

# Penny wise, pound foolish?

Een kwalitatief onderzoek naar de visie van huisartsen op  
interculturele communicatie in de huisartsenpraktijk

Mick Vermeend

Masterscriptie

Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie

Begeleiders: Ludwien Meeuwesen

Maria van den Muijsenbergh

**Colofon:**

Utrecht, juli 2014

Instelling: Universiteit Utrecht  
Departement: Faculteit Sociale Wetenschappen  
Opleiding: Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie

Student: Mick Vermeend  
Studentnummer: 3175383  
Emailadres: mickvermeend@gmail.com

Scriptiebegeleider: dr. Ludwien Meeuwesen (Universiteit Utrecht)  
Stagebegeleider: dr. Maria van den Muijsenbergh (Radboudumc)  
Tweede lezer: dr. Dorota Lepianka (Universiteit Utrecht)



**Radboudumc**

## **Voorwoord**

Voor u ligt het sluitstuk van de masteropleiding Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie en dus ook van mijn studentenleven. Dank gaat uit naar dr. Ludwien Meeuwesen die mij met haar scherpe blik heeft geholpen dit doel te bereiken. Ook wil ik dr. Maria van den Muijsenbergh bedanken voor de samenwerking met het Radboudumc, haar feedback en het aanwenden van haar persoonlijke netwerk. Tot slot wil ik mijn waardering uitspreken richting de huisartsen die mij heel erg geholpen hebben door hun kostbare tijd aan mijn onderzoek te besteden.

Mick Vermeend,

Utrecht, 30 juni 2014

## Samenvatting

Huisartsen komen de laatste jaren steeds vaker in contact met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken. Hierdoor ontstaan communicatieproblemen die ervoor zorgen dat de zorgkosten toenemen en deze groep patiënten geen volledige toegang heeft tot de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast is op 1 januari 2012 de vergoeding voor tolkdiensten afgeschaft. Geluiden uit de praktijk wijzen erop dat er sindsdien weinig gebruik wordt gemaakt van professionele tolken. In dit onderzoek zijn daarom 15 huisartsen geïnterviewd om te kijken in hoeverre zij communicatieproblemen ervaren, welke problemen dit zijn en welke oplossing zoals de tolktelefoon of informele tolken (familie, vrienden) zij hiervoor prefereren.

In dit onderzoek komt naar voren dat huisartsen veel problemen signaleren. Veel migrantpatiënten spreken slecht Nederlands en hebben een andere klachtenbeleving dan autochtone patiënten. Daarnaast spelen ook het opleidingsniveau en de gezondheidsvaardigheden van migrantpatiënten een belangrijke rol. Het gevolg is dat huisartsen zwaarder worden belast en moeite hebben met diagnosticeren. Om deze problemen op te lossen maken huisartsen graag gebruik van de tolktelefoon, maar dit is sinds de afschaffing van de vergoeding financieel niet meer mogelijk. Het gebruik van informele tolken is in sommige gevallen voldoende, maar er ontstaan al snel problemen wanneer de onderwerpen complexer worden of betrekking hebben op schaamte. Veel huisartsen maken om deze redenen veel gebruik van oplossingen zonder tolk, zoals afbeeldingen en internet. In de toekomst willen zij dat professionele tolken weer worden vergoed, omdat er nu teveel verantwoordelijkheid bij de individuele huisarts ligt.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>p.3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>p.4</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>p.6</b>
1.1 Aanleiding	p.6
1.2 Maatschappelijke relevantie	p.6
1.3 Wetenschappelijke relevantie	p.7
1.4 Opzet onderzoek	p.7
<b>2. Theorie</b>	<b>p.8</b>
2.1 Structuur	p.8
2.2 Interpersoonlijke communicatie	p.8
2.3 Communicatie in de zorg	p.9
2.4 Interculturele communicatie in de zorg	p.9
2.4.1 Cultuur	p.10
2.4.2 Taal	p.12
2.5 Oplossingen	p.13
2.5.1 Professionele tolken	p.14
2.5.2 Informele tolken	p.16
2.6 Conclusie	p.16
<b>3. Methode</b>	<b>p.18</b>
3.1 Onderzoeksdoel en vraagstelling	p.18
3.2 Kwalitatief onderzoek	p.18
3.3 Dataverzameling	p.19
3.3.1 Operationalisering	p.19
3.3.2 Populatie en steekproef	p.20
3.3.3 Werkwijze interviews	p.21
3.4 Data-analyse	p.21
3.5 Betrouwbaarheid	p.22
3.6 Validiteit	p.22
3.7 ASW-verantwoording	p.22
<b>4. Resultaten</b>	<b>p.23</b>
4.1 Problemen	p.23
4.1.1 Taalbarrière	p.23
4.1.2 Cultuurbarrière	p.24
4.1.3 Opleidingsniveau	p.25
4.1.4 Gezondheidsvaardigheden	p.26
4.1.5 Belasting huisarts	p.27
4.1.6 Gevolgen	p.27
4.2 Oplossingen	p.28
4.2.1 Professionele tolken	p.28
4.2.2 Informele tolken	p.30
4.2.3 Zonder tolk	p.31
4.2.4 VETC en allochtone zorgconsulenten	p.33
4.2.5 Verantwoordelijkheid	p.33
4.2.6 Toekomstvisie	p.34
<b>5. Discussie en conclusie</b>	<b>p.35</b>
5.1 Beantwoording hoofd- en deelvragen	p.35
5.2 Methodologische reflectie	p.38
5.3 Aanbevelingen	p.38
<b>6. Literatuurlijst</b>	<b>p.40</b>
<b>7. Bijlagen</b>	<b>p.45</b>
Bijlage 1: Email aan huisartsen	p.45
Bijlage 2: Begeleidende brief interview	p.46
Bijlage 3: Topiclijst	p.47
Bijlage 4: Codeboom	p.48

## **1. Inleiding**

### **1.1 Aanleiding**

Huisartsen zijn als poortwachters, een essentiële schakel in de gezondheidszorg. Ze zijn wijkgericht, laagdrempelig en relatief goedkoop ten opzichte van specialisten (Wiegers, Hopman, Kringos, & de Bakker, 2011). De laatste jaren komen zij steeds meer in contact met mensen uit verschillende culturele achtergronden: in Nederland was in 2013 ruim 20% van de bevolking van allochtone afkomst (CBS, 2013). Een groot deel van deze migrantpatiënten beheerst de Nederlandse taal niet goed en heeft een andere visie op de gezondheidszorg dan autochtonen (Harmsen et al, 2005a). Hierdoor ontstaan gecompliceerde multiculturele consulten, waarbij de relatie tussen arts en patiënt wordt beïnvloed door cultuur- en taalfactoren (Meeuwesen & Harmsen, 2007). Dit heeft belangrijke gevolgen: de zorgkosten nemen toe omdat artsen niet de juiste diagnose kunnen stellen en daarom teveel naar specialisten doorverwijzen (Bancroft & Rayes, 2010). Ook wordt migrantpatiënten de toegang tot kwalitatief goede zorg ontnomen, terwijl dit een fundamenteel Nederlands recht is (Bot, Meeuwesen & Harmsen, 2011).

Om taalbarrières te overbruggen kan gebruik worden gemaakt van professionele tolken. Tot recent werd dit nog vergoed door de overheid. Echter, sinds 1 januari 2012 is de vergoeding voor tolkdiensten in Nederland afgeschaft (KNMG, 2014). Sindsdien klinken er geluiden uit de praktijk dat er weinig professionele tolken worden ingezet. Hoe dit komt is niet duidelijk. Misschien ervaren huisartsen weinig problemen met migrantpatiënten en zien ze daardoor geen meerwaarde in het gebruik van professionele tolken of signaleren ze wel problemen, maar zien ze consulten zonder tolk als een onvermijdelijke beperking. Een andere optie is dat ze liever informele tolken gebruiken zoals familieleden en vrienden.

Onderhavig onderzoek gaat over de ervaringen van vijftien huisartsen omtrent dit onderwerp. Eerst wordt in kaart gebracht in hoeverre huisartsen communicatieproblemen ervaren met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken, hoe deze problemen worden veroorzaakt en welke gevolgen dit heeft voor individuele huisartsen en voor de gezondheidszorg. Hierna wordt gekeken wat de mening van huisartsen is over het gebruik van professionele en informele tolken en welke toekomstvisie zij hebben.

### **1.2 Maatschappelijke relevantie**

Het onderzoek kent een belangrijke praktische pijler. Doordat de overheid inzicht krijgt in de communicatieproblemen die huisartsen in de dagelijkse praktijk tegenkomen, kan toekomstig beleid hierop worden aangepast. Ook worden aanbevelingen gedaan over hoe om te gaan met de huidige situatie waarin het gebruik van professionele tolken niet meer wordt vergoed. Hiermee draagt het onderzoek bij aan het toegankelijk maken van de Nederlandse gezondheidszorg voor migrantpatiënten.

### **1.3 Wetenschappelijke relevantie**

Veel onderzoek naar interculturele communicatie in de zorg richt zich op problemen die voortkomen uit cultuur en minder op taalbarrières. Daarom wordt er in dit onderzoek specifiek gekeken naar het contact met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken. Daarnaast is er nog weinig onderzoek gedaan naar huisartsen in Nederland, de meeste studies naar deze groep zorgverleners komen uit het buitenland. Door deze twee invalshoeken te gebruiken wordt bijgedragen aan theorievorming voor toekomstig (kwantitatief) onderzoek.

### **1.4 Opzet onderzoek**

Het onderzoek start in hoofdstuk 2 met het theoretisch kader. Hier wordt gekeken welke problemen omtrent interculturele communicatie in de zorg bestaan en worden mogelijke oplossingen uiteengezet. Hierna worden in hoofdstuk 3 onderzoeksmethoden beschreven. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten gepresenteerd, waarna in hoofdstuk 5 wordt afgesloten met een conclusie.

## **2: Theorie**

### **2.1 Structuur**

Dit hoofdstuk begint met een korte introductie op het begrip communicatie, waarna dieper wordt ingegaan op de problematiek rondom interculturele communicatie en de factoren die hier invloed op hebben. Vervolgens worden oplossingen beschreven die de barrières tussen huisartsen en migrantpatiënten kunnen overbruggen. Dit gebeurt aan de hand van de volgende vraag:

*Hoe worden communicatieproblemen tussen huisartsen en migrantpatiënten veroorzaakt en welke mogelijke oplossingen bestaan er?*

### **2.2 Interpersoonlijke communicatie**

Ziek zijn en naar de dokter gaan, brengt veel stress met zich mee. Zeker wanneer het langer duurt om de oorzaak te vinden en de patiënt langer in onzekerheid leeft (Bensing & Meeuwesen, 1996). Om erachter te komen waar de problemen vandaan komen, maken hulpverleners gebruik van communicatie. Consulten tussen huisartsen en patiënten zijn interpersoonlijk, binnen dit proces worden berichten tussen twee mensen uitgewisseld (West & Turner, 2006). Er zijn twee kanalen die worden gebruikt om deze berichten te versturen: woordtaal en lichaamstaal (Bos, 1986). Woordtaal bestaat uit symbolen die een afgesproken betekenis hebben en die samen een bericht vormen (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1974; Bos, 1986). Lichaamstaal is complexer: er bestaan veel verschillende soorten signalen die door hun subtiliteit vaak moeilijker worden begrepen door de ontvanger (Bos, 1986). Soms is er bij consulten sprake van triadische gesprekken, hierbij is er nog een derde participant betrokken. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer er een tolk aanwezig is, waardoor de dynamiek van gesprekken verandert (Zendedel, 2010).

Hoe 'werkt' interpersoonlijke communicatie? Volgens het transactionele model van de systeem- en communicatietheorie bestaat communicatie uit een cyclus zonder begin- of eindpunt (Watzlawick et al, 1974; Bos, 1986). Zender en ontvanger zijn hier beide verantwoordelijk voor de effectiviteit van communicatie, het gaat niet om beurtelings boodschappen versturen, maar om de gedeelde betekenis die aan communicatie wordt gegeven. Watzlawick e.a. (1974) stellen dat tijdens menselijke interactie personen niet alleen op elkaar reageren, maar dat ze door reacties ook weer de ander beïnvloeden. Hierdoor kan ieder bericht als begin of einde van een keten worden gezien waardoor lineaire verbanden niet bestaan. Doordat de perceptie van mensen centraal staat, verloopt communicatie het meest effectief wanneer hun ervaringen overeenkomen (West & Turner, 2006). Dit houdt bijvoorbeeld in dat personen die in dezelfde tijd leven of dezelfde etnische achtergrond hebben makkelijker met elkaar communiceren. Daarnaast wordt communicatie ook steeds effectiever naarmate gesprekken vorderen, omdat er dan meer gedeelde ervaringen ontstaan.



### **2.3 Communicatie in de zorg**

Bensing en Meeuwesen (1996) beschrijven twee behoeften die patiënten hebben wanneer ze door een gezondheidsprobleem in contact komen met hulpverleners. Ten eerste hebben patiënten een probleemgerichte, cognitieve behoefte: ze willen weten welk probleem ze hebben en hoe dit moet worden opgelost. Artsen kunnen hier bijvoorbeeld aan voldoen door vragen te stellen en informatie te geven. Naast een cognitieve behoefte hebben patiënten ook een affectieve behoefte: mensen willen zich tijdens een consult begrepen en gesteund voelen. Hulpverleners kunnen dit bereiken door zich vriendelijk op stellen, interesse en begrip te tonen en warmte uit te stralen.

Volgens Watzkawick e.a. (1974) zijn er twee niveaus waarop communicatie tussen artsen en patiënten plaatsvindt en deze behoeften dus kunnen worden bevredigd: het inhoudsniveau handelt over alle berichten die worden uitgewisseld, ongeacht of deze informatie waarheidsgetrouw is of niet. Op het betrekkingniveau gaat het om de manier waarop berichten moeten worden opgevat. Zo bevatten veel berichten dezelfde informatie, maar een andere achterliggende boodschap over de machtsverhoudingen die op dat moment gelden. Deze twee niveaus kunnen door huisartsen worden gebruikt om aan de behoeften van patiënten te voldoen. Via het inhoudsniveau kunnen er cognitieve en affectieve berichten worden uitgewisseld, terwijl het betrekkingniveau wordt gebruikt om de onderlinge verhouding te duiden. Meeuwesen, Tromp, Schouten en Harmsen (2007) onderscheiden vier gesprekspatronen die als aanvulling op het betrekkingniveau kunnen worden gebruikt: het traditionele patroon (arts heeft de controle over het gesprek), het samenwerkingspatroon (de gesprekspartners zijn gelijkwaardig), het conflictpatroon (constante verschuiving in de machtsverhoudingen) en het klaagpatroon (patiënten krijgen de ruimte om hun op- en aanmerkingen met de arts te delen).

