

Miscommunicatie tussen arts en migrantenpatiënt in de huisartspraktijk

Een onderzoek naar de verschillen in het aantal miscommunicaties tussen consulten met en zonder informele tolk, en bij hoog en bij laag wederzijds begrip.

Naam: Sylvia Hofmans (3948005)

Opleiding: Master 'Interculturele Communicatie'

Eerste begeleider: Jan ten Thije

Tweede begeleider: Pim Mak

ECTS: 15

Datum: mei 2015

Voorwoord

In dit voorwoord wil ik gebruik maken van de mogelijkheid om te bedanken.

Allereerst wil ik Lilli Thouples en Joost te Molder hartelijk bedanken voor hun steun en inhoudelijke hulp die ze mij geboden hebben gedurende het hele scriptieproces.

Ludwien Meeuwesen wil ik bedanken voor het beschikbaar stellen van haar corpus en de begeleiding bij het toegankelijk maken van haar corpus. Meneer Ten Thije eveneens bedankt voor de begeleiding.

Daarnaast wil ik Pim Mak bedanken voor het helder uitleggen van de lastige (statistische) gedeeltes van mijn scriptie en het nakijken van mijn scriptie in zijn geheel. Deze begeleiding heeft mij ontzettend geholpen in het uiteindelijke afronden van mijn complete scriptie.

Utrecht, 28 mei 2015

Sylvia Hofmans

Samenvatting

Het doel van deze studie is het verkrijgen van inzicht in verschillende vormen van miscommunicatie die aan bod komt tijdens het consult van een Nederlandse huisarts met een migrantenpatiënt. Het doel is bovendien om te onderzoeken of er een verschil bestaat tussen het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten in de groepen hoog en laag wederzijds begrip. Daarnaast om te onderzoeken of er een verschil bestaat tussen het aantal miscommunicaties bij de consulten met en de consulten zonder informele tolk.

Vraag 1 luidt: *“Is er een statistisch verband tussen het achteraf geclassificeerd zijn als ‘hoog’ of ‘laag wederzijds begrip’ en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten met een autochtone arts en een migrantenpatiënt?”*. Vraag 2 in deze studie luidt: *“Is er een statistisch verband tussen de aanwezigheid van een informele tolk en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten met een autochtone arts, een migrantenpatiënt en een informele tolk?”*

Eenendertig geselecteerde transcripten van consulten uit het RICIM corpus zijn geanalyseerd op basis van de vormen van miscommunicatie. Hierna is door middel van het uitvoeren van twee t-toetsen het verschil getoetst tussen het aantal vormen van miscommunicatie bij de consulten van de groepen laag en hoog wederzijds begrip. En het verschil is getoetst tussen het aantal vormen van miscommunicatie bij de aan-en afwezigheid van een informele tolk.

De resultaten geven aan dat er een verschil bestaat tussen het aantal aangetroffen miscommunicaties tijdens een consult en de classificatie als hoog of laag wederzijds begrip. Daarnaast is er geen verschil aangetoond tussen het aantal aangetroffen vormen van miscommunicatie en de aanwezigheid van een informele tolk. Er kan geconcludeerd worden dat het aantal aangetroffen vormen van miscommunicatie in een consult verschillend zijn voor de groepen hoog wederzijds begrip en laag wederzijds begrip. Arts en patiënt geven dit beiden aan. Het hoge of lage wederzijds begrip blijkt daarnaast gedeeltelijk uit het aantal vormen van miscommunicatie dat voorkomt in een consult. Ook kan de conclusie worden getrokken dat er naar aanleiding van de resultaten niet beoordeeld kan worden of de aanwezigheid van een informele tolk tijdens het consult tot miscommunicatie leidt, of juist resulteert in het oplossen van misverstanden tussen arts en migrantenpatiënt. Er is namelijk geen causaal verband getoetst.

Inhoudsopgave

1	INTRODUCTIE	5
1.1	ONDERZOEKSINTRODUCTIE	5
1.2	AANLEIDING	5
1.3	DOELEN	5
1.4	ONDERZOEKSVRAGEN	5
1.5	WETENSCHAPPELIJKE TOEGEVOEGDE WAARDE.....	6
1.6	PRAKTISCHE TOEGEVOEGDE WAARDE	6
1.7	ONDERZOEKSDOMEIN.....	7
1.8	LEESWIJZER	7
2	THEORETISCH KADER	7
2.1	ARTS-PATIËNTCOMMUNICATIE.....	7
2.2	INTERCULTURELE COMMUNICATIE TUSSEN ARTS EN PATIËNT.....	14
2.3	MOGELIJKE OORZAKEN VAN MISVERSTANDEN	17
2.4	DE ROL VAN DE INFORMELE TOLK.....	25
3	METHODE	28
3.1	DOEL- EN VRAAGSTELLING.....	28
3.2	DATAVERZAMELING.....	29
3.3	DATA-ANALYSE	30
3.4	INTERCODEURSBETROUWBAARHEID MET BEHULP VAN COHEN'S KAPPA.....	33
3.5	DE METHODE	34
3.6	BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	36
4	RESULTATEN	36
4.1	KWANTITATIEVE ANALYSE	36
4.2	KWALITATIEVE ANALYSE	38
5	CONCLUSIE	49
5.1	CONCLUSIE VRAAG 1.....	49
5.2	CONCLUSIE VRAAG 2.....	50
6	DISCUSSIE	51
6.1	GEBREKEN AAN DEZE STUDIE.....	51
6.2	AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK.....	52
6.3	TOEPASSING IN DE PRAKTIJK: AANBEVELINGEN VOOR ARTSEN.....	52
7	LITERATUUR	53
8	BIJLAGEN	56
8.1	BIJLAGE 1: BEREKENING COHEN'S KAPPA	56
8.2	BIJLAGE 2: SPSS OUTPUT	61
8.3	BIJLAGE 3: ANALYSE ALLE CONSULTEN.....	62

1 Introductie

1.1 Onderzoeksintroductie

Nederland heeft een multiculturele samenleving. Dit is steeds sterker merkbaar in de huisartsenpraktijk. Artsen komen tegenwoordig steeds vaker in aanraking met patiënten die een andere etnische achtergrond hebben dan de Nederlandse (Seeleman, Suurmond, Stronks, 2005). Deze patiënten komen alleen of met een niet-professionele tolk naar de huisartspraktijk. In beide gevallen kan er sprake zijn van miscommunicatie. Oorzaken hiervan kunnen bijvoorbeeld het slecht of niet beheersen van de Nederlandse taal, het bestaan van cultuurverschillen en het hebben van verschillende wederzijdse verwachtingen en perceptie zijn. Uit de studie van Harmsen (2003) blijkt dat de mate van wederzijds begrip, dat in deze studie achteraf is aangegeven door arts en patiënt, hoog of laag kan zijn. Vraag 1 in mijn onderzoek luidt: Is er een statistisch verband tussen het achteraf geclassificeerd zijn als 'hoog' of 'laag wederzijds begrip' en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten met een autochtone arts en een migrantenpatiënt?

1.2 Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek is mijn bijbaan bij het Universitair Medisch Centrum (UMC) in Utrecht. Hoewel ik voorheen geen nadrukkelijke interesse heb gehad in het zorgwezen, heeft deze bijbaan ervoor gezorgd dat deze afstudeerscriptie betrekking heeft op de medische wereld. Mijn taak in het UMC was het schoonmaken van operatiekamers. Mijn tien directe collega's waren allemaal van buitenlandse afkomst, op twee autochtone Nederlanders na. De etnische en culturele achtergronden van deze collega's en de gesprekken die ik met hen had over zowel werk gerelateerde als over taal- en herkomst gerelateerde onderwerpen intrigeerden mij. Na een half jaar in een ziekenhuis te hebben gewerkt, begon ik het belang in te zien van goede communicatie in de medische wereld en sindsdien is mijn interesse gewekt.

1.3 Doelen

Het voornaamste doel van deze studie is te onderzoeken of er een verschil is in het aantal miscommunicaties tussen de consulten van de groepen laag en hoog wederzijds begrip.. Het tweede doel heeft betrekking op de aanwezigheid van een niet-professionele (ook wel informele) tolk tijdens het consult met de patiënt. Het doel is om te toetsen of er een verschil is in het aantal vormen van miscommunicatie bij de consulten met en de consulten zonder informele tolk.

1.4 Onderzoeksvragen

Vraag 1 van deze studie luidt:

“Is er een statistisch verband tussen het achteraf geclassificeerd zijn als ‘hoog’ of ‘laag wederzijds begrip’ en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten met een autochtone arts en een migrantenpatiënt?”

Vraag 2 van deze studie luidt:

“Is er een statistisch verband tussen de aanwezigheid van een informele tolk en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten met een autochtone arts, een migrantenpatiënt en een informele tolk?”

1.5 Wetenschappelijke toegevoegde waarde

Deze studie borduurt voort op reeds eerder uitgevoerde onderzoeken, wat haar wetenschappelijk relevant maakt. Met het verzamelde materiaal is onder andere onderzoek gedaan naar het wederzijds begrip tussen de arts en de patiënt. Met de term ‘wederzijds begrip’ wordt in een medische setting bedoeld op de kennis van zowel de arts als van de patiënt betreffende elkaars ideeën, manieren van omgaan met ziekte en het beleven van ziekte (Harmsen e.a., 2005). Stellingen en hypothesen omtrent miscommunicatie tussen migrantenpatiënt en arts en de aanwezigheid van een informele tolk worden (opnieuw) bevestigd en aangenomen in mijn studie.

1.6 Praktische toegevoegde waarde

De relevantie van goede communicatie tussen migrantenpatiënt en arts wordt steeds vaker belicht en in de praktijk is het een actueel onderwerp. Als de taal van de patiënt een barrière vormt in de communicatie en er geen alternatieven (zoals een informatiefolder of verwijzing naar een zorgverlener die de taal wel spreekt) beschikbaar zijn, is er een tolk nodig. In sommige gevallen voldoet een informele tolk (in praktijk is dit meestal een familielid die kan vertalen), maar in sommige gevallen ook niet. Minister Schippers schafte in 2012 de tolkenvergoeding af. Patiënten die het Nederlands niet machtig zijn en zorg nodig hebben, zijn nu zelf verantwoordelijk voor het slechten van die taalbarrière. Professionele tolken worden minder ingezet dan voorheen en dit heeft nadelige gevolgen. Spreekuren lopen uit, omdat de arts halverwege een consult alsnog een tolk blijkt in te moeten schakelen. Patiënten worden niet goed doorverwezen, omdat de aard van de problematiek niet duidelijk is geworden tijdens het consult. Artsen sturen een patiënt sneller naar een behandelaar die zijn of haar taal spreekt. Taalvaardigheid hoort echter niet de reden te zijn om naar een bepaalde arts door te verwijzen.

Daarnaast ondervinden de mensen die net Nederlands spreken de meeste schade. Als iemand geen woord Nederlands spreekt, is het duidelijk dat er een tolk nodig is. Juist bij mensen met een basale kennis van de taal ontstaat het gevaar dat adviezen en uitleg niet goed worden begrepen,

met alle gevolgen van dien. Het doel van deze studie is het achterhalen van de redenen waarom de communicatie misloopt tijdens een consult tussen een autochtone arts en een migrantenpatiënt. Als artsen weten waar het vaak mis gaat tijdens een interactie, kunnen zij daar rekening mee houden en ook zonder tolk duidelijk naar voren halen wat de klacht van de patiënt is en hoe ze de patiënt zo doelgericht mogelijk kunnen helpen (Broersen, 2014).

1.7 Onderzoeksdomein

Het kader waarbinnen de analyses zijn uitgevoerd is het doktersconsult. Deze studie beperkt zich tot de huisartsenpraktijk, in het specifiek in de kamer van de huisarts waar hij of zij de patiënten ontvangt. Andere contexten waarin communicatie plaatsvindt in de medische sector zijn achterwege gelaten.

Onder de huisartsen wier werkwijzen onderzocht zijn voor het verkrijgen van data voor deze studie waren zowel mannen als vrouwen. Voor het gemak en eenduidigheid in deze scriptie is hier gekozen voor een mannelijke notatie; 'hij' en 'zijn' worden gebruikt als verwijzing naar de huisarts, ongeacht of dit een man of vrouw was.

1.8 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 zullen onder andere de probleemstelling en de onderzoeksvragen geïntroduceerd worden. Hoofdstuk 2 bevat het theoretisch kader, waarin gerelateerde, reeds uitgevoerde onderzoeken aan bod zullen komen. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 worden uitgelegd met welke onderzoeksmethoden mijn onderzoeksvragen beantwoord gaan worden. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van de analyses. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 uit het voorgaande een conclusie getrokken. Hoofdstuk 6 geeft gebreken van en aanbevelingen bij deze studie aan in de discussie. Tenslotte bevatten hoofdstuk 7 en 8 respectievelijk de literatuurlijst en de bijlagen.

2 Theoretisch kader

2.1 Arts-patiëntcommunicatie

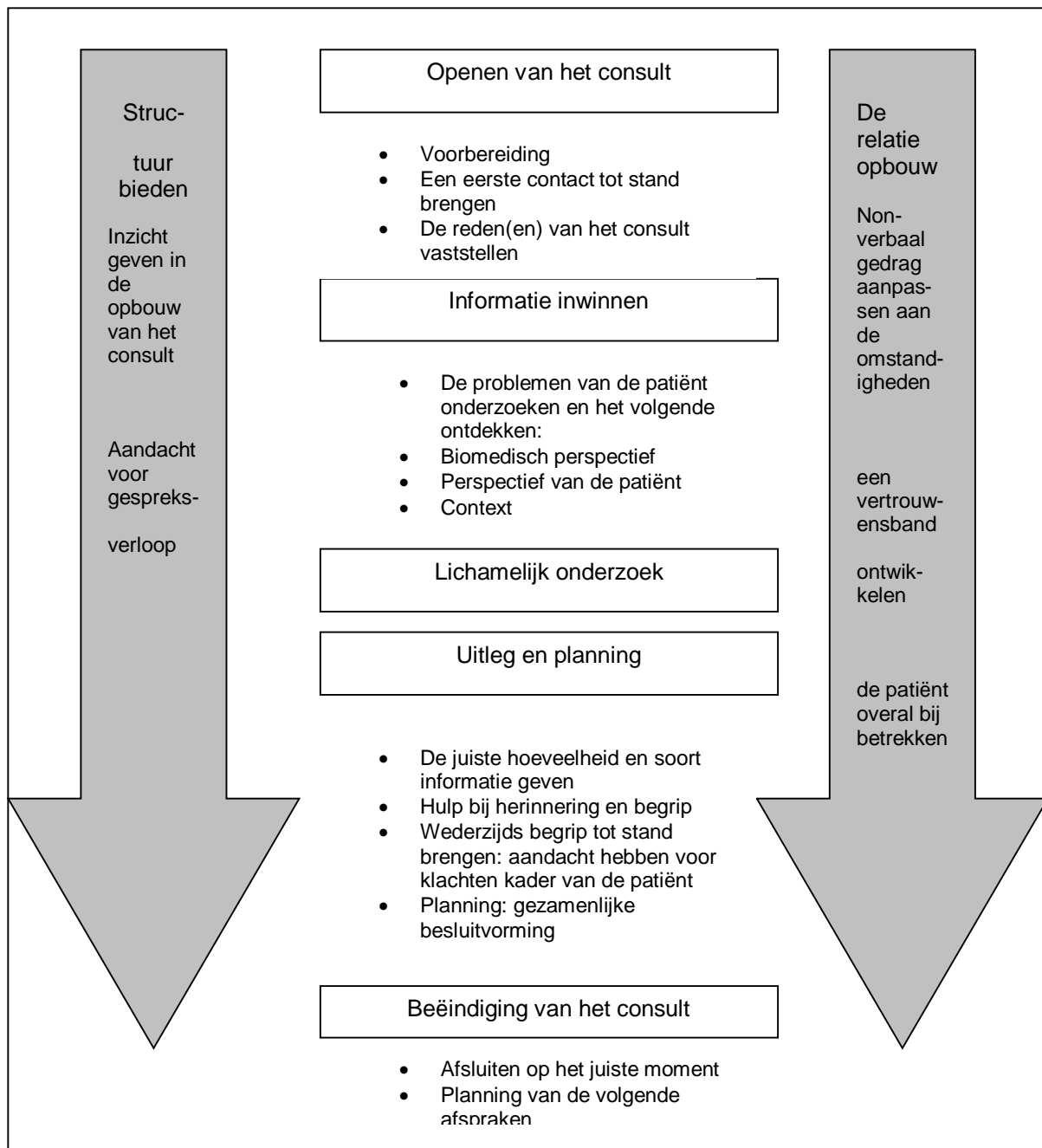
2.1.1 Structuur van het gesprek

Arts-patiëntcommunicatie is een vorm van institutionele communicatie. Er gelden hierbij min of meer vaste regels en een vaste rolverdeling voor de deelnemers. Deze rolverdeling en de betekenis ervan voor de arts en de patiënt zullen hieronder aan bod komen.

Communicatie is onmisbaar tussen arts en patiënt en vormt de kern van een medisch consult. Een arts heeft immers informatie nodig van zijn patiënt om de klacht in kwestie helder te krijgen en de patiënt verder te helpen. Zonder deze informatie kan hij geen diagnose stellen. Arts-

patiëntcommunicatie zal hieronder uitvoeriger worden bespreken. Deze informatie is ontleend aan Silverman e.a. (2006), Zandbelt (2006) en Van Esch e.a. (2002).

Ten eerste vervullen de beide partijen, arts en de patiënt, een verschillende rol. De arts bepaalt de richting van het gesprek en stuurt hiermee de communicatie. De patiënt heeft iets in te brengen in het gesprek, maar de arts moet ervoor zorgen dat hij zijn uiteindelijke doel bereikt binnen een bepaalde tijd. De inhoud van dit uiteindelijke doel kan verschillen. Een eerste 10-minuten consult heeft bijvoorbeeld als doel om erachter te komen wat de klachten zijn van de patiënt, terwijl het slechtnieuwsgesprek als doel heeft de patiënt informatie over zijn toestand te verschaffen. Het doel van de medische communicatie verschilt dus, maar er wordt door de arts altijd een vast schema doorlopen.



Figuur 2.1 Schematische weergave van een medisch consult (Silverman 2006)

Zoals in *figuur 2.1* te zien is, bestaan gesprekken in de dagelijkse medische praktijk uit vijf vaste opeenvolgende kerntaken. Deze taken zijn gedurende het hele consult nodig. De taken omvatten achtereenvolgens: het openen van het consult; het inwinnen van informatie; het doen van lichamelijk onderzoek; het uitleggen en plannen van diagnose en behandeling en tenslotte het beëindigen van het consult. Elke taak heeft weer zijn eigen onderdelen, welke zijn weergegeven in bovenstaand schema. Naast deze vijf kerntaken moet de arts gedurende het gehele gesprek rekening houden met zijn doel structuur te bieden en een relatie op te bouwen met de patiënt. Deze twee taken zijn nodig om de vijf taken met succes te volbrengen.

