ik ergens last van heb. Ook problemen die ik thuis heb bijvoorbeeld kan ik niet vertellen, omdat ik geen vertrouwen krijg van de arts. Want iedere keer hebben wij een andere huisarts, daarom kan ik deze onderwerpen niet met hen delen.*

Op de vraag of zij de huisartsenpraktijk laten weten dat zij dezelfde huisarts willen antwoorden zes van de vijftien respondenten dat als zij dit doen, zij dan ook meestal dezelfde huisarts krijgen.

Een tweede punt dat naar voren komt, is dat respondenten moeite hebben met de assistent van de huisarts, zoals blijkt in fragment 4.

#### **Fragment 4**

*R 4: Ja wat ik ook heel lastig vind is dat je alles eerst met de assistente moet bespreken en een afspraak moet maken. Het is een hele drempel om eerst naar de assistente te bellen en dat dan nog moet vertellen dat is al heel lastig. Vaak wil je dan al niet gaan. Vroeger kon je 1 uur per dag zonder afspraak naar de arts. Nu moet je eerst naar de assistente bellen en een uur een verhaal vertellen en dat is moeilijk.*

Drie respondenten geven aan dat zij er moeite mee hebben om een afspraak te maken bij een huisarts. Zij geven aan dat de assistente allerlei vragen stelt aan hen die zij als onnodig ervaren. Ook speelt de taalbarrière een rol bij het spreken van een assistente, zij vinden het moeilijk om een antwoord te geven aan een assistente door de telefoon. De overige respondenten vertellen dat anderen voor hen de afspraken maken en dat zij niet zelf de assistente spreken.

## **4.2 Communicatie artsen en migrantenpatiënten**

### **4.2.1 Effectieve communicatie**

De respondenten geven aan dat zij meestal wel begrijpen wat de huisarts bedoelt. Sommigen begrijpen de arts niet vanwege de taalbarrière. De meesten zijn van mening dat de arts niet altijd begrijpt wat zij bedoelen. Zij denken dat dit te maken heeft met het verschil in de culturele achtergrond of een verschil in godsdienst (zie fragment 5).

#### **Fragment 5**

*R6: Er is een cultuurverschil. Ze zullen bijvoorbeeld tegen mij zeggen: bespreek je het met je man. Een Nederlander zal mij niet begrijpen, maar een Turk wel.*

*I: Dus de artsen hier zullen niet begrijpen dat u niet alles wil bespreken met uw man?*

*R: Ja en dat is juist het probleem. Nederlandse mensen bespreken alles met hun man, wij kunnen dat niet. De arts weet dat niet dat het bij ons niet kan en vraagt dan toch of ik het doe.*

De meeste respondenten denken dat de artsen onvoldoende kennis hebben van hun culturele achtergrond om te begrijpen wat zij bedoelen of hoe zij dingen ervaren (zie fragment 6).

#### **Fragment 6**

*R4: Zij weten vaak ook niet hoe het bij ons in elkaar zit. Zij kennen onze cultuur niet goed en begrijpen daarom ook niet hoe wij zijn.*

Volgens de respondenten heeft dit weleens gezorgd voor misverstanden. Het gevolg hiervan is dat zij soms een verkeerde diagnose en behandeling krijgen. Een voorbeeld hiervan is dat de huisarts hun problemen verbindt aan psychische problemen, terwijl zij het niet zo ervaren (zie fragment 7).

#### **Fragment 7**

*R12: Hij begreep mij maar niet. Hij vroeg mij steeds of ik problemen thuis had en of ik mij niet eenzaam voelde. Uiteindelijk heb ik mij laten onderzoeken in Turkije en bleek ik een ontsteking te hebben.*

Een ander punt waardoor volgens de respondenten misverstanden ontstaan, is dat de artsen vooroordelen hebben die van invloed zijn op de verklaringen van de arts. Dit wordt voornamelijk benoemd door de vrouwelijke respondenten. Volgens de respondenten verbinden de artsen de lichamelijke klachten vaak aan psychische problemen en gaan ze ervan uit dat de respondenten problemen thuis hebben en zich eenzaam voelen, terwijl dit volgens de respondenten niet het geval is of geen verband heeft met de klachten. De diagnoses die de artsen stellen zouden beïnvloed worden door de vooroordelen die zij hebben (zie fragment 8).

#### **Fragment 8**

*R12: De artsen hebben vaak het idee dat buitenlandse vrouwen problemen thuis hebben en zich eenzaam voelen. Zij verbinden al je klachten daaraan, terwijl het niet eens klopt. Wanneer wij dan met lichamelijke klachten naar de arts gaan zeggen zij gelijk het komt door stress of je voelt je eenzaam. En onderzoeken niet meer verder wat het kan zijn.*

#### 4.2.2 Cognitieve behoefte migrantenpatiënten en instrumentele vaardigheid arts

De meeste respondenten zijn niet tevreden over de instrumentele vaardigheden van een arts. De respondenten geven aan dat de arts minder kennis heeft vergeleken met artsen uit Turkije, waardoor zij minder goed weten wat het probleem is van de migrantenpatiënten (zie fragment 9).

#### **Fragment 9**

*I: Waarom denkt u dat ze u niet goed kunnen helpen?  
R3: Ze hebben weinig ervaring, ze weten niet veel.*

De respondenten onderbouwen dit door te zeggen dat artsen niet kunnen achterhalen wat voor ziekte zij hebben, terwijl artsen in Turkije dit wel achterhalen en dat artsen weleens in een boek of op internet dingen opzoeken over de klachten van een patiënt (zie fragment 10).

#### **Fragment 10**

*R7: Soms vraag je iets, dan kijken ze in een boek. Het is alsof zij het niet goed hebben geleerd en hun school niet helemaal af hebben gemaakt. Vooral als je de taal niet kent dan zit je daar als een schaap dat opgeofferd gaat worden.*

Een ander punt waar de respondenten op wijzen is dat artsen vragen stellen als: “Wat kan ik voor u doen?” of “Wat denkt u dat het is?”. De patiënten vinden het ongepast dat een arts zulke vragen stelt, omdat niet de patiënt maar de arts weet wat hij moet doen of waar een patiënt last van heeft (zie fragment 11).

#### **Fragment 11**

*R14: Wij zijn ziek en gaan daarheen en zij moeten toch vinden wat ik heb. Ze vragen mij: “Wat kan ik voor jou doen, wat denk jij dat het is?” Ik ben toch geen arts! Jullie zijn artsen, jullie moeten het toch weten.*

De respondenten geven aan dat de huisarts wel vragen stelt om inzicht te krijgen in de situatie. Een deel van de respondenten zegt dat zij het fijner zouden vinden als huisartsen soms ook diepere vragen stellen omdat huisartsen af en toe te oppervlakkig blijven. Verder vinden de meeste respondenten dat de huisartsen wel uitleggen wat er aan de hand is en uitleg geven over de behandeling. Echter, de respondenten zijn het niet altijd eens met de behandeling die een arts voorstelt. Zij zeggen dat de

huisarts vaak alleen maar pijnstillers voorschrijft, terwijl zij zelf meer onderzoek willen en sneller doorverwezen willen worden naar een specialist (zie fragment 12).

### **Fragment 12**

*R6: Je gaat en hebt bijvoorbeeld pijn in je rug, gebruik deze medicijnen als het niet overgaat kun je terugkomen. Altijd, voor welke klacht je ook gaat, gebruik deze medicijn en kom anders terug. Al ga je voor tien verschillende klachten in een jaar gebruik deze medicijn en kom terug. Dus ik ga niet meer als sinds zes maanden ben ik niet meer bij de huisarts geweest.*

*I: En hoe zou het anders moeten volgens u?*

*R6: Dat ze echt bezig zijn met je en er achteraan gaan waarom je bepaalde klachten hebt. Dat ze ons doorverwijzen en scans laten maken.*

De meeste respondenten geven aan dat ze dit ook bespreken met de huisarts en vaak vragen om doorverwijzing, maar zij hebben het idee dat er niet veel wordt gedaan met hun mening. De respondenten vertellen dat zij denken dat dit te maken heeft met bezuinigingen en de kosten, zoals blijkt in fragment 13.

### **Fragment 13**

*R4: Ja dat ze sneller doorverwijzen naar een specialist. Maar dat doen ze niet, omdat het te duur is.*

De respondenten laten ook weten dat wanneer zij het niet eens zijn met de behandeling die een arts voorschrijft het wel eens voorkomt dat zij de aanwijzingen van de arts niet opvolgen of het probleem aanpakken op hun eigen manier. Voorbeelden hiervan zijn dat zij de medicijnen die zijn voorgeschreven minder gaan innemen of alternatieven uit hun eigen cultuur inzetten (zie fragment 14). Zeven respondenten zeggen dat zij het niet bespreken met de huisarts als zij het niet met hem of haar eens zijn, en de aanwijzingen niet opvolgen.

