



▲ Bieden van goede zorg aan verschillende culturen en nationaliteiten vereist flexibiliteit.

AANDACHT VOOR DIVERSITEIT IN DE HUISARTSEN PRAKTIJK

Een kwestie van effectiviteit

Het werk als huisarts in een achterstandswijk met veel migrantenpatiënten is geen doorsnee baan. De levensomstandigheden van deze patiënten en taal- en cultuurverschillen doen een groot beroep op flexibiliteit, creativiteit en kunde.

Hoe ervaren artsen het werken in deze wijken en welke ondersteuningsmogelijkheden staan hun ter beschikking?

VERONIQUE HUIJBREGTS

Er werken ongeveer 9.500 huisartsen in Nederland. Van hen zijn er 843 in een van de 227 zogenaamde achterstandswijken gevestigd. In zo'n wijk heeft gemiddeld 46 procent van de patiënten een migrantenachter-

grond. Patiënten kunnen uit wel dertig tot veertig verschillende landen komen. Maar ook elders in Nederland hebben huisartsen te maken met een toenemend etnisch en cultureel diverse populatie. Het bieden van kwalitatief goede zorg aan al deze mensen uit verschillende culturen en nationaliteiten vraagt specifieke des-

kundigheid en stelt voorwaarden aan de praktijkvoering (zie de Pharos-publicatie *Migratie en gezondheid – Feiten en cijfers 2011*).

In de zorgverlening aan migranten bestaan nog altijd diverse knelpunten, stelt huisarts en Pharos-medewerker Maria van den Muijsenbergh. In veel protocollen ►

► waarmee huisartsen werken, ontbreekt bijvoorbeeld specifieke informatie over deze patiënten. ‘Pas je zo’n standaard toch toe, dan loopt de zorg niet goed’, aldus Van den Muijsenbergh. Steeds meer protocollen en richtlijnen worden aangepast, maar dat kost tijd en de benodigde wetenschappelijke kennis is niet altijd voorhanden. Ook aan de toepassing van kennis over allerlei etnische, genetische en culturele verschillen mankeert vaak wat, ten koste van de doeltreffendheid van zorg en preventie. Van den Muijsenbergh noemt als voorbeeld de landelijke borstkankerscreening. Turkse en Marokkaanse vrouwen maken daar veel minder gebruik van dan autochtone vrouwen. ‘Als je de poster voor deze campagne ziet, een vrouw met blote schouders en de tekst ‘Laat je borsten zien’, dan begrijp je dat deze campagne bij hen niet aanslaat.’

EXTRA ONDERSTEUNING

Om de zorg van de huisarts beter te laten aansluiten bij de etnische diversiteit in de bevolking zijn de afgelopen decennia meerdere initiatieven ontwikkeld. Voor-

‘Houd je geen rekening met verschillen, dan wordt de zorg minder effectief en daardoor duurder’



‘LEREN DENKEN OP HET NIVEAU VAN DE PATIËNT’

Barbara Benard is huisarts in de Utrechtse wijk Hoograven. Haar Marokkaanse patiënten willen niet meer bij haar weg. In de masterclass Huisarts in achterstandswijk leerde ze dat opleidingsniveau belangrijker is dan taalniveau.

‘Van de patiënten is zo’n 30 procent allochtoon. Alles bij elkaar komen hier misschien wel dertig nationaliteiten. Voordat ik hier werkte had ik nauwelijks ervaring met migranten, maar het wordt steeds leuker naarmate mensen me beter leren kennen. Als je eenmaal iets goeds gedaan hebt, bouw je veel vertrouwen op en kom je sprongen verder. Nu willen Marokkaanse patiënten hier zelfs liever niet weg als ze gaan verhuizen. Lastig vind ik wel dat mensen soms te veel van me verwachten. Ik kan er ook niet altijd achter komen wat er precies dwars zit. En het lukt slecht om een link te leggen tussen lichamelijke klachten en stress in hun leven. Ik heb me daar een beetje bij neergelegd. We hebben het over de lichamelijke klachten én over de problemen, zonder die twee per se aan elkaar te koppelen. Tijdens de masterclass vertelde een inleider dat veel niet-westerse mensen via omwegen tot de kern van de zaak komen. Ze praten