### **2.4 Interculturele communicatie in de zorg**

Bij de relatie tussen huisartsen en migranten is er een specifiek onderdeel van interpersoonlijke gesprekken van belang: interculturele communicatie. Dit refereert naar de communicatie tussen individuen met een verschillende culturele achtergrond (West & Turner, 2006). Deze achtergrond is opgebouwd uit persoonlijke ervaringen en groepsovertuigingen en vormt de algemene normen en waarden van een persoon (van Wieringen, Harmsen & Bruijnzeels, 2002). Om kwalitatief goede zorg te bereiken moet er sprake zijn van wederzijds begrip: dit is de mate waarin de arts en migrant elkaars standpunten en opvattingen begrijpen (Harmsen, Bernsen, Meeuwesen, Pinto & Bruijnzeels, 2005b; Meeuwesen & Harmsen, 2007). Beide partijen hoeven het niet met elkaar eens te zijn, zolang er maar begrip is en dit ook wordt gecommuniceerd.

Bij interculturele communicatie tussen huisartsen en migranten komen veel problemen naar voren. Zo ontstaan er vergeleken met intraculturele communicatie meer misverstanden, ook wanneer andere sociaaleconomische variabelen zoals opleidingsniveau en inkomen worden uitgesloten (Meeuwesen, Harmsen, Bernsen & Bruijnzeels, 2006;

Schouten & Meeuwesen, 2006). Deze miscommunicaties hebben verstrekkende gevolgen: zo worden vaker verkeerde diagnoses gesteld (van Wieringen et al, 2002; Meeuwesen et al, 2006; Karliner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007) en maken migranten vaak gebruik van de verkeerde medische voorzieningen (van Wieringen et al, 2002). Daarnaast toont onderzoek aan dat migrantpatiënten bepaalde behandelingen minder snel krijgen toegewezen (Schouten & Meeuwesen, 2006).

Dit heeft veel gevolgen voor huisartsen. Zo ligt de werklast hoger door moeizaam communiceren, andere eisen die aan hen worden gesteld, en een hogere frequentie consulten (Meeuwesen et al, 2006). Nederlandse huisartsen ervaren hun contact met migranten emotioneel zwaar en veeleisend (Schouten & Meeuwesen, 2006; Meeuwesen & Harmsen, 2007). Ook is het lastiger om erachter te komen waarom patiënten op spreekuur komen (Meeuwesen et al, 2006; Schouten & Meeuwesen, 2006). Uit de praktijk blijkt dat westerse artsen minder affectie tonen bij migranten dan bij mensen uit de etnische meerderheid. Er wordt minder gecommuniceerd over onderwerpen die niet direct betrekking hebben op het medische consult en artsen stellen zich minder empatisch en uitnodigend op (Meeuwesen & Harmsen, 2007; Meeuwesen, Tromp, Schouten & Harmsen, 2007; de Maesschalck, Deveugele & Willems, 2011). Dit is opvallend, omdat deze consulten gemiddeld twee minuten korter duren dan consulten met autochtone patiënten. Een consult met allochtonen bestaat hierdoor voor een groot deel uit vragen stellen, een samenvatting geven van deze informatie en gaan naar het volgende onderwerp. Daarnaast praten huisartsen harder en gebruiken ze vaker hun computer (Meeuwesen & Harmsen, 2007).

Patiënten met een andere etnische oorsprong dan hun arts, zijn op hun beurt minder assertief en bieden minder weerwoord als artsen hen iets vertellen (Meeuwesen & Harmsen, 2007). Ze waarderen de zorg minder positief dan patiënten met dezelfde achtergrond (Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels & Meeuwesen, 2008). Nederlandse patiënten zijn mondiger: ze stellen meer vragen en brengen eigen ideeën in over hun gezondheidsprobleem (Meeuwesen & Harmsen, 2007).

Er ontstaan dus tal van problemen tijdens interculturele communicatie in de zorg. In de wetenschap wordt vaak een tweedeling gemaakt tussen twee factoren die hieraan ten grondslag liggen: cultuur en taal (Meeuwesen & Harmsen, 2007; Harmsen et al, 2008; de Maesschalck, 2012; Papic, Malak & Rosenberg, 2012).

#### **2.4.1 Cultuur**

Ten eerste speelt cultuur een grote rol bij communicatie tussen artsen en patiënten (van Wieringen et al, 2002; Harmsen et al, 2005a; Harmsen, Bernsen, Meeuwesen, Pinto & Bruijnzeels, 2006; Schouten & Meeuwesen, 2006; Meeuwesen & Harmsen, 2007; de Maesschalck et al, 2011). Verscheidene onderzoeken onder bevolkingsgroepen in de VS laten zien dat er ook communicatieproblemen ontstaan wanneer mensen dezelfde taal spreken, maar niet dezelfde afkomst hebben (Meeuwesen et al, 2006).

Om de cultuurbarrière te duiden, wordt eerst gekeken welke invloed cultuur heeft op de klachtenbeleving van (migrant)patiënten. Volgens Kleinman (1980) bestaan ziekten alleen uit constructen die in specifieke configuraties van de sociale realiteit voorkomen. Ze kunnen alleen worden begrepen in de context van betekenis en sociale relaties. In het algemeen kan worden gesteld dat huisartsen zich op de klacht richten, terwijl patiënten ook vanuit hun psychische ervaringen en betekenisgeving aan de ziekte redeneren. Als het model zowel bij artsen als patiënten wordt toegepast, verklaren de discrepanties waarom er problemen ontstaan in de zorg. Bij interculturele communicatie zijn de culturele verschillen relatief groot, waardoor het moeilijker is om overeenstemming te bereiken over de visie op de klacht. Ideeën over de gezondheidszorg komen immers voort uit culturele opvattingen (Kleinman, 1980).

Hofstede (1997) heeft een theorie in de organisatiepsychologie ontwikkeld die als aanvulling hierop kan worden gebruikt. Hofstede beschrijft vijf dimensies: machtsafstand, individualisme versus collectivisme, gender, onzekerheden en korte of lange termijn oriëntatie. Deze dimensies laten zien welke bestaande krachten het gedrag van verschillende culturen bepalen en waardoor problemen ontstaan. De eerste dimensie, machtsafstand, gaat over de mate waarin er in landen sprake is van machtsongelijkheid. In sommige landen (bijvoorbeeld de meeste Zuid-Amerikaanse landen) is de machtsafstand relatief groot. Dit is terug te zien in het bedrijfsleven waar werknemers veel ontzag hebben voor hun superieuren. In andere landen zoals Duitsland, Nederland en de Scandinavische landen, is dit juist niet het geval en zijn de machtsverschillen kleiner. De tweede dimensie meet de individualiteit van samenlevingen. In landen waar de verbindingen tussen individuen gering zijn en iedereen vooral voor zichzelf zorgt ligt het individualisme hoog. Daar tegenover staat het collectivisme waar mensen vanaf hun geboorte zijn geïntegreerd in sterke groepen met veel cohesie die bescherming bieden in ruil voor loyaliteit. De VS en de meeste Europese landen kennen een individualistische cultuur, terwijl veel landen in Zuid-Amerika worden gekenmerkt door een collectivistische cultuur. De derde dimensie is de masculiniteit en vrouwelijkheid van culturen. In Nederland en de Scandinavische landen verschilt de rolverdeling van mannen en vrouwen weinig, de meeste mensen zijn zorgzaam en betrokken bij de emoties van anderen. Landen als Japan en Italië worden daarentegen juist gekenmerkt door een machocultuur waarbij dominantie en prestaties centraal staan. De vierde dimensie is de mate waarin een bevolking onzeker is over de toekomst. In culturen waar dit het geval is hebben mensen relatief veel stress, waardoor ze de neiging hebben om in vaste patronen te blijven werken. Mediterrane landen als Griekenland en Portugal scoren hierbij hoog. Het tegenovergestelde is dat mensen meer van dag tot dag leven, een cultuur die terug is te zien in Scandinavische landen.

Artsen en patiënten redeneren dus vanuit een ander perspectief dat wordt bepaald door bepaalde krachten die werkzaam zijn in een cultuur. Niet iedereen is zich ervan bewust in hoeverre verschillende culturele groepen een ander perspectief op gezondheidsproblemen hebben. Volgens Littlewood (2001) bestaan er drie niveaus van cultureel bewustzijn. Op het eerste niveau is iemand zich bewust dat er een verschil bestaat tussen de gedeelde kennis

en opvattingen die voortkomen uit een specifieke culturele groep, zelfs wanneer er ogenschijnlijk universele elementen bestaan. Dit wordt geïllustreerd met een voorbeeld waarbij een Engelse docent lesgeeft en een Bulgaarse student voortdurend knikt. De docent veronderstelt dat dit positief is en de student het met hem eens is, maar wanneer Bulgaren knikken betekent dit juist het tegenovergestelde. Mensen moeten zich er dus van bewust zijn dat culturele verschillen bestaan zonder dat dit zichtbaar is. Op het tweede niveau weten personen meer over de specifieke kennis en opvattingen van culturen en hoe deze verschillen van hun eigen cultuur. Deze kennis wordt vergaard door te lezen, mensen te ontmoeten en nieuwe talen te leren. Het eerste niveau van cultureel bewustzijn wordt sterker naarmate de kennis op het tweede niveau toeneemt. Mensen zijn dan meer op hun hoede voor culturele verschillen tijdens sociale contacten, waardoor zich minder problemen voordoen tijdens interculturele communicatie. Hieruit vloeit het derde niveau voort: hier zijn mensen zich bewust van verschillen en hoe deze zich uiten in verschillende communicatiegebieden. Huisartsen zijn zich misschien niet bewust van de problematiek rondom interculturele communicatie in de zorg. Bewustzijn op een hoger niveau kan er toe leiden dat het verschil tussen cultuuropvattingen kleiner wordt, waardoor de zorg verbetert (Littlewood, 2001).

#### **2.4.2 Taal**

In de wetenschap wordt veel aandacht besteed aan culturele factoren die van invloed zijn op interculturele communicatie. Vaak wordt gekeken welke achterliggende normen en waarden invloed uitoefenen op communicatie, en wat de wisselwerking is tussen taal en cultuur (Bubel, 2006; Thije & Deen, 2009). Echter, er is weinig aandacht voor de taalbarrière die tussen artsen en migranten bestaan en de problemen dit met zich meebrengt (Meeuwesen, 2012). Immers, een voorwaarde om goed te communiceren is dat gesprekspartners op hetzelfde niveau spreken en elkaar volledig begrijpen. Dit is van belang voor beleidsmakers, omdat interventies zoals tolken deze barrière kunnen overbruggen waardoor de communicatie in de zorg verbetert. Er is sprake van een taalbarrière wanneer de gesprekspartners niet vloeiend dezelfde taal spreken (Guijt, 2013). Hierdoor kunnen gesprekspartners zich niet uiten zoals ze willen en ontstaan er miscommunicaties. Vaak worden theatrale middelen ingezet om toch de boodschap over te brengen. Bij taalbarrières wordt de boodschap dus wel verzonden, maar de ontvanger heeft niet de capaciteit om deze te interpreteren (zie paragraaf 2.1).

In onderzoek van Meeuwesen, Twilt, ten Thije & Harmsen (2010) komen enkele taalproblemen naar voren die kunnen ontstaan tijdens interculturele communicatie. Ten eerste kan het gebeuren dat woorden niet goed genoeg worden uitgesproken. Dit is extra moeilijk wanneer het taalniveau van twee personen verschilt, omdat het interpreteren van de boodschap dan al tijd kost. Ten tweede is de intonatie van de gesproken woorden van belang; sommige informatie dient met een bepaalde beklemtoning te worden uitgesproken, bijvoorbeeld om er de nadruk op te leggen omdat het belangrijk is. Ten derde zorgt een

eenvoudig vocabulaire ervoor dat migrantpatiënten die de taal minder machtig zijn het gesprek toch makkelijker kunnen volgen (Meeuwesen et al, 2010).

In ander onderzoek van Meeuwesen & Twilt (2011) worden vergelijkbare problemen besproken. Woorden of zinnen kunnen verkeerd worden uitgesproken waardoor artsen en migranten elkaar niet goed verstaan en begrijpen. Ook kunnen intonatie, ritme of melodie leiden tot miscommunicaties. Daarnaast komt het voor dat zinnen te lang zijn en teveel informatie bevatten. Hierdoor kan de ontvanger niet alle informatie tot zich nemen. Zinnen kunnen ook te kort zijn, waardoor informatie ontbreekt.

## 2.5 Oplossingen

Nu er is gekeken naar de problemen en oorzaken rondom interculturele communicatie in de zorg, worden mogelijke oplossingen besproken waarmee cultuur- en taalbarrières kunnen worden overbrugd. Voordat specifiek op deze oplossingen wordt ingegaan, wordt eerst het kader geschetst van waaruit dit gebeurt.