Naast dit schema, waarin de taken zijn aangegeven die een arts moet doorlopen voor een goed verloop van het gesprek, blijkt uit onderzoek dat er nog drie algemene vaardigheden nodig zijn voor een goed communicatieproces (Zandbelt, 2006). Deze zijn hieronder beschreven.

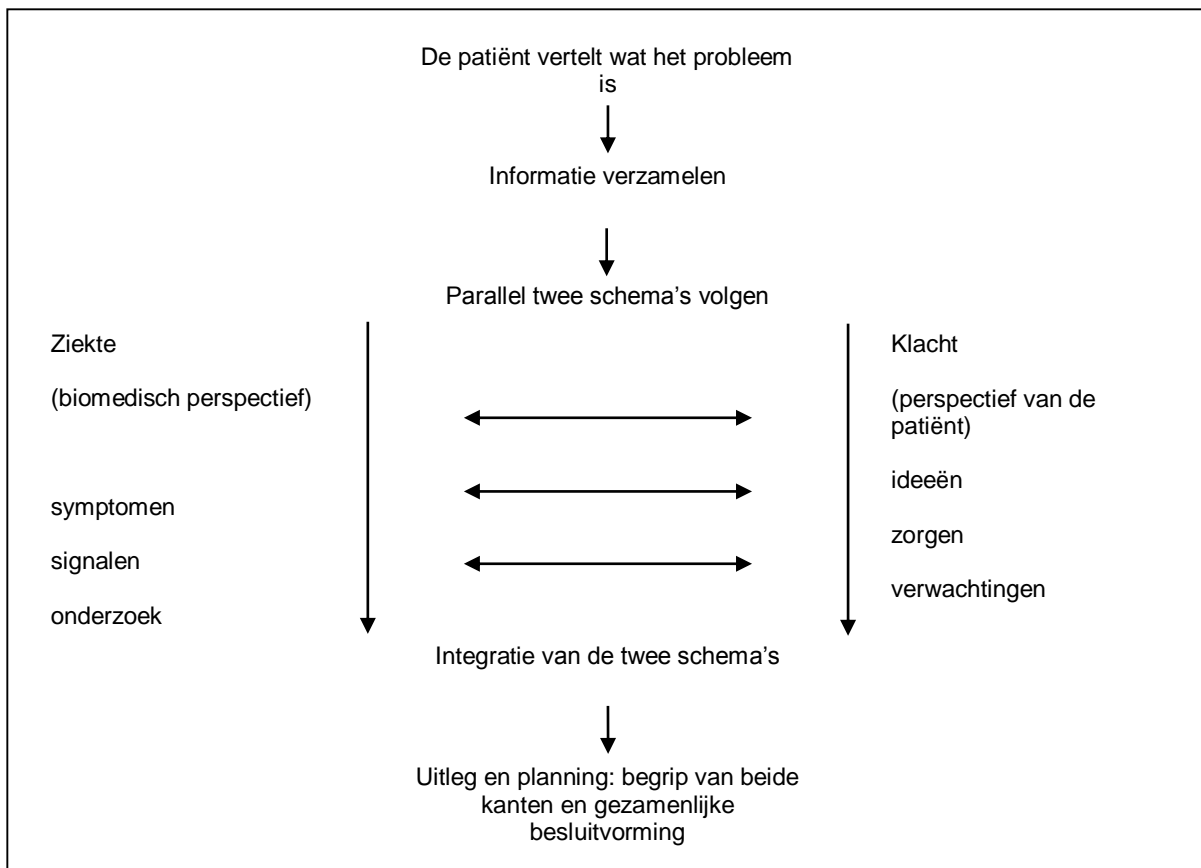
- Inhoudelijke vaardigheden: deze betreffen de inhoud van de vragen en antwoorden van artsen, de informatie die artsen verzamelen en verstrekken en de behandelingen die artsen aandragen.
- Procesvaardigheden: deze betreffen de manier waarop artsen met patiënten communiceren, hoe artsen door de anamnese lopen of informatie geven, de verbale en non-verbale vaardigheden van artsen, de manier waarop artsen de relatie met de patiënt opbouwen en de manier waarop ze de communicatie organiseren en structureren.
- Zelfreflectievaardigheden: deze betreffen de beslissingen die artsen nemen bij het klinisch redeneren en het oplossen van problemen, de mate waarin artsen zich bewust zijn van hun gevoelens en gedachten over de patiënt, de ziekte en andere zaken die hen eventueel bezighouden en de mate waarin artsen zich bewust zijn van hun eigen zelfbeeld en zelfvertrouwen, vooroordelen, instellingen, intenties en zaken die hen afleiden.

Hoewel inhoudelijke vaardigheden en zelfwaarnemingsvaardigheden nodig zijn voor een goed verloop van de arts-patiëntcommunicatie, zal er in deze studie vooral nadruk worden gelegd op de procesvaardigheden, om er zodoende achter te komen op welk punt in het gesprek de communicatie misloopt. Eerder in dit theoretisch kader is gesproken over de structuur in een arts-patiëntgesprek die de arts volgens Silverman (2006) dient aan te houden voor het bewerkstelligen van goede communicatie. Goede procesvaardigheden zouden wellicht bij kunnen dragen aan het bereiken van een gesprek tussen arts en patiënt met weinig of geen miscommunicatie. De geselecteerde consulten voor dit onderzoek zijn echter allemaal met een migrantenpatiënt. Het is de vraag of een consult eveneens foutloos verloopt, wanneer de arts het schema van Silverman aanhoudt en dezelfde procesvaardigheden toepast bij migrantenpatiënten. Interculturele communicatie tussen een autochtone patiënt en een migrantenpatiënt kan aanleiding vormen tot nodige veranderingen in de bovengenoemde vaardigheden. Inhoudelijke vaardigheden van een arts zijn wellicht niet zo sterk als bij een autochtone patiënt. De inhoud van de vragen kan anders zijn, omdat de arts te maken heeft met iemand die niet dezelfde culturele en etnische achtergrond heeft als hijzelf. De procesvaardigheden zijn wellicht minder goed ontwikkeld dan bij een autochtone patiënt. De arts krijgt zodoende wellicht een ander soort antwoorden van een migrantenpatiënt dan van een autochtone patiënt. De patiënt in kwestie zou bijvoorbeeld minder mondig kunnen zijn. De fasen die de arts normaal gesproken doorloopt in een consult, kunnen in gesprek met een migrantenpatiënt anders verlopen. Interculturele communicatie met een migrantenpatiënt kan eveneens de zelfreflectievaardigheden van een arts beïnvloeden. De mate waarin artsen zich bewust zijn van hun

gevoelens en gedachten over de patiënt kan verschillen. Interculturele communicatie kan dus bovenstaande vaardigheden beïnvloeden.

Naast de verschillende taken die arts en patiënt dienen uit te voeren, bestaat er ook een verschil tussen de benadering van de klacht en/of ziekte door de arts en de benadering hiervan door de patiënt. De arts krijgt te maken met patiënten die hun klachten uiten – dit is de sociale kant van het gesprek. Daarnaast heeft hij te maken met de ziekte die de patiënt heeft en de oorzaken van de klachten. Dit is de biomedische kant. Voorheen ging de traditionele klinische methode uit van het registreren van de onderzoeksresultaten en anamnese; vooral om de biomedische kant. Er was weinig aandacht voor de individuele patiënt en de ziekte stond centraal. Een gesprek bevatte enkel gesloten vragen over het lichaamsdeel dat iets mankeerde en de klachten veroorzaakte. Hierdoor kwam er weinig informatie vrij over het ziekteproces als geheel. Als reactie hierop is de 'getransformeerde klinische methode' ontwikkeld (Silverman, 2006). Deze methode zou het ziektegerichte model moeten vervangen, omdat in deze methode artsen niet enkel de ziekte onder de loep nemen, maar ook de patiënt zelf moeten kunnen begrijpen. Dit wordt ook wel de patiëntgerichte benadering genoemd. Bovenstaande benadering richt zich op de ziekte van de patiënt vanuit de traditionele opvattingen van ziekte en pathologie. Daarnaast is er de patiëntgerichte geneeskunde. Deze type geneeskunde stimuleert artsen om in elke gesprek de standpunten van de patiënt én de standpunten van hemzelf te beschouwen (Silverman e.a., 2006; van Esch e.a., 2002).

Onderstaand model, het ziekte-klachtmodel, geeft schematisch weer hoe de kijk hierop in de praktijk wordt gebruikt (Silverman, 2006).



Figuur 2.2 Het ziekte-klachtenmodel (Silverman e.a., 2006)

Uit het model in *figuur 2.2* blijkt dat er een verschil is tussen ziekte en klacht. De biomedische oorzaak van de klachten, de ziekte, in termen van pathofysiologie staat centraal in het consult. Daarnaast wordt er echter geluisterd naar de klacht van de patiënt. Deze klacht is de uitdrukking van hoe de individuele patiënt zijn ziekte ervaart en hoe hij er mee omgaat. De ziekte van de patiënt hoeft niet samen te hangen met de klachten van de patiënt: hij kan gevoelens en emoties hebben die niet direct samenhangen met de fysieke symptomen van de ziekte. Als een patiënt klachten heeft, wil dit niet zeggen dat de patiënt ook daadwerkelijk een ziekte heeft; andersom kan de patiënt aan een ziekte lijden zonder er meteen klachten aan te ondervinden. In de meeste gevallen gaan ziekte en klachten wel samen, maar door de patiënt zelf worden ze verschillend ervaren. Voor het stellen van een juiste diagnose is het van belang dat de arts zich richt op zowel de ziekte als de patiënt. Als de arts zich namelijk enkel concentreert op de lichamelijke klachten, dan worden de psychologische klachten achterwege gelaten (Silverman e.a., 2006; van Esch e.a., 2002).

Naast het verschil in twee bovenstaande benaderingen van ziekte en gezondheid is er ook een verschil in de kennis tussen arts en patiënt betreffende ziekte. De arts bezit medische autoriteit, omdat hij in het bezit is van kennis verkregen door opleiding en praktijkervaring. De patiënt bezit deze kennis niet. Dit verschil zou kunnen leiden tot een ongelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt. Enerzijds volgt de patiënt het advies van de arts op, op basis van de (vermeende) kennis van de arts. Zijn macht

om een patiënt voor te schrijven wat hij moet doen, ligt besloten in zijn expertise. Anderzijds kan de patiënt zelf besluiten wat hij met de aanbevelingen van de arts doet: hij kan het advies van de arts, als hij dat wil, naast zich neerleggen (Roter, 1992).

In westerse landen is dit machtsverschil de afgelopen jaren verschoven. Dit is in het voordeel van de patiënt en gaat gelijk op met de algehele erosie van hiërarchie in de jaren '60 en de meer recente uitvinding van het internet. Deze factoren hebben een groot effect gehad op de manier waarop arts en patiënt met elkaar communiceren (Zandbelt, 2006). Niet alleen is de verschuiving van machtsverhouding een verandering in de dokterspraktijk, maar ook de toenemende culturele diversiteit in ons land zorgt ervoor dat artsen vaker dan voorheen te maken krijgen met patiënten die een andere culturele en etnische achtergrond hebben dan de Nederlandse. In consulten met patiënten die een andere culturele en etnische achtergrond hebben dan de Nederlandse kan sprake zijn van laag wederzijds begrip, omdat men elkaar bijvoorbeeld niet goed begrijpt. In de volgende paragraaf zal worden ingegaan op de term 'wederzijds begrip' in de context van een doktersconsult.

2.1.2 Wederzijds begrip tussen arts en patiënt

Voor deze studie wordt een onderzoek van Harmsen (2003) gebruikt, waarin patiënten en artsen na een consult hebben aangegeven of er sprake was van hoog of laag wederzijds begrip. In deze paragraaf komt deze term aan bod om zo een duidelijker beeld te krijgen van wat wederzijds begrip voor rol heeft tijdens een consult bij de huisarts.

Het is bekend dat de culturele achtergrond van een persoon effect heeft op de arts-patiënt communicatie. Westerse artsen hebben bijvoorbeeld de neiging om minder meelevend gedrag te vertonen wanneer zij communiceren met migrantenpatiënten (Schouten en Meeuwesen, 2007, Meeuwesen, Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels, 2006). Daarnaast zijn westerse patiënten assertiever en verbaal actiever dan migrantenpatiënten tijdens een consult (Harmsen 2003). Hierdoor is het lastiger om wederzijds begrip en een goede band te creëren tussen arts en patiënt in een intercultureel consult. De term wederzijds begrip zal in de volgende paragraaf worden uitgelegd.

2.1.3 Wederzijds begrip tijdens een consult

De term 'wederzijds begrip' verwijst naar de kennis van twee gespreksdeelnemers over elkaars opvattingen en meningen. Het is overigens niet noodzakelijkerwijze een synoniem voor de term 'overeenkomst'. Wederzijds begrip in de context van deze studie – tussen arts en patiënt – is een vereiste voor goede zorg, omdat patiënten hun arts moeten kunnen verstaan en begrijpen om zichzelf verstaanbaar te kunnen maken bij de arts (Roter & Hall, 1992). Om de kwaliteit van een consult aan te kunnen tonen, is wederzijds begrip een belangrijk aspect. Uit onderzoek bleek eveneens dat allochtonen vaker een slecht (laag) wederzijds begrip met hun huisarts hadden dan autochtone

patiënten (respectievelijk 33% en 13%) (Van Wieringen, Harmsen en Bruijzeels, 2002). Deze studie gaf het begrip weer van patiënten en arts. De overeenstemming van ideeën werd dus niet bepaald; de arts en de patiënt hoefden het niet met elkaar eens te zijn, als ze elkaars zienswijze maar begrepen. Het is de vraag of laag wederzijds begrip ook verband houdt met de mate van miscommunicatie; wellicht is laag wederzijds begrip een gevolg van andere factoren dan miscommunicatie. Later in dit onderzoek kom ik hier op terug.

Het zou daarnaast in de lijn der verwachting liggen dat latere generaties allochtone patiënten door acculturatie en aanpassing aan de Nederlandse cultuur een hogere mate van begrip met de huisarts zouden hebben. Uit het eerder genoemde onderzoek (Van Wieringen, Harmsen en Bruijzeels, 2002) blijkt echter dat de meest traditioneel levende allochtone patiënten een beter wederzijds begrip met hun huisarts hadden dan patiënten van latere generaties, die deels traditioneel, deels westers zijn. Naast het wederzijds begrip verschilt ook de manier van om hulp vragen van latere generaties van die van de eerste generatie. Uit onderzoek met een Turkse onderzoekspopulatie blijkt dat de 'opstandige hulpvragers' met een meereizend hulpvraaggedrag als problematisch worden ervaren in het contact tijdens een consult (Harmsen, 2003). Deze manier van communiceren verschilt van de gesprekscultuur die meestal aanwezig is bij Nederlandse patiënten. De gesprekscultuur van een consult verschilt niet alleen tussen migrantenpatiënten, maar ook tussen autochtone Nederlanders en migrantenpatiënten zijn er verschillen aanwezig.

2.1.4 Verschillende gesprekscultuur

Er bestaat een vaste structuur voor het gesprek, waar de Nederlandse arts zich aan houdt. Patiënten zijn echter de laatste jaren mondiger en autonomer geworden en nemen steeds meer zelf het heft in handen tijdens het gesprek met de arts. De arts-patiëntrelatie is dus meer als egalitair te beschrijven dan voorheen (Roter, 2000). Hierdoor krijgt de structuur van het gesprek waar de arts aan vasthoudt meer de vorm van een samenwerking, onderhandeling of zelfs consumentisme (Roter & Hall 1992). Migrantpatiënten zijn minder assertief dan autochtone patiënten en verwachten van de arts een meer leidende rol. Hierdoor zou het zo kunnen zijn dat zij hun wensen en verwachtingen minder expliciet uitdrukken tijdens het communiceren met de arts. Dit zou daaropvolgend voor minder wederzijds begrip kunnen zorgen tussen arts en patiënt (Harmsen en Bernsen, 2005). In het volgende hoofdstuk bespreek ik de interculturele communicatie tussen arts en migrantpatiënt uitgebreider.

2.2 Interculturele communicatie tussen arts en patiënt

Volgens Shadid (1983) kan interculturele communicatie worden omschreven als "het proces van uitwisseling van informatie tussen twee personen die zichzelf in een specifieke context in culturele termen als onderling verschillend definiëren". Daarnaast benoemt hij in zijn werk (Shadid, 1998, 68)

dat er sprake is van interculturele communicatie, wanneer de communicatiepartners in de interactie normen, waarden en praktijken introduceren die ten eerste relevant zijn voor de interactie, ten tweede objectief gezien specifiek zijn voor de sociale of culturele groep waartoe ze zichzelf rekenen of subjectief door één van hen als zodanig worden beschouwd en ten derde wanneer de kennis van deze normen en waarden bij de communicatiepartner als vanzelfsprekend wordt geacht, hetgeen de communicatie negatief kan beïnvloeden.

Interculturele communicatie kan mislopen, vanwege het feit dat één van de of beide gesprekspartners een andere taal spreken. Het kan echter ook misgaan, wanneer men elkaar niet begrijpt, omdat beiden een ander referentiekader hebben omtrent hetzelfde onderwerp. Shadid (2003) zegt hierover dat cultuur over het algemeen wordt beschreven als een geheel van betekenissen of kennis dat een mens nodig heeft om in een gegeven situatie te kunnen functioneren: kennis van onder andere de taal, gewoonten, praktijken, rituelen, opvattingen, waarden en normen. Het gaat hier zowel om kennis van hoe men zich dient te gedragen, als om het 'waarom' van dat gedrag. Wanneer in een interculturele situatie personen met verschillende culturen communiceren, kan dit botsen. De taal is vaak een barrière als het gaat om interculturele communicatie. In Nederland zijn er ongeveer drie miljoen Nederlanders die een andere moedertaal hebben dan de Nederlandse taal (Shadid, 2003).