### **Fragment 14**

*R7: En bij de medicijnen voor mijn bloeddruk had ik het dat ik bang was om ze te gebruiken, omdat de arts heel erg twijfelde. Ik nam ze maar voor de helft in ik durfde het niet. Ik heb het ook niet tegen mijn man gezegd. Maar ik durfde het niet, ik wist niet of het goed was of niet en ik ben nog jong. Daarna toen ik merkte dat het geen bijwerkingen had heb ik ze volledig ingenomen. Maar ik heb het niet besproken met de arts.*

De migranten geven aan dat zij zelf vragen stellen wanneer zij dat nodig vinden. Echter, elf van de vijftien respondenten zegt dat dit niet vaak voorkomt (zie fragment 15). Ook zeggen ze dat ze nauwelijks om advies vragen aan de huisarts.

### **Fragment 15**

*I: Hoe verloopt een dergelijk gesprek dan? Stelt u zelf weleens vragen?*

*R15: Ik ga daarheen, hij vraagt wat ik heb. Ik vertel het aan mijn dochter en zij vertelt het weer aan hem. Hij controleert mij en geeft mij daarna medicijnen. Het is niet zo dat ik dan nog vragen stel. Ik weet niet wat voor vragen ik moet stellen, hij vertelt het meeste toch al.*

#### 4.2.3 Affectieve behoefte migrantenpatiënten en affectieve vaardigheid arts

De meeste respondenten geven aan dat zij vinden dat de huisartsen betrokken zijn en aandacht hebben voor de patiënten. Vooral wanneer zij de artsen vergelijken met de artsen in Turkije vinden zij dat de

artsen hier meer betrokken zijn. Al merken de meeste respondenten op dat de artsen in Turkije steeds meer veranderen op dit gebied. De respondenten geven aan dat een arts ook oogcontact maakt en de respondenten aankijkt tijdens een consult, ook wanneer er een tolk aanwezig is. Op de vraag of de huisarts hen begrijpt antwoorden de meeste respondenten, dat zij denken dat de huisarts hen niet altijd begrijpt en dat dit vooral te maken heeft met culturele verschillen (zie fragment 16).

#### **Fragment 16**

*I: Waar denkt u dat het aan ligt dat zij u niet begrijpt?*

*R6: Zij denken anders dan ons, wij zijn moslim en zijn toch anders en dat begrijpen zij soms niet.*

#### 4.2.4 Beschikbare tijd

De meeste respondenten laten weten dat zij tevreden zijn over de tijd die een arts voor hen beschikbaar stelt, wanneer zij maar één probleem hebben dat zij willen bespreken (zie fragment 17).

#### **Fragment 17**

*R 1: Nee niet echt. Als je naar de huisarts gaat mag je niet alles zeggen. Als je voor hoofdpijn gaat dan mag je alleen over je hoofdpijn praten, als je voor je voet gaat mag je alleen over je voet praten en niet over alles. Zij zegt dan ik heb daar geen tijd voor.*

Echter, wanneer er een tweede probleem is dat zij ook willen bespreken hebben de artsen hier geen tijd voor. De respondenten vinden het vervelend en onnodig om een nieuwe afspraak te nemen voor een ander probleem, zoals blijkt in fragment 18. Sommige respondenten merken ook op dat het hen opvalt dat de consulten met de Nederlandse patiënten langer duren, en kunnen dit niet zo goed plaatsen.

#### **Fragment 18**

*R 12: Omdat ik alles in een keer wil delen. Maar ik heb dan maar vijf minuten en dan mag ik maar één ding delen. Zij zegt dan eerst moeten wij dit belangrijke probleem oplossen en dan pas naar de tweede. Met mijn tweede probleem kan ik dan nog wel leven en neem ik dan geen afspraak. Als ik daar ben wil ik toch alles bespreken met de arts.*

### **4.3 Cultuurbarrières**

#### 4.3.1 Culturele achtergrond

De respondenten voelen zich meer Turks dan Nederlands en voelen zich verbonden met de Turkse bevolking. De meeste respondenten geven aan dat zij zich meer Turks voelen, omdat zij uit Turkije komen en opgevoed zijn met de Turkse cultuur en taal. De respondenten vinden dat er een groot verschil zit tussen de culturele achtergrond van henzelf en van de huisartsen.

#### 4.3.2 Denken over ziekte en de gezondheidszorg

De meeste respondenten denken dat de huisarts niet dezelfde ideeën heeft als zij over ziekte en de behandeling daarvan. Zij denken dat de huisarts vaak de ernst van hun ziekte niet inziet en lang wacht met onderzoek en de behandeling. De meeste respondenten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat zij medicijnen of een andere behandeling krijgen voor hun klachten. Zij vinden het daarbij belangrijk dat de medicijnen snel werken. Een voorbeeld dat hierbij werd benoemd is dat er in Turkije een spuit wordt gegeven als je ziek bent en dat dit snel werkt (zie fragment 19).



### **Fragment 19**

*R15: Wanneer ik in Turkije ziek ben, ga ik naar de arts en krijg ik een spuit. Ik voel mij dan gelijk een stuk beter en heb een stuk minder pijn. Ook krijg ik nog medicijnen die ik dan voor de rest kan gebruiken. Hier krijg je dat niet.*

Bijna alle respondenten zeggen dat zij alternatieve geneesmiddelen gebruiken, zoals kruiden. Zij gebruiken dit meestal als aanvulling op de medicijnen die de arts voorschrijft. Ook denken de meeste respondenten dat het bidden hen kan helpen bij hun genezingsproces, vooral bij psychische klachten. Sommige respondenten hebben een speciale amulet met een gebed erop voor het behandelen van hun ziekte (zie fragment 20). De respondenten bespreken deze alternatieve vormen van de behandeling niet met de huisarts, omdat zij denken dat de huisarts dit niet zal begrijpen.

### **Fragment 20**

*R13: Ik had heel erg last van hoofdpijn. Ik ben toen in Turkije naar een geleerde van de Islam gegaan. Hij heeft voor mij een amulet gemaakt met een gebed erop tegen hoofdpijn. Sindsdien had ik minder last van mijn hoofdpijn. Vorig jaar heb ik er nog een laten maken voor mijn kleindochter. Zij was heel erg bang. De geleerde gaf ons een amulet en heeft gebeden voor mijn kleindochter, waarna zij minder bang was.*

#### **4.3.3 Machtsafstand**

De meeste respondenten vinden de artsen in Nederland vergeleken met de artsen in Turkije meer betrokken en dichter bij de patiënt staan. De patiënten vinden dit fijner. Zeven van de vijftien respondenten volgen de aanwijzingen van de arts op en geven niet hun mening over de behandeling die een arts voorschrijft. Zij geven hiervoor als reden dat zij denken dat een arts het beter weet en dat zij het moeilijk vinden om een arts tegen te spreken, zoals blijkt in fragment 21.

### **Fragment 21**

*I: Waarom hebt u het niet besproken?*

*R7: Ik denk dat het aan mij ligt ik durf dat niet zo goed.*

*I: Heeft dat denkt u ook met uw cultuur te maken?*

*R7: Ik vertrouw de arts. Wat de arts zegt klopt wel denk ik. Zo was het ook bij mijn ouders. Mijn moeder ging naar de arts en kreeg medicijnen en gebruikte die. Wat de dokter zegt wordt gedaan. Als je nu kijkt is er internet je kunt alles opzoeken. Maar als het op gezondheid komt dan doen wij wat de dokter zegt. Wij doen ook niks en spreken niet tegen. Het is wat de dokter zegt. De arts en leraar vertrouw je gewoon en die spreek je niet tegen. Je denkt hij weet het beter.*

#### **4.3.4 Individualisme versus collectivisme**

De respondenten vinden hun familie belangrijk en overleggen de meeste dingen met hun familieleden. Wanneer het op hun eigen gezondheid komt, geven de respondenten aan dat zij dit minder belangrijk vinden en dat zij hun eigen beslissingen willen nemen. Sommige respondenten vinden het fijn om iemand bij zich te hebben als steun. Volgens deze respondenten hebben de artsen hier meestal begrip voor (zie fragment 22).

### **Fragment 22**

*R13: Ja, mijn schoondochter komt altijd met mij mee. Zij kent de taal niet maar komt toch mee ook al is er iemand anders bij voor de taal. Ook als ik in Turkije naar de dokter ga dan neem ik altijd iemand mee.*

*I: Hoe reageert de huisarts hierop?*

*R13: Zij heeft er nooit wat over gezegd. Meestal pakken ze er een derde stoel bij zodat mijn schoondochter ook kan zitten.*

Een ander punt dat tijdens de interviews naar voren kwam is dat sommige respondenten denken dat de huisartsen en andere hulpverleners tijdens conflictsituaties zullen kiezen voor de ‘Nederlanders’ en niet achter hen zal staan. Dit omdat dit iemand is van de eigen groep en zij zelf ook zo zouden handelen wanneer er een conflict is tussen een Turkse persoon en een Nederlandse persoon. Dit laat zien dat de respondenten collectief zijn ingesteld en tijdens een conflict geneigd zijn om de leden van de eigen groep te beschermen. Hetzelfde verwachten zij ook van de huisarts (zie fragment 23).