Meeuwesen en Twilt (2011) onderscheiden vier perspectieven waarmee zorgverleners en beleidsmakers taalbarrières kunnen benaderen. Bij de eerste benadering, het *no problem model*, ligt de nadruk op het niet-bestaan van het probleem: taalbarrières worden genegeerd of als een klein detail gezien. Er is in deze situatie veel onwetendheid over de problematiek, weinig kennis over het beleid en er is weinig intercultureel bewustzijn. Opvattingen die hiermee corresponderen stellen vaak dat het probleem bij migrantpatiënten zelf ligt, dus dat zij de taal moeten leren of verantwoordelijk zijn voor een informele tolk. Bij de tweede benadering, het *linguistic interpreting model*, zijn zorgprofessionals zich duidelijk bewust van taalbarrières. Ze denken dat de oplossing ligt in het inzetten van professionele tolken die hiervoor zijn opgeleid. Hierbij redeneren ze vooral vanuit een westers perspectief waar wordt gekeken naar directe oplossingen, maar minder naar de relatie tussen zorgverleners en patiënten en de manier waarop deze verandert wanneer er een tolk aanwezig is. Bij de derde benadering, het *power model*, is het uitgangspunt dat er machtsverschillen tussen individuen en groepen in verschillende rollen bestaan. Dit is bijvoorbeeld het geval bij artsen en patiënten, mensen uit verschillende bevolkingsgroepen, personen die een verschillende taal spreken en etnische minder- of meerderheden. Bij de machtsverhoudingen tussen artsen en patiënten heeft er een verschuiving plaatsgevonden van een situatie waarin de arts dominant is naar een meer patiënt-centrale opvatting waarin beslissingen samen worden gemaakt. De vierde en laatste benadering is het *reality model*, een opvatting die de laatste jaren belangrijker is geworden. Hier wordt het probleem contextueel benaderd met als uitgangspunt dat niet iedere arts en patiënt hetzelfde is. Als een persoon om wat voor reden dan ook niet in staat is om een taal te leren, heeft hij of zij recht op professionele hulp. Of dit een informele of professionele tolk is, verschilt per situatie (Meeuwesen & Twilt, 2011).

### 2.5.1 Professionele tolken

Om cultuur- en taalverschillen te overbruggen, kan gebruik worden gemaakt van professionele (of formele) en informele tolken (Bot et al, 2011). Professionele tolken hebben een opleiding gevolgd waarmee ze in de praktijk of per telefoon hulp kunnen bieden. Informele tolken hebben geen speciale vooropleiding, vaak zijn dit familieleden of vrienden. Ook gebeurt het weleens dat personen die (toevallig) in de buurt zijn en de taal spreken als informele tolk worden gebruikt, dit wordt een ad-hoc tolk genoemd (Meeuwesen, Harmsen & Sbiti, 2011).

De professionele tolkdienst in Nederland wordt sinds de jaren '70 geregeld door het Tolken Vertaalcentrum Nederland (TVcN, 2014). Tolken worden ingezet wanneer hulpverleners niet in een begrijpelijke taal met de patiënt kunnen communiceren. De verantwoordelijkheid ligt bij de hulpverlener: ook wanneer patiënten een informele tolk meenemen dient de arts een professionele tolk in te schakelen wanneer de situatie hier om vraagt (KNMG, 2014). Professionele tolken zijn hierbij belangrijk, omdat er veel nadelen kleven aan informele tolken en het dus de wettelijke plicht van de zorgverlener is om goed te communiceren met patiënten (Bot et al, 2011). Zo zorgt het gebruik van professionele tolken ervoor dat: de kwaliteit van de zorg toeneemt doordat er minder miscommunicaties ontstaan, het begrip van patiënten toeneemt, er beter gebruik wordt gemaakt van medische voorzieningen en het medische doel vaker wordt behaald (Karliner et al, 2007).

Bij het TVcN zijn er altijd tolken bereikbaar voor een telefonisch consult (TVcN, 2014). Bij zware of complexe gevallen wordt een tolk op locatie aangeraden, deze dient vooraf geregeld te worden. De tolk is dan bij het consult aanwezig. Voorheen werden de tolkkosten betaald door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (KNMG, 2011). Hier is recent verandering in gekomen: sinds 1 januari 2012 is de vergoeding voor tolkdiensten afgeschaft. Het KNMG (2014) heeft daarom een kwaliteitsnorm opgesteld waarin handvatten worden geboden aan zorgverleners wanneer zij voor de keuze staan om een tolk in te schakelen. De norm heeft drie speerpunten. Ten eerste bestaat er een zorginhoudelijke component: communicatie tussen artsen en patiënten is noodzakelijk om goede zorg te verlenen. Naast dit zorginhoudelijke onderdeel is er ook een wettelijke plicht: de zorg die wordt verleend moet van goede kwaliteit zijn. Het laatste onderdeel is de wetenschappelijke onderbouwing: uit onderzoek blijkt dat taalbarrières optimale zorg in de weg staan. Het KNMG (2014) beschrijft daarom twee stappen die artsen kunnen volgen wanneer ze in contact komen met migrantpatiënten. De eerste stap is beslissen of er gebruik moeten worden gemaakt van een tolk. Dit is het geval wanneer de gemeenschappelijke taalbeheersing onvoldoende is en er geen alternatieve oplossing bestaat. Hierna moet worden gekeken of de inzet van een professionele tolk noodzakelijk is of dat een informele tolk voldoet. Factoren die hierbij een rol spelen zijn de emotionele beladenheid van het onderwerp, de relatie tussen de arts en de tolk, het risico dat de informele tolk verkeerde informatie verstrekt en de voorkeur die de arts en patiënt hebben (KNMG, 2014).

Nu is gekeken waarom, hoe en wanneer huisartsen gebruik maken van tolken, kan er nu worden ingegaan op de functie die een professionele tolk tijdens een consult vervult. Hsieh (2008) onderscheidt vier rollen: *conduit*, *advocate*, *manager* en *professional*. Bij de eerste rol (*conduit*) heeft de tolk een leidende functie waarin alle informatie wordt vertaald, inclusief mogelijk commentaar van de patiënt en non-verbale signalen en emoties. De tolk vertaalt hier met een onzichtbare rol vanuit de eerste persoon. Als *advocate* treedt de tolk ook op als belangenbehartiger die ervoor zorgt dat de patiënt zichzelf beter kan verdedigen. Als *manager* voert de tolk ook taken uit die niet direct zijn gerelateerd aan vertalen. Hierbij is de tolk een actieve deelnemer aan het gesprek tussen de arts en de patiënt en heeft hij/zij niet alleen impact op het consult, maar ook op de uitkomst ervan. De tolk houdt zich ook bezig met de inhoud van het gesprek en met de medische zaken van belang zijn, zoals het filteren en evalueren van informatie die zorgverleners geven. Ook is de tolk bezig om het gesprek op een passende en ethische manier te reguleren. De toon van het gesprek kan bijvoorbeeld worden aangepast op een manier die de tolk op dat moment wenselijk acht. Hiermee wordt gezorgd dat de uitwisseling van informatie optimaal verloopt, bijvoorbeeld door jargon te gebruiken dat de ontvanger het meeste aanspreekt. De laatste rol, *professional*, is de manier waarop een tolk zich wil profileren als professional en dus onprofessioneel gedrag verbergt. Op deze manier wordt de status behouden en neemt de arts de tolk serieus in zijn of haar rol (Hsieh, 2008).

Dit wordt aangevuld met onderzoek van Rosenberg, Seller & Leanza (2008) waarin professionele tolken functies aan zichzelf toewijzen. De belangrijkste functie is het overdragen van informatie; tolken geven aan dat ze de informatiestroom reguleren, bijvoorbeeld wanneer ze iemand laten stoppen met praten omdat ze het vertalen anders niet bijhouden. Ook reguleren ze het interview, bijvoorbeeld door de arts ergens aan te herinneren dat hij eerder heeft gezegd. Daarnaast hebben professionele tolken een meer affectieve functie: ze kunnen een veilige omgeving creëren waarin de patiënt zich vertrouwd voelt. Tolken kunnen bemiddelen tussen culturen, sociale normen bespreken en het medische systeem uitleggen (Rosenberg et al, 2008).

Recent onderzoek van Hsieh, Pitaloka & Johnson (2013) biedt inzicht in de manier waarop medisch specialisten uit verschillende velden naar het gebruik van professionele tolken kijken. Er wordt gebruik gemaakt van drie dimensies. Bij de eerste, de tolk als *patient ally*, zien hulpverleners de tolk als bondgenoot van de patiënt. Hierbij horen verschillende onderdelen: zoals het geven van emotionele steun, inzicht in wat de patiënt wil en de vaardigheid om non-verbale signalen op te pikken. De tweede dimensie is de tolk als *health care professional*. Hierbij is de tolk een professional die geen kant kiest en niet emotioneel betrokken is bij het gesprek. Het gaat vooral om de om de kernfunctie van het vertalen. Bij de derde component, de tolk als *provider proxy*, zorg de tolk ervoor dat de kwaliteit van de zorg behouden blijft door op te treden als onderdeel van het 'gezondheidsteam'. De tolk zorg hier dus ook voor medische ondersteuning en heeft kennis over het gezondheidsdossier.

### 2.5.2 Informele tolken

In de praktijk wordt vaak gebruik gemaakt van informele tolken zoals familieleden en vrienden om taal- en cultuurbarrières te overbruggen. Het voordeel hiervan is dat migrantpatiënten meestal zelf een informele tolk meenemen waardoor geen extra tijd verloren gaat. Daarnaast geeft tolken soms een gevoel van voldoening en helpt het om de tweede taal te verbeteren (Zendedel & Meeuwesen, 2012). Echter, er zijn ook veel nadelen. Hoewel zij het vaak als een verplichting zien tegenover hun familie, beschouwen veel informele tolken het vertalen als emotioneel zwaar (Schouten, Ross, Zendedel & Meeuwesen, 2012). Soms moet de tolk tegen een vriend of familielid vertellen dat hij of zij ernstig ziek is. Daarnaast zijn sommige onderwerpen te complex om te vertalen, dit geldt zeker wanneer de informele tolk nog jong is (Meeuwesen et al, 2010). Vaak ontbreekt kennis over specifiek medisch jargon die professionele tolken wel hebben. Voor informele tolken kan dit zwaar zijn, omdat zij hun vriend of familielid willen helpen, maar dit niet goed onder woorden kunnen brengen. Een ander veelvoorkomend probleem is schaamte: informele tolken geven aan zich vaak te generen, bijvoorbeeld wanneer taboeonderwerpen zoals geslachtsziekten worden besproken (Meeuwesen & Harmsen, 2007). Ook ontstaat er veel frustratie wanneer migrantpatiënten informatie blijven herhalen, terwijl de informele tolk dit al meerdere keren heeft vertaald.

Er liggen ook problemen in de rol die informele tolken aannemen tijdens een consult. In plaats van alleen vertalen, treden ze ook op als een gesprekspartner, waardoor ze invloed uitoefenen op de inhoud van het gesprek (Bot et al, 2011). Ze vertellen over de klacht, beantwoorden hier vragen over en vatten dit weer samen. Hierdoor verandert de dynamiek van het consult (Zendedel, 2010). Vertaalt naar de rollen die bij professionele tolken zijn beschreven, vallen informele tolken niet alleen onder de rol van *conduit*, maar vooral onder die van *advocate*. De informele tolk geeft achtergrondinformatie over de patiënt en zorgt voor een vertrouwde relatie tussen de arts en de patiënt (Meeuwesen et al, 2010).

Rosenberg e.a. (2008) stellen dat informele tolken vooral wederzijds begrip proberen te faciliteren in plaats van alleen bezig te zijn met vertalen. Vaak hebben ze een aanvullende functie waarin alleen de gedeelten worden vertaald die de migrantpatiënt niet weet. Informele tolken zijn daarnaast dominanter aanwezig in het gesprek, bijvoorbeeld omdat ze de arts onderbreken wanneer ze het oneens zijn. Ook wordt er onderhandeld over de behandeling en voelen informele tolken zich verantwoordelijk voor kwesties gerelateerd aan het gezondheidssysteem.

## 2.6 Conclusie

*Hoe worden communicatieproblemen tussen huisartsen en migrantpatiënten veroorzaakt en welke mogelijke oplossingen bestaan er?*

Tijdens interpersoonlijke communicatie tussen huisartsen en migrantpatiënten doen zich veel problemen voor. Omdat het voor huisartsen moeilijker is om een diagnose te stellen, wordt



niet aan de cognitieve behoefte van patiënten voldaan. Dit zorgt ervoor dat er vaak naar de verkeerde specialist wordt verwezen en dat huisartsen (emotioneel) worden belast. Er bestaat een discrepantie tussen de perceptie van de arts en de patiënt die niet kan worden overbrugd door het verschil in taalbeheersing. Als oplossing kan gebruik worden gemaakt van professionele en informele tolken. Het gebruik van professionele tolken kent veel voordelen, maar wordt niet meer vergoed door de overheid. Informele tolken behoeven daarentegen minder organisatie en kosten geen geld, maar hebben in sommige gevallen veel nadelen. Bij de keuze voor een oplossing is het van belang vanuit welk perspectief zorgverleners en beleidsmakers redeneren.

### **3: Methode**

#### **3.1 Onderzoeksdoel en vraagstelling**

Dit onderzoek biedt inzicht in de visie van Nederlandse huisartsen op de problematiek rondom interculturele communicatie in de huisartsenpraktijk. Er wordt gekeken in hoeverre zij problemen ervaren, welke problemen dit zijn en welke gevolgen dit heeft. Ook worden hun opvattingen over het gebruik van tolken en hun toekomstbeeld beschreven. Deze structuur (van problemen naar oplossingen) wordt het gehele onderzoek aangehouden en vormt de basis van de centrale vraag:

*In hoeverre ervaren huisartsen communicatieproblemen met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken en welke oplossingen prefereren zij?*

De hoofdvraag is opgesplitst in vijf deelvragen:

*1: Welke communicatieproblemen ervaren huisartsen tijdens consulten met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

*2: Welke gevolgen hebben communicatieproblemen met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

*3: Welke visie hebben huisartsen op het gebruik van professionele tolken bij consulten met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

*4: Welke visie hebben huisartsen op het gebruik van informele tolken bij consulten met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

*5: Wat is de toekomstvisie van huisartsen omtrent oplossingen voor communicatie met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

#### **3.2 Kwalitatief onderzoek**

Er is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Deze komen voort uit het interpretatieve paradigma van de wetenschap waarbij de basis ligt in het ontbreken van een 'onafhankelijke' werkelijkheid (Boeije, 2008). Mensen interpreteren de wereld op hun eigen manier en construeren door interactie met anderen een gezamenlijke opvatting over de sociale realiteit. Kwalitatief onderzoek gaat over de betekenis die personen aan dit wereldbeeld verlenen (Verhoeven, 2007). Er wordt gekeken naar de beleving van huisartsen en de manier waarop deze tot stand komt. Hierdoor ontstaat een beeld van de werkelijkheid dat door de respondenten zelf wordt gecreëerd (Verhoeven, 2007; Boeije, 2008). Kwalitatief onderzoek is inductief, dit betekent dat er wordt gezocht naar structuur in het verzamelde

materiaal (Boeije, 2008). Deze structuur wordt gebruikt om theorieën op te stellen over de totstandkoming van deze ervaringen.