2.2.1 Taal- en cultuurverschillen

Naast taalproblemen spelen ook verschillen in cultuur en referentiekader een rol: migrantenpatiënten hebben andere ideeën en opvattingen over gezondheidszorg en ziekte. In het Wilhelmina kinderziekenhuis (Kijlstra, van Wieringen & Schulpen, 2001) is onderzoek gedaan naar de communicatie tussen een kinderarts en de ouders van een patiënt van een andere herkomst dan de Nederlandse. De artsen gaven wel uitleg, maar vervolgens gingen zij niet na of de patiënten deze begrepen hadden. 60 procent van de patiënten bleek de informatie niet te hebben begrepen, terwijl artsen dachten dat dit slechts 18 procent was (Kijlstra, van Wieringen en Schulpen, 2001). Uit onderzoek van Suurmond en Seeleman (2006) zijn de volgende problemen gevonden: ten eerste spreken de dokter en de patiënt niet dezelfde taal; ten tweede delen dokter en patiënt niet dezelfde waarden betreffende gezondheid en ziekte; ten derde hebben dokter en patiënt niet dezelfde rolverwachtingen en tenslotte hebben dokter en patiënt vooroordelen en spreken ze met elkaar op een bevooroordeelde wijze. Naast onvoldoende kennis van de taal speelt cultuur dus ook een rol in de goede communicatieve afwikkeling van een arts-patiënt gesprek. Cultuur is echter niet de allesbepalende factor als het gaat om een arts-patiënt gesprek zonder miscommunicatie. Het type conversatie en de wijze van communiceren van de arts spelen eveneens een rol. De volgende paragraaf geeft hierover meer informatie.

2.2.2 De medische conversatie

Typen conversaties

Uit onderzoek van Meeuwesen, Tromp, Schouten & Harmsen (2007) blijkt dat de medische conversatie vooral traditioneel (37%) of samenwerkend (38%) was, terwijl één op de vier interacties een conflicterend (9%) of klagend (16%) karakter had. Het is niet bevestigd dat een conversatie met conflicterend karakter automatisch leidt tot laag wederzijds begrip. Het is echter wel zo, dat, wanneer er gekeken wordt naar conversaties met laag wederzijds begrip, de etnische verschillen zichtbaar worden: autochtone patiënten maken in dit geval meer gebruik van het conflicterende patroon dan migrantenpatiënten. In gesprekken met migrantenpatiënten daarentegen probeert de dokter duidelijk het gesprek te leiden, terwijl de patiënt minimaal reageert.

Daarnaast komt er uit deze studie een verschil naar voren tussen een gesprek met een autochtone patiënt en een gesprek met een migrantenpatiënt. In het laatste geval concentreert de arts zich op de taak 'structuur behouden van het gesprek', omdat hij hier in een gesprek met een migrantenpatiënt niet in gehinderd wordt. Dit is in tegenstelling met hoe de situatie zich voordoet in het geval van een autochtone patiënt. De arts wordt niet gehinderd, vanwege het feit dat een gesprek met een migrantenpatiënt minder of geen conflicterend of klagend karakter heeft. Het gesprek kan verlopen zoals de arts dat in gedachten heeft, zonder opmerkingen of klachten van de patiënt. Deze focus gaat ten koste van de affectieve taak die de arts daarnaast heeft (Schouten & Meeuwesen, 2006). Deze affectieve taak is voor de arts bijzonder moeilijk te volbrengen, omdat artsen niet getraind zijn in het interpreteren van de affectieve betekenissen van non-verbaal gedrag van migrantenpatiënten. Dit zou tot miscommunicaties kunnen leiden en daarnaast het wederzijds begrip negatief kunnen beïnvloeden. Dit onderzoek richt zich op de communicatieve aspecten van een intercultureel consult: waar ontstaat miscommunicatie en is er in zo'n geval ook sprake van invloed op het wederzijds begrip?

De arts in gesprek met een migrantenpatiënt

Vanuit de literatuur wordt het gebruik van verschillende manieren van communiceren tijdens een doktersconsult met een migrantenpatiënt aan- en afgeraden (Shadid en Van Koningsveld, 1983). Een arts kan het beste gebruik maken van korte zinnen (Seeleman, Suurmond, Stronks, 2005).

Bovendien zijn migrantenpatiënten terughoudender in het delen van hun gevoelens en in laten blijken dat ze het ergens mee oneens zijn dan autochtone patiënten. Zij ondervinden namelijk een grotere machtsafstand dan Nederlandse patiënten (Meeuwesen, Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels, 2006). Het gevolg hiervan is dat artsen niet altijd aanwijzingen krijgen van migrantenpatiënten die vergelijkbaar zijn met die van autochtone patiënten. Aan deze reacties zijn zij inmiddels gewend geraakt. Deze

interactiepatronen kunnen leiden tot *non-engagement*. De redenen voor deze *non-engaged* vormen van medische conversaties zijn hoofdzakelijk verbonden met culturele en talige barrières (Harmsen, 2003). In het volgende hoofdstuk zal *non-engagement* nader worden toegelicht. Daarnaast zal het volgende hoofdstuk zich in zijn geheel richten op welke factoren leiden tot misverstanden en miscommunicatie tussen arts en patiënt.

2.3 Mogelijke oorzaken van misverstanden

Bij elk intermenselijk contact wordt het interactieproces beïnvloed door allerlei factoren. Uit onderzoek (Pinto, 1994) blijkt dat de belangrijkste daarvan de taal, de kennis van elkaars cultuur, scholing en de wederzijdse perceptie en verwachtingen zijn. Over het algemeen kan gesteld worden dat de interactie tussen twee partijen vlotter verloopt, naarmate zij op de genoemde punten beter op elkaar is afgestemd. Er kunnen misverstanden en miscommunicaties ontstaan, wanneer genoemde punten niet goed aan elkaar zijn aangepast.

Volgens Gass en Varonis (1991) is er sprake van miscommunicatie, wanneer er een probleem in de communicatie ontstaat door grammaticale verschillen tussen de talen van de gespreksvoerders en door sociaal-culturele verschillen. Volgens hun leidt dit tot twee mogelijkheden: ofwel tot *non-engagement*, ofwel tot *miscommunication*. *Non-engagement* verwijst naar een situatie waarin er geen communicatie plaatsvindt (het vermijden van communicatie). Een tolk kan zorgen voor *engagement*, doordat zijn aanwezigheid ertoe leidt dat communicatie mogelijk wordt gemaakt. Het tweede aspect betreft *miscommunication*. Dit begrip wordt door de onderzoekers onderverdeeld in *incomplete understanding* en *misunderstanding*. Wanneer er sprake is van een situatie waarin arts en patiënt verschillen van taal en cultuur, kan een tolk worden ingezet, wiens participatie in het gesprek de miscommunicatie (voor een deel) op kan lossen.

2.3.1 De taal(barrière)

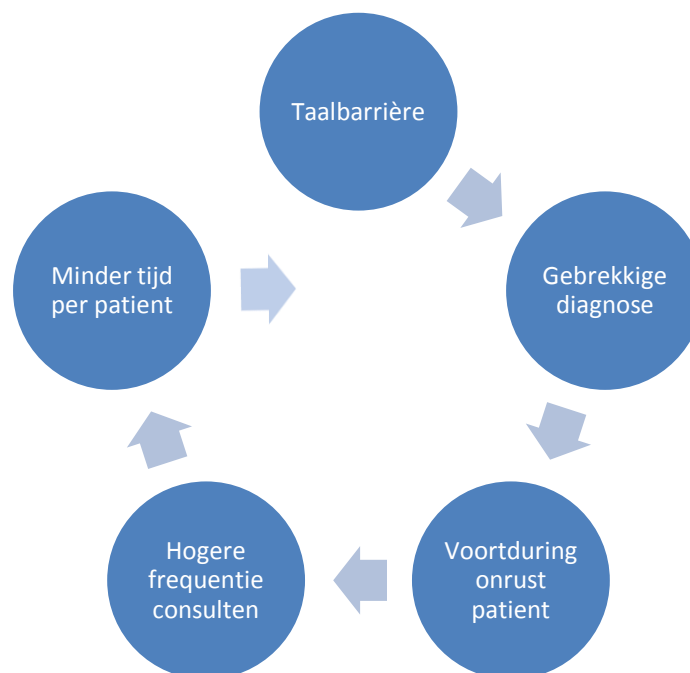
Bot (2013, 24) concludeert in haar publicatie “Taalbarrières in de zorg” het volgende: “Nederlands spreken in Nederland is belangrijk”. De Nederlandse overheid vindt er geen doekjes om. Mensen die moeten inburgeren, zijn verplicht om een inburgeringscursus te volgen. Ze worden tijdens hun werk en in hun wijk benaderd met informatie over mogelijkheden tot het leren van de Nederlandse taal middels taal- en inburgeringscursussen. Op allerlei manieren proberen gemeentes burgers duidelijk te maken dat het leren van de taal zeer belangrijk is. Iedereen moet Nederlands leren.

Taal is een gevoelig onderwerp. Natuurlijk is het zo dat men elkaar niet verstaat wanneer er verschillende talen worden gesproken en is dit onpraktisch. Er is echter ook een andere kant. Taal zorgt ervoor dat er een grens wordt gevormd tussen ‘wij’ en ‘zij’. Het beheersen van een taal door een individu kan op deze manier verstrekkende gevolgen hebben. Als je immers de taal van de ander niet

verstaat, ben je een buitenstaander; je hoort er niet bij als je de taal niet spreekt. Taal bepaalt bij welke groep je hoort. Het is dus wijs om als migrant de Nederlandse taal te leren. Dit proces vergt echter veel energie: de migrant moet van voren af aan beginnen. Hij kan zich ontriefd en soms zelfs minderwaardig voelen. Als hij eenmaal de taal onder de knie heeft, kan hij zelfstandig functioneren in de maatschappij en hoort hij bij de rest van de bevolking (Bot, 2013).

Een mogelijke oorzaak van misverstanden is de taalbarrière, die een belangrijk obstakel vormt voor een goede relatie tussen arts en patiënt. Naast het feit dat arts en patiënt elkaar niet verstaan en begrijpen wanneer één van beide partijen een andere taal beheerst dan de Nederlandse, kan gebrekkige verbale communicatie tussen arts en patiënt indirect leiden tot een hogere frequentie van consulten (Shadid en van Koningsveld, 1983).

De eerste stap in de reeks van gevolgen van de aanwezige taalbarrière tijdens een doktersconsult is de taalbarrière, die leidt tot een gebrekkige diagnose. Het gevolg hiervan is dat onzekerheid en onrust bij de patiënt niet worden weggenomen. Zodoende is er vaak nog een consult nodig – de tijd die stond voor het eerste gesprek was immers niet genoeg om de klacht op te lossen. Een hogere frequentie aan consulten is hiervan het gevolg. Dit brengt met zich mee dat er minder tijd per patiënt beschikbaar is. Minder tijd voor een patiënt betekent minder gelegenheid om een zo helder mogelijke diagnose te stellen. Een gebrekkige diagnose is het gevolg hiervan en de cyclus begint weer van voren af aan (Shadid en van Koningsveld, 1983). Hieronder worden de oorzaken en gevolgen schematisch weergegeven in *figuur 2.3*.



Figuur 2.3 De gevolgen van de aanwezige taalbarrière tijdens een doktersconsult in een cyclus weergegeven (Shadid en van Koningsveld, 1983)

Interactieproblemen verklaard aan de hand van *patiënt talk*

Roberts et al. (2005) laten in hun onderzoek zien wat er door verschil in taal en cultuur tussen arts en patiënt fout kan gaan in de onderlinge interactie. Zij analyseerden arts-patiënt-gesprekken en onderscheidde uiteindelijk vier categorieën binnen 'patiënt talk'. Aan de hand van deze vier categorieën kunnen problemen in de interactie tussen arts en patiënt verklaard worden. In hun onderzoek ligt de nadruk op culturele en talige verschillen tussen de arts en een patiënt die de officiële taal niet goed beheerst. Hieronder worden de vier categorieën beschreven.

- De eerste categorie betreft 'uitspraak'. In deze categorie leiden het verkeerd uitspreken van bepaalde woorden en fouten in klemtoonplaatsing van een woord tot communicatieproblemen.
- De categorie 'intonatie en andere vormen van prosodie' bestaat uit de problemen die ontstaan door verkeerd gebruik van prosodie – zoals intonatie, ritme en zinsmelodie – door de patiënt in de officiële taal.
- De derde categorie is 'grammatica, woordenschat en gebrek aan contextuele informatie'. Deze categorie bevat problemen als het verkeerd gebruik van grammaticale regels, tijdmarkeerders en ontkenkende zinsconstructies.
- Ten slotte noemen Roberts et al. (2005) 'de wijze van zelfpresentatie'. Deze categorie betreft een lage zelfprofilering, de manier van het structureren van informatie, het teveel aan informatie tegelijkertijd en overlappende uitingen. Deze aspecten van zelf-representatie kunnen bijdragen aan de miscommunicatie tussen arts en patiënt. In tegenstelling tot de drie bovengenoemde categorieën, bestaat de wijze van zelfpresentatie niet alleen uit talige aspecten, maar ook uit culturele aspecten (zoals de lage zelfprofilering).

De zojuist genoemde categorieën verklaren problemen in de interactie tussen arts en patiënt. In de dataset van mijn onderzoek zullen bovenstaande vier categorieën een rol spelen. Het verkeerd uitspreken van bepaalde woorden en het verkeerd leggen van de klemtoon zou kunnen leiden tot communicatieproblemen. Dit komt het wederzijds begrip niet ten goede. In hoeverre dit het wederzijds begrip belemmert, zal in mijn onderzoek naar voren komen. Met uitzondering van de laatste categorie (de wijze van zelfpresentatie) hebben de categorieën betrekking op talige aspecten. De afwezigheid van kennis van elkaars cultuur kan eveneens voor problemen zorgen.

2.3.2 De kennis van elkaars cultuur

De schema's uit paragraaf 2.1 ('Arts-patiëntcommunicatie') vormen beide een houvast voor de arts. Met behulp van deze schema's houdt de arts grip op zijn gesprek met de patiënt en zorgt hij voor structuur in het gesprek, zodat de communicatie uiteindelijk goed verloopt en haar doel bereikt.

Ondanks deze schema's en de duidelijke rollen die toebedeeld worden aan arts en patiënt verloopt medische communicatie niet altijd probleemloos. Er kan sprake zijn van miscommunicatie en misverstanden. Het niet of verkeerd begrijpen van talige uitingen gedurende een doktersconsult kan leiden tot foutieve informatieoverdracht, dat op zijn beurt kan leiden tot verkeerde diagnoses, adviezen en/of behandeling. In deze paragraaf komt miscommunicatie door het niet bekend zijn met elkaars cultuur aan bod.

Het gevolg van generalisering, categorisering en stereotypering

Wanneer een professional via het Hofstedemodel (2007) weet heeft van de cultuur van het land waar zijn cliënt vandaan komt, kan hij hierop anticiperen en ervoor zorgen dat de communicatie beter verloopt. Dit gaat echter niet in alle gevallen op. Soms vinden professionals de communicatie met cliënten met een andere culturele en etnische achtergrond dan de Nederlandse juist lastig, ondanks het feit dat zij zich verdiept hebben in de andere cultuur. Het model van Hofstede met de vijf dimensies geldt voor landen en niet voor individuen. Een arts weet bij het bestuderen hiervan niet exact hoe hij zijn patiënt moet benaderen om probleemloos te communiceren. De arts heeft echter wel een beeld van hoe het land waar zijn patiënt vandaan komt scoort op de vijf dimensies van het model van Hofstede (2007).

Er zijn professionals die bang zijn om fouten te maken en op deze manier te discrimineren. Hierdoor handelen zij extra voorzichtig. Om er zeker van te zijn dat zij niet discrimineren en om extra houvast te hebben, gaan zij op zoek naar informatie over de desbetreffende cultuur. Op deze wijze willen zij te weten komen hoe wel of niet te handelen. Dit alles leidt tot generalisering, categorisering en stereotypering van migranten.

Artsen durven migranten soms niet aan te spreken op bepaald gedrag of opvattingen. Hierdoor vergeten ze de eigen professionele aanpak en denken ze dat het enige waar ze zich nog mee moeten bezig houden het opbrengen van tolerantie en respect voor de andere cultuur is. Deze verkrampde voorzichtigheid wordt versterkt door de algemeen geldende normen in een multi-etnische samenleving: 'respecteer de cultuur van een ander' en 'discrimineer niet!'. Hierdoor bereikt de professional precies datgene wat hij niet wil, namelijk miscommunicatie (Hoffman, 2009). Volgens Gass en Varonis (1991) is er sprake van miscommunicatie, wanneer er een probleem in de communicatie ontstaat door grammaticale verschillen tussen de talen en door sociaal-culturele verschillen

De patiënt als individu

De hulpverlener zou zijn migrantenpatiënt als individu moeten behandelen. In het geval van bijvoorbeeld een Turkse man zou de arts niet automatisch moeten aannemen dat de man in kwestie de ziekte anders beleeft en de pijnen op een andere manier aangeeft (Shadid en van Koningsveld

1983). Dit wil niet zeggen dat de bevindingen van de medische casuïstiek onbelangrijk zijn. Integendeel: deze bevindingen zouden juist aanknopingspunten kunnen vormen in het gesprek met de patiënt en voor het onderzoek. Door gebruik te maken van deze aanknopingspunten benadrukt de arts de individualiteit van de patiënt, waardoor de vertrouwensrelatie in positieve zin kan worden beïnvloed (Shadid en van Koningsveld 1983).

Kennis over de culturele achtergronden van patiënten is essentieel voor het zonder miscommunicatie laten verlopen van het consult. De probleemstelling van het onderzoek van Van Wieringen, Kijlstra, & Schulpen (2002, 6) is als volgt geformuleerd: “in hoeverre wordt in de basiscurricula geneeskunde aandacht besteed aan culturele diversiteit?” Bij het begrip ‘culturele diversiteit’ onderscheidt men drie verschillende aspecten: ten eerste epidemiologische gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen; ten tweede communicatie met patiënten met verschillende achtergronden en ten derde verschillen in religieuze, sociaaleconomische en culturele achtergrond van patiënten in het algemeen en de invloed hiervan op ziekte en gezondheid(beleving).

Kennis over de culturele achtergrond van patiënten is nodig, omdat onzekerheid bij de arts over omgangsgewoonten van een patiënt uit een andere cultuur zijn persoonlijk functioneren kan beïnvloeden (Seeleman, Suurmond & Stronks 2005). Wel moet gezegd worden dat ervaren knelpunten in de zorgverlening, zoals miscommunicatie, niet automatisch moeten worden toegeschreven aan etniciteit en cultuur. Deze twee laatstgenoemde termen worden vaak aan elkaar gelijkgesteld en van de knelpunten in de zorgverlening wordt vaak als vanzelfsprekend aangenomen dat ze een oorzaak op basis van culturele achtergrond hebben. Hier dreigt het gevaar voor ‘culturalisatie’: er wordt enkel gekeken naar culturele traditie als de oorzaak van een klacht, terwijl de omstandigheden waarin een migrant leeft niet worden meegenomen in de overweging. Ook deze kunnen echter het gedrag van de patiënt verklaren (Seeleman, Suurman & Stronks 2005).

