

Reanimeren of niet:



Communicatie over levenseindebeslissingen met kwetsbare oudere migranten en hun mantelzorgers

Zorgverleners in Nederland krijgen steeds vaker te maken met de zorg voor oudere migranten [1,2]. Veel gastarbeiders uit de jaren zestig en zeventig zijn nu met pensioen en zij lijden vaker dan hun in Nederland geboren leeftijdsgenoten aan chronische ziekten en dementie [3-5]. De zorg in Nederland sluit niet altijd goed aan bij hun opvattingen en wensen [2]. Zeker in de laatste levensfase kunnen gesprekken tussen arts, patiënt en mantelzorgers met betrekking tot bijvoorbeeld 'niet-reanimeren' of 'staken van een behandeling' lastig zijn. Dit artikel biedt aan de hand van een casus een aantal handvatten om het gesprek aan te gaan.



Jolanda van der Velden, huisarts en adviseur/trainer Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht
Gudule Boland PhD, strategisch projectleider en adviseur, Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht
Jos van Campen, geriater OLVG, Amsterdam

LEERDOELEN

Na het lezen van dit CME-artikel weet u

- dat er culturele verschillen in opvattingen zijn, wensen en verwachtingen ten aanzien van beslissingen rondom het einde van het leven;
- hoe u culturele verschillen in communicatie beschrijft over beslissingen rondom het einde van het leven;
- welke invloed gezondheidsvaardigheden hebben en kunt u aansluiten bij de patiënt en eenvoudige uitleg geven bij lastige medische beslissingen;
- enkele tips hoe u lastige onderwerpen, zoals een niet-reanimeerbeleid en staken van een behandeling, bespreekbaar kunt maken.

Trefwoorden

- behandelbeslissingen bij kwetsbare patiënten
- oudere mensen met een migratieachtergrond
- niet-reanimeerbeleid
- cultuurverschillen

CASUS MENEER ABDI

Meneer Abdi (79 jaar) is geboren in Marokko en op 22-jarige leeftijd naar Nederland gekomen om te werken in de haven van Rotterdam. Vijf jaar later zijn ook zijn vrouw en zoon overgekomen. In Nederland kregen zij nog drie kinderen. De kinderen zijn inmiddels het huis uit en hebben een eigen gezin. Meneer Abdi en zijn vrouw spreken redelijk goed Nederlands, maar lezen, schrijven en het begrijpen van medische termen vinden zij lastig. Sinds vier jaar heeft meneer Abdi toenemend last van vergeetachtigheid. De familie accepteerde dat als iets wat hoort bij het ouder worden; aanvullend onderzoek hebben zij altijd afgehouden. Twee jaar geleden maakte meneer Abdi een CVA door. Hij hield hier forse restverschijnselen aan over. Sindsdien kan hij niet meer zelfstandig functioneren. De familie van meneer Abdi, vooral zijn echtgenote en dochters, zorgt voor hem.

Niet-reanimeerbeleid

De gezondheid van meneer Abdi gaat achteruit. Sinds een week heeft hij steeds meer last van kortademigheid. Meneer Abdi wordt met een aspiratiepneumonie in het ziekenhuis opgenomen. Er wordt een behandeling ingezet met antibiotica, zuurstof en verneveling.



FOTO: MARIAN DUIMEL

Op de Spoedeisende Hulp heeft de arts tegen de zoon van meneer Abdi gezegd een niet-reanimeerbeleid te willen afspreken op medische gronden. De zoon is hier erg van geschrokken. Hij vertelt het zijn broer en zussen: 'De artsen willen vader niet meer reanimeren, ze geven hem gewoon op. Wie is de arts om te oordelen over leven en dood? Volgens mij willen ze hem niet meer behandelen.' De kinderen vragen daarom een gesprek aan met de behandelend geriater.