De keuze voor kwalitatieve methoden komt voort uit twee kenmerken van de vraagstelling. Ten eerste is de studie explorierend van aard (Boeije, 2008); er is nog weinig onderzoek gedaan naar de visie van Nederlandse huisartsen op problematiek rondom interculturele communicatie in de huisartsenpraktijk. Ten tweede wordt er gekeken naar de betekenis achter “interacties, processen, gedragingen, gevoelens en ervaringen” (Boeije, 2008, p. 36).

### **3.3 Dataverzameling**

Om erachter te komen hoe huisartsen interculturele communicatie ervaren, is een open onderzoeksmethode gebruikt. Vooraf bedachte vragen van de interviewer staan hierbij niet centraal, maar het gaat om wat de respondenten zelf brengen (Boeije, 2008). Er is daarom gekozen voor semigestructureerde kwalitatieve diepte-interviews. Hierbij ligt de inhoud van de vragen, formulering, volgorde en antwoordkeuzes niet helemaal open, maar komt er via een topiclijst een lijst van onderwerpen aan bod (Verhoeven, 2007; Boeije, 2007).

#### **3.3.1 Operationalisering**

Om de topiclijst te kunnen maken, zijn eerst de kernbegrippen uit het theoretisch kader geoperationaliseerd; dit is het meetbaar maken van abstracte concepten uit de theorie (Verhoeven, 2007).

##### *Taalbarrière*

Met behulp van voorbeelden uit de praktijk wordt gekeken welke taalproblemen huisartsen tegenkomen. Hiermee wordt inzicht verkregen in de mate waarin huisartsen kunnen communiceren via woordtaal (Bos, 1986) die over het inhouds- en betrekkningsniveau (Watzlawick et al, 1974) wordt verstuurd en waarmee aan de affectieve en cognitieve behoeften van patiënten (Bensing & Meeuwesen, 1996) wordt voldaan.

##### *Cultuurbarrière*

Bij de cultuurbarrière wordt gekeken of klachtenbeleving een subjectieve ervaring is (Kleinman, 1980) door te kijken hoe verschillende culturen gezondheidsproblemen ervaren. Verklaringen hiervoor komen voort uit bepaalde kenmerken van culturen (Hofstede, 1997). Het onderscheid dat huisartsen maken, wordt bepaald door hun mate van cultureel bewustzijn (Littlewood, 2001).

##### *Belasting huisarts*

De belasting van de huisarts heeft enerzijds betrekking op de organisatorische belasting zoals de werklust (Meeuwesen et al, 2006), en anderzijds op de emotionele belasting (Schouten & Meeuwesen, 2006; Meeuwesen & Harmsen, 2007).

### *Gevolgen problematiek*

De gevolgen van de problematiek zijn zaken die voorkomen uit communicatieproblemen in de huisartsenpraktijk, zoals het feit dat het voor huisartsen moeilijker is om een diagnose te stellen (van Wieringen et al, 2002; Meeuwesen et al, 2006; Karliner et al, 2007).

### *Professionele tolken*

Bij het gebruik van professionele tolken gaat het om de ervaringen die huisartsen hebben met de tolkentelefoon en redenen om wel of niet voor een professionele tolk te kiezen, zoals de afschaffing van de tolkenvergoeding en de organisatie van de tolkendienst. Daarnaast wordt er gekeken welke rol een professionele tolk aanneemt tijdens een consult (Hsieh, 2008) en naar de manier waarop zorgverleners naar tolken kijken (Hsieh et al, 2013).

### *Informele tolken*

Bij het gebruik van informele tolken wordt ook gekeken naar ervaringen en redenen om wel of niet voor deze oplossing te kiezen. Zo biedt het organisatorische voordelen, maar is er ook sprake van emotionele belasting en ontstaan er problemen bij taboeonderwerpen (Meeuwesen & Harmsen, 2007; Meeuwesen et al, 2010; Schouten et al, 2012). Daarnaast wordt ook hier naar de rollen gekeken (Hsieh, 2008).

### *Verantwoordelijkheid*

Bij de verantwoordelijkheid gaat het om de mate waarin huisarts, migrantpatiënt en overheid zich inzetten om de communicatie te bevorderen. Hiermee wordt ook gekeken vanuit welk perspectief zorgverleners de problematiek benaderen (Meeuwesen & Twilt, 2011).

## **3.3.2 Populatie en steekproef**

Onder de populatie worden de personen verstaan waarover in het onderzoek uitspraken worden gedaan (Verhoeven, 2007). In dit geval is de populatie: huisartsen in Nederland. Stagebegeleider dr. Maria van den Muijsenbergh van het Raboudumc in Nijmegen heeft via een email (zie bijlage 1) haar netwerk van huisartsen benaderd. Omdat het hier haar persoonlijke kennissen betreft, is er geen sprake van een aselechte steekproef. Dit komt doordat de personen niet willekeurig uit een databestand zijn geselecteerd (Boeije, 2008).

Van de 41 personen die zijn aangeschreven waren er twaalf bereid tot een interview (non-respons 71%). Er is gestreefd naar diversiteit op basis van geslacht, leeftijd, etniciteit, steden en type huisartsenpraktijken. Omdat er vooral vrouwelijke respondenten mee wilden werken, zijn er nog drie mannelijke respondenten benaderd. Eén hiervan is benaderd door scriptiebegeleider en onderzoeker aan de Universiteit Utrecht dr. Ludwien Meeuwesen. De andere twee komen uit het persoonlijke netwerk van de onderzoeker. De dataverzameling is gestopt toen er sprake was van verzadiging; dit betekent dat er bij de analyse van nieuwe respondenten geen nieuwe informatie naar voren komt (Boeije, 2008). Tabel 1 toont de kenmerken van de steekproef. Er is bewust voor gekozen om de variabelen niet te expliceren

en/of aan elkaar te koppelen zodat de anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd en dus niet makkelijk te herleiden zijn naar het netwerk van Maria van den Muijsenbergh.

**Tabel 1: Kenmerken steekproef**

Verhouding mannen en vrouwen	7 mannen (47%), 8 vrouwen (53%)
Verdeling leeftijden	3 <45 (20%), 13 ≤45 (80%)
Etniciteit huisartsen	14 Nederlands (93%), 1 niet-westers (7%)
Steden (actief als huisarts, alfabetisch)	Almelo, Amsterdam, Bussum, Den Haag, Nijmegen, Rotterdam, Utrecht, Vlissingen, Zaandam
Type huisartsenpraktijk	9 regulier (60%), 4 gezondheidscentra (27%), 2 praktijken in ziekenhuizen (13%)

### 3.3.3 Werkwijze interviews

De interviews zijn afgenomen op locaties gekozen door de respondenten, dit was in bijna alle gevallen de huisartsenpraktijk. Voordat de interviews begonnen, is eerst een verklaring (zie bijlage 2) getekend waarin akkoord werd gegaan dat de bevindingen geanonimiseerd zouden worden gebruikt. Pas na dit moment werd de voicerecorder aangezet. Hierna ging het interview na een korte introductie van start met de behulp van de topiclijst (zie bijlage 3). Vooraf is gekozen om de interviews beknopt (max. 45 minuten) te houden zodat de (vaak drukke) huisartsen niet te lang van hun werk werden afgehouden. Deze aanname werd versterkt door het feit dat veel huisartsen een gehaaste indruk maakten en tussentijds enkele keren werden onderbroken door de telefoon of anderen in de praktijk, zoals collega-huisartsen of praktijkassistenten.

### 3.4 Data-analyse

De interviews zijn na afname zo snel mogelijk getranscribeerd naar platte tekstbestanden. Hierbij zijn alle gesproken woorden letterlijk uitgetypt. Deze bestanden zijn vervolgens gecodeerd in het computerprogramma NVivo. Dit programma biedt de mogelijkheid om gegevens op een makkelijke manier te ordenen en te analyseren (QSR, 2014). Het grote voordeel van NVivo is dat coderingen direct worden ondergebracht in een overzichtelijke *node*.

Bij het codeerproces zijn de richtlijnen van Boeije (2008) gebruikt. De eerste fase was open coderen: hierbij zijn de getranscribeerde teksten gelezen en in fragmenten ingedeeld. In de tweede fase is er axiaal gecodeerd: hierbij is gekeken welke fragmenten bij de codes horen. De laatste fase bestond uit selectief coderen: hier zijn de gegevens naast elkaar gelegd en is er structuur aangebracht in de data. Bijlage 4 weergeeft de uiteindelijke codeboom. Hier is te zien welke onderwerpen uit de interviews zijn gecodeerd en welke als basis zijn gebruikt voor de analyse in hoofdstuk 4.

### **3.5 Betrouwbaarheid**

De betrouwbaarheid van het onderzoek is de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige of onsystematische meetfouten (Verhoeven, 2007). Door het karakter van kwalitatief onderzoek kennen kwalitatieve methoden een minder gestandaardiseerde werkwijze dan kwantitatieve methoden (Boeije, 2008). Het gevolg hiervan is dat de betrouwbaarheid in het geding kan komen, bijvoorbeeld doordat interviews niet altijd op dezelfde manier verlopen. Om de kwaliteit van het onderzoek te bewaken zijn daarom enkele regels van Verhoeven (2007) aangehouden. Ten eerste zijn de gebruikte stappen en methoden, zoals de formulering van de interviewvragen, nauwkeurig geregistreerd. Met een logboek is bijgehouden waarom welke keuzes zijn gemaakt en er is gebruik gemaakt van opnameapparatuur. Deze zijn opgeslagen en gebruikt om het analyseproces enkele keren te doorlopen om zeker te zijn dat de resultaten hetzelfde bleven. Ten tweede zijn de opzet en uitvoering van het onderzoek in samenwerking met de scriptiebegeleider opgesteld en is er gebruik gemaakt van *peer reviews*.

### **3.6 Validiteit**

Validiteit is de mate waarin het onderzoek vrij is van systematische fouten en dus geldig is. (Verhoeven, 2007). Het gebruik van de open onderzoeksmethode van kwalitatief onderzoek komt de begripsvaliditeit ten goede, omdat de onderzoeker vragen stelt die op dat moment relevant zijn en dus sturing kan bieden (Boeije, 2008). Echter, dit betekent ook dat de rol van de onderzoeker belangrijker wordt. Om deze reden zijn ook hier aan de hand van de richtlijnen van Verhoeven (2007) de stappen en methoden bijgehouden. Hiermee is achteraf gekeken wat de invloed van de onderzoeker op het onderzoeksproces was. Daarnaast is de steekproef gericht op deskundigen die in de praktijk te maken hebben met migrantpatiënten die geen of weinig Nederlands spreken. Hierdoor is de kans groter dat iedereen over hetzelfde onderwerp spreekt.

### **3.7 ASW-verantwoording**

ASW-studies voldoen aan drie voorwaarden. Ten eerste belicht het onderzoek een praktijkprobleem: migratie heeft geleid tot een toename van het aantal anderstaligen in de zorg waardoor problemen zijn ontstaan door cultuur- en taalbarrières. De tweede voorwaarde is interdisciplinariteit: de problematiek wordt zowel vanuit de communicatiewetenschappen als een sociaal-cultureel perspectief bekeken. De laatste voorwaarde is dat het onderzoek beleidsgericht is: door te kijken naar de ervaringen van huisartsen kan toekomstig beleid hierop worden aangepast.

## 4: Resultaten

### 4.1 Problemen

#### 4.1.1 Taalbarrière

Alle huisartsen ondervinden veel taalproblemen tijdens consulten met migrantpatiënten. Vooral consulten met oudere Turkse en Marokkaanse mensen worden als problematisch ervaren. Het gaat hierbij vaak om de eerste generatie gastarbeiders en hun partners die, sinds ze dertig á veertig jaar geleden in Nederland zijn gekomen, nooit echt de taal hebben geleerd. Naast deze groep zijn er ook nieuwe groepen migranten waarmee communiceren moeilijk is. Zo komen er steeds meer arbeidsmigranten, meestal afkomstig uit het voormalig Oostblok. Ook zien huisartsen regelmatig politieke vluchtelingen die wel al een verblijfsstatus hebben gekregen, maar de Nederlandse taal nog niet machtig zijn. Ten slotte zijn er ook problemen met mensen die als importbruid of –bruidegom naar Nederland komen.

Taalbarrières bestaan op meerdere niveaus, afhankelijk van de mate waarin de patiënt Nederlands spreekt. Regelmatig zijn er situaties waarin verbale communicatie helemaal niet mogelijk is en er dus alleen non-verbaal wordt gecommuniceerd. Echter, wat vaak gebeurt, is dat enige vorm van verbale communicatie wel mogelijk is, ook al beheerst de patiënt de taal niet goed. Dit leidt tot problemen omdat de huisarts geen gerichte en specifieke vragen kan stellen. Daarnaast hebben patiënten moeite om de complexiteit van de klacht in eenvoudig taalgebruik te verwoorden. De communicatie verloopt hierdoor te oppervlakkig, met als gevolg dat aan het einde van het consult alsnog niet altijd duidelijk is wat het gezondheidsprobleem is en of het is opgelost. De taalbarrière bepaalt dus niet alleen de grens tussen wel of niet communiceren, maar zorgt ook voor subtielere belemmeringen tijdens een consult.

*“Mensen kunnen vaak met klachten komen die ze niet goed kunnen verwoorden, want er is een communicatieprobleem. Dan ga je op die ene klacht in maar eigenlijk komen er dan later in het consult andere klachten bij die veel erger zijn. (...) Soms heb ik het gevoel dat ik niet kan achterhalen wat er wezenlijk achter het probleem zit.” (X7)*

*“Op een gegeven moment had ik een 65-jarige Chinese mevrouw die haar best deed om Nederlands te spreken. Ze wist al een heleboel woorden, maar voordat je echt duidelijk kan maken waarvoor je komt, waar je bang voor bent en wat zich in je hoofd afspeelt moet je een veel beter vocabulaire hebben.” (X6)*

Meerdere huisartsen geven aan dat dit vooral een rol speelt wanneer het een complex onderwerp zoals psychische klachten betreft. Het is dan sowieso al moeilijk om te diagnosticeren wat er aan de hand is, dus wanneer er ook nog sprake is van een taalbarrière wordt het nog lastiger om erachter te komen wat de patiënt denkt en voelt. Ook wanneer het

klachten zijn waar de patiënt zich voor schaamt, vormt de taalbarrière een groot obstakel; de patiënt heeft dan al moeite om zich te uiten en de huisarts kan moeilijker inschatten wat de emotionele gevolgen zijn van de gezondheidsklacht.