### **Fragment 23**

*R6: De Nederlandse artsen zullen toch achter elkaar staan. Wij zouden dat ook doen. Wanneer er een Nederlander naar Turkije komt en problemen heeft met een Turk, dan sta je toch achter de Turk. Tenminste wij zijn zo en ik denk dat zij ook zo zijn.*

#### 4.3.4 Man- vrouwverhoudingen

De mannelijke respondenten geven aan dat zij het geen probleem vinden of hun huisarts een man of een vrouw is. Van de vrouwelijke respondenten geven zeven van de tien aan dat zij liever een vrouw hebben, omdat zij dan makkelijker over hun problemen kunnen praten en open kunnen zijn. Zij schamen zich voor de mannelijke artsen en kunnen dan niet praten over hun problemen. De respondenten geven aan dat dit nooit een probleem is geweest en dat de huisartsen hierin behulpzaam zijn (zie fragment 24).

### **Fragment 24**

*I: Dus u hebt liever een vrouwelijke arts?*

*R1: Ja, liever een vrouw.*

*I: Waarom een vrouw?*

*R1: Wij moslims hebben liever een vrouw. Je kunt je uitkleden, er zijn vrouwenziektes dat kan je makkelijker vertellen. Tegen een man kun je niet open zijn.*

#### 4.3.5 Onzekerheidsvermijding

De respondenten worden onzeker wanneer zij niet weten wat hun ziekte is, zoals blijkt in fragment 25.

### **Fragment 25**

*R12: Je wilt weten wat je hebt, waarom ben ik ziek? Wanneer ik weet wat ik heb dan vind ik het niet zo erg. Als ik het niet weet dan ga ik daar alleen maar over piekeren, wat heb ik en waarom heb ik er last van?*

*I: Bent u bang om te horen dat u ziek bent?*

*R12: Het is vooral dat je bang bent om een ernstige ziekte te hebben, waar je niks tegen kunt doen.*

Wanneer zij ergens last van hebben willen zij dat artsen dit grondig onderzoeken en dat zij zekerheid krijgen over hun ziekte. De respondenten zeggen dat zij vinden dat de artsen hier geen rekening mee houden. Zoals eerder ook is benoemd hebben de respondenten er last van dat de artsen hen niet doorverwijzen en dat zij niet voldoende onderzocht worden. De respondenten zijn bang dat er meer aan de hand is dan de arts zegt, maar dat dit niet duidelijk wordt omdat zij niet onderzocht worden.

Ook wanneer zij een ernstige ziekte hebben willen de meeste respondenten weten wat zij hebben, omdat zij zich dan kunnen voorbereiden op de gevolgen daarvan. Sommige respondenten willen juist niet weten wat zij hebben, uit angst nog zieker te worden.

#### 4.3.6 Oplossingen voor cultuurbarrières

De respondenten vinden dit over het algemeen een lastig onderwerp. De meeste respondenten merkten op dat er verschillen zijn en dat deze verschillen te maken hebben met de culturele achtergrond en de religie. De meeste respondenten vonden het beter wanneer een arts meer kennis heeft over hun culturele achtergrond, maar betwijfelden of dit ook echt zal zorgen voor het verminderen van misverstanden die ontstaan door culturele verschillen (zie fragment 26).

#### **Fragment 26**

*R7: Ja denk wel dat het goed is als zij meer kennis hadden, maar toch niet helemaal. Als je het niet helemaal meemaakt dan weet je het niet. Wij zijn wel heel verschillend. Maar het zou ook wel kunnen schelen, ik weet het niet.*

De respondenten zeggen dat wanneer zij zelf aangeven of de huisarts ergens rekening mee wil houden vanwege de culturele achtergrond dat de huisarts dit meestal wel doet, en dat zij dit fijn vinden (zie fragment 27).

#### **Fragment 27**

*R1: Bijvoorbeeld als ik naar de arts ga en mijn eigen huisarts er niet is en de andere huisarts wel, dat is een man, dan vragen ze altijd of ik dat wel goed vind. En als het dingen zijn die ik met een vrouw wil bespreken dan zeg ik dit.*

De meeste respondenten zouden het wel fijn vinden dat een tolk zou ingrijpen wanneer er misverstanden ontstaan door een cultuurverschil. Op dit onderwerp wordt uitgebreider ingegaan bij het thema 'tolken'.

### **4.4 Taalbarrières**

#### 4.4.1 Beheersing

Alle respondenten spreken Turks, en drie respondenten spreken ook Koerdisch. Op één respondent na denken alle respondenten dat zij de Nederlandse taal niet voldoende beheersen. Dagelijkse dingen, zoals boodschappen doen, kunnen de respondenten zelf, maar bij belangrijke dingen willen zij liever iemand mee als tolk. Op de vraag wat zij als belangrijk ervaren, antwoorden de respondenten voorbeelden als 'naar een specialist' of 'een afspraak bij de gemeente'. De respondenten spreken allemaal thuis Turks en bij een aantal respondenten spreken de kinderen onderling wel Nederlands.

#### 4.4.2. Problemen als gevolg van taalbarrières

Het probleem dat het meeste genoemd wordt door respondenten is dat zij niet begrepen worden of niet helemaal duidelijk kunnen maken wat zij bedoelen (zie fragment 28). De meeste respondenten

vertellen dat zij hier regelmatig mee te maken hebben bij de huisarts. De respondenten hebben vooral moeite met het vertellen van hun problemen, en zeggen dat er vaak een tolk mee moet om hen daarbij te helpen. Een tweede probleem is dat zij niet begrijpen wat de persoon tegenover hen wil zeggen. Alle respondenten zeggen dat zij beter zijn in het begrijpen van wat de arts zegt, dan het zelf duidelijk maken. De meeste respondenten weten meestal wel waar het over gaat, maar zijn er niet zeker van en begrijpen het soms ook verkeerd, waardoor er sprake is van een misverstand.

#### **Fragment 28**

*R15: Uhm het grootste probleem is dat ik niet kan vertellen wat er aan de hand is en mijzelf kan uitdrukken. Ik begrijp ook niet alles. Er is altijd een vraagteken.*

Bij de meeste respondenten zorgt het niet voldoende beheersen van de taal voor stress. Zij krijgen er slechte gevoelens bij (zie fragment 29).

#### **Fragment 29**

*R6: Ik was toen heel erg ziek (lacht). Ik moest toen heel erg lang wachten en had daar moeite mee. Ik ging naar binnen en zij was eerst bezig met andere dingen. Als ik de taal kon zou ik echt er wat van zeggen. Maar ze zei niet eens sorry, omdat ik zo lang moest wachten. Ik weet het niet meer of ik toen medicijnen kreeg. Maar ik vond het toen heel erg moeilijk, ik kon mijzelf niet uitdrukken. Stel je voor je wilt iets heel graag, maar je kunt het toch niet. Ik voelde mij daar echt slecht bij.*

Sommige respondenten zeggen dat zij zich onderdrukt voelen en schamen zich ervoor dat zij de taal niet spreken. Drie respondenten merken op dat het niet spreken van de Nederlandse taal heeft gezorgd voor psychische problemen. Zes van de vijftien respondenten gaan liever niet naar de huisarts, omdat zij het moeilijk vinden om hun problemen duidelijk te maken en omdat zij van mening zijn dat de huisarts hen niet begrijpt (zie fragment 30).

#### **Fragment 30**

*R 9: Omdat ik het niet kan vertellen blijft het daarbij. Daarom ga ik liever niet naar de arts ik kan het toch niet vertellen. Alleen als ik echt zo ziek zou zijn dat ik het gevoel zou hebben dat ik dood ga dan pas.*

Bij twee respondenten is er sprake geweest van een verkeerde behandeling, omdat zij niet goed konden uitleggen wat hun problemen waren. Een respondent is doorverwezen naar een psycholoog, maar is niet in behandeling gegaan omdat zij bang is dat zij haar problemen niet kan vertellen door de taalbarrière en hierdoor nog meer stress zal krijgen. De respondenten zijn van mening dat de taalbarrière van invloed is op hun relatie met de huisarts. De meeste respondenten vinden dat het niet één op één kunnen spreken van de arts, door de aanwezigheid van een tolk een negatieve invloed heeft op de relatie met de huisarts. Ook het niet kunnen vertellen en het niet begrijpen van de arts heeft volgens de respondenten een negatieve invloed op de relatie met de huisarts.

