



# TOEGANKELIJKHEID EN GEBRUIK VAN HUISARTSENZORG

## *Migratie en gezondheid 2011, feiten en cijfers*

*De Pharos publicatie Migratie en Gezondheid 2011 – Feiten en cijfers bevat een overzicht van kennis en feiten over migranten in verschillende gezondheidssectoren. Dit artikel is gebaseerd op het hoofdstuk over eerstelijnszorg en biedt feiten en cijfers over toegankelijkheid en gebruik van de spil binnen de gezondheidszorg: de huisarts.*

HELENA KOSEC

**N**ederlanders met een migrantenachtergrond consulteren de huisarts frequenter dan autochtone Nederlanders. Uit studies van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat het hogere gebruik van huisartsenzorg niet alleen verklaard kan worden door een hogere ziektelast. Het verschil in gebruik is namelijk juist het grootst bij personen die hun gezondheid als goed ervaren. Ook na correctie voor SES (sociaaleconomische status) blijken migranten uit de vier grootste groepen hun huisarts vaker te bezoeken dan autochtone Nederlanders.

Exacte cijfers zijn niet bekend, maar een groot deel van deze patiënten consulteert

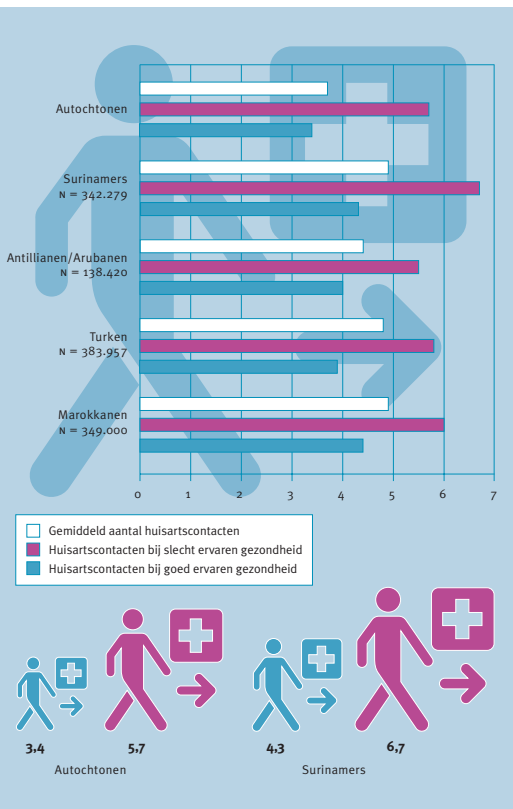
de huisarts met pijnklachten waarvoor geen medische oorzaak gevonden wordt, de zogenoemde onbegrepen lichamelijke klachten. Vooral psychosociale problemen kunnen een rol spelen bij het ontstaan en aanhouden van fysieke pijnklachten. Daarnaast kunnen pijnklachten ook uitingen zijn van psychiatrische problematiek zoals depressie of een angststoornis.

### **GEBREKKIG BEGRIIP**

Een van de onderliggende oorzaken van het hogere aantal consulten is het gebrek aan wederzijds begrip tussen huisarts en patiënt. Verschillende factoren kunnen hieraan debet zijn: taalbarrières, uiteenlopende verwachtingen of communicatie-

▲ **Nederlandse alloctonen gaan vaker naar de huisarts dan autoctonen, zowel voor zichzelf als voor hun kinderen.**

problemen. Onderzoek toont aan dat huisartsenconsulten met migranten verschillen van die met autochtone patiënten. Dit geldt onder andere voor de mate waarin patiënten participeren in het gesprek, de stijl van communiceren en de mate van affectie die een arts toont. Uit analyses van arts-patiëntinteracties blijkt dat migranten bij laag wederzijds begrip zich over het algemeen coöperatief tonen. Bijvoorbeeld door de arts niet tegen te spreken of door stil te vallen. Autochtone Nederlandse patiënten laten daarentegen vaker merken dat zij ►



ILLUSTRATIE UIT MIGRATIE EN BEZONDRHEID

## ▲ Gemiddeld aantal contacten met de huisarts in een jaar uitgesplitst naar etnische groep en naar ervaren gezondheid (slecht vs. goed).

► twijfels hebben bij wat de arts constateert of dat ze een andere mening hebben. Voorts blijken huisartsen patiënten uit migrantengroepen minder te betrekken bij de besluitvorming en controleren ze sporadischer of deze patiënten alles goed hebben begrepen. Opvallend is dat consulten met migranten gemiddeld twee minuten korter duren dan die met autochtone patiënten. Huisartsen lijken de communicatieproblemen dus niet te compenseren door extra tijd te reserveren voor het gesprek. Een opmerkelijk gegeven. Vooral in de zorgverlening aan patiënten met vage pijnklachten waarvoor geen duidelijke (medische) oorzaak wordt gevonden, is een goed wederzijds begrip tussen huisarts en patiënt essentieel.