2.3.3 Scholing

Health literacy

Socioloog en psychotherapeut Bot (2013) schrijft in haar publicatie dat goede zorg staat of valt met goede communicatie. Er ontstaan vaak problemen op dit gebied, doordat patiënt en hulpverlener elkaar niet begrijpen. Dit kan komen door verschillen in opleidingsniveau. Het spreken van dezelfde taal is dus niet de enige bepalende factor. Naar aanleiding hiervan is het begrip *health literacy* in het leven geroepen. Bot (2013, 44) geeft de volgende definitie van deze term: “*Health literacy* omvat de cognitieve en sociale vaardigheden die de motivatie en mogelijkheden van mensen bepalen om informatie te zoeken, te begrijpen en zo te gebruiken dat deze hun gezondheid bevordert en handhaaft. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om basale vaardigheden zoals lezen en eenvoudig rekenen, nodig om in een *healthcare environment* te kunnen functioneren. Maar ook om het kunnen en durven

vragen van verheldering in een gesprek met een zorgverlener.” Laaggeletterden en dikwijls ook buitenlanders hebben over het algemeen een lage *health literacy*. Een lage *health literacy*, onvoldoende kennis van de taal en een andere culturele achtergrond zouden er dus voor kunnen zorgen dat de communicatie tussen een autochtone arts en een migrantenpatiënt niet soepel verloopt. Er zou miscommunicatie door kunnen ontstaan. Voor het aangeven van de mate waarin arts en patiënt elkaar niet begrijpen, bestaat de term ‘wederzijds begrip’. Deze term wordt toegelicht in paragraaf 2.1.2 (‘Wederzijds begrip tussen arts en patiënt’).

2.3.4 Wederzijdse perceptie en verwachtingen

Wederzijdse perceptie

Tijdens een consult wordt het gesprek beïnvloed door het beeld dat men van elkaar heeft en de houding die men tegenover elkaar aanneemt. Als iemand twijfelt aan de goede bedoelingen van de ander, aan de persoon zelf of aan zijn groep, dan wordt de communicatie bemoeilijkt en in sommige gevallen zelfs onmogelijk gemaakt. Een ambivalente houding van beiden zorgt er eveneens voor dat de communicatie bemoeilijkt wordt. Deze houding wordt niet alleen door ervaringen van diegene zelf gecreëerd, maar ook door anderen (Shadid en van Koningsveld 1983). Zo worden er bijvoorbeeld publicaties naar buiten gebracht, waarin wordt geschreven dat Marokkanen nogal ambivalent tegenover de westerse geneeskunde staan. Marokkaanse patiënten zouden westerse artsen niet vertrouwen en ze zouden de verpleegkundige als bedrieglijk ervaren. Hoewel geloof in magie bij Marokkanen zeker aanwezig is en sommige hulpverleners daar soms mee te maken krijgen, kon uiteindelijk niemand van de geïnterviewde hulpverleners bevestigen dat er bij buitenlandse patiënten inderdaad sprake is van een ambivalente houding tegenover of een gebrek aan geloof in de westerse geneeskunde.

De factoren die volgens Shadid en van Koningsveld (1983) wel het wantrouwen van de patiënt veroorzaken, zijn:

- het gevoel dat migrantenpatiënten ondervinden betreffende het niet aanvaard worden in de samenleving waar zij deel van uitmaken. Deze gevoelens ondervinden zij ook bij hulpverleners, aangezien die deel uitmaken van de samenleving;
- gebrek aan belangstelling voor of geloof in de klacht van de patiënt. Dit kunnen eigen ervaringen of die van anderen omvatten. Een uitspraak die dit gevoel goed weergeeft, is: “Je bent de behandelkamer nog niet binnengekomen of de huisarts heeft het recept al geschreven.” (Shadid en van Koningsveld, 1983);
- wantrouwen wordt ten slotte gecreëerd door verhalen van landgenoten waarin zij aangeven dat zij bij één bezoek bij de traditionele genezer of arts direct genezen waren, terwijl zij in Nederland vaker terug moesten komen en geen resultaat zagen na meerdere consulten. Er

wordt niet gekeken naar het feit dat de terugkeer naar de eigen, vertrouwde omgeving de feitelijke oorzaak van de genezing is.

Bovenstaande drie factoren ondermijnen het vertrouwen in de deskundigheid van de Nederlandse arts, met name wanneer hij de patiënt mededeelt dat hem niets mankeert. Bij twijfel wordt de communicatie tussen beide partijen bemoeilijkt en kunnen er misverstanden ontstaan, aldus Shadid en van Koningsveld (1983).

Wederzijdse verwachtingen

De verwachtingen die autochtone en migrantenpatiënten van een consult hebben, zijn over het algemeen aan elkaar gelijk. De patiënt verwacht dat de arts voldoende tijd aan zijn taak besteedt. Deze houdt het uitvoeren van een grondig klinisch onderzoek in, inclusief het afnemen van een anamnese. De patiënt verwacht een vriendelijke behandeling. In onderzoek van Sieval (1975) wordt geconstateerd dat de arts het volgende is: "een beminnelijke, maar altijd een autoritaire figuur, die met een vaderlijke hand op de schouder van de patiënt zal vertellen wat er aan de hand is en welke behandeling de patiënt zal ondergaan" (Sieval, 1975, 12 in: Shadid en van Koningsveld, 1983). Omdat herhaald bezoek in het eigen land vaak problematisch is, verwacht een migrantenpatiënt ook in Nederland nog vaak van een arts dat hem in elk geval medicijnen worden voorgeschreven (Paes, 1976). Dit kan misverstanden opleveren, doordat de arts wellicht anders tegen de klacht aankijkt dan de patiënt. De arts kan de klacht bijvoorbeeld op een andere manier dan door direct medicijnen voor te schrijven, oplossen. De verwachtingen kunnen botsen en zodoende voor misverstanden zorgen.

De arts heeft ook bepaalde verwachtingen van de andere partij. Hij verwacht namelijk dat de patiënt meewerkt en dus ook de nodige informatie versterkt, wanneer daarnaar gevraagd wordt. Eveneens verwacht de arts dat zijn patiënt de voorschriften opvolgt, dat hij begrip opbrengt voor het drukke werkprogramma van de arts en dat hij niet onnodig veel tijd van de arts eist. Ook dit is echter niet in elk geval geldig. De wederzijdse verwachtingen kunnen botsen, wat vertraging van het consult kan opleveren (Shadid en van Koningsveld, 1983).

2.3.5 Asymmetrie in arts-patiënt communicatie

In het vorige hoofdstuk is de arts-patiëntcommunicatie aan de orde gekomen. Hierin werd duidelijk dat arts-patiëntcommunicatie een vorm van institutionele communicatie is. Er gelden min of meer vaste regels voor en er is ook een vaste rolverdeling voor de deelnemers. De betekenis voor deze rolverdeling voor arts en patiënt is eveneens aan bod gekomen. In deze paragraaf zal echter duidelijk worden, dat deze manier van communiceren niet altijd opgaat en dat zij kan leiden tot miscommunicatie en misverstanden. Aan de hand van stellingen en voorbeelden licht ik toe welke communicatieve uitingen er tijdens een arts-patiëntgesprek aan bod kunnen komen. Dit doe ik aan de

hand van de communicatieve uitingen zoals die in hoofdstuk 1 zijn beschreven. Ook wordt besproken op welke manier dit negatieve gevolgen kan hebben voor een (communicatief) goede afloop van het gesprek.

Asymmetrie

Asymmetrie speelt in deze paragraaf een grote rol. De ongelijkheid die zich voordoet tijdens arts-patiëntgesprekken vindt zijn oorzaak in de institutionele communicatiestructuren, -regels of -bronnen (Ten Have, 2005). Er bestaan twee verschillende typen asymmetrie in arts-patiëntgesprekken. Ten eerste is er ongelijkheid van onderwerp: het gaat om de gezondheid van de patiënt, niet om de die van de arts. In relatie tot deze ongelijkheid is er een tweede type asymmetrie: de ongelijkheid van taken in het gesprek. De taak van de patiënt is namelijk om symptomen aan te geven, vragen te beantwoorden en de beslissingen van de arts te accepteren. De arts daarentegen heeft als taak om te luisteren naar de klachten, de zaak te onderzoeken en te beslissen welke diagnose gesteld kan worden en welke behandeling daarbij hoort. Hoewel het initiatief voor het consult bij de patiënt ligt, zorgt deze taakverdeling er uiteindelijk op een natuurlijk manier voor dat de arts een dominante positie heeft tijdens het gesprek. Deze positie verkrijgt hij door vragen te stellen, te onderzoeken en besluiten te maken. De patiënt draagt hieraan bij door antwoorden te geven en door het accepteren van en het eens te zijn met de orders en suggesties van de arts (Ten Have, 2005). Onderzoek dat zich richt op de details van de medische interactie ondersteunen de conclusies die hierop volgend genoemd zullen worden.

- Vragen, orders en voorstellen worden vaker door artsen gedaan. Het wordt niet op prijs gesteld wanneer patiënten dit doen. De arts neemt deze taken op zich en geeft hier een tweede actie, volgende onderwerp of volgende fase in het arts-patiënt gesprek mee aan. (Ten Have, 2005).
- Deze controle, die de arts zo over het gesprek heeft, wordt versterkt door vragen die enkel een kort antwoord vereisen, zoals 'ja' of 'nee' (Ten Have, 2005).
- De vragen zelf en de onderwerpen en het (soms vrij abrupt) veranderen daarvan worden over het algemeen niet verantwoord door de arts (Ten Have, 2005). Op deze manier wordt de patiënt niet geïnformeerd over hoe de arts denkt, hoe hij het probleem ziet en hoe hij het denkt op te lossen, terwijl deze informatie juist de (communicatieve) handelingen van de dokter verklaart (Ten Have, 2005).
- Dit gebrek aan informatie voor de patiënt wordt ook door de arts gegenereerd door het gebruik van de zogenaamde 'derde beurt' in vragen die elkaar opvolgen: uitingen zoals 'oké', 'uh-uh' en 'ja'. Dit geldt ook voor kleine samenvattingen die de arts maakt van het gesprek. Deze uitingen leggen niet bloot aan de patiënt wat de arts van een bepaald antwoord vindt of erover denkt; zij maken enkel duidelijk of dat er nog meer uitleg nodig is van de patiënt (Ten Have, 2005).

- Bovenstaande wijzen van communiceren lijken een instrument te zijn dat hoort bij de genoteerde biomedische selectiviteit, waarmee artsen uitingen van patiënten negeren die gaan over subjectieve ervaring, persoonlijke omstandigheden en sociale omstandigheden (Ten Have, 2005). Deze benadering wordt ook wel de *context stripping approach* genoemd (Ten Have, 2005).
- Ten slotte zal de genoemde asymmetrie resulteren in beslissingen die voornamelijk gebaseerd zijn op het perspectief van de arts op de zaak. Dit wordt geleid door zijn manier van vragen stellen en het relatieve gebrek aan kennis van de belangrijke informatie, zoals hoe de patiënt zijn probleem zelf ziet (Ten Have, 2005).

2.3.6 Aanwezigheid van een tolk

De aanwezigheid van een tolk is bedoeld voor het overbruggen van de taalbarrière, maar in sommige gevallen leidt deze aanwezigheid, professioneel of informeel, juist tot miscommunicatie (Bot, 2005). De laatste factor die voor miscommunicatie en misverstanden zou kunnen zorgen is de aanwezigheid van een tolk bij een consult. Dit onderwerp krijgt meer aandacht in het volgende hoofdstuk.

2.4 De rol van de informele tolk

Om misverstanden te voorkomen en om de taalbarrière tussen arts en patiënt te overbruggen, is het mogelijk om een tolk in te schakelen. De tolk kan een communicatieve boodschap van de patiënt overbrengen, wanneer de patiënt daar zelf niet toe in staat is. Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee typen tolken. Dit onderscheid is:

- De professionele tolk
- De niet-professionele, ook wel 'informele', tolk

Wat is het verschil tussen deze twee typen tolken? Allereerst is een professionele tolk iemand die een opleiding heeft gehad en van tolken zijn beroep heeft gemaakt (Meeuwesen, Harmsen, Sbiti, 2011). De professionele tolk beheerst beide talen zeer goed, weet hoe hij interactie vlot kan laten verlopen en heeft een eed afgelegd om zijn beroep goed uit te voeren.

Een ander verschil tussen de verschillende soorten tolken is de manier waarop de tolk in kwestie geworven wordt voor het begeleiden van een consult. De professionele tolk kan ingeschakeld worden via het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVcN). Via een speciaal telefoonnummer reserveert de patiënt een tolkdienst via de telefoon of in persoon. Ook kan men via dit nummer ad hoc (zonder reservering) een telefonische tolkdienst aanvragen. Een informele tolk wordt integendeel niet gereserveerd en opgebeld. Een familielid, de vriend, vriendin of een andere bekende weet via de patiënt van de doktersafspraak en maakt tijd vrij om te tolken. Informele tolken zijn mensen die op

incidentele basis als tolk optreden – ze worden er niet voor betaald, terwijl professionele tolken wel betaald worden. Andere verschillen met een professionele tolk zijn: het ontbreken van een gedragscode en een geheimhoudingsplicht, het niet van toepassing zijn van een klachtregeling van toepassing en het hebben van een band met de patiënt voor wie ze tolken.

Het laatste hoofdstuk van mijn theoretische kader gaat over dit laatste type tolk: de informele tolk. Vraag 2 van dit onderzoek is hier volledig aan gewijd. In de volgende twee paragrafen zullen de voordelen en nadelen van het inschakelen van een informele tolk worden belicht.

2.4.1 De voordelen van het hebben van een informele tolk

Een voordeel van het hebben van een informele tolk zijn de kosten: informele tolken doen dit namelijk op vrijwillige basis. Ze zijn immers bekend met de patiënt. Een tweede voordeel voor de patiënt zelf is dat voor hen de aanwezigheid van een informele tolk vertrouwd en prettig aanvoelt. Het volgende positieve punt ligt eveneens aan de zijde van de patiënt. Uit onderzoek is gebleken dat de informele tolk het gevoel heeft dat hij door te tolken iets kan betekenen voor de familie en daardoor iets doet dat van belang is (Meeuwesen, Harmsen, Sbiti, 2011).

Bovengenoemde zaken zijn positief voor zowel de patiënt als voor de informele tolk zelf. De echte voordelen van het inschakelen van een informele tolk voor een goed verloop van een consult zijn afwezig. Wanneer iemand bijvoorbeeld een familielid meeneemt als informele tolk, kan de aanwezigheid van deze persoon een bepalende factor zijn als het gaat om belangrijke aanvullende informatie voor de anamnese. Er kleven volgens artsen echter meer nadelen dan voordelen aan het meenemen van een bekende naar de dokterspraktijk (Meeuwesen, Harmsen, Sbiti, 2011).

2.4.2 De nadelen van een informele tolk

Een informele tolk is subjectief en dat werkt nadelig in een gesprek waar de informatie van de arts zo helder en objectief mogelijk de patiënt moet bereiken. Professionele tolken zijn hierin getraind: ze hebben geleerd zich van de gespreksinhoud te distantiëren en eigen inbreng te elimineren. Ze zijn getraind om te luisteren en om door te geven. Dit wil zeggen dat ze niet luisteren om te kunnen reageren of om hun eigen mening over hetgeen wat een arts of patiënt zegt te verkondigen. Informele tolken kunnen dit vaak niet en zijn daardoor te beïnvloeden door de patiënt of de arts (Bot, 2013). Informele tolken hebben altijd een zeker belang bij het gesprek dat gevoerd wordt (Bot, 2013).

2.4.3 Selectief tolken

Uit onderzoek is gebleken dat informele tolken altijd zowel als tolk optreden als zelfstandige gesprekspartner in het gesprek zijn. Een groot nadeel daarvan is dat het voor hen onmogelijk wordt

om alles te vertalen – daarvoor ontbreekt simpelweg de tijd (Bot, 2013). Selectief tolken komt vaak voor bij informele tolken. Door tijdsgebrek laten tolken veel informatie weg en bespreken ze dit later met de patiënt. Patiënten verwachten daarnaast dat informele tolken zich als belangenbehartiger opstellen, in plaats van enkel als vertaler. Het probleem is dat de tolken dit zelf zo ook vaak zien, terwijl artsen juist een neutrale houding verwachten (Meeuwesen, Harmsen, Sbiti, 2011).

Een ander nadeel van het gebruik van een informele tolk is dat de tolk in kwestie een selectieve samenvatting kan maken van wat hij hoort, naargelang zijn eigen mening over wat de patiënt wel of niet hoort te weten. Dit kan tot misverstanden en miscommunicatie leiden: als informatie samengevat wordt of vervormd wordt doorgegeven aan de arts, dan kan verkeerde medicatie worden voorgeschreven, omdat de klacht niet helder blijkt te zijn bij de arts (Seeleman, Suurmond en Stronks, 2005). Ook kan de informele tolk belang hebben bij het vervormen van de informatie. Een reden hiertoe is bijvoorbeeld het willen beschermen van het gezinlid tegen slecht nieuws. Dit soort situaties werken selectiviteit bij het vertolken in de hand.

2.4.4 Het kind als informele tolk

Het laatste nadeel van het hebben van een informele tolk betreft de mogelijkheid dat een kind als tolk optreedt. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat een kind als informele tolk zeer nadelig is voor alle partijen – voor zowel de patiënt en het kind zelf als de arts (Bot, 2013; Seeleman, Suurmond en Stronks, 2005). Kinderen hebben onvoldoende talenkennis en levenservaring om op een juiste manier te kunnen tolken. Vaak zijn ze ongemotiveerd en voelen ze weinig verantwoordelijkheid voor een goed verloop van het consult (Meeuwesen, Harmsen, Sbiti, 2011).

Daarbij komt dat het voor kinderen een te zware psychische belasting kan vormen om als tolk noodgedwongen met de (soms intieme) problemen van hun ouders te worden geconfronteerd (Shadid en van Koningsveld, 1983). Gevoelige en intieme problemen zijn bijvoorbeeld levenseindeproblematiek (toediening van medicatie die het lijden verlicht, maar ook de dood kan bespoedigen; ongeneeslijk ziek zijn; euthanasie; orgaandonatie), seksuele en relationele problemen of problemen met geslachtsorganen. Andere te gevoelige thema's die niet met een kind besproken zouden kunnen worden zijn erfelijkheidsadviesing, familieproblemen en psychische aandoeningen (Meeuwesen, Harmsen, Sbiti, 2011).

Zeker voor kinderen die jonger dan achttien jaar zijn, geldt dat ze niet ingeschakeld mogen worden als informele tolk. De verantwoordelijkheid is te zwaar en vaak hebben ze nog niet de ontwikkeling doorgemaakt die nodig is om een arts te begrijpen. Waar het gebruik van vakjargon door de arts vaak in het geval van een gesprek met volwassenen reeds voor onbegrip en problematiek zorgt, is dit in gesprekken met kinderen nog lastiger over te brengen. Naast het feit dat het wellicht traumatisch kan

zijn voor een kind om over intieme onderwerpen betreffende zijn ouders te praten, vinden kinderen het vaak gênant om van kwaaltjes van hun ouders weet te hebben en te moeten vertalen.