*“Ik vind communicatieproblemen eigenlijk het grootste wanneer er posttraumatische stressstoornissen zijn of spanningsproblemen binnen het gezin (...) dan wordt het moeilijk om het naadje van de kous te weten.” (X1)*

*“Een Marokkaanse vrouw die uitgebreid bij de dermatoloog bekend is met een aandoening die al haar vingernagels heeft aangetast. Zij is hierover diep ongelukkig en schaamt zich voor haar handen. (...) De huisarts begreep lange tijd niet hoe groot haar sociale lijdensdruk was en dat ze een tweede mening wil in een academisch centrum. Pas toen de dochter meekwam om te tolken, was ze zichtbaar opgelucht.” (X3)*

#### **4.1.2 Cultuurbarrière**

De meeste huisartsen stellen dat naast de taalbarrière ook de cultuurbarrière communicatie bemoeilijkt. Volgens sommige huisartsen is deze barrière moeilijker te overbruggen dan een taalbarrière, omdat de inzet van een tolk of een ander hulpmiddel vaak niet voldoende is. Veel huisartsen geven aan dat er vaak een groot verschil bestaat tussen hun perspectief en dat van de migrantpatiënt, zelfs wanneer ze er qua taal wel uitkomen.

Huisartsen maken hierbij onderscheid tussen verschillende etnische groepen die klachten op andere manieren beleven. Vaak worden hierbij Turkse mensen als voorbeeld genomen, die relatief vaak het idee hebben dat ze ernstig ziek zijn. Ook de klachtenbeleving van migrantpatiënten uit Midden-Afrika komt enkele keren aan de orde; deze groep reageert vaak angstig op ziekten die voor westerse mensen meestal niet bedreigend zijn. Dit komt volgens huisartsen doordat deze ziekten in het land van herkomst vaak wel degelijk een relevante doodsoorzaak zijn. Daarnaast komen zij zelf vaak met verklaringen ingegeven vanuit hun cultuur, die voor huisartsen moeilijk te volgen zijn vanuit hun medische denkkader.

*“Als we met grote stappen generaliseren: Turken zijn hypochonders, die denken altijd dat ze kanker hebben (...) die willen het liefste heel veel onderzoek, een spuit werkt altijd beter dan tabletten. Niets doen is eigenlijk niet aan de orde.” (X12)*

*“Koorts is voor mensen uit Afrika vaak een bedreigend iets. (...) Als ze gemerkt hebben dat een kind heel warm is dan lopen ze daar twee dagen naar het ziekenhuis. In die twee dagen gaat het kind dood dus dat associëren ze met ziektes als malaria, of andere enge ziektes.” (X9)*

Ook hier geldt dat wanneer de klachten zwaarder worden, de cultuurbarrière belangrijker wordt. Wanneer er sprake is van emotionele problemen wordt het voor de huisarts nog



moeilijker om de juiste diagnose te stellen. Volgens verscheidene huisartsen is een veelvoorkomend probleem dat migrantpatiënten de neiging hebben psychische problemen te vertalen naar lichamelijke klachten. De huisarts richt zich dan eerst op het fysieke aspect, terwijl de oorzaak van het probleem ergens anders ligt.

*“Lichamelijke klachten worden dan met veel bombarie geponeerd en daar moet van alles mee, terwijl het eigenlijk gaat om een onderliggend probleem. Dit is bij Nederlandse mensen al moeilijk, maar bij deze groep is dat nog moeilijker.” (X4)*

*“Wat je heel erg ziet zijn mensen die zeggen dat ze moe of duizelig zijn. Dat is een uiting van chronische overbelasting en dat merk je.” (X11)*

De meeste huisartsen ervaren naast dit verschil in klachtenbeleving en –uiting ook een verschil in de manier waarop migrantpatiënten naar de gezondheidszorg kijken. Migrantpatiënten uit landen waar mensen vaak direct naar ziekenhuizen gaan, zoals Turkije en landen in Oost-Europa, hebben vaak weinig vertrouwen in huisartsen. Zij zijn gewend snel in contact te komen met een specialist en zijn niet gewend aan het afwachtende beleid van huisartsen. Om deze redenen proberen zij snel een verwijzing te krijgen, terwijl dit niet altijd mogelijk is. Verscheidene huisartsen geven aan hun gedrag hierop aan te passen door een dominante rol aan te nemen in het gesprek.

*“Wat je niet moet doen, zoals wij in Nederland doen is vragen wat de patiënt er zelf van denkt. Dan denken ze meteen dat je een slechte dokter bent omdat je er niet zelf achter komt wat er aan de hand is.” (X2)*

Enkele huisartsen wijzen er op dat er naast culturele verschillen tussen etnische groepen ook veel verschillen binnen groepen bestaan. Soms is de cultuurbarrière tussen artsen en Nederlandse patiënten nog groter dan bij migrantpatiënten. Dit kan net zoveel problemen opleveren.

*“De Nederlander bestaat niet en de Marokkaan bestaat niet. (...) De grootste gemeenschappelijke deler is dat het veel tijd kost om mensen te begrijpen.” (X11)*

#### **4.1.3 Opleidingsniveau**

Meerdere huisartsen geven aan dat naast taal- en cultuurfactoren ook het opleidingsniveau van migrantpatiënten van groot belang is tijdens consulten. Veel van deze patiënten hebben maximaal vier jaar opleiding gehad zonder verdere scholing. Hierdoor hebben zij vaak moeite om concepten te begrijpen die voor veel andere patiënten vanzelfsprekend zijn. Veel zijn geneigd om alle informatie op een hoop te gooien en dit aan de huisarts te vertellen. Volgens sommige huisartsen is dit nog belangrijker dan taal- en cultuurverschillen, omdat deze

problemen dieper liggen en moeilijker zijn op te lossen. Wanneer er sprake is van een taalprobleem, kan er een tolk worden ingeschakeld. Echter, wanneer iemand een laag opleidingsniveau heeft, wordt het moeilijk om überhaupt iets uit te leggen, zelfs wanneer de taalbarrière wegvalt.

*“Ze zijn vaak analfabeet waardoor ze een heleboel abstracte begrippen niet goed kunnen begrijpen en de chronologie dus al niet klopt. Vaak kunnen patiënten al geen beeld vormen van wat drie weken of drie maanden is.” (X12)*

*Ze hebben moeite om een logisch verhaal te vertellen, van toen gebeurde er dit en toen gebeurde er dat. (...) Je moet je voorstellen dat mensen die minder scholing hebben dan drie of vier jaar dat die de vaardigheden hebben van een zesjarige. Dat maakt ze niet dom, absoluut niet, maar er landt wel heel weinig van wat je zegt.” (X5)*

Het omgekeerde is ook het geval. Wanneer een migrantpatiënt hoogopgeleid is, wordt communiceren ondanks de taalproblemen makkelijker. Het grote voordeel, naast dat zij sneller de taal leren dan laagopgeleide migrantpatiënten en meer kennis hebben over de westerse cultuur, is dat zij minder moeite hebben om de uitleg van de huisarts te begrijpen. Hierdoor wordt het gat tussen de beleving van de huisarts en de patiënt minder groot.

*“Zo heb ik bijvoorbeeld een vrouw uit Somalië waarvan je aanvoelt, die is slim. (...) Met haar kon ik vrij makkelijk een consult voeren omdat ik snel doorhad dat ze de goede vragen stelde. (...) Dat is een groot verschil met mensen die weinig scholing hebben gehad en waarbij begrip veel moeilijker te vinden is.” (X9)*

#### **4.1.4 Gezondheidsvaardigheden**

Een andere factor die volgens diverse huisartsen een belangrijke rol speelt, is de gezondheidsvaardigheid<sup>1</sup> van migrantpatiënten. Veel mensen uit deze groep hebben weinig kennis over de manier waarop een lichaam werkt. Dit leidt ertoe dat ze bij relatief kleine klachten al bang zijn voor hun gezondheid.

*“Bij een klacht hebben ze geen idee waar het voor staat dus geeft het heel vaak angst. Een simpel bultje ergens, gewoon een eenvoudig vetbultje, kan al grote paniek geven.” (X8)*

Daarnaast ontstaan problemen met voorgeschreven medicijnen, omdat veel migrantpatiënten niet weten wat een ziekte inhoudt. Enkele huisartsen beschrijven situaties waarin ze een behandelplan uitleggen, medicijnen meegeven, om er vervolgens na een tijd achter te komen dat de patiënt op eigen houtje gestopt is met de behandeling,

---

<sup>1</sup> Vaardigheden waarmee mensen hun lichaam begrijpen (Alliantie Gezondheidsvaardigheden, 2014)

omdat ze niet begrijpen welke ziekte ze hebben en welke lichamelijke consequenties dit heeft.

#### **4.1.5 Belasting huisarts**

Volgens bijna alle huisartsen kosten consulten met migrantpatiënten meer tijd dan consulten met autochtone patiënten. Niet alleen het consult zelf duurt langer, maar mensen komen ook vaker terug. Soms worden er bij patiënten twee consulten achter elkaar ingepland, omdat de huisarts al inspeelt op de extra tijd die nodig is. Enkele huisartsen geven aan dat dit moeilijk kan zijn, zeker wanneer het al druk is in de praktijk. Naast organisatorische problemen zorgt dit soms ook voor emotionele belasting: sommige huisartsen geven aan zich machteloos te voelen wanneer ze er niet uitkomen, zeker wanneer ze merken dat de patiënt geïrriteerd raakt. Deze machteloosheid komt volgens huisartsen voort uit het feit dat ze niet al hun instrumenten kunnen gebruiken om te diagnosticeren. Hierdoor moeten ze improviseren en ontstaan situaties waarin de huisarts op alle manieren probeert informatie te verkrijgen en de patiënt merkt dat ze er samen niet uitkomen. Het gevolg hiervan is dat de sfeer tijdens het consult verslechtert, iets dat nog sneller gebeurt wanneer de arts al gestrest is.

*“Het is frustrerend als je dertig minuten met iemand bezig bent en hij wordt alleen maar bozer omdat we elkaar niet begrijpen, dat is zwaar.” (X8)*

*“Nee maar als iemand slecht Nederlands spreekt en ik ben in een slechte bui (...) Soms voel je op zulke momenten weerstand van waarom spreken jullie geen Nederlands.” (X12)*

De meeste huisartsen leggen bij de emotionele belasting vooral de nadruk op de uitdaging die communicatieproblemen met zich meebrengen. Ze geven aan vooral in oplossingen te denken en hun eigen rol als individu zoveel mogelijk uit te schakelen. Wat de arts zelf voelt beschouwen zij als niet-relevant. Ze halen voldoening aan de momenten waarin ze er wel in slagen om er op een creatieve manier uit te komen.

*“Als je iemand dan blij weg ziet gaan met opgeheven hoofd van: yes, ik voel me begrepen, dan geeft dat gewoon een kick.” (X8)*

*“Soms, als ik in een praktijk zit met alleen maar allochtonen, dan denk ik: het mag allemaal wel iets minder. Ik wil ook weleens makkelijke patiënten waar ik gewoon mee kan praten. Maar als ik dat alleen zou hebben (...) dit is toch veel leuker.” (X6)*

#### **4.1.6 Gevolgen**

Huisartsen signaleren verschillende problemen die voortkomen uit de belemmerde communicatie met migrantpatiënten. Zoals gesteld is het voor hen moeilijk om de juiste diagnose te stellen, terwijl dit de kern is van hun werk. Dit heeft twee belangrijke gevolgen.

Ten eerste geven de meeste huisartsen aan voor de veilige weg te kiezen waardoor er regelmatig sprake is van 'overdiagnostiek': uit angst iets over het hoofd te zien ligt de frequentie consulten hoog en worden er relatief veel patiënten naar specialisten gestuurd. Hierdoor gaat de waarde van relatief goedkope huisartsengeneeskunde verloren.

*"Ik denk wat we meestal te hoog inzetten qua diagnostiek dan te laag en het kan natuurlijk zo zijn dan iemand bij de verkeerde specialist komt, maar dat zie ik liever dan andersom. En ja, dat kost een hoop geld." (X12)*

Het tweede gevolg is 'onderdiagnostiek': enkele artsen hebben situaties meegemaakt waarin ze er niet achter kwamen hoe serieus het probleem was, waardoor sommige klachten onvoldoende werden behandeld. Dit kan een groot gevaar opleveren voor de patiënt wanneer er sprake is van ernstige ziekten.

*"Ik heb weleens gehad dat iemand met de buurvrouw kwam die ging vertalen. (...) Ze vertelde toen dat ze alleen pijn had als ze haar schildkliermedicijn innam, maar later bleek dat ze een hele ernstige ziekte had die haar altijd pijn heeft moeten geven. Volgens mij is er toen iets misgegaan bij de vertaling." (X11)*

*"Er was mij door zijn dochter verteld dat hij al jaren verschrikkelijke hoofdpijn had. In werkelijkheid was het een heel ander verhaal en lag hij de volgende dag in het ziekenhuis. (...) Ik zou anders gehandeld hebben dan nu, ik werd volledig op het verkeerde been gezet." (X8)*

## **4.2 Oplossingen**

### **4.2.1 Professionele tolken**

De meeste huisartsen hebben vooral positieve ervaringen met professionele tolken en beschouwen hun inzet als een grote meerwaarde bij consulten met migrantpatiënten. Vooral wanneer er helemaal geen communicatie mogelijk is of het om ernstige klachten als kanker, depressie of levensbeëindiging gaat, wordt het liefste gebruik gemaakt van de tolkentelefoon of een tolk op locatie. Echter, sinds de afschaffing van de tolkenvergoeding is het voor huisartsen financieel niet mogelijk om vaak gebruik te maken van de diensten van professionele tolken. Het inschakelen van een tolk kost meestal meer dan dat huisartsen rekenen, waardoor er dus verlies wordt gemaakt op een consult. Zeker in gezondheidscentra waar bijna alleen maar migrantpatiënten in de praktijk komen zorgt dit voor problemen, omdat het financiële gat daar niet kan worden opgevangen met autochtone patiënten.