eerst over koetjes en kalfjes. Veel tijd hoeft die indirectere manier niet te kosten, is mijn ervaring. Vragen: ‘Hoe gaat het met u? Nog naar Marokko geweest?’ is al genoeg. Je krijgt meteen een prettiger sfeer. Ik ben ook meer op het niveau van de patiënt gaan denken. Daarbij hielp het inzicht dat het opleidingsniveau van patiënten belangrijker is dan het taalniveau. Daar kan ik wat mee. Bijvoorbeeld: de dochter van een Marokkaanse vrouw met diabetes vertelde me dat haar moeder tweemaal per dag een hele berg at. Zij kon haar moeder niet duidelijk maken dat ze beter vaker kleine beetjes kon nemen. Ik bedacht me dat de moeder wellicht niet het verschil begreep tussen de woorden vaak en veel. Dat kon ik de dochter uitleggen. We hebben afgesproken dat de moeder nu gaat proberen drie keer per dag te eten. Ik heb ook geleerd dat sommige medicijnen bij bepaalde mensen veel bijwerkingen geven. Daardoor ben ik andere medicijnen gaan voorschrijven. Maar het belangrijkste vind ik dat je in de masterclass met veertien ervaren huisartsen zit. Je kunt van elkaar leren. Iedereen brengt casuïstiek in. Het gaat vooral om bewustwording, want niet voor elk probleem is een pasklaar antwoord te vinden.’

▲ Turkse en Marokkaanse vrouwen maken minder gebruik van borstkankerscreening.

beelden zijn trainingen interculturele communicatie en gesprekstechnieken, en het inzetten van praktijkondersteuners, zorgconsulenten of voorlichters in eigen taal en cultuur.

Onlangs zijn er twee nieuwe initiatieven bijgekomen ter ondersteuning van huisartsen.

De website www.huisarts-migrant.nl, opgezet door Pharos, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Deze site biedt antwoorden op tal van specifieke vragen. Bijvoorbeeld: Wanneer is het ramadan? Hoe zit het met meisjesbesnijdenis? Wat zijn gewoonten en rituelen bij overlijden? Al deze gegevens zijn nu met een paar muisklikken te vinden. Hoofdredacteur Van den Muijsenbergh denkt dat de site er niet eerder is gekomen omdat in de zorg culturele verschillen, communicatie en de attitude van de hulpverlener jarenlang centraal hebben gestaan. Deze aspecten zijn nog altijd belangrijk; de site biedt er ook kort en bondig informatie over. Maar er is ook veel feitelijke, praktische informatie die relevant is voor de zorg. Die kreeg voorheen weinig aandacht. Bovendien levert wetenschappelijk onderzoek nieuwe informatie op.

'OOK MIGRANTEN VINDEN HUN GEZONDHEID BELANGRIJK'

Greetje Velema is al twintig jaar huisarts in de Schilderswijk in Den Haag. Wat komt zij zoal tegen in haar praktijk en heeft ze iets gehad aan de masterclass Huisarts in achterstandswijk?

'De Schilderswijk is een uitgesproken achterstandswijk, met meer dan 90 procent allochtonen. Ik werk er al meer dan twintig jaar met veel plezier. Lastig blijf ik vinden dat veel migranten zo slecht Nederlands spreken dat je niet goed over hun klachten kunt praten. Bovendien hebben ze vaak geringe gezondheidsvaardigheden. Sommige mensen kunnen bij wijze van spreken geen thermometer aflezen.

Verder hebben migranten vaak veel problemen aan hun hoofd. Bijvoorbeeld huurachterstand, gokschulden of grote problemen in de familie. Daardoor besteden ze minder aandacht aan het ziek zijn, wat ze in onze ogen therapieontrouw maakt. Maar natuurlijk vinden ze hun gezondheid net zo be-

langrijk als ieder ander. Ik vind het schokkend dat de gezondheid van mensen die hooguit lagere school hebben zo veel slechter is dan die van mensen met meer schooling. Dat scheelt twintig jaar in gezonde levensverwachting. En negen levensjaren. In de masterclass heb ik veel opgestoken over communicatie. Het is goed om je steeds opnieuw te realiseren dat je dingen echt heel simpel moet uitleggen en niet te veel informatie ineens moet geven. Het is belangrijk om daarmee te oefenen. Dat gebeurt niet in je medische opleiding. Je leest er evenmin over in de gewone medische tijdschriften, al wonen er inmiddels ruim een miljoen allochtonen in ons land. Bij het thema chronische ziekten kregen we een vragenlijst om de beleving van de patiënt te peilen. Een aantal ervan stellen we nu bij bloeddrukcontroles. Mensen voelen zich nu beter begrepen, individueler behandeld. Dat is goed voor de therapietrouw, verwacht ik.'