Een informele tolk zorgt dus niet altijd voor het voorkomen van misverstanden en het bewerkstelligen van hoog wederzijds begrip en overbrugging van de taalbarrière. De relatie van hoog wederzijds begrip met de aanwezigheid van een informele tolk tijdens een consult zal in vraag 2 aan de orde komen.

3 Methode

3.1 Doel- en vraagstelling

Na het lezen van het theoretisch kader kan men zich afvragen wat er gedurende een consult fout gaat in de communicatie tussen arts en patiënt. In dit hoofdstuk komt aan bod hoe de onderzoeksvragen beantwoord worden en met welke onderzoeksmethode dit wordt gedaan.

3.1.1 Doelstelling

Het doel van dit empirisch onderzoek is om erachter te komen welke vormen van miscommunicatie aan bod komen bij de 31 geselecteerde transcripten uit de dataset van het Rotterdam Intercultural Communication in the Medical setting study (RICIM) project. En of er een verschil is tussen het aantal vormen van miscommunicatie bij de aanwezigheid van een informele tolk en de classificatie vooraf van hoog en laag wederzijds begrip.

3.1.2 Vraagstelling

Tijdens de analyse van de 31 gekozen transcripten staan de volgende twee onderzoeksvragen centraal:

Vraag 1:

“Is er een statistisch verband tussen het achteraf geclassificeerd zijn als ‘hoog’ of ‘laag wederzijds begrip’ en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten met een autochtone arts en een migrantenpatiënt?”

Vraag 2:

“Is er een statistisch verband tussen de aanwezigheid van een informele tolk en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten met een autochtone arts, een migrantenpatiënt en een informele tolk?”

3.1.3 Toelichting 'wederzijds begrip'

Vanwege een toename van de culturele diversiteit in Nederland heeft Harmsen (2003) in Rotterdam onderzoek gedaan naar de culturele diversiteit in de huisartspraktijk. Zijn focus lag op de problemen in de communicatie die door deze culturele diversiteit ontstaan en welke mogelijke oplossingen er zijn voor deze problemen. Hierbij richtte hij zich op 'het verband tussen etnische culturele achtergrond van patiënten enerzijds en het wederzijds begrip tussen arts en patiënt en de door de patiënten ervaren kwaliteit van, en tevredenheid met, de geleverde zorg anderzijds' (Harmsen 2003, p.137). Uit de analyse bleek dat 'in consulten met allochtone patiënten het wederzijds begrip tussen arts en ouder en als gevolg daarvan de therapietrouw gemiddeld slechter zijn dan in consulten met autochtone patiënten' (Harmsen, 2003, p.137).

Wederzijds begrip is de mate waarin arts en patiënt elkaars standpunt begrijpen en verstaan. Wederzijds begrip is vooral belangrijk bij het overeenstemmen van de diagnose en de behandeling/het te volgen advies tussen arts en patiënt (Harmsen, 2003).

3.2 Dataverzameling

Om vraag 1 te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van de dataset van de *Rotterdam Intercultural Communication in the Medical setting study* (RICIM). Bij dit project zijn in 1999 in 38 huisartsenpraktijken in Rotterdam 986 consulten opgenomen met Nederlandse patiënten en migranten patiënten. Van 986 consulten waren 430 consulten met migrantenpatiënten. Deze patiënten waren bovenal afkomstig uit Nederland, Suriname, de Antillen/Aruba, Marokko, Turkije en Kaapverdië. Deze consulten zijn gecategoriseerd op wederzijds begrip (Harmsen, 2005). In deze medische setting wordt daar de kennis van zowel de arts als de patiënt over elkaars ideeën en manieren van omgaan met en beleven van ziekte mee bedoeld. Aan de hand van de *Mutual Understanding Scale* (MUS) is het wederzijdse begrip gemeten. De antwoorden van de arts en de patiënt zijn vergeleken door een expertpanel, en daaruit is dit meetinstrument ontstaan. Door de antwoorden van artsen en patiënten over begroeting, presentatie van de gezondheidsklacht; het diagnostische en analytische aspect van het consult, het behandelplan en de oorzaak van de klacht te vergelijken is de mate van wederzijds begrip bepaald.

Voor dit onderzoek zijn uiteindelijk 31 consulten van het RICIM project geselecteerd, die eerder al getranscribeerd waren. De selectie is gemaakt op basis van een gelijke verdeling van de consulten met hoog/laag wederzijds begrip. De 986 consulten waren reeds ingedeeld in de categorieën hoog of laag wederzijds begrip. In 15 van de gesprekken die plaats vonden tijdens de 31 voor dit onderzoek geselecteerde consulten spreekt men van laag wederzijds begrip en in 16 gesprekken is er sprake van hoog wederzijds begrip. Al deze gesprekken waren gesprekken met een migrantenpatiënt.

Wederzijds begrip

	Hoog	Laag	Totaal
Aantal consulten met een migrantenpatiënt	16	15	31

Figuur 3.1 Overzicht van kenmerken van de geselecteerde consulten

3.3 Data-analyse

3.3.1 Coderingssysteem Gass en Varonis (1991)

Bij de consulten waar sprake is van een laag wederzijds begrip verwacht ik dat er in verschillende mate ook sprake zal zijn van miscommunicatie. In de analyse is het echter van belang om zowel bij de groep consulten met laag wederzijds begrip als bij de groep consulten met hoog wederzijds te bepalen of er sprake is van miscommunicatie, en zo ja, door wie deze miscommunicatie herkend en/of hersteld wordt. Hiervoor wordt het coderingssysteem van Gass en Varonis (1991) ingezet. Zij onderscheiden zeven mogelijke soorten herkenningen en oplossingen voor miscommunicatie, waarvan ik er vijf zal gebruiken. De volgende twee vormen gebruik ik niet omdat er geen data beschikbaar is over de gebeurtenissen na afloop van het consult:

- Herkenning na de conversatie, maar geen commentaar
- Herkenning na de conversatie en geeft commentaar

De volgende vijf vormen worden in deze studie wel gebruikt:

- A: onmiddellijke herkenning van het probleem, maar geen commentaar;
- B: onmiddellijke herkenning van het probleem en geeft commentaar;
- C: latere herkenning van het probleem, maar geen commentaar;
- D: latere herkenning van het probleem en geeft commentaar;
- E: geen herkenning van het probleem.

In situaties waarin gesprekspartners verschillen van taal en cultuur kan er sprake zijn van problemen in de communicatie, die al dan niet worden herkend en/of benoemd/opgelost, tijdens of na de interactie, door de deelnemers aan het gesprek. Door middel van de analyse wordt nagegaan of en wanneer een communicatieprobleem herkend en/of hersteld wordt en door wie het probleem herkend en/of opgelost wordt. Per communicatieprobleem wordt van bovenstaande punten nagegaan wat de oorzaak is van het probleem. Door het coderingssysteem van Gass en Varonis (1991) te gebruiken probeer ik mijn onderzoeksvraag te beantwoorden.

Toelichting

Hieronder zal een toelichting worden gegeven van de vijf vormen van miscommunicatie die in dit onderzoek aangehaald worden. Wanneer is er een onmiddellijke herkenning van het probleem, maar wordt er geen commentaar gegeven? De specificatie hiervan, en de specificaties van de vier andere vormen van miscommunicatie, zullen hieronder worden beschreven.

- *A: onmiddellijke herkenning van het probleem, maar geen commentaar*

Hier is sprake van wanneer er in het gesprek bijvoorbeeld niet expliciet over het probleem gesproken wordt, waardoor het niet opgelost kan worden.

Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat patiënt de officiële taal niet spreekt maar de miscommunicatie wel herkent dankzij de vertaling van een mogelijk aanwezige tolk. De patiënt laat de tolk dan het herstel doen.

Een andere verklaring voor deze vorm van miscommunicatie is dat een aantal problemen überhaupt niet hersteld wordt. Soms wordt een probleem wel herkend, maar niet opgelost. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de arts wel signaleert dat er een mogelijk communicatieprobleem opgetreden is, maar dit niet expliciet benoemt.

Gass en Varonis (1991) benoemen daarnaast een situatie waarin de spreker een bepaalde reden heeft om niet in te gaan op de communicatie. De spreker kan besluiten om niet in te gaan op de communicatieve uiting omdat hij daarmee de ander zou kunnen kwetsen. Dit zou het geval kunnen zijn wanneer de boodschap anders overkomt op de spreker dan de bedoeling was.

- *B: onmiddellijke herkenning van het probleem, en geeft commentaar*

Het probleem wordt direct herkend en er wordt geprobeerd een oplossing te vinden. Dit zou kunnen resulteren in succesvolle communicatie.

Het zou ook kunnen voorkomen dat de persoon zelf het probleem herkent zonder dat daarover eerder miscommunicatie is opgetreden. Van deze vorm is sprake van wanneer de arts of de patiënt bijvoorbeeld direct om uitleg

t of direct mededeelt dat de communicatie niet duidelijk is. De arts of de patiënt begrijpt het niet en geeft dit direct aan. Hiermee herkent en expliciteert hij of zij het probleem.

- *C: latere herkenning van het probleem, maar geen commentaar*

In dit geval is er sprake van een communicatieprobleem dat pas later herkend wordt, waarvoor op dat moment geen opheldering wordt gevraagd en dat niet expliciet benoemd wordt.

Gass en Varonis (1991) geven hierbij het voorbeeld van een leerling die een vraag stelt over de werkwijze van een opdracht. De lerares denkt in eerste instantie dat de vraag over de inhoud gaat, maar later blijkt dat de student de werkwijze van de opdracht bedoelt in plaats van het onderwerp van de opdracht. De lerares laat niet blijken dat ze de leerling in eerste instantie niet begreep maar zet na de herkenning van het probleem het gesprek voort met andere vragen. De leerling heeft dit niet door.

Deze vorm van miscommunicatie is volgens Gass en Varonis (1991) te herkennen aan het feit dat de twee gesprekspartners geen overeenkomst hebben inzake een gespreksonderwerp. Een van beide gesprekspartners kan besluiten om, zonder dit aan te geven, een nieuw onderwerp aan te snijden. Hiermee laat hij de miscommunicatie voor wat het is en gaat door op een ander onderwerp.

- *D: latere herkenning van het probleem en geeft commentaar*

Gass en Varonis (1991) geven aan dat deze vorm optreedt wanneer iemand een taaluiting verkeerd begrijpt en er daarnaast ook niet zelf achter komt dat hij verkeerd zit (bij C is dit wel het geval).

Deze vorm van miscommunicatie kan voorkomen wanneer de patiënt tijdens een vraag van een arts niet direct antwoordt. Dit zou kunnen omdat die persoon niet voldoende kennis van de taal heeft om de arts op dat moment te begrijpen.

Wanneer de patiënt later in het gesprek alsnog antwoord geeft op de vraag, of aangeeft dat hij het begrijpt, is er sprake van latere herkenning van het probleem en het geven van commentaar (Gass en Varonis, 1991).

Deze latere herkenning van het probleem zou kunnen optreden doordat een tolk iets in eerste instantie niet goed vertaalt maar dit later alsnog doet, of doordat de patiënt door een uitleg van de arts later wel begrijpt waar de arts het over heeft.

- *E: geen herkenning van het probleem*

Bij deze vorm van miscommunicatie is geen van de twee deelnemers zich bewust van de discrepantie tussen de bedoelde boodschap en de ontvangen boodschap. In zulke gevallen zou de miscommunicatie enkel zichtbaar zijn voor een derde persoon, of zou het duidelijk worden aan de hand van een protocol analyse die achteraf uitgevoerd wordt, zoals de analyse van Hawkins (1985). Wanneer het probleem niet herkend wordt, kan dat bijvoorbeeld komen doordat de patiënt de taal weinig tot niet spreekt en niet begrijpt. Hierdoor begrijpt de patiënt de vraag die de arts stelt niet. In het geval van een doktersconsult zou een arts weer over kunnen gaan op het volgende onderwerp.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van punten waaraan een type miscommunicatie te herkennen is in een consult. Deze punten zijn tevens gebruikt voor het toekennen van miscommunicaties aan de

consulten tijdens de analyse van beide beoordelaars (voor de intercodeursbetrouwbaarheid zie paragraaf 8.1).

Vorm van miscommunicatie	Te herkennen aan
A: onmiddellijke herkenning van het probleem, maar geen commentaar.	<ul style="list-style-type: none"> • Arts en patiënt praten over hetzelfde onderwerp. • Vragen van de arts na miscommunicatie worden begrepen.
B: onmiddellijke herkenning van het probleem en geeft commentaar.	<ul style="list-style-type: none"> • Direct antwoord op een vraag van de arts. • Gericht antwoord geven op een vraag. • Benoeming van de miscommunicatie door arts en/of patiënt .
C: latere herkenning van het probleem, maar geen commentaar.	<ul style="list-style-type: none"> • Gespreksonderwerp wordt later in het gesprek hervat. • Antwoorden zijn de tweede keer gericht en helder.
D: latere herkenning van het probleem en geeft commentaar.	<ul style="list-style-type: none"> • Gespreksonderwerp wordt later in het gesprek hervat. • Uitingen als “ooooh”, “aha”, “nu begrijp/snap ik het”, “dus u bedoelde” en “nu is het duidelijk”.
E: geen herkenning van het probleem.	<ul style="list-style-type: none"> • Arts en patiënt spreken niet over hetzelfde onderwerp. • Arts stelt veel vragen ter verduidelijking van zijn vraag/standpunt aan de patiënt. • Patiënt communiceert weinig tot niet. • Antwoorden geven geen verheldering.

Figuur 3.2 Overzicht van punten waaraan de vormen miscommunicatie te herkennen zijn

3.4 Intercodeursbetrouwbaarheid met behulp van Cohen's Kappa

Voor het berekenen van de intercodeursbetrouwbaarheid heb ik eerst zelf twee consulten (consult 110708 en 210102) geanalyseerd. Dit heb ik gedaan aan de hand van de vormen van miscommunicatie van Gass en Varonis (1991). Tevens heb ik samengewerkt met twee beoordelaars die dezelfde analyse onafhankelijk zouden uitvoeren. Voor het valideren van de voorgestelde methode van dit onderzoek is gebruikt gemaakt van Cohen's Kappa. Deze geeft de mate van intercodeursbetrouwbaarheid aan. De beoordelaars waren geschikt voor het uitvoeren van de analyse omdat zij beiden een universitaire achtergrond hebben en wisten wat mijn onderzoek inhield. Daarnaast wisten ze waar ze op moesten letten bij het analyseren en maakten ze tevens gebruik van het schema (figuur 3.2). Beoordelaar 1 en beoordelaar 2 hebben onafhankelijk van elkaar van twee consulten (consult 110708 en consult 210102) aangegeven welke type miscommunicatie zij tegen zijn gekomen bij het analyseren, en hoe vaak ze dit type zijn tegengekomen.

Uit de berekeningen (zie bijlage 1) blijkt dat de Cohen's Kappa voor beoordelaar 1 en 2 0,95 bedraagt. Dit kan worden beschouwd als een uitstekende overeenkomst. De Cohen's Kappa voor de beoordelingen van beoordelaar 3 en beoordelaar 2 laat eveneens 0,98 zien, dat ook een uitstekende overeenkomst inhoudt. De beoordelingen van beoordelaar 3 en 1 komen eveneens uit op een Cohen's Kappa van 0,98 en komen zodoende ook uitstekend overeen volgens de standaarden van de evaluatie van een Cohen's Kappa (van Wijk, 2008). Deze hoge scores op de Cohen's Kappa geven aan dat mijn analysemethode overeenkomt met die van mijn twee beoordeelaars. Hiermee is mijn analysemethode voldoende gevalideerd.

3.5 De methode

3.5.1 Operationalisatie; hypothese

De kwantitatieve analyse

In dit onderzoek wordt getracht aan te tonen of er een verschil is in het aantal gevonden vormen van miscommunicatie binnen de groep consulten 'laag wederzijds begrip' en de groep consulten 'hoog wederzijds begrip'. Er wordt verwacht dat consulten die achteraf geclassificeerd zijn als 'hoog wederzijds begrip' minder vormen van miscommunicatie bevatten dan de consulten die geclassificeerd zijn als 'laag wederzijds begrip'. Om te toetsen of het verschil de van twee variabelen niet op toeval berust wordt de t-toets ingezet.

Vraag 1

Om te toetsen of de categorische variabelen onderling significant van elkaar verschillen werd voor deze studie de t-toets gebruikt.

De variabelen die in de t-toets zijn meegenomen zijn:

- de afhankelijke variabele: het aantal aangetroffen vormen van miscommunicatie;
- de onafhankelijke variabele: het wederzijds begrip.

De consulten zijn voorafgaande aan deze studie ingedeeld in de groepen: hoog wederzijds begrip en laag wederzijds begrip. Deze 31 consulten zijn onderdeel van de dataset van de *Rotterdam Intercultural Communication in the Medical setting study* (RICIM) uit 2002. In deze studie zijn de consulten ingedeeld in de twee groepen. In deze masterthesis is gebruik gemaakt van deze vooraf geclassificeerde consulten.

Bij alle analyses werd een α van 0,05% gehanteerd. P-waarden < 0.05 (eenzijdig) werden beschouwd als significant.

Voor deze t-toets zijn twee hypothesen geformuleerd; de H0 hypothese en de H1 hypothese.

- H0: Er is geen statistisch verschil tussen het aantal vormen van miscommunicatie aanwezig bij de consulten van de groepen hoog en laag wederzijds begrip.
- H1: Er is een statistisch verschil tussen het aantal vormen van miscommunicatie aanwezig bij de consulten van de groepen hoog en laag wederzijds begrip.

Wanneer blijkt dat de significantie waarde lager is dan 0.05 kan de H0 hypothese worden verworpen.

Wanneer de significantie waarde echter hoger uitvalt dan 0.05 wordt de H1 hypothese verworpen.

Vraag 2

Voor vraag 2 over de aanwezigheid van een informele tolk en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten is gekozen voor een kwantitatieve analyse. Hiervoor wordt ook de t-toets gebruikt. Door middel van de t-toets wordt onderzocht of er een verschil is tussen consulten met en consulten zonder een informele tolk.

De variabelen die in deze t-toets worden gebruikt, zijn::

- de onafhankelijke variabele: de aanwezigheid van een informele tolk;
- de afhankelijke variabele: het aantal aangetroffen vormen van miscommunicatie.

Deze twee variabelen worden tegen elkaar afgezet middels een t-toets in SPSS om te onderzoeken of er een statisch verschil is tussen het aantal miscommunicaties bij de consulten met, en de consulten zonder informele tolk.