*“Toen het nog wel vergoed werd, merkten we het natuurlijk niet omdat we de rekeningen nooit zagen. Nu geloof ik dat een telefonische tolk ons iets van 24 euro per 10 minuten kost, dat is gewoon niet te doen.” (X10)*

Het gevolg van de afschaffing van de tolkenvergoeding is dat huisartsen heel selectief moeten zijn in de keren dat ze gebruik maken van een professionele tolk. Hoewel hier wel richtlijnen voor zijn, is het volgens verscheidene huisartsen toch vaak lastig om te bepalen wanneer een tolk wel echt nodig is en wanneer niet. Ze hebben daarom geen andere keus dan zo goed mogelijk te proberen om de zware gevallen eruit te halen, waar de kans dat het misgaat groter is.

*“Wat je dus gaat doen is afwegen wanneer je het wel en niet zou moeten doen en daarmee ondermijn je iets wat je eigenlijk altijd zou moeten doen op het moment dat er een taalbarrière is.” (X9)*

Om toch een professionele tolk in te kunnen, schakelen, maken sommige huisartsen gebruik van alternatieve wegen om geld te verkrijgen. Meestal gaat het dan om geld uit het Achterstandsfonds<sup>2</sup>. Echter, omdat het hier maar om een beperkt budget gaat, moeten huisartsen hierbij ook keuzes maken tussen patiënten. Naast de financiële component worden nog enkele andere nadelen van de tolktelefoon gegeven. Enkele huisartsen geven aan dat er een groot kwaliteitsverschil tussen tolken bestaat en dat ze soms lang moeten wachten, zeker wanneer het een ‘exotische’ taal betreft.

Welke rol de tolk moet aannemen, is afhankelijk van de persoonlijke voorkeur van de huisarts. De meeste huisartsen hebben het liefste dat een professionele tolk puur en alleen vertaalt. Dit houdt in dat de tolk letterlijk herhaalt wat de huisarts zegt, maar dan in de andere taal. Huisartsen vinden het vaak onprettig wanneer ze het idee hebben dat er veel of juist te weinig wordt vertaald. Ook zijn zij niet gediend van een duiding of interpretatie van de tolk omdat zij dit als hun eigen taak beschouwen. Ze zijn bang dat ze anders iets missen dat cruciaal blijkt te zijn voor het stellen van een diagnose.

*“Ik wil alleen mijn eigen zinnen vertaald hebben en andersom. Ik ben er bij om instructies te geven, kort graag en zonder toevoegingen. Ik vertrouw het niet als het langer duurt.” (X1)*

*“De tolk is als het ware mijn mond. Ik praat gewoon met de patiënt, dus ik zit niet van kun je dit of dat even vragen. Ik heb gewoon een dialoog met de patiënt (...) dus ik zeg vertel eens wat meer over je buikpijn en hij vertaalt dat.” (X9)*

---

<sup>2</sup> Fonds dat in grote steden wordt gebruikt om achterstandswijken te verbeteren (LHV, 2014)

Echter, er zijn ook enkele huisartsen die vinden dat het een meerwaarde heeft wanneer professionele tolken het gesprek reguleren. Tolken kunnen de huisarts bijvoorbeeld helpen door te interpreteren wat de patiënt zegt of door bepaalde gedeelten weg te laten. Ook kan de patiënt worden geholpen wanneer de tolk met een makkelijk vocabulaire spreekt.

*“Je hebt iemand die op het niveau van de patiënt uitlegt wat er hand is, dus niet alleen vertalen. (...) Het is dus beter als ze ook een beetje medisch onderlegd zijn en dit kunnen overbrengen aan de patiënt.” (X2)*

*“Ik vind het handig als een tolk een beetje meedenkt. Dat hij bijvoorbeeld zegt: ik kan dit wel allemaal weer gaan vertalen, maar dit heeft ze al drie keer verteld.” (X12)*

#### **4.2.2 Informele tolken**

Patiënten nemen regelmatig informele tolken zoals familieleden of vrienden mee naar consulten. De meeste huisartsen vinden dit geen probleem, mits het om eenvoudige klachten zoals keel-neus-oorheelkunde of huidklachten gaat en de tolk niet te jong is. Wanneer er complexere problemen aan de orde komen, volstaat een informele tolk niet meer en is er een professional nodig. Huisartsen geven hierbij vooral voorbeelden die betrekking hebben op schuld en schaamte bij patiënten, zoals geslachtsziekten of huiselijk geweld. Dit levert vaak onprettige situaties op als kinderen voor hun ouders moeten tolken, of andersom.

*“Er zat hier laatst een man die erectieproblemen bleek te hebben, terwijl zijn dochter mee was als tolk. Dat was pijnlijk.” (X7)*

*“Het is weleens gebeurd dat hier een moeder kwam met haar kind van negen. Ze praatten wat samen, waarop de dochter zei: mijn mama krijgt een baby maar dat wil ze niet. Dat was heel naar, ik heb het consult direct afgebroken.” (X5)*

Ook vinden veel huisartsen het moeilijk om de rol in te schatten die informele tolken aannemen tijdens een consult. Ten eerste weet de huisarts niet altijd wat de relatie tussen de patiënt en de tolk is. Zo komt het weleens voor dat iemand uit de gemeenschap tegen betaling wordt meegenomen om te vertalen. Daarnaast gebeurt het regelmatig dat er een ad-hoc tolk uit de wachtkamer meekomt die voor een andere dynamiek zorgt dan wanneer een vriend of vriendin mee is. Vaak bestaat er de angst dat er dingen uitlekken binnen de etnische gemeenschap, waardoor de patiënt minder durft te vertellen tegen een onbekende.

Veel huisartsen geven aan het gevoel te hebben dat familieleden en vrienden vaak vooraf met de patiënt afspreken welk resultaat ze willen behalen. Meestal gaat het dan om een verwijzing naar een specialist. De ernst van de klacht wordt verergerd en via luid en veel taalgebruik aan de huisarts gecommuniceerd. Andersom gebeurt het ook vaak dat familieleden juist niet willen vertalen hoe ernstig de klacht is. Dit komt meestal voort uit

culturele opvattingen over het levenseinde. In veel culturen geloven mensen dat wanneer iemand weet dat hij ernstig ziek is, het lichaam het opgeeft en het proces dus wordt versnelt.

*“Ik zit hier wat langer, dus veel die ik als kind heb gekend die zijn nu volwassen en dan krijg je zulke leuke gesprekken. Dan vertellen ze achteraf dat een consult thuis werd voorbereid en dat aan de kinderen werd verteld wat de uitkomst moest zijn. (...) Kregen ze dan geen verwijzing, dan kreeg dat kind thuis op zijn kop.” (X8)*

*“Ik had een meisje van veertien die terminaal was en het ziekenhuis wilde niet meer behandelen. (...) Dat moest ik gaan brengen dus ik ben met die ouders in gesprek en daar zit een zusje van dat meisje te vertalen. Die zegt: ik kan dat bericht gewoon niet brengen want we mogen de hoop niet wegnemen. Ja, heftig was dat.” (X6)*

Naast de relatie tussen de informele tolk en de patiënt en het doel gaat het volgens veel huisartsen ook vaak mis bij het pure vertalen. Informele tolken zijn vaak niet taalvaardig genoeg om alles correct te vertalen, zeker wanneer het om medisch jargon gaat. Daarnaast hebben veel informele tolken de neiging om een korte samenvatting te geven van wat de patiënt heeft gezegd waardoor er soms cruciale informatie verloren gaat.

*“Je hebt mensen die eindeloos met elkaar blijven kletsen en dan als antwoord zeggen ze alleen nee. Dan ben ik altijd erg benieuwd waar het over ging dus daar vraag ik dan altijd naar.” (X5)*

#### **4.2.3 Zonder tolk**

Veel huisartsen proberen ook zonder het gebruik van informele en professionele tolken taal- en cultuurbarrières te overbruggen. De methode die ze hiervoor gebruiken is afhankelijk van welke barrière op dat moment een probleem vormt en de mate waarin deze zich manifesteert. Enkele huisartsen geven aan dat ze denken er via deze methoden meestal wel uit te komen met de patiënt, dus dat een professionele of informele tolk wel een pre is, maar geen absolute voorwaarde om een anamnese uit te voeren.

Bij taalproblemen waarbij helemaal geen communicatie mogelijk is, maken sommige huisartsen gebruik van ‘handen- en voetenwerk’. Er wordt dan via non-verbale communicatie gepoogd om erachter te komen wat de klacht is of hoe medicijnen moeten worden ingenomen. Vaak wordt het lichaam van de huisarts en of van de patiënt hierbij als instrument gebruikt om dingen aan te wijzen. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld maagklachten heeft, pakt de huisarts dan de hand van de patiënt en legt die op de plek waar de maag zit. Naast non-verbale communicatie wordt ook vaak gebruik gemaakt van afbeeldingen. Verschillende huisartsen proberen zoveel mogelijk informatie die ze normaal via taal overbrengen te visualiseren in plaatjes en tekeningen, bijvoorbeeld door het tekenen van een klok om uit te leggen op welk tijdstip iemand zijn medicijnen moet innemen. Soms helpt dit mensen met een

laag opleidingsniveau. Echter, een aantal huisartsen wijst erop dat afbeeldingen vaak niet voldoende werken.

*“Ze kijken belangstellend, ze vinden het ook leuk dat je met plaatjes komt en dat je dingen aanwijst, maar ik heb niet het idee dat ze noodzakelijkerwijs meer begrip hebben. En ik kom zeker niet met van die mooie 3D-plaatjes uit beroemde atlassen, want dat landt nergens. (X5)*

Wanneer er wel enige communicatie mogelijk is passen de meeste huisartsen hun taalgebruik aan. Sommige huisartsen spreken enkele woorden Turks of Frans en proberen zich op deze manier aan te passen aan de migrantpatiënt. Veel huisartsen vereenvoudigen vooral hun eigen taalgebruik door in korte zinnen te spreken en makkelijke woorden te gebruiken. Ze proberen korte deelluitleg te geven, niet teveel dingen tegelijkertijd uit te leggen en de patiënt dingen te laten herhalen om te kijken of die het heeft begrepen. Daarnaast wordt regelmatig gebruik gemaakt van het internet om enkele belangrijke woorden of zinnen te vertalen.

*“Ik gebruik zo min mogelijk beeldspraak, vraag vaak aan patiënten of zij kunnen vertellen wat ik zojuist heb uitgelegd. Leg het nog eens uit in andere woorden als ik merk dat iets niet of onvolledig begrepen is. Soms zoek ik samen met de patiënt een sleutelwoord op in Google Translate.” (X2)*

Naast het overbruggen van de taalbarrière doen sommige huisartsen ook een poging om het cultuurverschil tussen hen en de migrantpatiënt te verkleinen. Dit doen zij door affectie te tonen en een relatie op te bouwen met de patiënt. Hiermee proberen zij ervoor te zorgen dat migrantpatiënten meer informatie met ze willen delen, waardoor het opsporen van de klacht makkelijker wordt. De arts-patiëntrelatie verschuift hier van het traditionele model meer richting een gelijkwaardige band.

*“Kijk als je mensen goed kent en ze vertrouwen je, want je luistert goed naar ze en je bent empatisch dan wordt het cultuurverschil volgens mij veel kleiner. Je creëert dan samen een cultuur in de praktijk waarin er een open sfeer hangt.” (X11)*

Er zijn ook enkele artsen die niets voor een affectieve aanpak voelen. Zij beschouwen het niet als hun taak om een band op te bouwen met de migrantpatiënt maar alleen te kijken naar het probleem en de oplossing. Affectie wordt door hen niet als een instrument gezien om barrières te overbruggen.



*“Ik ben niet iemand die dat uitgebreide gesprek voert. Zo van, wat doe je, hoe is het met je kinderen, hoe is het met je kleinkinderen? Ik heb daar geen tijd voor en ik kan dat ook niet.” (X12)*

#### **4.2.4 VETC en allochtone zorgconsulenten**

Verscheidene huisartsen zien naast de tolkentelefoon en informele tolken ook iets in de inzet van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) en de hieruit voortkomende allochtone zorgconsulenten. Een VETC geeft vooral collectieve voorlichting aan bepaalde culturele groepen over de preventie van ziekten, zoals het voorkomen van diabetes door lichaamsbeweging. Een allochtone zorgconsulent fungeert meer als een directe schakel tussen de huisarts en de patiënt en geeft meestal extra uitleg op individueel niveau, bijvoorbeeld over de werking van ziekten of de inname van medicijnen. Doordat beide vormen van voorlichting worden ondersteund door kennis over de cultuur van de patiënt, worden naast de taalbarrière ook de cultuurbarrière en het verschil in opleidingsniveau en opleidingsvaardigheden overbrugd. De meeste huisartsen die gebruik hebben gemaakt van culturele zorgconsulenten zijn hier positief over, maar hebben er noodgedwongen mee moeten stoppen door bezuinigingen.

*“Wij hebben een Turkse en een Marokkaanse zorgconsulent, die elk op verschillende ochtenden werken. Wat ik vaak doe is informatie van thuisarts<sup>3</sup> afdrukken en dan vraag ik of ze dat willen uitleggen in het Marokkaans of Turks. Wat ook kan, is dat ze bij het consult komen zitten. Dan voeren ze naast het vertalen ook een deel van het gesprek en kunnen ze op culturele aspecten ingaan. Dat werkt heel prettig” (X5)*

Echter, ook bij deze oplossingen worden door enkele huisartsen kanttekeningen geplaatst. Ten eerste zijn deze voorlichters ook duur waardoor ze spaarzaam moeten worden ingezet. Hiermee wordt hetzelfde probleem gecreëerd als bij de tolkentelefoon, namelijk dat de huisarts moet kiezen tussen patiënten. Een ander organisatorisch probleem is dat in veel praktijken niet een dominante culturele groep bestaat, wat ervoor zorgt dat de oplossing maar voor een beperkte groep beschikbaar is. Tot slot is er nog een sociaal probleem: ook hier zijn patiënten bang dat klachten waar ze zich voor schamen uitlekken binnen de etnische gemeenschap. Hierdoor zijn ze soms meer op hun hoede dan bij een tolk via de tolkentelefoon die anoniem blijft en daardoor veiliger lijkt.