#### 4.4.3 Oplossingen taalbarrière

Alle respondenten vinden de taalbarrière het grootste probleem dat zij bij de huisarts ervaren. Zij denken dat het leren van de Nederlandse taal hier de beste oplossing voor is. Sommige respondenten

geven aan dat zij nu vaker alleen naar de huisarts gaan en dat zij dit als prettig ervaren. Bij een aantal respondenten motiveert de huisarts hen hierbij door te laten weten dat zij het goed vinden dat de respondent zelf het woord neemt en niet met een tolk komt, en door te zeggen dat zij de respondenten wel begrijpen (zie fragment 31).

### **Fragment 31**

*I: U gaat nu vaker alleen naar de huisarts?*

*R5: Ja natuurlijk. Vooral omdat zij weten dat ik de taal niet goed ken houden ze er rekening mee. En ze vinden het juist goed als ik alleen ga en alleen met een arts spreek. Dat je moeite doet om de taal te leren, ze moedigen mij dan juist aan.*

De huisarts past volgens de respondenten zijn of haar gedrag aan, gaat langzamer praten en waar nodig nog met gebaren communiceren. Verder geven de respondenten aan dat het inzetten van een professionele tolk oplossingen kan bieden voor de problemen die optreden als gevolg van de taalbarrière. Een andere punt dat de respondenten benoemen is informatie in de Turkse taal. De meeste respondenten krijgen weleens schriftelijke informatie van de huisarts of bij de apotheek. Ze begrijpen dit niet altijd, omdat het in het Nederlands geschreven is. Vaak willen ze het niet laten lezen door iemand anders, omdat zij het gevoel hebben dat zij de ander al genoeg tot last zijn (zie fragment 32).

### **Fragment 32**

*R4: Ik krijg wel informatie, maar begrijp het niet. Ik laat het dan mijn kinderen lezen of N. En de taal van de artsen is nog moeilijker. Het is soms zelfs zo dat N. er moeite mee heeft. Maar als het in het Turks was de informatie dan zou ik het beter begrijpen en zou ik het ook zelf verder kunnen opzoeken in het Turks.*

De meeste respondenten zoeken zelf bijna nooit informatie op, maar wanneer zij informatie krijgen van de huisarts vinden ze dit wel belangrijk vinden en lezen die dan ook.

## **4.5 Tolken**

### **4.5.1 Gebruik van een tolk**

Alle respondenten zijn weleens met een informele tolk naar de huisarts gegaan. Vier zeggen dat zij dat altijd doen. Tien respondenten gaan regelmatig met een informele tolk naar de huisarts en één respondent vertelt niet meer met een tolk naar de huisarts te gaan. De respondenten denken dat de aanwezigheid van een tolk miscommunicatie voorkomt.

### **4.4.1 Ervaringen met informele tolk**

De respondenten nemen hun kinderen, partner vrienden of andere familieleden mee als tolk. Meestal beslissen zij wie er mee gaat aan de hand van wie er beschikbaar is. De meeste respondenten vinden het lastig om de mensen te benaderen om mee te gaan als tolk, omdat zij bang zijn dat zij mensen lastigvallen (zie fragment 33).

### **Fragment 33**

*I: Hm. Uhm u zei net ik ga met mijn broertje of mijn neefjes mee naar de arts. Hebt u een bepaalde voorkeur voor een tolk?*

*R10: Dat maakt helemaal niets uit. Wie er mee kan komt mee.*

*I: En hoe beslist u dan wie er mee komt?*

*R10: Ik bel een dag van te voren op en vraag wie er dan mee kan. En aan de hand daarvan komt er iemand mee.*

*I: Wat denkt u dat zij ervan vinden om met u mee te gaan?*

*R10: Niet leuk denk ik. Zij zullen wel denken daar komt hij weer. Ik vind het ook moeilijk om hen mee te vragen en begin meestal al te stressen als ik een afspraak heb staan.*

De respondenten vertellen dat zij meestal voordat zij naar een consult gaan met de tolk bespreken wat er aan de hand is, en wat zij graag willen. Tijdens het consult vertaalt de tolk wat er wordt gezegd en meestal legt de tolk achteraf nog uit wat er is besproken. Volgens de meeste respondenten voegen de tolken nog wel eens dingen toe die de respondent zelf niet heeft gezegd of vergeten is. Vooral wanneer de tolk een huisgenoot is van de respondent, gebeurt dit vaak. De respondenten zeggen dat zij dit juist fijn vinden. Volgens alle respondenten zou het beter zijn wanneer zij niet afhankelijk waren van een tolk en zij alleen naar de huisarts konden gaan. Zij zouden zichzelf beter kunnen uiten, wanneer zij de arts één op één spreken en dit niet via de tolk hoeven te doen. Ook zeggen ze dat zij dan meer zelfvertrouwen zouden krijgen, omdat zij hun eigen problemen kunnen lossen. De meeste respondenten laten weten dat het afhankelijk zijn van een tolk negatieve gevoelens bij hen oproept. De negatieve gevoelens die respondenten benoemen zijn: onderdrukking, schaamte, verlaging, boosheid, afhankelijkheid en minder zelfvertrouwen (zie fragment 34).

#### **Fragment 34**

*I: Bent u hier tevreden over dat hij voor u spreekt?*

*R: Ik vind het niet iets goeds. Ik word er helemaal gek van waarom kan ik geen antwoord geven. Het is alsof ik stom ben en niet kan spreken.*

#### 4.4.3 Ervaringen met professionele tolk

Zeven respondenten hebben weleens gebruik gemaakt van de diensten van een professionele tolk. Bij twee respondenten was dit tijdens een huisartsconsult, bij twee patiënten was dit bij de arbo-arts en bij één in het ziekenhuis. De andere twee respondenten hebben gebruik gemaakt van de diensten van een professionele tolk bij de gemeente. De respondenten die gebruik maakten van de diensten van een professionele tolk zijn er tevreden over. Zij vonden het fijn dat zij duidelijk konden maken wat hun probleem is en dat de hulpverleners rekening hielden met hun situatie (zie fragment 35).

#### **Fragment 35**

*I: En hoe was dat met een professionele tolk? Was het fijner of juist niet?*

*R5: Het was iets heel fijn dat ze op dat moment aan mij dachten en mij die aandacht gaven en voor mij een professionele tolk regelden. Die vrouw die kwam vertelde mij alles wat zij zeiden. Mijn man kan super goed Nederlands, maar op dat moment hadden wij zoveel meegemaakt en hij kon op dat moment niet nadenken en vertalen en dat was toen super fijn dat er iemand kwam en alles vertaalde.*

De respondenten geven aan dat zij de professionele tolken vertrouwen omdat het professionals zijn (zie fragment 36).

### **Fragment 36**

*I: Oké. Een professionele tolk die kent u niet, heeft deze invloed op het vertrouwen dat u hebt in de tolk?*

*R4: Dat zijn professionals en ik heb daarom wel vertrouwen in hen.*

#### 4.4.2 Keuze informele of professionele tolk

De respondenten gaan (bijna) altijd met een informele tolk naar de huisarts. Veertien respondenten wisten niet dat zij gebruik kunnen maken van de diensten van een professionele tolk. Tien respondenten zouden wel gebruik willen maken van de diensten van een professionele tolk. De respondenten hebben liever een professionele tolk bij moeilijke situaties, omdat zij denken dat deze dan de rol van de tolk beter kan uitvoeren. Volgens de respondenten zijn dit situaties waarbij zij een “ernstige” ziekte hebben of wanneer zij naar een specialist moeten (zie fragment 37). Ook kiezen de respondenten voor professionele tolken, wanneer er niemand anders mee kan gaan.

### **Fragment 37**

*I: In welke situaties heeft u liever een professionele tolk?*

*R15: Bij moeilijke dingen wil ik liever een professionele tolk. Bij normale dingen kan ik ook zelf gaan of met een van mijn kinderen.*

*I: Wat bedoelt u met moeilijke dingen?*

*R15: Als ik bijvoorbeeld een ernstige ziekte heb en ik krijg de uitslagen of bij een specialist. Een tolk kan dan ook beter vertalen.*

De andere respondenten gaan het liefst zelf en als het moet liever met een familielid. Zij merken op dat de informele tolken hen beter kennen en de situatie beter kunnen uitleggen.

#### 4.4.5 Vertrouwen

De meeste respondenten vertrouwen de tolken die meegaan naar een huisartsenconsult. Er zijn weleens dingen die zij liever niet in het bijzijn van een tolk bespreken. De respondenten schamen zich ervoor om over problemen in het gezin of over geslachtsziekten te praten bij een tolk. Sommige respondenten vertellen het dan niet en andere bespreken dit wel maar schamen zich hier wel voor (zie fragment 38).