De kwalitatieve analyse

In de kwalitatieve analyse ben ik een aantal stellingen nagegaan die wetenschappelijk zijn bevestigd (Ten Have, 2005). Deze stellingen zijn terug te vinden in paragraaf 2.3.5 van het theoretisch kader.

Met deze stellingen in het achterhoofd ben ik dieper ingegaan op de inhoud en het verloop van interacties die worden gevoerd in de consulten in de dataset van deze studie. Daarnaast heb ik bekeken in hoeverre deze stellingen betrekking hebben op de intercultureel communicatieve interacties in de consulten. In alle consulten waar sprake was van laag wederzijds begrip worden deze stellingen bevestigd. Niet alle consulten van de dataset zullen in deze resultatensectie besproken worden. De resultaten zullen per vorm van miscommunicatie worden besproken en toegelicht. Daarbij wordt gebruik gemaakt van exemplarische voorbeelden uit enkele consulten.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Tijdens het selecteren van de arts-patiënt gesprekken heb ik gekeken naar de verdeling van hoog en laag wederzijds begrip. Het databestand voor dit onderzoek is gelijk verdeeld. Er zijn 16 gesprekken geselecteerd waarin sprake is van hoog wederzijds begrip en 15 gesprekken waarin sprake is van laag wederzijds begrip.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gekozen voor het coderingssysteem van Gass en Varonis (1991). Dit classificeringssysteem heeft reeds valide resultaten geboekt, welke beide afkomstig zijn van onderzoekers die reeds valide resultaat hebben geboekt. Doordat het reeds bestaande en toegepaste coderingssysteem van Gass en Varonis (1991) wordt gebruikt in deze studie kunnen we er vanuit gaan dat de resultaten uit dit onderzoek ook valide zullen zijn.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de data analyse besproken. Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. Het eerste deel heeft betrekking op de kwantitatieve analyse en het tweede deel heeft betrekking op de kwalitatieve analyse.

4.1 Kwantitatieve analyse

4.1.1 Resultaten vraag 1

In dit onderzoek wordt getoetst of er een verschil bestaat in het aantal gevonden vormen van miscommunicatie tussen consulten van de groep 'hoog wederzijds begrip' en consulten van de groep 'laag wederzijds begrip'.

Er wordt verwacht dat consulten van de groep 'hoog wederzijds begrip' minder vormen van miscommunicatie bevatten dan de consulten van de groep 'laag wederzijds begrip'. Door de kwantitatieve analyse uit te voeren is het aantal vormen van miscommunicatie in beeld gebracht bij

de consulten met zowel hoog als met laag wederzijds begrip. De resultaten hiervan worden weergegeven in onderstaande figuur 4.1. De variabelen die in de toets worden gebruikt zijn:

- de afhankelijke variabele: het aantal vormen van miscommunicatie;
- de onafhankelijke variabele: het wederzijdse begrip.

Voor statistische analyse van dit vergelijkende onderzoek werd gebruikgemaakt van de t-toets, waarbij eenzijdig werd getoetst. Een verschil werd statistisch significant genoemd bij $p < 0,05$.

Wederzijds begrip	Aantal miscommunicaties (gemiddeld)	Aantal consulten	Standaard deviatie
Laag	11,13	15	4,19
Hoog	1,06	16	0,10

Figuur 4.1 Overzicht aantal gevonden miscommunicaties in de consulten laag en hoog wederzijds begrip. (score is minimaal 0, maximaal 18;)

Uit de resultaten blijkt dat er significant meer vormen van miscommunicaties voorkomen in de consulten met laag wederzijds begrip dan in de consulten met hoog wederzijds begrip ($t(29) = 9,35$, $p = 0,01$). De SPSS output van deze t-toets is terug te vinden in bijlage 2 in paragraaf 8.2.

4.1.2 Resultaten vraag 2

Vervolgens is voor vraag 2 eveneens een t-toets uitgevoerd. Uit deze toets zal blijken of er een verschil is in het aantal vormen van miscommunicatie tussen de consulten met informele tolk en de consulten zonder informele tolk.

Deze toets is twee keer uitgevoerd, namelijk één keer voor de consulten in de categorie 'hoog wederzijds begrip' en één keer voor de consulten in de categorie 'laag wederzijds begrip'.

Consulten 'Laag wederzijds begrip'			
	Aantal	Aantal vormen miscommunicatie (gemiddeld)	Standaard deviatie
Consulten met informele tolk	8	9	3,94
Consulten zonder informele tolk	7	13	3,36

Figuur 4.2 Rapportage uitkomsten t-toets voor consulten 'laag wederzijds begrip', met en zonder informele tolk

Er zijn consulten met en zonder informele tolk binnen de groep laag wederzijds begrip. Uit de resultaten blijkt dat er geen significant verschil bestaat in het aantal aangetroffen vormen van miscommunicatie met of zonder tolk ($t(14)=-2,256$, $p=0,93$).

Consulten 'Hoog wederzijds begrip'			
	Aantal	Aantal vormen miscommunicatie (gemiddeld)	Standaard deviatie
Consulten met informele tolk	7	0,86	1,07
Consulten zonder informele tolk	9	1,22	0,97

Figuur 4.3 Rapportage uitkomsten t-toets voor consulten 'hoogwederzijds begrip', met en zonder informele tolk

Er zijn consulten met en zonder informele tolk binnen de groep hoog wederzijds begrip. Uit de resultaten blijkt dat er geen significant verschil bestaat in het aantal aangetroffen vormen van miscommunicatie met of zonder tolk ($t(14)=-0,714$, $p=0,99$).

4.2 Kwalitatieve analyse

4.2.1 Vraag 1

De relatie met de kwantitatieve analyse

In dit hoofdstuk worden om de misverstanden te constateren de vijf vormen van miscommunicatie van Gass en Varonis (1991) uit de kwantitatieve analyse gebruikt in combinatie met de stellingen uit paragraaf 2.3.5 van het theoretisch kader. Uit de resultaten blijkt dat de bevindingen die in de stellingen zijn verwerkt en die tevens bevestigd worden in deze studie, invloed hebben op het procesverloop van het consult. De vijf vormen van miscommunicatie van Gass en Varonis (1991) worden onder andere, dus niet geheel, veroorzaakt door de bevindingen uit de genoemde stellingen. Het aantal gevonden miscommunicaties hangt gedeeltelijk samen met de classificatie van een consult als laag of hoog wederzijds begrip.

Voorbeeld A: Onmiddellijke herkenning van het probleem, maar geen commentaar.

Consult nummer: 210102

In onderstaand fragment wordt vrij snel door de arts herkend dat de patiënt met `massag' een massage bedoelt. De arts geeft dit niet aan maar zet het gesprek voort met het juiste woord: massage.

- 139: A: ja (.) .hh (.) nog een .hh wat denk je nog een keer
140: massage proberen?
141 P: ja
142 A: (.) ja?
143 P: ja [:
144 A: [of medicijnen?
145 P: ja
146 A: (.8) wat denkt u
147 (2.4)
148 P: een massag'
149 A: massage
150 P: (.9) ja: [geeft u maar ja

Er ontstaat hier een misverstand omdat de patiënt in regel 145 op de vraag van de arts 'ja' antwoordt. Dat is echter niet het gewenste antwoord van de arts. Wanneer de arts een meer open vraag stelt, in regel 146, geeft de patiënt een duidelijk antwoord. Dit is een voorbeeld van een stelling die wetenschappelijk bevestigd is (Ten Have, 2005), die stelt dat in de meeste gevallen de arts controle heeft over het gesprek en dat dit versterkt wordt door vragen die enkel een kort antwoord vereisen, zoals ja of nee.

Voorbeeld B: Onmiddellijke herkenning van het probleem, en geeft commentaar.

Consult nummer: 111001

Onderstaand fragment is een voorbeeld van de onmiddellijke herkenning van het probleem, waar vervolgens commentaar op gegeven wordt. De arts benoemt dit probleem in regel 28. In regel 31 bevestigt de arts dat hij het niet goed verstaan heeft en dat daar de verwarring vandaan komt.

- 18 A: u mag het zeggen (1) [vertelt u maar
19 Q: [hij heeft eh: hij heeft last van
20 ogen,
21 A: (1) [ja,
22 Q: [()
23 Q: (niet normaal maar [)
24 P: [(oorklachten zijn het ook) (.) oren
25 A: [oren?
26 P: [ja (.) ([)
27 Q: [(binnen [binnen [binnen binnen)

28 A: [ja je zei ogen maar je bedoelt ook
 29 (.) u z=
 30 Q: =o:ren
 31 A: Oren ja ja ik verstond ogen nee oren dus [prima dan
 32 P: [oren
 33 A: praten we over hetzelfde (.) ja, .hh wat voor last
 144: A: nou als het helemaal niks is, .hh dan ga ik een
 145: afspraak maken want ik heb al ik heb al gezien dat ik
 146 vier soorten medicijnen heb voorgeschreven, .hh en als er
 147 dan allemaal helemaal niks geholpen heeft, .hh dan heb ik
 148 liever dat de oorarts d'r naar gaat kijken. Want anders
 149 kan ik weer het vijfde gaan proberen maar, .hh ik heb al
 150 Q:
 151 A: vier keer geprobeerd iets goeds te geven en dus
 152 denk ik ik heb mijn best gedaan, en dan ga ik aan de
 153 P: [()
 154 A: specialist vragen of die het beter kan.
 155 Q: is goed

Voor deze conversatie gaat aan het einde de stelling op van Ten Have (Ten Have, 2005). Hij stelt dat vragen, orders en voorstellen vaker door artsen worden gedaan. Het wordt niet op prijs gesteld wanneer patiënten dit doen. De arts neemt deze taken op zich en geeft hier namelijk een tweede actie, het volgende onderwerp of de volgende fase in het arts-patiënt gesprek mee aan. In regel 144-155 geeft de arts duidelijk aan dat hij de controle heeft over het gesprek en dat de patiënt weinig te zeggen heeft over de handelingswijze van de arts. Hij stelt een medicatie/behandeling voor (de oorarts inschakelen) omdat hij van mening is dat het vorige niet geholpen heeft. De patiënt stemt hier dan ook mee in.

Voorbeeld C: Latere herkenning van het probleem, maar geen commentaar (regel 200-229)

Consult nummer: 210102

In onderstaand fragment probeert een patiënt iets duidelijk te maken over een `band'. Initieel verloopt het gesprek moeizaam en is de patiënt niet duidelijk. Hij herhaalt steeds het woord `vragen' maar het is niet meteen duidelijk wat hij daarmee bedoelt.

187 P: (band heel goed praten echt waar)
 188 A: (1.4) wat zegt u?
 189 P: (die man)
 190 A: die man?
 191 P: (1) heel goed praten

192 A: goed praten?

193 P: ja band eh (zitten) ja (band zitten) (.6) ja: vrouw eh : man eh: (.) (dokter geweest hee:! goed praten (1) ja (zou die) dokter niet weten ja waar zit je waar waar wanneer problemen praten man (.7) ((lacht)).

197 A: > ik ik < begrijp het niet helemaal (.) .hh want u vond

198 die band goed=

199 P: =ja

200 A: en wa- waarom vond u die band

201 goed?

202 P: (1.7) dokter vragen (.) dokter vragen (.) allemaal niet eh dokter vragen ja probleem niet vragen

203 eh: dokter vragen ja probleem niet vragen

204 A: ja=

205 P: =ja probleem (.) ja niet allemaal niet probl- eh vragen

206 (.) .hh ja dokter niet weten ja die eh die die die die

207 ziek

De arts vraagt wat de patiënt met 'de band' bedoelt. Het blijft onduidelijk wat de patiënt bedoelt en tussendoor praat de patiënt over zijn vrouw die hij mist. Later hervat de patiënt zich en praat hij opnieuw over 'de band'. Dan begrijpt de dokter (latere herkenning) dat de patiënt het heeft over een andere dokter die het (masseren) goed doet.

208 A: nee=

209 P: =dokter niet weten

210 A: =nee

211 P: (allemaal ja man mis je vrouw ja) moeilijker praten

212 A: [ja dat is zo [ja

213 P: [(allemaal moeilijker praten) ja [veel moeilijker echt

214 waar

215 A: ja (1.3) .hh en die die dokter op die band,

216 P: ja

217 A: [die doet het goed [ja

218 P: [ja band () (1) één man eh: oude

219 man

220 A: [ja,

221 P: [dokter

222 A: ja (.) met baard [klopt

223 P: [ja (ha) a andere: eh ja andere man ziek

224 (.8) ja andere man z- (eigenlijk beetje hetzelfde) ja

225 ikke niet weten ja ikke niet weten hij mee hetzelfde

226 praten

In bovenstaand fragment wordt een stelling bevestigd die betrekking heeft op de asymmetrie die aanwezig is tijdens een arts-patiënt gesprek. De patiënt vertelt zijn verhaal maar de arts geeft weinig input. Kleine samenvattingen, hele korte vragen en vaak zelfs alleen maar antwoorden met het woord 'ja' zouden meer informatie moeten ontlocken bij de patiënt. De patiënt weet niet waarom de arts dit vraagt en kan zo ook niet op een andere manier duidelijk maken wat zijn punt is. Deze uitingen laten niet zien aan de patiënt wat de arts van een bepaald antwoord vindt of wat hij erover denkt. Ze maken alleen maar duidelijk of er nog meer uitleg nodig is van de patiënt.

Voorbeeld D: Latere herkenning van het probleem, en geeft commentaar
Consultnummer 101808

Tijdens het consult heeft de patiënt het herhaaldelijk over 'augat'. De arts begrijpt dit niet. Ook de informele tolk slaagt er niet in om aan de arts duidelijk te maken dat het in dit geval gaat om een advocaat. Later in het gesprek, wanneer de arts een bepaald papier bekijkt en de patiënt het over een stempel heeft, begrijpt de arts dat de patiënt praat over een advocaat, en niet over een oogarts.

- 37 A: (1.3) [dat moet ik voor] (.) voor de dokter in het
38 P: [()]
39 A: ziekenhuis schrijven?
40 T: (.4) nee voor hem eh (augat)
41 T: (augat)
42 P: oogarts?
43 P: (augat)
44 T: (augat)
45 A: (.5) (augat)
46 P: [ja
47 T: [ja.
48 A: (1.5) wacht >ik begrijp het niet< wat (.) wat is augat?
49 T: (1.1) dat is eh: (.9) voor eh: voor eh () voor eh
50 (bekijken),
51 A: (.5) ja,=
52 T: =dat is zeg maar (een tolk is).
53 A: (1.4) ja,
54 T: (1.2) en eh
55 P: (.6) ja ik ben lang g:eweest oké
56 A: (.4) ja dat [weet ik u bent lang daa:r gebleven
57 P: [(maar)
58 ik ben

- 59 A: jawel, ()
- 60 P: <ik moet (halen) hè,>
- 61 A (1.1) ((telefoon gaat)) sorry (.) ik ga zo met je verder
- 62-70 interruptie door middel van een telefoongesprek
- 71 T: hij was eh: (.) (hij werd) (.) () (.) hij
- 72 wordt nog eh (.) (voor) stem eh; stem eh stempel
- 73 A: ja:h,
- 74 T: maar hij was vorig jaar () geweest, omdat hij
- 75 ziek is
- 76 A: ja. ((knikt))
- 77 T: maar (de augat zegt), (.) () eh: een brief heeft
- 78 voor de huisdokter, (.6) voor eh: (tijdens eh) (.) voor
- 79 eh:m (.) goed is (.9) (volgens eigen schuld)
- 80 niet,)
- 81 A: [maar voor voor wie is dat stempel dan wie moet dat lezen
- 82 P: [((kucht))]
- 83 T: voor deh: (augat) hier deze ((wijst op papier van P)
- 84 A: augat
- 85 A: wat is dit dan (.4) o advocaat, [sorry nou versta
- 87 T: [ja advocaat ()
- 88 A: ik het pas (.) <advocaa

Eveneens wordt in bovenstaand fragment duidelijk de regie door de arts gevoerd. Vragen, orders en voorstellen worden vaker door artsen gedaan. Het wordt niet op prijs gesteld wanneer patiënten dit doen. De arts neemt deze taken op zich en geeft hier namelijk een tweede actie, het volgende onderwerp of volgende fase in het arts-patiënt gesprek mee aan (Ten Have, 2005). Dit wordt bevestigd in bovenstaand fragment. In regel 61-70 bepaalt de arts dat het gesprek met de patiënt even stilgelegd wordt en dat hij het telefoongesprek aanneemt. De patiënt heeft hier niks in te brengen, ondanks dat het initiatief voor het consult van de patiënt komt. De arts heeft in het gesprek de leiding over de verschillende fasen in het gesprek.

Voorbeeld E: Geen herkenning van het probleem

Consultnummer 100302

Onderstaand fragment illustreert een voorbeeld van miscommunicatie vorm E. Het probleem wordt niet herkend en beide sprekers kunnen hun communicatieve boodschap niet goed overbrengen. De vraag van de arts gaat langs de patiënt heen ende opmerking 'leren' wordt niet begrepen door de arts.

60 A: Heeft ie hebt u last van 't zuur branden?
61: P: Nee
62 A: nee? Opboeren?
63 P: Nee
64 A: pijn in de buik?
65 P: Nee
66 A: nee?
67 P: Nee
68 A: okee
69 M: () nog leren
70 M: Leren
72 A: ((neemt telefoon op))
73 P: ()
74 M: ()
75 P: ()
76 A: he?
77 P: ()
78 M: leren
79 P: leren
80 P: pijn klein beetje, twee drie dagen?
81 A: ja
82 A: maar als je met eten,
83 P: ja?

In dit fragment wordt de stelling bevestigd dat de controle die de arts over het gesprek heeft, wordt versterkt door vragen die enkel een kort antwoord vereisen, zoals ja of nee (Frankel 1984, 1990; Mishler 1984). Op twee antwoorden na zijn alle antwoorden 'ja' of 'nee'. In dit geval lost dit de miscommunicatie niet op. Door enkel met ja of nee te antwoorden bereikt de arts geen wederzijds begrip.

Samenvatting

Uit de resultaten valt kort samen te vatten dat de arts in de meeste gevallen de controle over het gesprek heeft en dat dit versterkt wordt door vragen die enkel een kort antwoord vereisen, zoals ja of nee. Dit soort korte vragen, en de antwoorden ja of nee die hierop gegeven worden, kunnen echter voor miscommunicatie zorgen tijdens een interactie tussen arts en migrantenpatiënt. Daarnaast blijkt dat de arts zorgt voor structuur in het gesprek en dat het niet op prijs wordt gesteld wanneer de patiënt deze taak overneemt.

