




GEEN WIT, GEEN ZWART

Allochtone patiënten in de huisartsenpraktijk



Twintig jaar geleden vroeg menig stedelijk huisarts zich vertwijfeld af hoe om te gaan met de groeiende groep allochtone patiënten. Inmiddels is er een schat aan ervaring. En zijn er net zoveel goede manieren als er goede huisartsen zijn.

JOOST VISSER

Joachim Knap (55) is huisarts in de Amsterdamse volkswijk Bos en Lommer. Zo'n vijftien jaar geleden begon hij zich zorgen te maken: een toevloed aan Marokkanen en Turken, angst voor een massaal vertrek van Nederlanders en het ontstaan van een getto, met alle onrust van dien. Het is hem meegevallen. Anders dan in de naburige achterstandswijk Slotervaart wonen Nederlanders, Turken en Marokkanen in Bos en Lommer redelijk harmonieus met en door elkaar. Ook Knaps frustratie van destijds - met zoveel patiënten niet te kunnen praten - is grotendeels weggeëbd: 'De eerste generatie spreekt doorgaans geen Nederlands en zal het ook nooit meer leren. Maar die patiënten komen nu met familie of kennissen die de taal vloeiend spreken, of ze plukken iemand uit de wachtkamer die even tolkt, of vragen een van de doktersassistenten.' Kan hij zo in ieder geval weer praten. Het feit dat mensen een andere culturele achtergrond hebben, vond Knap al nooit zo'n probleem. 'Dat ze misschien iets meer somatiseren dan Nederlanders, dat ze niet psychotisch zijn maar bezeten door een dzjinn, ach: zij hebben in feite dezelfde ziektebeelden. Ik kan uitleggen wat er aan de hand is, en dat begrijpen ze.'

CULTUURVERSCHILLEN

Voor Hans Harmsen (56), al 25 jaar huisarts in de Rotterdamse wijk Charlois, 'op Zuid', is 'taal' niet het enige probleem in de omgang met allochtonen: 'Er blijft een barrière, juist door die cultuurverschillen.' Het motiveerde hem, begin jaren negentig, om onderzoek te gaan

doen naar de mate waarin huisartsen en allochtone patiënten elkaar begrijpen - en hoe dat wederzijdse begrip is te vergroten. In 2003 promoveerde hij. Conclusie van zijn proefschrift: huisartsen moeten oog hebben voor de culturele achtergrond van hun patiënten en hun communicatiestijl daarop aanpassen.

Niet in detail - wat met tientallen nationaliteiten in één praktijk godsonmogelijk is - maar in grote lijnen. In navolging van taalkundige David Pinto (oud-hoogleraar interculturele communicatie in Nederland (UvA) en Israël, maar vooral bekend door zijn kortstondige flirt met Leefbaar Nederland), ziet Harmsen twee maatschappijvormen, als uitersten op een continuüm: een 'fijnmazige' samenleving - een groepscultuur met een strakke structuur van omgangs-

moet u wat vragen stellen om zeker te weten wat er aan de hand is, en daarop moet u zo zuiver mogelijk antwoorden met ja of nee.' Ik vraag ook wel eens of ze zich thuis zorgen maken. Of iets als: "Waar denken jullie in Marokko aan bij dit soort klachten?" Je moet in ieder geval niet bij die patiënt het Nederlandse consult kopiëren.'

Aan de andere kant, haast Harmsen zich te zeggen, mag en moet de huisarts patiënten leren dat de dokter in Nederland dingen anders doet dan zij van huis uit gewend zijn. Soms lukt dat ook: 'Een van mijn patiënten, een Turkse meneer uit de eerste generatie die hier al dertig jaar woont, krijgt op vakantie in Turkije een hernia. Hij laat een MRI maken en ze willen hem opereren. Maar hij neemt het vliegtuig terug, want hij wil het eerst

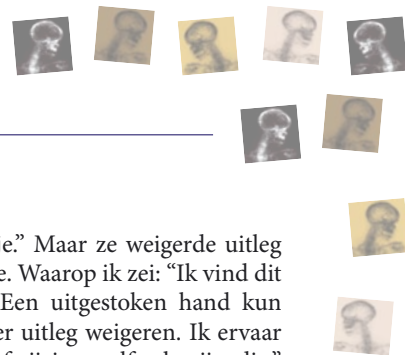
'Je moet de mensen leren dat het hier anders gaat dan zij van huis uit gewend zijn'

codes en communicatieregels, en 'eer' als hoogste doel - en haar 'grofmazige' tegenhanger: een individuele cultuur waar codes en regels veel minder gedetailleerd zijn vastgelegd en 'zelfontwikkeling' hoog in het vaandel staat.