### **Fragment 38**

*I: Ja. Hebt u wel eens momenten gehad dat er dingen waren die u niet wilde bespreken bij een tolk?*

*R10: Ja dat gebeurt.*

*I: Wat doet u dan?*

*R10: Ja ik vertel het dan toch, ik moet wel.*

Vijf respondenten vertrouwen er niet altijd op dat wat zij zeggen ook goed wordt vertaald of op de juiste manier wordt overgebracht (zie fragment 39). De respondenten laten weten dat zij het zelf niet verstaan en het dus niet zeker kunnen weten. Bij twee respondenten komt dit omdat de tolken zelf de taal niet goed beheersen.

**Fragment 39**

*I: Hoe is het als u met een tolk naar de huisarts gaat, gaat het tolken goed of juist niet?*

*R2: Ik heb wel eens het gevoel dat de dingen die ik zeg, niet zoals wat ik zeg wordt overgebracht. Het wordt niet uitgelegd op mijn manier.*

**4.4.4 Controle**

De meeste respondenten nemen zelf ook deel aan het gesprek en geven waar het mogelijk is zelf antwoord op de vragen die gesteld worden. De respondenten nemen zelf hun beslissingen en hebben het gevoel dat zij voldoende richting geven aan het gesprek (zie fragment 40).

**Fragment 40**

*I: Wanneer de dokter iets vraagt en u moet een beslissing nemen, neemt u zelf dan u beslissingen of heeft de tolk invloed?*

*R1: Nee ik neem ze. Ze zeggen dan zo en zo zit het en als ik ja dan gebeurt het en als ik nee zeg niet.*

Verder merken de respondenten op dat zij ook voor het gesprek met de arts met de tolken bespreken wat het probleem is, en wat zij verwachten van de tolk en van het consult. Volgens de respondenten gedraagt de tolk zich meestal hiernaar en zijn het dus de respondenten die (vooraf) bepalen wat de tolk moet bespreken.

**4.4.6 Verwachtingen van de tolk**

De respondenten verwachten van een informele tolk vooral dat wat zij zeggen goed vertaald wordt en dat alles wat zij zeggen vertaald wordt. De meeste respondenten vinden het ook belangrijk dat een informele tolk waar nodig opkomt voor hun rechten. Vooral wanneer zij willen dat een huisarts hen doorverwijst vinden zij het belangrijk dat een informele tolk op moet komen voor hen. Van de professionele tolken verwachten de respondenten dat de tolken één op één vertalen wat zij zeggen en wat de huisarts zegt. Verder verwachten zij van de professionele tolken dat zij hen wegwijs maken. Bijvoorbeeld wanneer zij recht hebben op iets of wanneer er bepaalde regels zijn waar zij zich aan moeten houden vinden, zij het belangrijk dat een professionele tolk dit ook laat weten. Wanneer er misverstanden zijn die voortkomen uit de culturele verschillen, dan verwachten de patiënten dat de tolken ingrijpen om uit te leggen hoe de situatie zit. Zij zijn wel van mening dat informele tolken dit beter kunnen, omdat zij de patiënten beter kennen en eerder doorhebben wanneer er sprake is van een misverstand.



## 5. Discussie en Conclusie

### 5.1 Beantwoording onderzoeksvragen en theoretische reflectie

De eerste vraag waarop een antwoord wordt gezocht in dit onderzoek is: *Wat zijn de ervaringen van migrantenpatiënten met de communicatie met artsen?* Uit de besproken literatuur komt naar voren dat men effectieve communicatie bereikt, wanneer het mensen lukt om hun eigen boodschap op een adequate manier over te brengen en de boodschap van de gesprekspartner te begrijpen (Shadid, 1998). Uit de interviews met de respondenten blijkt dat zij het gevoel hebben dat de artsen hen niet altijd begrijpen. Volgens de respondenten heeft dit te maken met de verschillen in de culturele achtergrond. Wanneer er sprake is van communicatie tussen mensen met een verschillende achtergrond kan het verschil in het interpretatieschema voor misverstanden zorgen (Shadid, 1998). Dit komt overeen met de antwoorden van de respondenten. Zij zijn van mening dat er misverstanden ontstaan en er niet altijd sprake is van wederzijds begrip. Volgens de respondenten missen de artsen de juiste kennis van de culturele achtergrond om de boodschap van de respondenten te begrijpen en interpreteren hun problemen vanuit een ander interpretatieschema. Een ander punt dat benoemd wordt door de respondenten, is dat zij denken dat artsen een bepaald beeld hebben over hen, dat hun houding beïnvloedt. Stereotypen bij artsen kunnen ervoor zorgen dat hypothesen niet of nauwelijks getoetst worden (Seeleman et al., 2005). Dit wordt ook ervaren door de respondenten. Zij zeggen dat zij het gevoel hebben dat artsen bepaalde ideeën over hen hebben en daarom niet verder onderzoeken en verkeerde diagnoses stellen.

Een tweede punt dat van belang is, is dat artsen tegenmoet komen aan de cognitieve en affectieve behoeften van de patiënten, door informatieve en affectieve vaardigheden in te zetten (Bensing & Meeuwesen). Uit de interviews blijkt dat de respondenten tevreden zijn over de affectieve vaardigheden van de artsen, maar niet tevreden zijn over hun informatieve vaardigheden. De respondenten denken dat de artsen te weinig vaardigheden en kennis hebben om de juiste diagnose te stellen. Hoewel Bensing en Meeuwesen (1996) beschrijven dat de ervaren kwaliteit van de zorg voor een groot gedeelte verklaard wordt door de affectieve vaardigheden van een arts, benadrukken de respondenten juist het belang van de informatieve vaardigheden. Verder blijkt uit de interviews dat de respondenten de artsen in Nederland niet vertrouwen en liever Turkse artsen willen. De respondenten beschrijven een beeld van artsen in Nederland die te weinig kennis en vaardigheden hebben. Het lijkt erop dat de respondenten een vooroordeel hebben over de artsen in Nederland, dat hun gedrag tegenover hen beïnvloedt.

Consulten met migrantenpatiënten hebben meestal meer tijd nodig vergeleken met autochtone patiënten, omdat er meestal cultuur- en taalbarrières zijn die overbrugd moeten worden (De Maesschalck, 2012). Ook is er vaak een tolk mee die extra tijd nodig heeft om te vertalen (Greenhalg, et al., 2006). Uit eerder onderzoek blijkt dat consulten met migrantenpatiënten korter duren

(Meeuwesen & Harmsen, 2007). De respondenten merken op dat wanneer zij één probleem hebben, de tijd die een arts beschikbaar stelt voldoende is. Echter, wanneer zij een tweede probleem willen bespreken, is hier geen tijd voor en ervaren zij de beschikbare tijd als te kort. De respondenten zeggen dat zij geen nieuwe afspraak maken, omdat zij het tweede probleem vaak niet als ‘dringend’ ervaren. De respondenten spreken in de interviews niet over het maken van een dubbele afspraak en geven aan dat zij in situaties waarbij een tweede probleem speelt dat zij willen bespreken met de arts, een nieuwe afspraak maken of niets doen. Dit kan erop wijzen dat zij niet weten dat zij een dubbele afspraak kunnen maken om een eventueel tweede probleem te bespreken. Het komt vaker voor dat migrantenpatiënten onvoldoende kennis hebben van het zorgsysteem (De Maesschalck, 2012) wat ook hier het geval kan zijn, namelijk dat de respondenten niet weten dat zij een dubbele afspraak kunnen maken. Een tweede punt dat erop kan wijzen dat de respondenten onvoldoende kennis hebben van het zorgsysteem, is dat zij de mogelijkheid hebben om aan te geven dat zij dezelfde huisarts willen. Maar een deel van de respondenten laat dit, ondanks dat zij dit willen, niet weten bij het maken van een afspraak. Ook blijkt dat de respondenten er niet van op de hoogte waren dat zij gebruik kunnen maken van de diensten van professionele tolken.

De tweede vraag die centraal staat in dit onderzoek is: *Wat zijn de voorkeuren van de migrantenpatiënten ten aanzien van de communicatie met artsen?* Uit het onderzoek van Harmsen et al. (2005) blijkt dat wanneer artsen en patiënten meer kennis hebben van hun culturele verschillen, het wederzijdse begrip toeneemt. De respondenten zijn van mening dat het een positief effect kan hebben op het gesprek wanneer artsen meer kennis hebben over hun culturele achtergrond. Zij betwijfelen het of dit ook daadwerkelijk zal zorgen dat het wederzijdse begrip toeneemt. Uit de antwoorden die de respondenten geven over voorkeur voor het geslacht van de arts, blijkt dat zij tevreden zijn over de manier waarop dit wordt aangepakt. Dit is een voorbeeld waaruit blijkt dat, wanneer artsen kennis hebben over de culturele achtergrond van de migrantenpatiënten en hier rekening mee houden, dit de tevredenheid over de zorg kan verhogen. De respondenten denken dat zij zelf voldoende kennis hebben over de culturele achtergrond van de arts. Volgens de respondenten kan een tolk een bijdrage leveren aan de effectiviteit van de communicatie. De tolk kan ingrijpen bij misverstanden. Zij zeggen dat een informele tolk hier beter op in kan spelen, omdat informele tolken de respondenten beter kennen en er meer zicht op hebben wanneer er sprake is van een misverstand. Een andere belangrijke taak van de tolken is volgens de respondenten dat zij hen wegwijs maken. Vooral van de professionele tolken wordt verwacht dat zij de patiënten inlichten hoe de zorg in elkaar zit en welke mogelijkheden er zijn. Er wordt hierbij van de tolken verwacht dat zij optreden als belangenbehartiger van de patiënten. Dit wordt zowel van de professionele als van de informele tolken verwacht.