#### **4.2.5 Verantwoordelijkheid**

De meeste huisartsen vinden dat er sprake moet zijn van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen zorgverleners, overheid en migrantpatiënten. Ze stellen ervan bewust te zijn dat de medische verantwoordelijkheid bij henzelf ligt, maar wijzen er wel op dat in de praktijk nu vaak alles op het bord van de individuele huisarts terechtkomt. De overheid dient een

---

<sup>3</sup> Thuisarts.nl, informatie over gezondheid en ziekten (NHG, 2014)

ondersteunende functie te hebben waarbij wordt gezorgd dat huisartsen hun werk goed kunnen doen. Doordat de tolkenvergoeding is afgeschaft is dit nu niet het geval, omdat huisartsen naast hun wettelijke plicht ook de financiële lasten dragen. Naast bij de overheid ligt ook een gedeelte van de verantwoordelijkheid bij de migrantpatiënten zelf. Zij hebben de taak om een informele tolk mee te nemen wanneer de situatie hier geschikt voor is en zo goed mogelijk de Nederlandse taal te leren. Echter, volgens veel huisartsen is een realistische blik nodig. Zij verwachten niet van de eerste generatie migrantpatiënten dat deze de taal nog gaan leren. Ook begrijpen ze dat het voor nieuwe groepen migranten lastig is om snel te kunnen communiceren. Zij vinden daarom dat de overheid aan de ene kant kwalitatief goede taalcursussen moet aanbieden en aan de andere kant het gebruik van tolken moet faciliteren voor patiënten die dit nodig hebben.

*“Het is niet zo zwart-wit, er zijn ook mensen die hebben gewoon helemaal niemand. Geen kennissen, geen familie maar wel vaak medische problemen. Er is gewoon een hele generatie die nooit meer Nederlands gaat spreken. Je kunt niet zeggen: ga nou eens Nederlands leren.” (X11)*

*“De vergoeding van de tolken is deels gewoon beleefdheid. Je nodigt mensen uit om hier te komen. (...) Zeker ten opzichte van de mensen waar we 20, 30 jaar geleden als samenleving toch aan verdiend hebben. Sterker nog, er werd geworven om de mensen met de minste opleiding hier naartoe te halen. Om dan te zeggen je moet Nederlands leren, dat vind ik gewoon onbeschoft.” (X12)*

#### **4.2.6 Toekomstvisie**

Bijna alle huisartsen willen dat de vergoeding voor professionele tolken weer wordt ingevoerd. De meeste gebruiken het liefste de tolktelefoon, omdat hier alle talen beschikbaar zijn en er veel flexibiliteit is. Er zijn ook enkele huisartsen die het liefste gebruik maken van een VETC of een allochtone zorgconsulent die enkele dagen in de praktijk aanwezig is. Dit laatste geldt vooral bij huisartsen die werken in gezondheidscentra met enkele dominante etnische groepen. Welke oplossing ook wordt gekozen, huisartsen vinden de situatie die nu is ontstaan onwenselijk. Ze overbruggen nu noodgedwongen zelf de taal- en cultuurbarrières met eigen oplossingen, of gebruiken informele tolken in situaties waarin dit niet zou moeten.

*“De toekomstige oplossing is eigenlijk heel simpel. Het gaat over penny wise, pound foolish. Op het moment dat je als overheid denkt te bezuinigen door iets wat helemaal niet zo heel veel geld kost uit de lucht te halen, daarmee krijg je dus eigenlijk slechte kwaliteit van zorg terug.” (X9)*

## 5: Discussie en conclusie

### 5.1 Beantwoording hoofd- en deelvragen

*1: Welke communicatieproblemen ervaren huisartsen tijdens consulten met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

Ten eerste bestaat er een taalbarrière die op meerdere niveaus een belemmering vormt. Soms is het helemaal niet mogelijk om woordtaal (Bos, 1986) als communicatiemiddel te gebruiken. Hierdoor kan er geen informatie worden verzonden via het inhoudsniveau van Watzkawick e.a. (1974). Echter, vaak is het wel mogelijk om enigszins te communiceren maar gaat de kern van de anamnese verloren. Dit is zeker het geval bij complexe onderwerpen zoals psychische problemen, waarbij taal nog belangrijker is. Daarnaast kiezen ook niet alle artsen er voor om het uitstralen van affectie als instrument te gebruiken, waardoor dus vaak maar gedeeltelijk aan de cognitieve en affectieve behoeften van patiënten wordt voldaan (Bensing & Meeuwesen, 1996). Naast taalbarrières zorgen ook cultuurbarrières voor problemen. Volgens huisartsen bestaat er een verschil tussen de manier waarop zij naar de klacht kijken en de klachtenbeleving van patiënten. Dit is in overeenstemming met de theorie van Kleinman (1980) waarin wordt gesteld dat de manier waarop een ziekte wordt ervaren, voortkomt uit constructen uit de sociale realiteit. Hiermee bevinden huisartsen zich op het derde niveau van cultureel bewustzijn, omdat ze verschillen tussen culturen waarnemen en zich realiseren hoe deze zich uiten tijdens consulten (Littlewood, 2001). Het feit dat Turkse mensen vaak een directe oplossing willen en verwachten dat de dokter de leiding neemt, kan worden verklaard doordat Turkije hoog scoort bij het vermijden van onzekerheden en machtsafstand in de theorie van Hofstede (1997). Ten slotte dragen ook het lage opleidingsniveau van migrantpatiënten en de beperkte gezondheidsvaardigheden bij aan de problemen.

*2: Welke gevolgen hebben communicatieproblemen met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

Op het niveau van de individuele huisarts hebben communicatieproblemen vooral organisatorische consequenties: er zijn meer consulten nodig die ook nog eens langer duren. Dit komt niet overeen met de literatuur waar wordt gesteld dat consulten juist korter zijn (Meeuwesen & Harmsen, 2007). Bij de emotionele belasting die volgens de theorie hoog is (Schouten & Meeuwesen, 2006; Meeuwesen & Harmsen, 2007) valt op dat huisartsen een tweedeling maken. Er is sprake van machteloosheid en frustratie maar dit zorgt ook weer voor uitdagingen. Dit laatste past weer erg in de denkwijze van huisartsen die erg creatief te werk gaan bij het zoeken naar oplossingen zonder een tolk. Zoals al naar voren kwam in de theorie bieden taalaanpassingen, zoals het gebruik van een makkelijk vocabulaire, hierbij

vaak uitkomst (Meeuwesen et al, 2010). Verder valt op dat niet alle huisartsen affectie als een instrument zien om barrières te overbruggen: sommige beschouwen dit niet als hun taak en zien hier geen meerwaarde in. Het gevolg hiervan kan zijn dat migrantpatiënten zorg minder goed waarderen (Harmsen et al, 2008).

Naast de directe belasting voor huisartsen hebben communicatieproblemen volgens huisartsen ook grote gevolgen voor de gezondheidszorg. De kern ligt hierbij in het stellen van de verkeerde diagnoses, zoals ook al is beschreven in de theorie (van Wieringen et al, 2002; Meeuwesen et al, 2006; Karliner et al, 2007). Aan de ene kant is er sprake van overdiagnostiek waarbij huisartsen voor zekerheid kiezen door een extra consult in te plannen of relatief snel naar een specialist verwijzen. Aan de andere kant gebeurt het weleens dat de huisarts het probleem onderschat en er een gevaarlijke situatie ontstaat.

*3: Welke visie hebben huisartsen op het gebruik van professionele tolken bij consulten met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

Huisartsen zien professionele tolken als een belangrijk hulpmiddel, vooral wanneer het om complexe gevallen gaat. Echter, het is nu niet haalbaar om een professionele tolk in te zetten omdat er dan verlies wordt gemaakt op een consult. Er wordt daarom vaak gebruik gemaakt van het Achterstandsfonds, maar omdat dit maar beperkt kan, moet er steeds worden ingeschat welke consulten het meest een tolk behoeven. Wanneer er een tolk wordt ingeschakeld, willen de meeste huisartsen iemand die letterlijk vertaalt. Dit komt overeen met de rol *conduit* (Hsieh, 2008) waar de professionele tolk fungeert als vertaalmachine. Wat hierbij opvalt, is dat huisartsen zich niet uitspreken over de veranderende dynamiek wanneer er een tolk bij het consult betrokken is (Zendedel, 2010). Er zijn ook huisartsen die liever hebben dat de tolk ook het gesprek reguleert, bijvoorbeeld door gedeelten van de gesproken tekst weg te laten. Hierbij is de tolk meer de *manager* van het gesprek, waarbij wordt gezorgd dat het gesprek goed verloopt door de informatie te filteren (Hsieh, 2008). Vertaalt naar de dimensies waarop medisch specialisten professionele tolken kijken, zien huisartsen tolken vooral als *health care professionals* die niet emotioneel betrokken zijn bij het gesprek (Hsieh et al, 2013).

*4: Welke visie hebben huisartsen op het gebruik van informele tolken bij consulten met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

Huisartsen hebben wisselende ervaringen met het gebruik van informele tolken. Wanneer het eenvoudige klachten betreft volstaat meestal een familielid of vriend. Het probleem zit in complexe onderwerpen of zaken waarbij schaamte een rol speelt. Dit bevestigt het beeld dat in de literatuur is geschetst over taboeonderwerpen (Meeuwesen & Harmsen, 2007; Meeuwesen et al, 2010). Naast deze onderwerpen is de rol van tolken ook een probleem. Informele tolken hebben volgens huisartsen de neiging zich op te stellen als *advocate* (Hsieh,

2008). Ze behartigen dus eigenlijk de belangen van de patiënt, bijvoorbeeld door te proberen om een verwijzing naar een specialist te krijgen. Huisartsen wijzen er daarnaast op dat informele tolken juist niet voldoen aan een rol als *professional* (Hsieh, 2008), er worden vaak fouten in gemaakt in de vertaling waardoor miscommunicaties ontstaan.

*5: Wat is de toekomstvisie van huisartsen omtrent oplossingen voor communicatie met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken?*

Huisartsen zien de toekomst als een gedeelde verantwoordelijkheid. Zij hebben wettelijk gezien de taak om kwalitatief medische zorg te verlenen, maar dit is alleen mogelijk wanneer de overheid het gebruik van professionele tolken faciliteert en ervoor zorgt dat nieuwkomers goed de taal leren. Daarnaast is het ook belangrijk dat patiënten zelf een informele tolk meenemen wanneer de situatie zich hiervoor leent en hun best doen om de taal te leren. Tegelijkertijd realiseren huisartsen zich dat dit laatste niet voor iedereen mogelijk is. Deze toekomstvisie van huisartsen komt het meest met het *reality model* (Meeuwesen & Twilt, 2011). Huisartsen benaderen het probleem contextueel door onderscheid te maken tussen verschillende groepen patiënten. Ze verwachten niet van de eerste generatie migranten dat ze de taal nog leren, noch dat ze precies weten hoe de Nederlandse gezondheidszorg werkt. Er moet daarom per specifieke situatie worden gekeken of er een informele of professionele tolk nodig is, mits er in ieder geval een basis bestaat waarin dit mogelijk is. Er zijn ook enkele huisartsen die vooral vanuit het *linguistic interpreting model* (Meeuwesen & Twilt, 2011) redeneren. Zij zijn zich vanuit een westers perspectief bewust van taalbarrières en op zoek naar een directe oplossing in de vorm van een professionele tolk. Hierbij wordt niet altijd gekeken naar de affectieve behoeften van migrantpatiënten en dus naar de relatie tussen arts en patiënt.

*In hoeverre ervaren huisartsen communicatieproblemen met migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken en welke oplossingen prefereren zij?*

Huisartsen komen verschillende problemen tegen die de communicatie met migrantpatiënten belemmeren. Er spelen taalbarrières, cultuurbarrières en verschillen in opleidingsniveau in gezondheidsvaardigheden. Deze zorgen ervoor dat huisartsen meer moeite hebben met het stellen van een diagnose. Welke oplossing wordt gekozen, is afhankelijk van de specifieke kenmerken van de situatie. Bij eenvoudige gevallen volstaat een informele tolk, maar er is al snel een professionele tolk nodig wanneer het onderwerp complex is of betrekking heeft op schaamte. Huisartsen willen daarom dat het gebruik van professionele tolken via de tolktelefoon weer wordt vergoed, omdat niet van alle migranten kan worden verwacht dat ze de Nederlandse taal leren. Sommige huisartsen hebben een voorkeur voor een VETC of een allochtone zorgconsulent, maar dit kan alleen in specifieke gevallen waar er een dominante etnische groep is.

## 5.2 Methodische reflectie

De samenwerking met het Raboudumc bood toegang tot een divers netwerk van huisartsen, maar dit zorgt tegelijkertijd ook voor beperkingen. Stagebegeleider dr. Maria van den Muijsenbergh is ook verbonden aan Pharos, een kenniscentrum dat zich richt op het toegankelijk maken van de zorg voor laagopgeleiden en migrantpatiënten (Pharos, 2014). Doordat er vooral respondenten uit haar persoonlijke netwerk hebben meegewerkt, bestaat er een kans dat er een homogene groep huisartsen is geïnterviewd. Wat opvalt is dat veel huisartsen een duidelijke visie hebben waarmee ze zich voorop in de ontwikkelingen in dit onderzoeks- en beleidsveld bevinden. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat bepaalde problemen worden uitvergroot of dat andere dingen juist niet aan het licht zijn gekomen. Misschien signaleren deze huisartsen wel eerder problemen omdat ze er al bewuster mee bezig zijn. Echter, dit doet niets af aan het feit dat deze groep wel degelijk een probleemkader schetst en hier oplossingen voor ziet. Om te kijken of dit ook geldt voor alle huisartsen in Nederland is wel meer vervolgonderzoek nodig.