In de cursussen die Harmsen inmiddels aanbiedt, wil hij huisartsen die verschillen laten zien, want - zo was destijds zijn conclusie - begrip verbetert de communicatie: 'Aan een Nederlandse patiënt die met een ernstige klacht op het spreekuur komt, zal ik vragen: "Waar denk je zelf aan? Maak je je zorgen?" Als iemand afkomstig is uit een klein dorpje in het Rifgebergte, een fijnmazige samenleving, doe ik dat niet. Dan zeg ik iets als: "Ik

met zijn Nederlandse dokter bespreken. Een collega, want ik was met vakantie, stuurt hem met de MRI naar het ziekenhuis. Daar doen ze alles over en komen tot de diagnose: hernia. Maar de klachten zijn minder geworden, de man krijgt fysiotherapie en is niet geopereerd. Je moet niet bang zijn om mensen duidelijk te maken dat het hier anders gaat dan in Turkije of Marokko. Hoewel, ook in die landen wordt minder met medicijnen gegooseld dan vroeger en werken artsen meer evidence-based.'

In zijn onderzoek vond Harmsen dat huisartsen en patiënten uit de tweede generatie elkaar het slechtst begrepen. Dat verbaasde hem, maar hij heeft er ook



wel een verklaring voor: 'Zij leven letterlijk tussen twee culturen, kiezen soms voor de ene, soms voor de andere cultuur. Misschien vallen ze juist bij ziekte makkelijker terug op oude patronen. Hoe dan ook, bij die tussengroep moeten we alert zijn op miscommunicatie. Deze mensen zien er soms heel modern uit en spreken voortreffelijk Nederlands, zodat je kunt denken dat ze je makkelijk volgen en goed begrijpen. Maar dat kan flink tegenvallen.'

BEETJE SPOTTEN

Roelof Metz (52), huisarts in het Rotterdamse gezondheidscentrum Oude Westen en Cool, deed destijds mee aan het onderzoek van Harmsen. Hij heeft er vooral van geleerd dat hij - en wie niet? - mensen beoordeelt vanuit de waarden die hij zelf ooit meekreeg. Maar verder zegt hij weinig te hebben aan boeken en cursussen over 'de' allochtone patiënt. Die bestaat immers niet, zo luidt zijn credo, want iedereen is anders, onder de Nederlanders maar zeker ook onder de allochtonen: 'Families die ooit dik in de hoofddoeken in mijn praktijk kwamen, zie ik nu met piercings en spijkerbroeken. Ze hebben hun neus laten rechtzetten omdat ze die niet mooi vonden. Het is

niet allemaal achterlijkheid wat komt en blijft. Mensen ontwikkelen zich, wennen aan dingen.' Zelfs strenge moslims, die zich strikt aan de regels van hun godsdienst zeggen te houden, kunnen er heel verschillende opvattingen op nahouden, is zijn ervaring. 'Ik vind het leuk om er een beetje mee te spotten: "Mag je dat niet? Ik had net iemand die zei dat het wél mocht. Hoe zit dat dan?" En natuurlijk denken we bij dik ingepakte moslimvrouwen dat er veel taboes zullen zijn. Tot zo'n vrouw binnenkomt, je géén hand geeft, maar wel van wal steekt met: "De seks gaat niet goed." Dat kan!'

Vanuit die houding doet Metz bij allochtone patiënten wat hij bij Nederlanders óók doet. Hij vraagt naar het hoe en waarom van hun leven, 'met vooraf een excuus voor het geval dat een onbeleefde vraag zou zijn'. En hij maakt hun duidelijk wat zijn eigen normen en waarden zijn. Dat een vrouwelijke islamitische patiënt hem van meet af aan duidelijk maakt geen hand te willen geven, bijvoorbeeld, kan hij accepteren. Maar een patiënte die hij al langer kent en die van de ene op de andere dag zijn uitgestoken hand negeert, dat kwetst hem: "Toen dat me een keer overkwam, zei ik: "Ik ken je al zolang, ik ben haast

familie van je." Maar ze weigerde uitleg en knikte nee. Waarop ik zei: "Ik vind dit beledigend. Een uitgestoken hand kun je niet zonder uitleg weigeren. Ik ervaar het als een afwijzing, zelfs als vijandig." Ze bleef weigeren. Sindsdien geef ik haar geen hand, maar het incident heeft de relatie verstoord. Mensen hebben het recht zich te vestigen binnen de burcht van hun cultuur, maar dat maakt het contact toch anders.'