'De gezondheid van laaggeletterden is slechter, dat scheelt twintig jaar in gezonde levensverwachting'

Het tweede nieuwe initiatief betreft de masterclass Huisarts in achterstandswijk. Tobzorg of topzorg! (Pharos, LHV en NHG). Insteek van deze cursus is dat artsen goed leren aansluiten bij de beleving, vaardigheden en het taalniveau van de patiënt in de spreekkamer. De verschillen daarin kunnen groot zijn. Waar de ene patiënt alles over zijn ziekte op internet opzoekt, begrijpt de andere niet wat zijn arts uitlegt over het innemen van medicijnen.

DIVERSITEIT

'Er komen veel huisartsen op de masterclasses af', vertelt Guus Busser. Hij is zelf arts en een van de cursusbegeleiders. 'Zij krijgen onder meer informatie en oefeningen over laaggeletterdheid, het bevorderen van therapietrouw en zelfmanagement, somatisatie, communicatie bij palliatieve zorg en omgaan met seksualiteit en huiselijk geweld.' Busser benadrukt dat het niet alleen om zorg aan migranten gaat, maar om diversiteit in de breedste zin. Dus zowel etnische diversiteit, als die van sekse, seksuele voorkeur en sociaaleconomische status. 'Houd je geen rekening met deze verschillen, dan

wordt de zorg minder effectief, en daardoor duurder. Dan komen kinderen met astma bijvoorbeeld vaker in het ziekenhuis terecht of wordt borstkanker pas in een laat stadium ontdekt. Rekening houden met diversiteit is wezenlijk voor de kwaliteit van zorg.'

Veronique Huijbregts is journalist en tekstschrijver.

Meer informatie over de masterclasses vindt u op de website www.huisarts-migrant.nl



'EEN EYEOPENER, DAT LAAGGELETERDEN NIET ABSTRACT DENKEN'

Linda Barbier is huisarts in de Schilderswijk in Den Haag. Zij vertelt over haar praktijk en het belang van indirect communiceren.

'Bij stervensbegeleiding bij allochtonen liep ik steeds tegen dezelfde vragen aan. Hoe breng je slecht nieuws? Hoe praat je over doodgaan? De 'Hollandse' manier, waarbij je meteen met de deur in huis valt, sluit bij veel migranten niet aan. Ik heb wel eens gemerkt dat ik daarna niet meer welkom was. Daardoor verloopt de ziekte ongunstiger dan nodig. In de masterclass leren we dat we hierover indirecter moeten communiceren. Dat hebben we met rollenspellen geoefend. De informatie over de gevolgen van laaggeletterdheid was voor mij echt een eyeopener. Ik had vaak gemerkt dat mensen met precies dezelfde vraag bij me terugkwamen. Al had ik het nog zo simpel uitgelegd met pictogrammen en eenvoudige woorden. Maar mensen die laaggeletterd zijn, hebben niet abstract leren denken. Die betrekken de informatie van een pictogram niet op zichzelf. Nu ik dat

weet, wijs ik organen op het lichaam zelf aan, niet op een plaatje. 'Hier zit de lever. Daar zit de gal. Daar zit nu een steen in.' Ik merk dat mensen nu veel tevredener bij mij vertrekken en ook niet meer zo snel met dezelfde vraag terugkomen. Dat levert tijd-winst op. Het is nog wel zoeken hoor. Want je moet het niet doen bij mensen die een redelijke opleiding hebben. Die vinden dit juist infantiliserend.

Ik maak veel leuke dingen mee met deze patiëntengroep. Ze vragen bijvoorbeeld altijd hoe ik het maak. Maar bepaalde zaken sluiten niet aan. Ze zijn bijvoorbeeld niet vertrouwd met het idee van lichaamsbeweging. Dat je hart sneller gaat kloppen en dat je gaat zweten als je beweegt, vinden ze eng. Die ideeën kun je niet makkelijk veranderen, en dan kun je wel eens gefrustreerd raken. Dan heeft die Turkse mevrouw met diabetes nog steeds te hoge bloedsuikervwaarden en is ze nog altijd veel te zwaar. Ik vind het een uitdaging om mijn verwachtingspatroon aan te passen en mijn doelen klein te houden.'