Deze oplossingsgerichtheid kwam ook heel erg naar voren tijdens de gesprekken. De meeste huisartsen redeneren vanuit hun rol als professional, waardoor het moeilijk is om erachter te komen wat communicatieproblemen voor hen zelf betekenen. Zo vonden huisartsen het moeilijk om te bepalen welke emotionele belasting dit met zich meebrengt. Dit betekent ook dat sommige huisartsen geneigd zijn om het probleem als een gegeven te zien en vooral bezig zijn met een oplossing. In een situatie waarin er niet kan worden gecommuniceerd omdat er geen informele tolk mee is wordt gezocht naar manieren om wel te kunnen diagnosticeren. Of huisartsen zich dan altijd bewust zijn van de onderliggende problematiek, is niet altijd duidelijk. Hoewel veel respondenten in dit onderzoek hier wel mee bezig zijn, is dit toch iets om rekening mee te houden in onderzoek naar de gehele populatie.

## 5.3 Aanbevelingen

Ten eerste moet worden gekeken in hoeverre huisartsen sinds de afschaffing van de tolkenvergoeding nog professionele tolken inzetten (dit proces is al gestart). In een situatie waarin bijna alleen informele tolken en alternatieve oplossingen worden gebruikt, is het van belang om te kijken hoe dit komt. Het zou kunnen dat huisartsen zich onvoldoende beseffen wat communicatieproblemen inhouden, of dat ze onvoldoende worden gefaciliteerd. Daarbij moet onderzoek worden verricht naar de consequenties hiervan voor de Nederlandse gezondheidszorg. Er moet in kaart worden gebracht in hoeverre de gezondheidskosten bij migrantpatiënten die weinig of geen Nederlands spreken zijn veranderd. Echter, dit behoeft wel voorzichtigheid omdat taalproblemen vaak subtiel zijn en niet altijd duidelijk is wat de effecten zijn.

In een ideaalscenario zou de overheid faciliteren, de huisarts een professionele tolk inschakelen wanneer dit nodig is en migrantpatiënten bij eenvoudige klachten een informele tolk meenemen. In werkelijkheid ligt dit een stuk complexer, omdat deze stakeholders niet altijd lijken te beseffen wat de ernst van de problemen is. Als uitgangspunt is het in ieder

geval van belang dat huisartsen op dit moment de kwaliteitsnorm van Pharos (KNMG, 2014) aanhouden bij de beslissing om wel of geen tolk in te schakelen. Daarbij moeten huisartsen zoveel mogelijk worden voorgelicht over cultuurbarrières en de gevolgen hiervan voor de gezondheidszorg. Ook moeten ze inzicht krijgen in de manier waarop het tonen van affectie de diagnostisering positief kan worden beïnvloed. Daarnaast moeten er richtlijnen naar migrantpatiënten worden gecommuniceerd over het gebruik van informele tolken en hun recht op een professionele tolk indien er geen communicatie mogelijk is. Tot slot ligt er een grote verantwoordelijkheid bij de overheid, die zoveel mogelijk data moet gaan verzamelen over de afschaffing van de tolkenvergoeding en het beleid hierop moet aanpassen.

## 6. Literatuurlijst

Alliantie Gezondheidsvaardigheden (2014). *Website van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden*. Geraadpleegd op 27 maart 2014. Gezondheidsvaardigheden.nl: <http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/>.

Bancroft, M. & Reyes, B. (2010). How to Appeal to the Evidence When Justifying Language Services. Geraadpleegd op 3 maart 2014. Pacificinterpreters.com: [http://www.pacificinterpreters.com/docs/resources/gladiators-handout-how-to-appeal-to-the-evidence-final\\_marjory-bancroft\\_barabara-reyes.pdf](http://www.pacificinterpreters.com/docs/resources/gladiators-handout-how-to-appeal-to-the-evidence-final_marjory-bancroft_barabara-reyes.pdf).

Bensing, J., & Meeuwesen, L. (1996). Communicatie tussen hulpverlener en patient. In J. van Mens-Verhulst, A. Henkelman, & R. Hoksbergen, *Werken aan gezondheid: omgaan met kwetsbaarheid* (83-93). Utrecht: Lemma.

Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Bos, A. (1986). *Communicatie in relaties: over de systeem- en communicatietheorie*. Den Haag: VUGA.

Bot, H., Meeuwesen, L., & Harmsen, H. (2011). Tolken in de zorg onmisbaar. *MGv 6 (2011)*, 609-612.

Bubel, C. (2006). "How are you?" "I'm hot. An interactive analysis of small talk sequences in British-German telephone sales. In: Buhrig, K. & Thije, J. ten. *Beyond Misunderstanding: linguistic analyses of intercultural communication*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 270-288.

CBS (2013). *Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering, 1 januari*. Geraadpleegd op 25 februari 2014. Statline.cbs.nl: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=a&D3=0&D4=0&D5=0-4&D6=l&HD=110629-1412&HDR=G5,T,G3,G2,G4&STB=G1>.

Guijt, T. (2013). *"Het is niet mijn cultuur, dat is best lastig" Een onderzoek naar de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten in de psychiatrie*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwesen, L., Thomas, S., Dorrenboom, G., Pinto, D., Bruijzeels, M. (2005a). The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial. *Britisch Journal of General Practice May 2005*, 343-350.



Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwesen, L., Pinto, D., Bruijnzeels, M. (2005b). Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural practice setting. *Patient Education and Counseling* 59 (2005), 171-181.

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* Vol. 8.2 2006, 115-123.

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 (2008), 155-162.

Hofstede G. (1997). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. United States: McGraw-Hill.

Hsieh, E. (2008). "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Research*, 18 (10), 1367-1383.

Hsieh, E., Pitaloka, D. & Johnson, A. (2013). Bilingual Health Communication: Distinctive Needs of Providers from Five Specialties. *Health Communication* 28:6, 557-567.

Karliner, L., Jacobs, E., Chen, H., & Mutha, S. (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *HRS: Health Services Research* 42:2 (April), 727-754.

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. California: University of California Press.

KNMG (2011). *Tolken in de zorg*. Geraadpleegd op 5 januari 2014. <http://knmg.artsennet.nl/publicaties/KNMGpublicatie/KNMGstandpunt-Tolken-in-de-zorg-2011.htm>.

KNMG (2014). *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg*. Utrecht: Pharos.

LHV (2014). *Achterstandsfonds*. Geraadpleegd op 2 juni 2014. <http://lhv.artsennet.nl/zuidoost-brabant-1/Projecten-Themas/Achterstandsfonds.htm>.

Littlewood, W. (2001). Cultural awareness and the negotiation of meaning in intercultural communication. In: *Language awareness* Vol. 10.2, 189-199.

Maesschalck, M. de, Deveugele, M., & Willems, S. (2011). Language, culture and emotions: Exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations. *Patient Education and Counseling*, 65-74.

Maesschalck, M. de (2012). Linguistic and cultural diversity in the consultation room: A tango between physicians and their ethnic minority patients. Gent: Universiteit Gent.

Meeuwesen, L., Harmsen, H., Bernsen, R., & Bruijnzeels, M. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social Science & Medicine* 63 (2006), 2407-2417.

Meeuwesen, L., & Harmsen, J. (2007). Valkuilen in de multiculturele huisartsenpraktijk: het 'stille' gesprek. *Modern Medicine nr. 2* (2007), 34-38.

Meeuwesen, L., Tromp, F., Schouten, B. & Harmsen, H. (2007). Cultural differences in managing information during medical interaction: how does the physician get a clue? *Patient Education and Counseling* 67 (2007), 183-190.

Meeuwesen, L., Twilt, S., ten Thije, j., & Harmsen, H. (2010). "Ne diyor?" (What does she say?): Informal interpreting in general practice. *Patient Education and Counseling* 81 (2010), 198-203.

Meeuwesen, L., Harmsen, H., & Sbiti, A. (2011). *Als je niet begrijpt wat ik bedoel: Tolken in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Mikado.

Meeuwesen, L. & Twilt, S. (2011). *'If you don't understand what I mean....' Interpreting in health and social care*. Utrecht: Centre for Social Policy and Intervention Studies.

Meeuwesen, L. (2012). Language barriers in migrant health care: A blind spot. *Patient Education and Counseling* 86 (2012), 135-136.

NHG (2014). *Betrouwbare en onafhankelijke informatie van uw huisarts over gezondheid en ziekte*. Geraadpleegd op 5 juni 2014. [Thuisarts.nl: http://thuisarts.nl/](http://thuisarts.nl/).

Papic, O., Malak, Z., & Rosenberg, E. (2012). Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. *Patient*

*Education and Counseling* 86 (2012), 205-209.

Pharos (2014). *Pharos: expertisecentrum gezondheidsverschillen*. Geraadpleegd op 23 juni 2014. Pharos.nl: <http://www.pharos.nl/nl/home>.

QSR International (2014). *NVivo 10*. Geraadpleegd op 02 maart 2014. Qsrinternational.com: [http://www.qsrinternational.com/products\\_nvivo.aspx](http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx).

Rosenberg, E., Seller, R., & Leanza, Y. (2008). Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling* 70 (2008), 87–93.

Schouten, S. & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64 (2006), 21-34.

Schouten, S., Ross, J., Zendedel, R. & Meeuwesen, L. (2012). Informal Interpreters in Medical Settings: A Comparative Socio-cultural Study of the Netherlands and Turkey. *The Translator Volume 18 Number 2* (2012), 311-38.

Thije, J. ten & Deen, J. (2009). Interculturele communicatie: contrast, interactie en transfer. *Toegepaste Taalwetenschap in Artikelen 2* (2009), 91-105.

TVcN (2014). *TVcN Tolk- en Vertaalcentrum Nederland*. Geraadpleegd op 25 februari 2014. Tvcn.nl: <http://www.tvcn.nl/>.

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1974). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

West, R & Turner, L. (2006). *Understanding Interpersonal Communication: Making choices in changing times*. United States: Thomson Wadsworth.

Wiegers, T., Hopman, P., Kringos, D., & Bakker, D. de (2011). *De eerste lijn*. Utrecht: Nivel.

Wieringen, J. van, Harmsen, H. & Bruijnzeels, M. (2002). Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health* 12 (2002), 63-68.

Zendedel, R. (2010). *'Dat wil je gewoon niet weten van je moeder!'. Ervaringen van*

*jongvolwassenen met informeel tolken tijdens het medisch consult.* Utrecht: Universiteit Utrecht.

Zendedel, R. & Meeuwesen, L. (2012). Meertalige jongeren tolken voor hun ouders: wat zijn de gevolgen voor het onderwijs? *De Cascade 9 (2012)*, 28-32.

## 7. Bijlagen

### Bijlage 1: Email aan huisartsen

Beste collega,

Als huisarts in een praktijk met veel migranten hebt u veel ervaring met patiënten die weinig of geen Nederlands spreken. We weten dat huisartsen vaak creatief zijn in het omgaan met een taalbarrière door inzet van familie, vrienden of bv praktijkmedewerkers als tolk en soms professionele tolken. Maar er is eigenlijk niet goed bekend welke problemen huisartsen ervaren in de communicatie met deze patiënten en hoe hun ervaring is met de oplossingen (zoals informele tolken) die zij hiervoor inzetten. Zeker nu LHV.KNMG, NHG en andere organisaties bij de overheid en verzekeringsmaatschappijen pleiten voor hervatting van de vergoeding van professionele tolken, is het van belang dat we inzicht hebben in de ervaren problemen en de oplossingen.

Daarom vragen wij bij deze uw medewerking aan een onderzoek naar de ervaringen van huisartsen met de communicatie met patiënten die geen Nederlands spreken.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Mick Vermeend, student aan de Universiteit Utrecht in het kader van zijn master Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie, in samenwerking met de afdeling huisartsgeneeskunde van Radboudumc Nijmegen en Pharos, het expertisecentrum voor gezondheidsverschillen. Zijn onderzoek bestaat uit interviews met huisartsen, terwijl gelijktijdig een andere student de ervaringen van migrantpatiënten onderzoekt.

**Mijn vraag aan u daarom is: Bent u bereid in april of mei een kort interview (max. 30 min.) over dit onderwerp te hebben met Mick Vermeend?**

Graag horen we van u,

Vriendelijke groet,

Mede namens Dr. Ludwien Meeuwesen, afdeling Algemene Sociale Wetenschappen  
Universiteit Utrecht

Dr. Maria van den Muijsenbergh, huisarts, afdeling Eerstelijngeneeskunde Radboudumc en  
Pharos.

Dr. Maria van den Muijsenbergh

Huisarts, senior onderzoeker en adviseur.

## **Bijlage 2: Begeleidende brief interview**

Hierbij geef ik toestemming dat dit interview wordt gebruikt voor de masterscriptie van Mick Vermeend van de Universiteit Utrecht (faculteit Sociale Wetenschappen, studie Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie). De data wordt geanonimiseerd en is niet terug te leiden naar mij als persoon.

Datum:

Naam:

Handtekening:



**Radboudumc**

## **Bijlage 3: Topiclijst**

### **Algemene informatie**

- Naam
- Geslacht
- Leeftijd
- Contact met migrantpatiënten die weinig/geen Nederlands spreken
- Verschillende culturen

### **Communicatieproblemen**

- Taalbarrières
- Voorbeeld
- Cultuurbarrières
- Voorbeeld
- Andere factoren
- Belasting huisarts
- Gevolgen problematiek

### **Oplossingen**

- Ervaringen professionele tolken
- Keuze voor professionele tolken
- Rol professionele tolken
- Ervaringen informele tolken
- Keuze voor informele tolken
- Rol informele tolken
- Oplossingen zonder tolk
- Alternatieve oplossingen
- Verantwoordelijkheid
- Toekomstvisie huisartsen

## **Bijlage 4: Codeboom**

### **Culturen in de huisartsenpraktijk**

Taalbarrière

Cultuurbarrière

Opleidingsniveau

Gezondheidsvaardigheden

Belasting huisarts

Gevolgen problematiek

Professionele tolken

Informele tolken

Ad hoc tolken

**Zonder tolk**

Internet

Simpel taalgebruik

Handen- en voetenwerk

Affectieve band patiënten

Andere taal

Aanwijzen lichaam

Afbeeldingen

**Alternatieve oplossingen**

Tolk taal- en cultuur

Praktijkondersteuner of doktersassistent

Gezondheidsvoorlichters

Voorlichter eigen taal en cultuur

Cultureel zorgconsulent

**Verantwoordelijkheid**

**Toekomstvisie**