Als huisarts wil Metz telkens laten zien hoe hij in het leven staat. Dat geeft duidelijkheid, stelt hij vast. Hij verhaalt van een oude Marokkaan, hoofd van een grote familie, die thuis op sterven lag. Zijn vrouw moest hem mee verzorgen, want hij liet niet toe dat de wijkverpleegkundige álles deed. Maar ook zij was ziek en de twee thuiswonende dochters hadden hun redenen om zich aan de verzorging te onttrekken. Metz: 'Die zeiden ja, maar deden niets. Ik ben dat gaan bespreken. Heb verteld dat ik begreep dat ze ja tegen mij zeiden, want ik ben de dokter en die spreek je niet tegen. En dat ze zo ook hun vader bezwoeren dat het zou gaan zoals hij het wilde. Maar naar mijn idee, zei ik, getuigt het van meer respect om iemand te verzorgen dan om hem niet tegen te spreken.' >>

Huisartsen en patiënten uit de tweede generatie blijken elkaar het slechtst te begrijpen.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

De Amsterdamse arts Dilek Boyraz, van Turkse afkomst, voelt bij Turkse patiënten nog altijd de druk van te hoge verwachtingen.

<< Nog een voorbeeld: 'Komt een Marokkaanse meneer met zijn dochter, in traditionele kleding: "Dokter, mijn dochter heeft een probleem. Ze moet gymen op school maar ze mag haar hoofddoek niet om. Dus kán ze niet gymen, want dan krijgt ze psychische problemen. Ik wil graag een briefje dat gymen niet goed voor haar is." Waarop ik zeg: "U bent moslim en zegt dat uw dochter niet mag gymen van haar geloof. Maar ik ben christen en ik mag niet liegen van mijn geloof! Dus hebben we een probleem." Als zij hun godsdienst in stelling brengen, doe ik dat ook. En ik krijg er respect voor terug.'

In de praktijk van Metz, die het Arabische schrift kan lezen en Turks spreekt ('Een hobby, in de praktijk gebruik ik het niet vaak meer'), blijft de tolkentelefoon vrijwel ongebruikt en is Nederlands de voertaal: 'Ik wijs er keer op keer op hoe belangrijk het is de taal te spreken van het land waar je woont.' Carien van Gijn (57), huisarts in het Utrechtse Gezondheidscentrum Lombok, doet dat ook:

'Wij zeggen: leer de taal. Maar bij de eerste generatie gáát dat niet meer.' Het verklaart haar enthousiasme over de twee 'voorlichters in eigen taal en cultuur' (VETC'ers), een Turkse en een Marokkaanse, die vanuit de thuiszorg in het centrum zijn gedetacheerd. Deze allochtone zorgconsulenten - er zijn er inmiddels 60 in Nederland - zijn speciaal opgeleid om verschillen in verwachtingen en denkbelden tussen artsen en allochtone patiënten te overbruggen. In Lombok zijn ze aanwezig op het spreekuur van de diabetes- of COPD-verpleegkundige of van de diëtiste; ook kunnen de huisartsen ze vragen even aan te schuiven als iemand die geen Nederlands spreekt, op het spreekuur komt. Van Gijn is enthousiast: 'Ik móet de alarmsignalen weten! Is de hoofdpijn echt erg? Hoe acuut is die begonnen? Of die pijn in je hartstreek, heb je die bij inspanning of bij rust? Nederlanders kunnen dat al moeilijk zeggen, maar allochtonen helemaal.' Vanzelf gaat het inschakelen van een VETC'er ook weer niet: 'Je moet haar lei-

den, zeggen: "Ik wil alleen dit weten", of: "Je moet dit zeggen." En ervoor oppassen dat ze niet méégaat met de patiënt die de pillen of de verwijzing vraagt die jij nou juist niet wil geven.'

VROUWENPROBLEMEN

De Amsterdamse huisarts Knap zag kans voor een andere oplossing, toen zijn collega in de duopraktijk aangaf binnen een jaar te stoppen: 'In zijn plaats wilde ik een vrouwelijke arts, omdat vrouwen daarom vragen, zeker de buitenlandse. En ik heb hier altijd al willen werken met een Nederlandse, Arabische en Turkse arts. Toen ik hoorde dat Dilek geïnteresseerd was, was de keuze snel gemaakt.' Dilek is Dilek Boyraz-Ikiz (38), geboren in Turkije, als kind naar Nederland verhuisd, en sinds een paar jaar huisarts. Drie jaar werkt zij nu in de praktijk, eerst als hidha, sinds twee jaar met Knap geassocieerd. De praktijken zijn strikt gescheiden; alleen bij een 'vrouwenprobleem' mag een patiënte van Knap incidenteel bij Boyraz te rade gaan,

anders niet. Dat geldt óók voor mensen die slecht Nederlands spreken en kunnen weten - ongetwijfeld ook wéten - dat zij met Boyraz Turks mogen praten.