De derde vraag van dit onderzoek is: *Welke problemen ervaren migrantenpatiënten als gevolg van de cultuurbarrières bij de huisarts?* Uit de theoretische bevindingen blijkt dat verschil in het denken over ziekte en gezondheid van invloed kan zijn op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten (Wieringen et al., 2002). Dit wordt ook ervaren door de respondenten. Volgens

hen beschouwen de artsen hun klachten als ‘minder’ ernstig dan de respondenten zelf. Ook komt het voor dat de respondenten alternatieve geneesmiddelen gebruiken als aanvulling op hun behandeling. Dit bespreken zij niet met hun arts. Een ander punt dat van invloed kan zijn op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten is een verschil in de machtsafstand (Hofstede, 1991). Hier blijkt een verschil te zitten tussen de respondenten. Een deel van de respondenten geeft aan dat zij door de ervaren machtsafstand de arts niet tegenspreken, terwijl de rest dit juist wel doet. Verschillen in een collectivistische en individualistische cultuur kunnen als gevolg hebben dat migrantenpatiënten zich niet houden aan de adviezen van een arts, omdat zij beïnvloed worden door de ideeën van de groep waartoe zij behoren (Seeleman et al., 2005). De respondenten zeggen dat hun groep invloed op hen heeft, maar niet op het gebied van hun gezondheid. Wat ook opvalt, is dat respondenten denken dat artsen ook collectivistisch zijn. Zij denken vanuit hun eigen interpretatieschema over het gedrag van artsen.

Verskil in de mate van onzekerheidsvermijding kan ook van invloed zijn op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten. Hofstede (1991) heeft in zijn onderzoek aangetoond dat de mate van onzekerheidsvermijding in Turkije hoger is dan in Nederland. Dit betekent dat de leden van de Turkse samenleving onduidelijkheid meer willen reduceren en meer voorspelbaarheid willen in vergelijking met leden van de Nederlandse samenleving. De respondenten gaven aan dat zij meer onderzoek willen en sneller doorverwezen willen worden, omdat zij zekerheid willen over hun ziekte. Wanneer zij niet weten wat er aan de hand is maakt dit hen onzeker en angstig. Dit kan een reden zijn waarom migrantenpatiënten meer onderzoek en doorverwijzingen willen. In de onderzochte literatuur wordt hier niet over gesproken. Een ander punt dat ook van invloed kan zijn op de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten is de man-vrouwverhouding (Hofstede, 1991). De respondenten blijken hier geen problemen mee te ervaren en tevreden te zijn over de manier waarop er wordt omgegaan met de voorkeuren van de vrouwelijke patiënten voor vrouwelijke artsen.

De vierde vraag die centraal staat in dit onderzoek is: *Welke problemen ervaren migrantenpatiënten als gevolg van de taalbarrières bij de huisarts?* Patiënten die taalbarrières ervaren begrijpen de diagnose en behandeling minder goed (De Maesschalck, 2012). Dit komt overeen met wat de respondenten zeggen. De respondenten vertellen dat zij niet altijd begrijpen wat er wordt gezegd en dat zij vaak met twijfels achterblijven. De respondenten ervaren ook problemen met het onder woorden brengen van hun problemen. Volgens de respondenten is dit een van de grootste problemen die zij ervaren als gevolg van de taalbarrière: dat zij niet duidelijk kunnen maken wat hun probleem is waardoor de artsen niet goed begrijpen wat zij bedoelen. De respondenten ervaren negatieve gevoelens en stress als gevolg van taalbarrières. Andere gevolgen die de respondenten benoemen zijn, dat zij verkeerde diagnoses krijgen en moeite hebben met het naar de huisarts gaan omdat zij niet kunnen vertellen wat er aan de hand is. Ook zijn de respondenten van mening dat de taalbarrière een negatieve invloed heeft op de relatie met de huisarts.

De vijfde en zesde vragen van dit onderzoek hebben betrekking op de oplossingen voor de ervaren cultuur- en taalbarrières. Het inzetten van tolken kan een belangrijke bijdrage leveren aan het oplossen van problemen die ontstaan als gevolg van cultuur- en taalbarrières (Brisset et al., 2013). Uit de antwoorden die de respondenten geven, blijkt dat ook zij een belangrijke rol zien voor de tolk in het oplossen van problemen die als gevolg van cultuur- en taalbarrières ontstaan. Dit geldt volgens de respondenten voor zowel de professionele als de informele tolken. In de onderzochte literatuur staat dat het inzetten van professionele tolken meer voordelen oplevert en dat de professionele tolk als standaard moet gelden (Karliner et al., 2006). De respondenten merken op dat zij tevreden zijn over het gebruik van informele tolken en het niet nodig vinden om altijd gebruik te maken van professionele tolken. Zij vinden dat professionele tolken ingezet moeten worden in situaties die zij als belangrijk ervaren, bijvoorbeeld bij een specialist en wanneer er geen informele tolk beschikbaar is. Zij vinden het wel belangrijk dat het gebruik van professionele tolken mogelijk blijft en dat zij op de hoogte worden gebracht van deze mogelijkheid. De respondenten zijn van mening dat een arts inzicht moet hebben in de noodzaak voor een professionele tolk en dit moet bespreken met de respondenten.

De deelname van een tolk aan het medische consult kan van invloed zijn op het vertrouwen en de controle in het gesprek (Brisset et al., 2013). De respondenten vertrouwen zowel de informele als de professionele tolken. Volgens Schouten en Bot (2011) vertrouwen migrantenpatiënten informele tolken meer dan professionele tolken. De meeste respondenten geven juist aan dat zij professionele tolken ook vertrouwen. Als reden hiervoor geven zij dat professionele tolken professioneel zijn en dus een plicht hebben tegenover de patiënten. Het komt juist voor dat de respondenten bij bepaalde gevoelige informatie informele tolken niet vertrouwen.

Brisset et al. (2013) beschrijven dat tolken de controle van het gesprek over kunnen nemen, waardoor de migrantenpatiënten passief en onzichtbaar kunnen zijn tijdens het gesprek. De respondenten zeggen dat zij het gevoel hebben dat zij controle hebben over het gesprek en bepalen wat er besproken gaat worden. De respondenten bespreken voor het gesprek al vaak wat zij van de informele tolk en van het gesprek verwachten. Tijdens het gesprek kan het lijken alsof de respondenten passief en onzichtbaar zijn en de tolk het gesprek leidt, maar meestal hebben de respondenten al van tevoren bepaald en aan de tolk laten weten hoe het gesprek moet verlopen. Dit zorgt ervoor dat de respondenten uiteindelijk wel bepalen wat er besproken moet worden, maar tijdens het gesprek blijft dit onzichtbaar.

De respondenten verwachten van informele tolken dat zij vertalen wat de arts zegt en dat zij opkomen voor hun rechten. Rosenberg et al. (2008) concluderen in hun onderzoek dat artsen het een taak van de professionele tolken vinden om op te treden als interculturele bemiddelaar. Dit verwachten de artsen niet van informele tolken. De respondenten laten weten dat zij dit ook verwachten van informele tolken en zijn van mening dat informele tolken hier juist meer zicht op hebben. De informele tolken kennen hen beter en zouden het eerder in de gaten hebben wanneer er sprake is van een misverstand door verschillen in de culturele achtergrond. Van professionele tolken verwachten de

respondenten verder ook dat zij één op één vertalen en hen wegwijs maken, en optreden als belangenbehartiger van de patiënten.

### **5.3 Methodologische reflectie**

Het doel van dit onderzoek was om de gat in de literatuur te vullen over de ervaringen van de migrantenpatiënten en te achterhalen welke ervaringen zij hebben met de communicatie met artsen, de cultuur- en taalbarrières, welke oplossingen zij prefereren voor de problemen die zij hierin ervaren en wat de rol van tolken hierin is. Door het onderzoek uit te voeren met behulp van semi-gestructureerde interviews kon deze doelstelling bereikt worden. Door de open vorm van de interviews kregen de respondenten de ruimte om hun eigen verhaal te vertellen. Zij gaven ongeveer dezelfde antwoorden, ieder met hun eigen voorbeelden. Uiteindelijk zijn er vijftien interviews gehouden, wat voldoende was voor het beantwoorden van de vragen. Na ongeveer tien interviews was er al een duidelijk patroon te herkennen in de antwoorden.

