

Nieuws uit de Academische Werkplaats Migranten en Gezondheid(szorg). Met het oog op onderzoek (column van Walter Devillé), bespreking van boeken of onderzoeksrapporten en verslagen van bijeenkomsten. Meer informatie over de Academische Werkplaats: www.pharos.nl.

UIT DE ACADEMISCHE WERKPLAATS

BESPARING TOLKEN LEIDT TOT TOENAME ZORGKOSTEN

Het ministerie van vws stopt vanaf januari 2012 met vergoeding van tolken in de gezondheidszorg. Voornaamste reden hiervoor is kostenbesparing. Echter, besparing op tolken zal leiden tot een toename van zorgkosten.

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat professionele tolken door verbeterde communicatie bijdragen aan betere diagnostiek en grotere therapietrouw (Karliner 2007; Welbie 2009). Uit onderzoek en praktijk zijn veel voorbeelden bekend van foutieve diagnoses, overbehandeling en onnodige verwijzingen als gevolg van gebrekkige communicatie. Wij zouden kunnen leren van de Verenigde Staten waar de *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care* ontwikkeld zijn. Vier

standaarden gaan over taalservices en deze zijn mandated, dus min of meer verplicht. Zorginstellingen worden geacht professionele tolken in te schakelen, zonder daarvoor kosten in rekening te brengen bij de patiënt. Het inschakelen van familie of vrienden wordt afgeraden, tenzij de patiënt daar zelf om vraagt.

Huisartsen in achterstandswijken in Nederland maken enkele malen per week gebruik van de tolkentelefoon en kunnen deze kosten niet uit eigen zak betalen. Dit betekent dat vanaf januari 2012 steeds vaker kinderen (of andere familieleden) zullen moeten tolken. Aangevoerd is dat deze informele tolken minder goed vertalen dan professionele tolken (Flores 2005). Zij zijn vaak emotioneel betrokken, hebben onvoldoende kennis van het lichaam of begrijpen de medische informatie niet. Het is bovendien niet verantwoord om kinderen te belasten met het overbrengen van bijvoorbeeld de boodschap dat hun ouder een ernstige ziekte heeft.

Zonder formele tolken worden de communicatiemogelijkheden sterk beperkt. Zo zal het onmogelijk worden een Cultureel Interview af te nemen bij migranten die de taal onvoldoende machtig zijn. Terwijl dit interview met aandacht voor de sociale en culturele context

van de patiënt grote meerwaarde kan hebben, vooral bij patiënten met psychische klachten. Vanuit de Academische Werkplaats is recentelijk een onderzoeksplan afgerond om de inzet van het Cultureel Interview in de eerste lijn uit te testen.

Het is te hopen dat er creatieve oplossingen komen voor de financiering van professionele tolken in de zorg, want anders ligt afname van kwaliteit en patiëntveiligheid op de loer.

Karen Hosper,

Maria van den Muijsenbergh

Coördinatoren Academische Werkplaats

Flores G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Med Care Research and Review*, 62: 255-99.

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

Welbie M., Van Dolder R., Agasi-Idenburg sc., Reesing I., Wittink H. (2009). De multiculturele fysiotherapiepraktijk door de ogen van de fysiotherapeut; een kwalitatief, beschrijvend onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 119(6):206-211.

EEN BLIK OP ONDERZOEK

ETNISCH/CULTUREEL OF SOCIO-ECONOMISCH (2)

In mijn vorige column ging het over de interactie tussen socio-economische achtergrond en etnisch/culturele herkomst en hoe ingewikkeld het is om te onderzoeken welke invloed beide hebben op gezondheid. Een paar jaar terug onderzochten we voor de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) de verschillen in diagnoses tussen huisartsen werkzaam in achterstandswijken en huisartsen werkzaam in stadswijken die niet tot achterstandsgebieden behoren.* Deze vergelijking werd mogelijk door bestanden aan elkaar te koppelen via het Centraal Bureau voor de Statistiek. De diagnoses bleken flink te verschillen.

Opvallend was bijvoorbeeld dat maagpijn en hoofdpijn systematisch vaker gediagnosticeerd werden door huisartsen uit achterstandswijken, bij welke bevolkingsgroep je ook keek. Dit is een vaststelling, geen verklaring. Op dezelfde bestanden hebben we een secundaire analyse gedaan. We waren namelijk benieuwd of de verschillen tussen de diagnoses bij allochtone cliënten en autocht-

onen even groot waren in zowel achterstands- als niet-achterstandsgebieden. Dat zou je namelijk kunnen verwachten indien die verschillen voornamelijk aan de etnisch/culturele achtergrond te wijten zouden zijn. We groepeerden de diagnoses in diagnostische groepen (ICPC-groepering) en corrigeerden ze voor verschillen in leeftijd, geslacht, verzekeringsstatus (gegevens van vóór 2006) en achterstand. Uitkomst was dat diagnoses in twaalf van de zestien diagnostische groepen significant meer voorkwamen onder allochtone patiënten. Psychologische diagnoses en oorproblemen kwamen significant minder voor. Kijk je naar de interactie tussen beide soorten wijken, dan zijn deze verschillen in zes groepen significant groter in achterstandswijken. Het lijkt erop dat de verschillen in gezondheid of in het artsbezoek tussen autochtone en allochtone Nederlanders voor een reeks diagnoses groter zijn in achterstandswijken. Waarom is een vraag die we graag zouden willen beantwoorden.



Walter Devillé

Bijzonder hoogleraar Vluchtelingen en Gezondheid, Universiteit van Amsterdam/Pharos

* M. Nielen, R. Verheij, D. de Bakker & W. Devillé, *Vooronderzoek verbetering kwaliteit huisartsenzorg in achterstandsgebieden grote steden*. NIVEL, Utrecht, 2007 (te downloaden via www.nivel.nl).