De meeste patiënten waren direct blij met de nieuwe arts: Turks en ook nog vrouw. Boyraz: 'Consulten begonnen vaak met een zin als: "Ik ben zo blij dat je er bent, nu kan ik alles in mijn eigen taal uitleggen, jij zal me begrijpen en die pro-

moet je duidelijk, maar wel omzichtig doen. Soms wordt het opgevat als brutaal of kattig.'

Loopt het contact met collega's en met autochtone Nederlanders inmiddels gesmeerd (de eerste groep was aanvankelijk bang dat hun Turkse patiënten zich en masse zouden laten overschrijven, de tweede groep moest de kat uit de boom kijken), bij Turkse patiënten

ben? Verwachten ze soms een luisterend oor, zoals bij een buurvrouw of vriendin? Ik vind dat moeilijk te scheiden. Misschien moet ik de drempel hoger leggen, denk ik wel eens. Maar dan denk ik weer: ze zien me misschien als laatste strohalm, dan kan ik ze toch niet afwijzen?'

Vooral verklaringen schrijven - voor de woningdienst, de gemeente, parkeeronthefing - valt haar zwaar. 'Als het verzoek is afgewezen, denken ze dat er iets negatiefs in moet hebben gestaan. Waarom denk je dat?, vraag ik dan. "Nou, in de moskee horen we dat het altijd goed gaat, als de huisarts maar schrijft dat het nodig is."

Soms heb ik wel eens een schuldgevoel. Wat had het nu uitgemaakt als ik een gunstig briefje had verzonnen? Maar dan gaat ook dát weer rond, en is het: waarom krijg ik zo'n verklaring niet en die en die wel?

De Turkse gemeenschap hier is als een dorp. Ik krijg wel eens te horen dat ze zelfs op de markt over me praten: "We hadden zoveel verwacht van dokter Boyraz, maar het is toch niets geworden. Ze is net een Nederlandse, met al die regeltjes en dingen die ze niet wil doen." ■

'Komen ze bij mij als huisarts of omdat ik Turkse ben?'

blemen behandelen waar ik al jaren mee zit." Vaak ging het dan om psychosomatische klachten, hoofdpijn, rugpijn, of om heimwee, problemen met de kinderen, zaken waarmee ze al jaren op het spreekuur waren geweest. Maar nu was het: "Jij kan het oplossen!" De moed zakte me in de schoenen.'

Zij wist eruit te komen. Legde uit dat een echt oplosbaar probleem in al die jaren heus wel zou zijn opgelost, besprak de problemen één voor één, zei dat sommige niet zijn op te lossen, ook niet door haar. Kortom, trok haar grenzen: 'Dat

voelt Boyraz nog altijd die druk van te hoge verwachtingen: 'Ik denk aan een vrouw die bij Joachim staat ingeschreven. Ik had haar twee keer gezien, voor het inbrengen en later weer verwijderen van een spiraaltje. Twee weken terug belde ze op de spoedlijn of ik bij haar wilde komen. Ze bleek ruzie te hebben gehad met haar man. Ik heb haar gezegd een pilletje te slikken en desnoods even langs te komen. Zoiets overkomt me vaker. Waarom doen deze vrouwen dat? Willen ze iets van mij als huisarts, of komen ze alleen omdat ik een Turkse



PRAKTIJKPERIKEL

Te gek voor woorden



In december 2003 bevalt een Marokkaanse vrouw van haar derde kind. Het blijkt dezelfde progressieve neurodegeneratieve aandoening te hebben waaraan haar tweede kind een paar jaar geleden is overleden.

In diezelfde tijd is ze bezig met de voorbereidingen voor de naturalisatietoets. De eerste taaltesten heeft zij met goed resultaat afgelegd.

Gedurende anderhalf jaar verzorgt zij samen met haar man hun dochter, die sondevoeding en zuurstof nodig heeft en aan een monitor is gekoppeld. Ze ondernemen zelfs nog

een reis met de auto naar Marokko, in de hoop daar genezing te vinden. In mei 2005 overlijdt het meisje.

Begin dit jaar vraagt de man aan de huisarts een medische verklaring voor zijn vrouw om ontheffing te krijgen voor de naturalisatietoets. De eerste verklaring blijkt niet overtuigend genoeg. Na de tweede verklaring belt een ambtenaar van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) naar de huisarts. Hij vindt dat de vrouw ontheffing zou moeten krijgen en vraagt of ze naar een psychiater kan worden verwezen. In geval van een psychische stoornis dient de verklaring afkomstig te zijn van een psychiater of psycholoog. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.