Kleine

samenvattingen, hele korte vragen en vaak zelfs alleen maar antwoorden met het woord 'ja' zouden voor de arts meer informatie moeten ontlocken bij de patiënt. De patiënt weet niet waarom de arts dit

vraagt en kan zo ook niet op een andere manier duidelijk maken wat zijn punt is. Dit kan zorgen voor miscommunicatie tussen arts en patiënt. Migrantpatiënten zijn minder mondig dan autochtone patiënten en kunnen daarom hun punt minder duidelijk maken. Dit staat een goed medisch advies in de weg omdat de arts zo niet alle nodige informatie verkrijgt.

4.2.2 Vraag 2

Uit de resultaten van de kwantitatieve analyse blijkt dat er geen negatief of positief verband bestaat tussen de aanwezigheid van een informele tolk en het aantal miscommunicaties in een consult. In deze paragraaf worden hier voorbeelden van gegeven. Er worden twee fragmenten uit twee consulten gepresenteerd; een fragment uit een consult met laag wederzijds begrip en een fragment uit een consult met hoog wederzijds begrip. In beide gesprekken is er sprake van miscommunicatie, ongeacht de aanwezigheid van een informele tolk.

Voorbeeld 1: laag wederzijds begrip

Consult 210716

In het eerste onderstaande fragment, een consult met laag wederzijds begrip, is er sprake van miscommunicatie vorm D. Er is namelijk sprake van een latere herkenning van het probleem en er wordt vervolgens commentaar gegeven. Op de vraag waar de patiënt bang voor is wordt pas later duidelijk gereageerd door de informele tolk. De arts werd initieel niet begrepen door zowel de patiënt als de informele tolk (regel 124). Er wordt namelijk eerst nog gesproken over haar zoon die ook een ziekte heeft. Dit sluit echter niet aan op de vraag van de arts. Hierdoor kan de informele tolk niet duidelijk maken aan de patiënt dat het gaat over een ziekte waar de patiënt mogelijk bang voor zou kunnen zijn. Aan het einde van de conversatie (regel 133) slaagt de arts er uiteindelijk in om antwoord te krijgen op zijn vraag '*maar ze is niet bang dat ze niet zo'n ziekte krijgt?*'.

Laag wederzijds begrip

Consult 210716

A: arts

P: patiënt

Q: informele tolk

- 95 A: aan allebei de kanten wat [ja. (.) ja. (.) o:ke ik heb het
96 gezien hoor
97 P:
98 (A, P en Q gaan weer zitten)
99 P: ()

100 ()

101 Q: ()

102 A: [wordt ze d'r bang van?

103 ((P en Q praten vreemde taal))

104 P: ([)

105 Q: [ja

106 (.) ze wordt bang van

107 A: ja waar wordt ze bang voor?

108 ((P en Q praten vreemde taal))

109 Q: ((ze is niet eh) niet echt bang maar een beetje

110 [().

111 P: [().

112 A: hm is ze bang dat ze een ziekte heeft o >pas op voor de

113 plant<

114 P: ()

115 Q: ()

116 A: bang voor een erge ziekte?

117 Q: () ((vreemde taal))

118 P: ()

119 Q: nee

120 A: [dat niet?

121 P: [nee

122 A: is ze niet bang dat ze net zo ziek wordt als d'r zoon?

123 ((P en Q praten vreemde taal))

124 Q: niet eh: dat eh (1.3) is niet d'r zoon achterna haar

125 stiefzoon

126 A: hm hm

127 P: ()

128 A: stiefzoon

129 Q: het is zijn stiefmoeder van hem

130 P: [()

131 A: [maar ze is niet bang dat ze niet zo'n ziekte krijgt

132 ((P en Q praten vreemde taal))

133 Q: nee

135 A: dat niet o gelukkig

Uit bovenstaand fragment blijkt dat de informele tolk niet dezelfde taken uitvoert als een professionele tolk. Een professionele tolk is namelijk helder en objectief. Hij distantieert zich van de gespreksinhoud en hij geeft enkel informatie door. Uit onderzoek blijkt dat informele tolken dit niet kunnen. Zij hebben

een belang bij het gesprek en ze zijn te beïnvloeden door de patiënt of de arts (Bot, 2013). In dit fragment wordt dit bevestigd. De informele tolk geeft niet enkel de gesproken uitingen van de arts en patiënt door, ze praat met de patiënt ook over familie. Dit behoort niet tot de taak van het enkel informatie overbrengen en helder en objectief blijven.

Voorbeeld 2: hoog wederzijds begrip

Consult 101809

In het volgende onderstaande fragment, een consult met hoog wederzijds begrip, is er eveneens sprake van miscommunicatie vorm D. Er is namelijk sprake van een latere herkenning van het probleem en er wordt later pas commentaar gegeven. De arts vraagt het een en ander over doof zijn (regel 78, 82 en 86). Zowel de patiënt als de informele tolk geven daar geen duidelijk antwoord op. De informele tolk neemt initieel helemaal geen deel aan het gesprek en de patiënt zelf zegt enkel 'I don't know'. Wat later, vanaf regel 104, wordt het voor beiden partijen duidelijk. De patiënt snapt de vraag en vertelt wat er met haar oor aan de hand is. Vervolgens, regel 106, bevestigt de arts dat de patiënt het verkeerd geformuleerd heeft en dat de patiënt echt doof is. Hierdoor heeft de arts het niet begrepen. Hierna kan hij zijn consult voortzetten.

Hoog wederzijds begrip

Heef aan wat de afkorting van de sprekers zijn: wie is de tolk?

Consult 101809

- 76 A: dat voelt als doof. Weetje j-je hebt echt eh< een doof gevoel.
77 (1.5)
- 78 A: Ja? Begrijp je wat ik zeg of niet?
79 P: ()
- 80 A: he?
81 P: (te erg)
- 82 A: WEET JE WAT DOOF IS OF NIET?
83 A: Ja? Is het ene oor DOOF?
84 (96.6) ((A is aan de telefoon)
85 (11.2)
- 86 A: Maar het je een doof gevoel aan dat eh oor. HOOR je minder, echt
87 duidelijk
88 (4.8)
- 89 P: (I don't know)
90 A: begrijp je wat ik zeg >want< OF >he< versta je me nou zo

91 slecht , of begrijp je niet wat ik zeg?

92 P: versta je niet

93 A: je verstaat me niet

94 M: versta 't niet

95 M: (andere taal)

96 P: (andere taal)

97 A: of BEGRIJP je niet wat ik zeg? Want dat is een verschil

98 M: zij begrijpt maar eh niet ho:ren

99 A: niet horen

100 (3)

101 A: hja

102 (2)

103 A: maar dat is met je andere oor dus ook blijkbaar, want eh

104 P: () als ze wat zegt () deze oor. Als ik deze dicht doe hoor ik

105 wel met deze maar als ik deze dicht doe dan ().

106 A: Nee. Nee maar omdat je geen antwoord geeft op mijn vraag eh dus

107 je bent doof aan dat oor. >Nou dat is duidelijk<. Okee. Goed.

108 >He maar< dat dat is hetzelfde wat je zegt, maar eh 't is beetje

109 anders geformuleerd, maar eh (.) dan weten we tenminste waar we

110 het over hebben. Okee goed. .hh Eh ik zie wel wat aan dat oor dat

111 het 'n beetje 'n beetje ontstoken, rommelig is, e:h meestal is

112 dat na een verkoudheid, .hhh en hoort dan met veertien dagen

113 hoort 't over te zijn. In de tussentijd zal ik wat neusspray

114 geven om te proberen die buis van Eustachius wat open te doen

115 en over veertien dagen wil ik je even terugzien

In bovenstaand fragment geeft de informele tolk in de eerste regels van het fragment, 70-91, geen informatie door aan de arts, terwijl hij dit wel zou moeten doen. In plaats daarvan blijft de arts vragen stellen zonder daar antwoord op te krijgen tot aan regel 91. Een professionele tolk vertaalt elke uiting en koppelt het antwoord van de patiënt ook weer terug naar de arts. In dit consult ontbreekt dit, omdat de informele tolk pas iets van zich laat horen in regel 98. In regel 92 heeft de patiënt echter al geantwoord. De tolk zou een hulpmiddel moeten zijn voor het overbruggen van de taalbarrière. In dit geval is daar geen sprake van. Hier wordt bevestigd dat een informele tolk niet dezelfde professionaliteit en vaardigheden heeft als een professionele tolk (Bot, 2013).

Voor de bovenstaande transcripten is het coderingssysteem gebruikt van Roberts en Sarangi (2002). Dit coderingssysteem is ontstaan uit een analyse van het communicatie-examen dat artsen in opleiding moeten afleggen. Artsen moesten bij dit examen een consult voeren met 25 acteur-

patiënten, Door zowel de acteur-patiënten als de opleider werden zij beoordeeld op hun manier van communiceren met patiënten. Roberts en Sarangi (2002) richtten zich op het in detail bestuderen van de interactionele prestaties van de artsen. Hierdoor wilden zij meer inzicht krijgen in hun communicatiestijlen en de waardering van de communicatiestijlen. Het coderingssysteem in dit onderzoek is het resultaat van de analyse van Roberts en Sarangi (2002) en was ook het uiteindelijke doel van het onderzoek.

5 Conclusie

5.1 Conclusie vraag 1

5.1.1 Kwantitatieve analyse

Allereerst zal vraag 1 aan bod komen. Vraag 1 luidde: "Is er een statistisch verband tussen het achteraf geclassificeerd zijn als 'hoog' of 'laag wederzijds begrip' en het aantal vormen van miscommunicaties bij consulten met een autochtone arts en een migrantenpatiënt?" Uit de resultaten blijkt dat er bij de consulten van de groep laag wederzijds begrip significant meer vormen van miscommunicaties zijn aangetroffen dan bij de consulten van de groep hoog wederzijds begrip. Vraag 1 kan dus beantwoord worden met: ja, er is een significant verschil tussen de consulten hoog wederzijds begrip en de consulten laag wederzijds begrip wat betreft het aantal vormen van miscommunicatie. Voor de arts en patiënt betekent dit dat er weinig wederzijds begrip aanwezig was tijdens het consult en er ook meer miscommunicatie plaatsvond tijdens de consulten van de groep laag wederzijds begrip dan bij de consulten van de groep hoog wederzijds begrip.

Voor deze studie geldt dat dit gegeven gedeeltelijk samenhangt met het aantal gevonden vormen van miscommunicatie. Uit de resultaten blijkt daarnaast dat voor miscommunicatie vorm D (latere herkenning van het probleem en geeft commentaar) geldt, dat het probleem in deze studie altijd werd herkend door de arts in plaats van door de migrantenpatiënt. Dit werd reeds genoemd in het theoretisch kader en wordt ook in deze studie bevestigd. Uit de studie van Meeuwesen, Tromp, Schouten & Harmsen (2007) bleek namelijk dat Nederlandse patiënten meer gebruik maken van het conflicterende patroon, terwijl in gesprekken met migrantenpatiënten de dokter duidelijk probeert het gesprek te leiden terwijl de patiënt minimaal reageert.

5.1.2 Kwalitatieve analyse

Uit de resultaten van de kwalitatieve analyse blijkt dat in deze studie, zowel voor de consulten met migrantenpatiënten met hoog wederzijds begrip als voor de consulten met migrantenpatiënten met laag wederzijds begrip, de stellingen uit het theoretisch kader omtrent asymmetrie (Ten Have, 2005) bevestigd worden. Dit wil zeggen dat de arts in alle consulten het voortouw neemt; hij leidt het gesprek

en vragen, orders en voorstellen worden door de arts gedaan en niet door de patiënt (Todd 1984; West 1989; Frankel 1990; Ten Have 2005). Vragen die enkel een kort antwoord vereisen, zoals 'ja' of 'nee', versterken de controle van de arts over het gesprek. Vaak worden deze vragen gesteld en de onderwerpen hiervan veranderd door de arts. Hij verantwoordt dit niet tegenover zijn patiënt en op deze manier wordt de patiënt niet geïnformeerd over hoe de arts denkt, hoe hij het probleem ziet en hoe hij het denkt op te lossen (Frankel 1984, 1990; Mishler 1984; Ten Have 2005). Deze verklaren echter juist de communicatieve acties van de arts. Uit de resultaten blijkt eveneens dat de arts, in de consulten die horen bij het databestand van deze studie, veelvuldig gebruik maakt van uitingen zoals 'oke', 'uhuh' en 'ja'. Dit geldt ook voor kleine samenvattingen die hij maakt van de uitingen van de patiënt. Deze uitingen laten niet zien aan de patiënt wat de arts van een bepaald antwoord vindt of wat hij erover denkt. Het maakt alleen maar duidelijk of dat er nog meer uitleg nodig is van de patiënt (Atkinson 1982; Frankel 1984; Heritage and Greatbatch, 1991, Maynard, 1991; Ten Have, 2005). Hiermee worden automatisch subjectieve ervaringen, emoties, persoonlijke en sociale omstandigheden genegeerd (Frankel 1984; Mishler 1984; Todd 1984). Dit wordt bepaald door zijn manier van vragen stellen en relatieve gebrek aan kennis van de belangrijke informatie zoals de patiënt zijn probleem ziet (Paget 1983; Fisher 1984; Todd 1984). Deze boven genoemde 'context stripping approach', zoals deze ook in het theoretisch kader genoemd wordt, zorgt uiteindelijk, zoals blijkt uit dit onderzoek, voor misverstanden met migrantenpatiënten.

5.2 Conclusie vraag 2

5.2.1 Kwantitatieve analyse

Vraag 2 twee betref de aanwezigheid van een informele tolk. Uit de resultaten blijkt dat er geen verschil is tussen de consulten met informele tolk en de consulten zonder informele tolk wat betreft het aantal miscommunicaties.. Dit betekent dat er in deze studie geen sprake is van minder miscommunicatie wanneer er een informele tolk bij was, als het vergeleken wordt met de consulten zonder informele tolk. Dat het aantal miscommunicaties overeenkomt bij beide groepen (met en zonder tolk) wil echter niet zeggen dat er een statistisch causaal verband aanwezig is. In deze studie is namelijk niet bewezen dat juist de informele tolk zorgt voor meer of minder vormen van miscommunicatie. Andere factoren zouden er ook voor kunnen zorgen dat het aantal vormen van miscommunicatie toe- of afnemen.. Dit geldt voor zowel de consulten met hoog als met laag begrip. Er kan dus naar aanleiding van deze resultaten ook niet gezegd worden of een informele tolk juist voor miscommunicatie zorgt, of juist voor het oplossen van misverstanden tijdens een consult tussen arts en migrantenpatiënt. Uit vorig onderzoek namelijk blijkt dat bij elk intermenselijk contact het interactieproces wordt beïnvloed door allerlei factoren. Uit onderzoek (Pinto, 1994) blijkt dat de belangrijkste daarvan de taal, de kennis van elkaars cultuur, scholing en de wederzijdse perceptie en verwachtingen zijn. Uit de nieuwe data van deze studie blijkt geen verschil in het aantal

miscommunicaties tussen de afwezigheid en de aanwezigheid van een informele tolk. De informele tolk zou een factor kunnen zijn die voor miscommunicatie zorgt, maar daarnaast ook dus bovengenoemde andere factoren.

5.2.2 Kwalitatieve analyse

Uit dit onderzoek blijkt dat er geen verschil is in het aantal miscommunicaties tussen consulten met informele tolk en consulten zonder informele tolk. Uit het theoretisch kader (Bot 2013) blijkt dat de professionele tolk beide talen zeer goed beheerst en weet hoe hij een interactie vlot laat verlopen. Professionele tolken hebben geleerd zich van de gespreksinhoud te distantiëren en zichzelf als het ware uit te schakelen. Ze zijn getraind om te luisteren en om door te geven. Hierdoor worden ze niet beïnvloed door arts of patiënt. Zo zorgen zij ervoor dat miscommunicatie voorkomen wordt. Er is in deze studie geen causaal verband aangetoond, maar het verschil in aantal miscommunicaties dat zo klein is, zou onderwerp kunnen zijn voor nieuw onderzoek. Uit vorig onderzoek bleek namelijk dat informele tolken vaak familieleden zijn. En dat deze mensen zich laten beïnvloeden door familiekwesaties of andere privé kwesaties die dichtbij de patiënt en de informele tolk staan (Meeuwesen, Harmsen, Sbiti, 2011). Het is opvallend dat uit vorig onderzoek blijkt dat een informele tolk juist de overbrugging van de taalbarrière en miscommunicatie zou kunnen bevorderen (Bot, 2013). Gegeven deze nieuwe data zou er wellicht een causaal verband kunnen bestaan tussen de aanwezigheid van een informele tolk en het aantal miscommunicaties dat hoger ligt dan wanneer een professionele tolk te hulp schiet. Uit eerder onderzoek blijkt dat er volgens artsen ook meer nadelen dan voordelen kleven aan het meenemen van een bekende naar de dokterspraktijk. De nieuwe data van deze studie laat vervolgens zien dat een consult met informele tolk evenveel vormen van miscommunicaties met zich meebrengt als een consult zonder informele tolk (Meeuwesen, Harmsen, Sbiti, 2011). Deze resultaten sluiten dus op elkaar aan en het zou raadzaam zijn om verder onderzoek naar dit onderwerp te verrichten om er achter te komen waar de miscommunicatie precies door veroorzaakt wordt.

6 Discussie

6.1 Gebreken aan deze studie

De dataset van deze studie bestaat uit 31 consulten (N=31). Om generaliserende uitspraken te kunnen doen over de resultaten is dit aantal laag. Daarnaast zijn de transcripten van de consulten enkel afkomstig uit Rotterdam. Voor generaliserende uitspraken zouden ook consulten uit andere (grote) steden in Nederland meegenomen moeten worden in de dataset. Een consult in een huisartspraktijk in Rotterdam verloopt misschien wel anders dan een huisartspraktijk in ieder ander willekeurig dorp in Nederland. Een consult in een dorp verloopt wellicht anders, en daar hebben

patiënten en artsen wellicht andere verwachtingen dan in de stad. Daarnaast is in dit onderzoek gebruik gemaakt van maar 31 consulten, van een veel groter corpus. Het is dus qua aantal lang niet representatief.

Dit onderzoek toont naar mijn mening te weinig aan om generaliserende uitspraken te maken. Er is namelijk een verschil aangetoond maar er kunnen geen uitspraken worden gedaan over het verband. Er is namelijk niet bevestigd dat de aanwezigheid van een tolk ook daadwerkelijk zorgt voor minder miscommunicatie. Er is wel aangetoond dat er minder vormen van miscommunicatie voorkomen in een consult met tolk, maar dat hoeft niet per definitie te betekenen dat een tolk zorgt voor afname van miscommunicatie. Dit zou ook aan andere factoren kunnen liggen zoals, de omgeving van de huisartspraktijk, hoe erg iemand zich op zijn gemak voelt, de communicatie van de arts of culturele verschillen.