## VERTROUWEN

Vooral de houding van de huisarts is belangrijk voor de relatie met (migranten)patiënten. De patiënt wil het gevoel hebben serieus genomen te worden. Gemiddeld genomen blijken migranten de huisartsenzorg als minder goed te beoordelen en zijn ze minder tevreden in vergelijking met autochtone patiënten. Zij ervaren een gebrek aan aandacht, begrip en interesse. Ook hebben ze het idee dat de huisarts niet

evenveel tijd aan hen besteedt als aan Nederlandse patiënten. Bovendien menen ze dat de huisarts niet altijd bereid is over hun problemen te praten. Deze ervaringsfeiten hebben geleid tot het afbrokkelen van vertrouwen in de Nederlandse huisartsenzorg bij sommige migranten. Terwijl vertrouwen juist een essentiële voorwaarde is om uitleg en behandelvoorstellen te accepteren die afwijken van wat men verwacht.

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat vooral Turkse patiënten een andere houding en verwachting hebben ten aanzien van de huisarts dan autochtonen. Turken verwachten vaak sneller en meer medisch handelen. Vanwege het gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg bezoeken veel migranten liever een arts in het land van herkomst. Zo consulteren Turkse patiënten regelmatig artsen in Turkije omdat zij meer vertrouwen hebben in de zorg die zij daar ontvangen. Het meer afwachtende beleid van Nederlandse huisartsen verschilt van dat in herkomstlanden. Zo wordt er in Nederland minder gauw antibiotica voorgeschreven in vergelijking met andere landen. Volgens zowel patiënten als artsen wordt er in Nederland ook minder doorverwezen voor aanvullend onderzoek. Patiënten voelen zich hierdoor soms 'afgescheept' met paracetamol of slechts adviezen.

## CULTUREEL COMPETENTE ZORG

Om de zorg door de huisarts beter te laten aansluiten bij de etnische diversiteit in de Nederlandse bevolking zijn er de afgelopen twee decennia meerdere initiatieven ontwikkeld. Een deel hiervan richt zich op het verbeteren van culturele competenties door trainingen interculturele communicatie en gesprekstechnieken. Een ander deel betreft het ondersteunen van de huisarts door inzetten van praktijkondersteuners, allochtone zorgconsulenten of voorlichters in eigen taal en cultuur. Evaluatieonderzoek heeft inmiddels aangetoond dat dit laatste dikwijls heeft bijgedragen aan verbeterde communicatie tussen arts en patiënt.

In 2010 hebben Pharos, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) het competentieprofiel voor huisartsen aangevuld met de specifieke competenties voor huisartsen die werkzaam zijn in achterstandswijken. Deze artsen zien immers veel patiënten met een migrantenachtergrond. Centraal in dit competentieprofiel staat de notie dat huisartsen in staat zijn om de culturele achtergrond van patiënten

te betrekken bij de interpretatie van de klacht. Deze competenties hebben te maken met zowel vakinhoudelijke aspecten (medische kennis) als met de arts-patiëntrelatie, communicatie, samenwerking en organisatie van de praktijk. Een randvoorwaarde voor een goed wederzijds begrip en vertrouwen is oog hebben voor de culturele context van de patiënt. Als hulpmiddel voor het overbruggen van culturele verschillen in de arts-patiëntrelatie kan het Culturele Interview worden gebruikt. Dit is een lijst (gebaseerd op de Cultural Formulation of Diagnosis) met vragen over sociale en culturele achtergronden van de patiënt. Kwalitatief onderzoek laat zien dat vooral bij patiënten met een hoge zorgconsumptie het interview bijdraagt aan een beter begrip tussen arts en patiënt. De culturele invalshoek blijkt bruikbare input te leveren voor diagnostische overwegingen. Daarbij helpt het Cultureel Interview tot een indicatiestelling en behandeling te komen die aansluiten bij het perspectief van de patiënt.

Naast het herwinnen van vertrouwen levert verbetering van de huisartsenzorg aan migranten ook een aanzienlijke kostenbesparing op. Volgens berekeningen van Pharos geeft het een besparing van ongeveer dertig miljoen euro als het aantal huisartsconsulten van migranten wordt teruggebracht tot het landelijk gemiddelde. ●

Helena Kosec is senior projectleider en adviseur bij Pharos.

De literatuur waarop dit artikel is gebaseerd, is op te vragen bij de redactie.

## LEZERSACTIE PHAXX

Phaxx stelt vijf exemplaren van *Migratie en Gezondheid 2011 – Feiten en cijfers* gratis ter beschikking. Ga naar pagina 4 voor meer informatie.