De onderzoeker en de respondenten hebben dezelfde culturele achtergrond en spreken dezelfde taal. Het voordeel hiervan was dat de interviews afgenomen zijn in het Turks of Koerdisch, de moedertaal van de respondenten, zonder tussenkomst van een tolk. Een tolk kan fouten maken in de vertaling wat van invloed kan zijn op de validiteit en betrouwbaarheid van de data. De respondenten werden één op één geïnterviewd. Dit vergroot de validiteit en de betrouwbaarheid van de data. Een tweede voordeel hiervan was dat de respondenten de onderzoeker vertrouwen. Hierdoor had de onderzoeker meer toegang tot de groep en waren de respondenten open. Zij gaven uitgebreid antwoord op de vragen en benoemden veel voorbeelden uit hun eigen leven ter verduidelijking van hun verhaal. Ook dit vergroot de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Omdat de respondenten de onderzoeker vertrouwden hielden zij geen belangrijke informatie achterwege.

De interviews zijn gehouden met respondenten van Turkse afkomst. Het is de vraag in hoeverre deze data iets zeggen over andere migrantenpatiënten. Het niveau van de Nederlandse taal van de Turkse migranten kan vergeleken worden met andere migrantengroepen (CBS, 2008). Dit kan erop wijzen dat de ervaren taalbarrières en de gevolgen daarvan voor verschillende groepen migrantenpatiënten te vergelijken zijn. Echter, er bestaan grote verschillen in de culturele achtergrond van de verschillende migrantenpatiënten. De ervaren cultuurbarrières en de gevolgen daarvan kunnen daarom ook verschillend zijn voor deze groepen.

Ten slotte heeft de keuze voor de respondenten een invloed gehad op de verzamelde data en de resultaten van het onderzoek. Er is bewust voor gekozen voor respondenten die de taal niet (voldoende) beheersen en met een tolk naar de arts gaan. Hierdoor kon het duidelijk worden wat de ervaringen van de respondenten zijn met tolken. De respondenten hebben ook een lage sociaal-economische status. Ze hebben een laag opleidingsniveau en zijn werkloos of doen ongeschoold werk. Dit heeft effect op hun ervaringen met de communicatie met artsen en hun voorkeuren daarin. Er zijn veel migrantenpatiënten die de Nederlandse taal wel machtig zijn en een hogere sociaal-economische

status hebben. Het is de vraag in hoeverre de resultaten van dit onderzoek gelden voor deze migrantenpatiënten. Zij zullen minder last van problemen als gevolg van taalbarrières. Ze hebben wel een gedeelde culturele achtergrond met de respondenten, maar het is de vraag in hoeverre de hogere sociaal-economische status hierop van invloed is. Er kan geconcludeerd worden dat wanneer de respondenten geselecteerd waren aan de hand van andere kenmerken dit van invloed kon zijn op de data en resultaten van het onderzoek.

### **5.3 Aanbevelingen**

Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek is een aantal aanbevelingen opgesteld. De eerste aanbeveling is om de migrantenpatiënten te informeren over hun rechten en plichten binnen de gezondheidszorg. Nu blijkt dat zij niet altijd op de hoogte zijn van hun mogelijkheden, waardoor zij niet altijd efficiënt gebruik maken van de zorg. Dit leidt in sommige gevallen ook tot ontevredenheid onder de migrantenpatiënten. Een tweede aanbeveling is, dat het belangrijk is dat artsen meer kennis opdoen over de culturele achtergrond van de migrantenpatiënten. Dit kan ervoor zorgen dat het wederzijdse begrip tussen de artsen en migrantenpatiënten toeneemt, omdat de migrantenpatiënten zich dan meer begrepen voelen. Een derde aanbeveling is dat de diensten van de professionele tolk beschikbaar en toegankelijk blijven voor de migrantenpatiënten. Het blijkt dat er in bepaalde situaties behoefte is aan professionele tolken. Bijvoorbeeld wanneer er geen informele tolk beschikbaar is of wanneer de informele tolk zelf de taal niet voldoende beheerst. Ook in situaties waarin de migrantenpatiënten de informele tolken onvoldoende vertrouwen, bijvoorbeeld wanneer het over gevoelige informatie gaat of in situaties waarin zij denken dat een informele tolk tekortschiet, is het belangrijk dat er een professionele tolk gebruikt wordt.

Een vierde aanbeveling is dat het van belang is dat migrantenpatiënten met een andere etnische achtergrond onderzocht worden en dat de bevindingen met elkaar vergeleken worden. In dit onderzoek zijn er migrantenpatiënten met een Turkse achtergrond geïnterviewd. Door patiënten met een andere etnische achtergrond te onderzoeken kan er een vollediger beeld geschetst worden van de ervaringen van de migrantenpatiënten, en kan er meer inzicht verkregen worden in de invloed van de culturele achtergrond op de communicatie met artsen.

Dit onderzoek richt zich op de ervaringen van de migrantenpatiënten. In eerdere onderzoeken zijn de ervaringen van tolken en artsen onderzocht. De vijfde aanbeveling is dat dat er onderzocht wordt hoe de antwoorden van de verschillende partijen zich met elkaar verhouden en welke verbanden er gelegd kunnen worden. Zo kan men een volledig beeld krijgen van de communicatie tussen artsen en migrantenpatiënten.

## Literatuurlijst

- Bensing, J. & Meeuwesen, L. (1996). Communicatie tussen hulpverlener en patiënt. In Mens- Verhulst van, J., Henkelman, A.L.C.M. & Hoksbergen, R.A.C. (Red). *Werken aan gezondheid: omgaan met kwetsbaarheid* (pp 83-93). Utrecht: Lemma.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderwijs: denken en doen*. Utrecht: Boom onderwijs.
- Bot, H., Meeuwesen, L., & Harmsen, H. (2011). Tolken in de zorg onmisbaar. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 9, 609-612.
- Bot, H., & Schouten, B. (2011). Een informele of professionele tolk? In L. Meewesen, H. Harmsen, & A. Sbiti (Red.), *Als je niet begrijpt wat ik bedoel* (pp. 59-66). Rotterdam: Mikado.
- Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 91, 131-140.
- Centraal Bureau voor Statistiek. (2014). Bevolking: Generatie, Geslacht, Leeftijd en Herkomstgroepering, 1 januari. Geraadpleegd op <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication>
- Evers, J. & Boer de, F. (2007). Het kwalitatieve interview: kenmerken, typen en voorbereiding. In Evers, J. (Red.). (2011). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Boom Lemma.
- Greenhalgh, T., Robb, N., & Scambler, G. (2006). Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*, 63, 1170-1183.
- Harmsen, H., Bernsen, R., Bruijnzeels, M., & Meeuwesen, L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*, 72, 115-162.
- Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwesen, L., Pinto, D., & Bruijnzeels, M. (2006). Cultural Dissimilarities in General Practice: Development and Validation of a Patient's Cultural Background Scale. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8(12), 115-124.
- Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwesen, L., Thomas, S., Dorrenboom, G., Pinto, D., & Bruijnzeels, M. (2005). The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 55, 343-350.
- Hofstede, G. (1991). *Allemaal andersdenkenden: omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam, Nederland: Contact.
- Hsieh, E., & Kramer, E. M. (2012). Medical interpreters as tools: Dangers and challenges in the utilitarian approach to interpreters' roles and functions. *Patient Education and Counseling*, 89, 158-162.
- Jacobs, E., Chen, A. H. M., Karliner, L. S., Agger-Gupta, N., & Mutha, S. (2006). The Need for More Research on Language Barriers in Health Care: A Proposed Research Agenda. *The Milbank Quarterly*, 84(1), 111-133.

- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H. M., & Mutha, S. (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Research and Educational Trust, 42*(2), 227-254.
- De Maesschalck, S. (2012). *Linguistic and cultural diversity in the consultation room: A tango between physicians and their ethnic minority patients (Proefschrift)*. Gent: Universiteit .
- Meeuwesen, L. (2011). Inleiding. In L. Meeuwesen, H. Harmsen, & A. Sbiti (Red.), *Als je niet begrijpt wat ik bedoel* (pp. 7-14). Rotterdam: Mikado.
- Meeuwesen, L., & Harmsen, H. (2007). valkuilen in de multiculturele huisartspraktijk: het 'stille' gesprek. *Modern Medicine, 2*, 34-38.
- Meeuwesen, L., Harmsen, H., & Sbiti, A. (Red.). (2011). *Als je niet begrijpt wat ik bedoel: tolken in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Mikado.
- Meeuwesen, L., Twilt, S., Ten Thije, J. D., & Harmsen, H. (2010). "Ne diyor?" (What does she say?): Informal interpreting in general practice . *Patient Education and Counseling, 81*, 198-203.
- Neuman, W. L. (2012). *Understanding Research*. New York: Pearson.
- Rosenberg, E., Seller, R., & Leanza, Y. (2008). Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling, 70*, 87-93.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling, 64*, 21-34.
- Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2005). *Een arts van de wereld: etnische diversiteit in de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Shadid, W. A. (1998). *Grondslagen van interculturele communicatie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wieringen, J., Harmsen, H., & Bruijnzeels, M. (2002). Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health, 12*, 63-68.