6.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Uit de kwalitatieve analyse blijkt dat de stellingen van asymmetrie van Ten Have (2005) worden bevestigd, maar er blijkt niet uit deze studie wat het verband van deze stellingen met miscommunicatie en wederzijds begrip is. Hier is verder onderzoek voor nodig.

In dit onderzoek zijn voor de analyse consulten gebruikt waarin patiënten van vijf verschillende etnische achtergronden aan bod komen. Er is geen onderscheid gemaakt in achtergronden. Voor het verkrijgen van een nog beter beeld van de communicatieve uitingen en miscommunicaties tijdens een intercultureel consult zou vervolgonderzoek gericht moeten zijn op een onderverdeling van patiënten op basis van etnische achtergrond.

Naar aanleiding van deze scriptie zou er verder onderzoek gedaan kunnen worden naar een eventueel causaal verband tussen het aantal vormen van miscommunicaties en de aanwezigheid van een informele tolk. Hier wordt namelijk niks over gezegd in deze scriptie.

6.3 Toepassing in de praktijk: aanbevelingen voor artsen

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er een aantal zaken naar boven gekomen waar artsen op kunnen letten tijdens het consult, om miscommunicatie met een migrantenpatiënt te voorkomen. Deze zaken zijn:

- Laat de patiënt helemaal uitpraten.
- Door de patiënt helemaal te laten uitpraten kan de patiënt ook zijn uitingen die gaan over subjectieve ervaring, persoonlijke en sociale omstandigheden aan de patiënt meegeven. Informatie die normaal gesproken niet aan bod zou komen, die wellicht belangrijk is voor de verheldering van de klacht, komt op deze manier naar voren.

- Stel niet altijd vragen die enkel een 'ja' of een 'nee' vereisen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat migrantenpatiënten uit beleefdheid 'ja' zouden antwoorden op een vraag, terwijl het antwoord eigenlijk 'nee' zou moeten zijn, en andersom. Een herhaalde bevestiging of ontkenning kan echter ook uit andere dan culturele factoren worden verklaard. Het kan ook zijn dat de patiënt doelbewust 'ja' of 'nee' antwoordt. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren wanneer een patiënt een hernieuwd onderzoek wil uitlokken om een ander medicijn te krijgen, omdat het eerder verstrekte naar zijn mening niet tot het gewenste resultaat heeft geleid (Shadid en van Koningsveld 1983).
- Vertoon als arts meer meelevend gedrag tijdens de communicatie met migrantenpatiënten.

7 Literatuur

Bot, H. (2013). *Taalbarrières in de zorg*. Assen: van Gorcum.

Bridwhistell, R. (1970). *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Broersen, S. (2014). Artsen in de knoop zonder tolkenvergoeding. *Medisch contact*, 45, 582-583.

Gass, M., & Varonis, E. (1991). Miscommunication in Nonnative Speaker Discourse. *N. Coupland et al Miscommunication and Problematic Talk*, 121-145.

Graaf de, M., Francke, A., Muijsenbergh van den, M., & Geest van den, S. (2010). *Communicatie en besluitvorming in de palliatieve zorg voor Turkse en Marokkaanse patienten met kanker*. Amsterdam: Spinhuis.

Harmsen. (2005). Assessment of mutual understanding of physician patients encounters: development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient education and counseling*.

Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwesen, L., Thomas, S., Dorrenboom, G., Pinto, D., & Bruijnzeels, M. (2005, Mei). The effect of educational intervention on intercultural communication. *British Journal of General Practice*, pp. 343-350.

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

Harmsen, J. (2003). *When culture meet in medical practice; Improvement in intercultural communication evaluated*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Harmsen, J. A. (2005). Assessment of mutual understanding of physician patients encounters: development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Education and Counseling*, 59, 171-181.

Harmsen, J. A., & Meeuwesen, L. (2007). Medische communicatie in onderzoek en onderwijs.

- Harmsen, J. A., Bernsen, R. M., Bruijnzeels, M. A., & Meeuwesen, L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: Wat are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*, 155-162.
- Have ten, P. (2005). Talk and institution: a reconsideration of the 'asymmetry' of doctor-patient interaction. In D. Boden, & D. H. Zimmerman, *Talking and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis* (pp. 138-63). Cambridge: Polity Press.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. Beverly Hills CA: Sage Publications.
- Hofstede, G., & Hofstede, G. (2007). *Allemaal andersdenkenden*. Amsterdam: Contact.
- Keuring, B. (2013). Waarover spraken zij? Een onderzoek naar het agenderen van criminogene factoren in toezichtgesprekken.
- Kijlstra, M. A., van Wieringen, J. C., & Schulpen, T. W. (2001, Oktober). Cultuur en communicatie. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 69(5), 46-50.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. California: University of California Press.
- Kurtz, A., & Draper, J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma.
- Lambert, W. (1987). The fate of old-country values in a new land: A crosscultural study of child reasoning. *Canadian Psychologist*, 28(1), 9-20.
- Meeuwesen, L., Harmsen, J. A., Bernsen, R. M., & Bruijnzeels, M. A. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? 63(9), 2407-2417.
- Meeuwesen, L., Tromp, F., Schouten, B. C., & Harmsen, J. A. (2007). Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? *Patient Education and Counseling*, 77, 183-190.
- Meeuwesen, M., Twilt, S., ten Thije, J. D., & Harmsen, H. (2010). "Ne diyor?" (What does she say?): Informal interpreting in general practice. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 198-203.
- Meeuwesen, M., van den Brink-Muinen, A., & Hofstede, G. (2009). Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient Education and Counseling*, 58-66.
- Paes. (2002). Buitenlanders in de apotheek: Communicatie is meer dan taal. *Pharmaceutisch Weekblad*, 137(5), 177-180.
- Pinto, D. (1994). *Interculturele communicatie dubbel perspectief door de drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen van verschillen*. Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum.

- Roberts, C., & Sarangi, S. (2002). Mapping and assessing medical students' interactional involvement styles with patients. In K. Spellman-Miller, & P. Thompson, *Unity and diversity in language use: British studies in Applied linguistics 17* (pp. 99-117). Londen: Continuum.
- Roter, D., & Hall, J. (1992). *Doctors Talking with Patients. Patients Talking with Doctors*. Westport: Auburn House.
- Roter, D., & Hall, J. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. Westport, Conn, Praeger.
- Schramm, W. L., & Wilbur. (1954). *The process and effects of mass communication*. Urbana: University of Illinois Press.
- Seeleman, C., Suurmond, S., & Stronks, K. (2005). *Een arts van de wereld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Shadid, W. (2002). *Culturele diversiteit en interculturele communicatie*. Tilburg: Damon.
- Shadid, W. A. (2003). *Grondslagen van interculturele communicatie*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Shadid, W. A., & van Koningsveld, P. S. (1983). *Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg*. Assen: van Gorcum.
- Shannon, C., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Illinois: Urbana: University of Illinois Press.
- Shannon, C., & Weaver, W. (1994). *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.
- Silverman, J., Kurtz, A., & Draper, J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg*.
- Spencer-Oatey, H. (2008). *Culturally speaking: Culture, Communication and Politeness Theory* (2e ed.). Londen: Continuum.
- Spencer-Oatey, H., & Franklin, P. (2009). *Intercultural interaction*. United Kingdom: Palgrave macmillan.
- Van Esch, S. (2002). Recepten voor een goed gesprek. SMPVU.
- van Wieringen, J. C., Kijlstra, M. A., & Schulpen, T. W. (2002). *Interculturalisatie van het medisch onderwijs in Nederland. Een inventarisatie bij de faculteiten geneeskunde*. Den Haag: SGO/ZonMw.
- van, E. (2002). *Recepten voor een goed gesprek*. VU Amsterdam: SMPVU.
- West, R., & Turner, L. H. (2007). *Introducing communication theory analysis and application*. New York: McGraw-Hill.
- Wieringen van, J., Harmsen, J. A., & Bruijnzeels, M. (2002). Intercultural communication in general practice. *Public Health, 12*(1), 12-63.

Wijk, C. (2008). In *Toetsende statistiek: basistechnieken*. Bussum: Couthino.

Zandbelt, L. (2006). *Patient-centered communication in the medical specialist consultation*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.

Zandbelt, L. (2006). *Patient-centred communication in the medical specialist consultation*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.

8 Bijlagen

8.1 Bijlage 1: Berekening Cohen's Kappa

Overzicht toegekende typen miscommunicatie aan regelnummer(s):

Consult 210102

Beoordelaars			
Regelnummer(s)	2	1	3
24-25	B	B	C
27-29	C	B	B
33	B	B	B
55	B	B	B
72-76	B	E	E
77	D	D	D
105	A	B	C
110-113	B	C	C
146	E	B	E
158-168	A	C	B
188	B	B	B
190-197	B	B	D
198-222	A	D	C
239	B	B	B
296	B	B	B
301	A	A	A
307	E	E	E
334-340	A	E	E

Consult 110708

Beoordelaars			
Regelnummer(s)	2	1	3
22	B	B	B
31	B	B	A
72	A	A	A
110	B	B	A
246	B	B	B
252	E	D	C
260	E	E	E
309	B	B	B
315	B	D	D
327	B	B	B
388	B	B	B
409-418	B	B	B

Samenvatting van het aantal vormen van miscommunicaties. door de drie beoordelaars:

Beoordelaars			
Vorm van miscommunicatie	2	1	3
A	6	2	4
B	18	18	12
C	1	2	5
D	1	4	3
E	4	4	5
Letter	Toelichting		
A	Onmiddellijke herkenning van het probleem, maar geen commentaar		
B	Onmiddellijke herkenning van het probleem, en geeft commentaar		
C	Latere herkenning van het probleem, maar geen commentaar		
D	Latere herkenning van het probleem en geeft commentaar		
E	Geen herkenning van het probleem		

Berekening van de Cohen's Kappa

Voor het valideren van de voorgestelde methode van dit onderzoek is gebruikt gemaakt van de Cohen's Kappa. Deze geeft de mate van intercodeursbetrouwbaarheid aan. Uit de berekeningen hieronder blijkt dat de Cohen's Kappa voor de beoordelaars 1 en 2 0,95 bedraagt. Dit kan worden beschouwd als een uitstekende overeenkomst. De Cohen's Kappa voor de beoordelingen van beoordelaars 3 en 2 laat eveneens 0,98 zien, welke dan dus ook een uitstekende overeenkomst aangeeft. De beoordelingen van beoordelaars 1 en 3 komen eveneens uit op een Cohen's Kappa van 0,98, en komen zodoende ook uitstekend overeen volgens de standaarden van de evaluatie van een Cohen's Kappa (van Wijk, 2008).

Berekening Cohen's Kappa: 2 en 1

		Beoordelaar 1					
		Miscomm.	Miscomm.	Miscomm.	Miscomm.	Miscomm.	Totaal
		A	B	C	D	E	
Beoordelaar	Miscomm.	8	24	8	10	10	60
2	A						
	Miscomm.	20	36	20	22	22	120
	B						
	Miscomm.	3	19	3	5	5	35
	C						
	Miscomm.	3	19	3	5	5	35
D							
Miscomm.	6	22	6	8	5	47	
E							
Totaal		40	120	40	50	47	60

Beoordelaars 1 en 2

Stap	Naamgeving	De formule toegepast	Uitkomst
------	------------	----------------------	----------

1	Kansfrequentie cellen opgeteld	$(60 \cdot 40)/100 +$ $(120 \cdot 120)/100 +$ $(40 \cdot 35)/100 +$ $(50 \cdot 35)/100 + (47 \cdot 47)/100$	221,5
2	Kansovereenkomst tussen beoordelaars	$221,5/100$	2,215%
3	Kans gecorrigeerde geobserveerde overeenkomst	$95\% - 2,215\%$	92,785%
4	Voor kans gecorrigeerde potentiële overeenkomst	$100\% - 2,215\%$	97,785%
5	Cohen's Kappa	$92,785/97,785$	0,95

Berekening Cohen's Kappa: Beoordelaar 3 en 2

		Beoordelaar 3					Totaal
		Miscomm. A	Miscomm. B	Miscomm. C	Miscomm. D	Miscomm. E	
Beoordelaar 2	Miscomm. A	10	18	11	9	11	59
	Miscomm. B	22	30	23	21	23	119
	Miscomm. C	5	13	6	4	6	34
	Miscomm. D	5	13	6	4	6	34
	Miscomm. E	8	16	9	7	9	49
	Totaal	50	90	55	45	55	60

Beoordelaar 3 en 2			
Stap	Naamgeving	De formule toegepast	Uitkomst
1	Kansfrequentie cellen opgeteld	$(59 \cdot 50)/100 + (119 \cdot 90)/100 + (34 \cdot 55)/100 + (34 \cdot 45)/100 + (49 \cdot 55)/100$	197,55

2	Kansovereenkomst tussen beoordelaars	197,55/100	1,98
3	Kans gecorrigeerde geobserveerde overeenkomst	98,33%-1,98%	96,35%
4	Voor kans gecorrigeerde potentiële overeenkomst	100%-1,98	98,02
5	Cohen's Kappa	96,35/98,02	0,98

Berekening Cohen's Kappa: Beoordelaar 3 en 1

		Beoordelaar 3					Totaal
		Miscomm. A	Miscomm. B	Miscomm. C	Miscomm. D	Miscomm. E	
Beoordelaar 1	Miscomm. A	6	14	7	5	7	39
	Miscomm. B	22	30	23	21	23	119
	Miscomm. C	6	14	7	5	7	39
	Miscomm. D	8	16	9	7	9	49
	Miscomm. E	8	16	9	7	9	49
	Totaal	50	90	55	45	55	60

Beoordelaar 3 en 1			
Stap	Naamgeving	De formule toegepast	Uitkomst
1	Kansfrequentie cellen opgeteld	$(39 \cdot 50) / 100 + (119 \cdot 90) / 100 + (39 \cdot 55) / 100 + (49 \cdot 45) / 100 + (49 \cdot 55) / 100$	197,05
2	Kansovereenkomst tussen beoordelaars	197,05/100	1,97

3	Kans gecorrigeerde geobserveerde overeenkomst	98,33%-1,97%	96,36%
4	Voor kans gecorrigeerde potentiële overeenkomst	100%-1,97%	98,03
5	Cohen's Kappa	96,36/98,03	0,98

8.2 Bijlage 2: SPSS Output

8.2.1 SPSS output vraag 1

Group Statistics

	begrip	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
aantal mis	Laag	15	11,1333	4,18956	1,08174
	Hoog	16	1,0625	,99791	,24948

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean D
aantal mis	Equal variances assumed	14,674	,001	9,346	29	,000	
	Equal variances not assumed			9,072	15,488	,000	

8.2.2 SPSS output vraag 2

Consulteren hoog wederzijds begrip

Group Statistics

	tolk	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
aantal mis	Ja	7	,8571	1,06904	,40406
	Nee	9	1,2222	,97183	,32394

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean D
aantal mis	Equal variances assumed	,000	,985	-,714	14	,487	
	Equal variances not assumed			-,705	12,362	,494	

Consulten laag wederzijds begrip

Group Statistics

	tolk	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
aantal mis	Ja	8	9,1250	3,94380	1,39434
	Nee	7	13,4286	3,35942	1,26974

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean D
aantal mis	Equal variances assumed	,008	,928	-2,256	13	,042	
	Equal variances not assumed			-2,282	12,996	,040	

8.3 Bijlage 3: Analyse alle consulten

	Consult nummer	Land van herkomst	Hoog/laag wederzijds begrip	Aantal keer type miscommunicatie					Totaal van elk cosult
				A	B	C	D	E	
1	210212	6	Laag	3	5	0	1	1	10
2	210102	5	Laag	1	7	4	2	4	18
3	110708	4	Laag	1	9	0	2	4	16
4	210716	5	Laag	0	8	1	1	6	16

5	100803	4	Laag	0	3	1	2	3	9
6	210213	3	Laag	1	6	0	0	4	11
7	211405	3	Laag	0	3	0	0	1	4
8	111001	5	Laag	0	13	0	1	2	16
9	101808	5	Laag	1	5	0	3	2	11
10	301004	4	Laag	0	4	1	4	0	9
11	100608	5	Laag	0	1	0	1	2	4
12	310806	4	Laag	0	5	0	5	3	13
13	310701	4	Laag	0	5	0	2	3	10
14	310714	4	Laag	0	5	0	0	3	8
15	100302	5	Laag	0	10	0	0	2	12
	Totaal van elke miscom m.			7	89	7	24	40	

	Consult nummer		Hoog/laag wederzijds begrip	Aantal keer type miscommunicatie					Totaal van elk con
				A	B	C	D	E	
16	111805	5	Hoog	0	0	0	0	1	1
17	310611	2	Hoog	0	3	0	0	0	3
18	310503	6	Hoog	0	0	0	0	0	0
19	310407	5	Hoog	0	0	0	1	0	1
20	301115	2	Hoog	0	0	0	0	0	0
21	211602	3	Hoog	0	1	0	0	0	1
22	210717	5	Hoog	0	3	0	1	0	3
23	210603	6	Hoog	0	0	0	0	0	0
24	210707	5	Hoog	0	0	0	1	0	1
25	201011	2	Hoog	0	0	0	0	0	0
26	200302	7	Hoog	0	1	0	0	0	1
27	200102	7	Hoog	0	0	2	0	0	2
28	110204	5	Hoog	0	1	0	1	0	2
29	101809	7	Hoog	0	0	0	0	1	1
30	101805	5	Hoog	0	0	0	0	0	0
31	301110	5	Hoog	0	1	0	0	0	1

Totaal van elke miscom m.			0	10	2	4	2	
----------------------------------	--	--	----------	-----------	----------	----------	----------	--

1=Nederlands

2= Suriname

3=Antillen/Aruba

4=Marokko

5= Turkije

6= Kaapverdië

7=Anders

Overzicht aanwezigheid informele tolk – Vraag 2

Consult nummer	Wederzijds begrip	Informele tolk aanwezig?
210212	Laag	Ja
210102	Laag	Nee
110708	Laag	Ja
210716	Laag	Nee
100803	Laag	Ja
210213	Laag	Ja
211405	Laag	Ja
111001	Laag	Nee
101808	Laag	Ja
301004	Laag	Nee
100608	Laag	Ja
310806	Laag	Nee
310701	Laag	Nee
310714	Laag	Ja
100302	Laag	Nee
111805	Hoog	Ja
310611	Hoog	Nee
310503	Hoog	Ja

310407	Hoog	Ja
301115	Hoog	Ja
211602	Hoog	Nee
210717	Hoog	Ja
210603	Hoog	Ja
210707	Hoog	Nee
201011	Hoog	Nee
200302	Hoog	Nee
200102	Hoog	Nee
110204	Hoog	Nee
101809	Hoog	Nee
101805	Hoog	Nee
301110	Hoog	Ja