## Bijlage 1 Topiclijst

### A Demografische gegevens

- Geslacht:
- Leeftijd:
- In Nederland sinds:
- Opleiding:
- Baan:

### B Algemeen

- *Hoe lang kent u uw huisarts al?*
- *Hoe is uw relatie met uw huisarts?*
  - *Waarom wel/niet goed?*
- *Bezoek aan de huisarts*
  - *Wanneer bent u voor het laatst bij de huisarts geweest?*
  - *Kunt u vertellen hoe dit gesprek ging?*
    - *Is het consult zoals gewoonlijk gegaan?*
  - *Bent u hier tevreden over?*
    - *Waarom wel/niet?*

### C Communicatie

#### - Effectieve communicatie

- *Wederzijdse begrip*
  - *Had u het gevoel dat u huisarts begreep wat u bedoelde?*
  - *Begreep u wat de arts bedoelde?*
- *Misverstanden*
  - *Heeft u wel eens meegemaakt dat het niet begrijpen van elkaar zorgde voor misverstanden?*
  - *Zo ja, wat voor gevolgen heeft dit gehad?*

#### - Cognitieve behoefte patiënten en instrumentele vaardigheden huisarts.

- *Cognitieve behoefte*
  - *Begreep u wat er aan de hand was?*
  - *Heeft u voldoende vragen kunnen stellen?*
- *Instrumentele vaardigheden huisarts*
  - *Geeft de arts u informatie?*
  - *Stelt de arts u vragen over u situatie?*
  - *Legt de arts uit wat er aan de hand is?*
  - *Krijgt u voldoende ruimte voor het stellen van vragen?*

#### - Affectieve behoefte patiënten en affectieve vaardigheden huisarts.

- *Affectieve behoefte*
  - *Had u het gevoel dat u begrepen werd?*
- *Affectieve vaardigheden*
  - *Toont de huisarts interesse in u?*
  - *Heeft de huisarts begrip voor uw situatie?*
  - *Heeft de huisarts begrip voor uw gevoelens?*
  - *Leeft de huisarts met u mee?*
  - *Maakt de huisarts contact met u?*
  - *Kijkt de huisarts u aan tijdens het consult?*

- *Ook wanneer er een tolk bij is?*

- Tijd

- *Krijgt u voldoende tijd van de huisarts?*
  - *Ook wanneer u met een tolk naar de huisarts gaat?*

D Cultuurbarrière

- Culturele achtergrond

- *In hoeverre voelt u zich thuis in Nederland?*
  - *In land van herkomst?*
- *Met welke bevolkingsgroep voelt u zich meer verbonden ?*
  - *Waarom*

- Denken over ziekte en de gezondheidszorg

- *Heeft u huisarts de zelfde ideeën over ziekte en de behandeling als u?*
  - *Wat voor invloed heeft dit?*
- *Denkt u dat uw huisarts dezelfde ideeën heeft over hoe hij u het beste kan helpen?*
  - *Wat is er anders?*
  - *Wat is de invloed hiervan op u?*
- *Wat is verschil tussen uw huisarts en de artsen in uw land van herkomst?*
- *Heeft u huisarts kennis over uw culturele achtergrond?*
  - *Waar merkt u dit aan?*
  - *Zo ja, vindt u dit fijn?*
  - *Zo nee, zou u het anders willen/ hoe?*

- Machtsafstand

- *Hoe vindt u dat de verhouding tussen u en de huisarts moet zijn?*
  - *Is dit ook het geval?*
- *Komt het wel eens voor dat u het niet eens bent met de huisarts?*
  - *Spreekt u dit ook uit?*

- Individualisme/ collectivisme

- *Hoe belangrijk is de omgeving/ familie voor u?*
- *Wat voor invloed hebben zijn bij de keuzes die u maakt?*
- *Vindt u het fijn om familie leden bij u te hebben tijdens een huisartsconsult?*
- *Heeft uw huisarts hier begrip voor?*

- Man-vrouwverhouding

- *Is uw huisarts een man of vrouw?*
- *Heeft dit invloed op uw relatie*
- *Vindt u het fijn dat uw huisarts een man/vrouw is?*
- *Verwacht u van uw huisarts dat hij assertief en zorgzaam is?*

- Onzekerheidsvermijding

- *Wordt u er angstig van als het niet duidelijk is voor u, wat u kunt verwachten van uw gesprek met de huisarts?*
  - *Heeft u dit wel eens meegemaakt?*
- *Vindt u het belangrijk om er zeker van te zijn wat er aan de hand is op het gebied van uw gezondheid?*
- *Wilt u weten wat u heeft?*
  - *Waarom wel/niet*
  - *Zo ja, hoe denkt u dat dit te bereiken is?*
- *Wordt u er angstig van als u niet of juist wel weet wat u te wachten staat?*

- *Zo ja, hoe zou dat opgelost kunnen worden?*
- Oplossing
  - *Hoe denkt u dat de problemen die veroorzaakt worden door cultuurbarrières opgelost kunnen worden?*
    - *Het gebruik van tolken?*

## E Taalbarrière

### - Beheersing

- *Welke talen spreekt u?*
- *Hoe goed spreekt u Nederland*
  - *Kunt u een gesprek voeren in het Nederlands?*
  - *Met de huisarts?*
  - *Lezen van informatie?*

### - Gevolgen

- *Welke problemen veroorzaakt het niet goed spreken van de Nederlandse taal voor u bij de huisarts?*
  - *Bij het uitwisselen van informatie*
  - *Het begrijpen van de diagnose en behandeling*
    - *Heeft u hierdoor meegemaakt dat u niet meewerkte aan de behandeling?*
  - *Heeft het niet spreken van de taal er wel eens voor gezorgd dat u onzeker werd?*
    - *Kreeg u hier angstgevoelens bij?*
  - *Wat voor gevolgen hebben deze problemen voor u?*

### - Beschikbare informatie

- *Is er voldoende informatie beschikbaar over de gezondheidszorg die u begrijpt/ in uw taal?*

### - Oplossing

- *Hoe denkt u dat de problemen die veroorzaakt worden door taalbarrières opgelost kunnen worden?*
  - *Het gebruik van tolken.*

## F Tolk

### - Gebruik van tolk

- *Wanneer u naar de huisarts gaat, maakt u dan gebruik van een tolk?*

### - Ervaringen informele tolk

- *Kunt u een beschrijving geven van hoe u communicatie met de huisarts verloopt doormiddel van een informele tolk?*
- *Wat vindt u ervan dat u met een informele tolk naar huisarts gaat?*
- *Wie gaat er met u mee om te tolken?*
- *Waarom kiest u ervoor om juist deze personen mee te nemen als informele tolk?*
- *Als er meerdere personen meegaan, heeft u dan de voorkeur voor iemand?*
- *Gebeurt het tolken voor/ tijdens of na het consult?*

### - Ervaringen professionele tolk

- *Heeft u wel eens gebruik gemaakt van een professionele tolk?*
  - *Zo ja, wat vond u hiervan*
  - *Zo nee, waarom niet/ zou u dit wel willen*

### - Keuze voor informele of professionele tolk

- *Gaat u liever met een professionele tolk of informele tolk naar de huisarts?*

- Waarom?
- In welke situaties zou u ervoor kiezen om met een professionele tolk naar de huisarts te gaan en in welke situaties met een informele tolk?
  - Waarom
- Vertrouwen
  - *In hoeverre voelt u zich op uw gemak bij een informele tolk?*
  - *In hoeverre voelt u zich op uw gemak bij een professionele tolk?*
  - *Zijn er ook dingen die u niet in het bijzijn van een informele tolk wilt bespreken?*
  - *Zijn er ook dingen die u niet in het bijzijn van een informele tolk wilt bespreken?*
  - *Vertrouwt u de informele tolken die met u meegaan?*
  - *Vertrouwt u professionele tolken?*
- Controle
  - *Heeft u voldoende invloed op het gesprek, wanneer er een tolk mee is?*
  - *Heeft de tolk invloed op de beslissingen die u neemt?*
  - *Denkt u dat de tolk alles wat u en de arts zegt vertaald?*
- Rol van tolk
  - *Welke taken heeft een tolk volgens u?*
    - *Vertalen/ belangen verdedigen/ adviseren/ gevoelens uitleggen/ cultuur verschillen uitleggen*

## Bijlage 2 Codeboom