In het gesprek met de geriater zeggen de kinderen het niet eens te zijn met het beleid, met name met het niet-reanimeren. De arts zegt dat ze snapt dat de familie geschrokken is, zeker als dit onderwerp nooit eerder is besproken. Ze biedt aan om uitleg te geven over wat niet-reanimeren nu precies betekent. Ook wil ze weten wat de familie al weet over reanimeren, en wat hun argumenten zijn om wél te willen reanimeren. Doordat de arts tijd neemt voor het gesprek en ook luistert naar de argumenten van de familie, zitten ze minder gespannen in het gesprek.

Entreevragen

1. Welke deels cultureel bepaalde waarden van uzelf hebben invloed op een niet-reanimeerbeslissing?
2. Wat zou u graag willen leren over gezondheidsvaardigheden van migranten?
3. Wat is volgens u de relevantie van een individualistische of collectivistische cultuur op de manier van besluitvorming?

DEEL 1 Oudere migranten

De groep migrantenouderen wordt steeds groter. Op dit moment zijn 86.000 Nederlanders met een niet-westerse migratieachtergrond ouder dan 65 jaar [1]. In 2030 zal in de drie grote steden een op de drie ouderen van boven de 65 een niet-westerse achtergrond hebben [2]. De grootste groepen niet-westerse migranten in Nederland zijn Turken, Marokkanen en Surinamers. De groep 55-plussers is nog groter. We noemen deze aantallen hier, omdat migranten in een eerder stadium problemen krijgen met hun gezondheid dan autochtone Nederlanders [3].

Waarom is een migrantenachtergrond relevant in de zorg?

Er zijn 3 aspecten: (zie verder voor a, b en c):

a. Slechtere gezondheid

Migrantengroepen hebben in het algemeen een slechtere gezondheid dan autochtone Nederlanders met dezelfde opleiding en hetzelfde inkomen: zij hebben 22% meer last (gedefinieerd als jaren in ziekte doorgebracht – *disability adjusted life years*) van chronische aandoeningen zoals hypertensie, diabetes en artrose [2,3]. Mensen met een lage opleiding en migrantengroepen hebben een grotere kans om dementie te ontwikkelen [5]. De prevalentie van dementie onder eerstegeneratiemigrantengroepen is drie- tot viermaal hoger dan onder autochtone Nederlanders van dezelfde leeftijd [5]. Beperkte scholing en een gemiddeld lage sociaaleconomische status lijken hierin een rol te spelen [5,6]. Ook het hogere cardiovasculaire risico vergroot de kans op dementie [6].

b. Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om informatie

over gezondheid te vergaren, te begrijpen en toe te passen [7].

Drie op de tien Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden [8]. Deze vaardigheden zijn lager voor mensen die niet goed kunnen lezen en schrijven, of het gezondheidszorgsysteem in een land niet voldoende kennen. Om goede beslissingen te kunnen nemen over lastige onderwerpen, zoals ingrijpende medische beslissingen, is het belangrijk dat patiënten en hun mantelzorgers achtergrondkennis hebben over het menselijk lichaam, de ziekte en het ziekteverloop.

Bijna de helft van de eerstegeneratie Marokkaanse Nederlanders heeft maximaal basisschoolonderwijs gevolgd. Bij Turkse Nederlanders geldt dit voor 38%. Een deel van deze groep is zelfs nooit naar school geweest [9]. Van de eerstegeneratie Turken kost het 31% moeite een gesprek in het Nederlands te voeren [10]. Hierdoor zijn gezondheidsvaardigheden in deze groep beperkt.

Taalbarrières hebben invloed op de communicatie tussen patiënt en zorgverlener. Migranten die in eigen land geen of weinig scholing hebben gehad hebben meer moeite met inzicht in hun lichamelijke en psychische klachten. Ook kost het hen meer moeite de aangeboden behandeling te begrijpen.

De kinderen van de eerstegeneratiemigranten, die nu vaak de mantelzorgers zijn, hebben dikwijls weinig ervaring met ouderen en ouderdomsziekten. Ze zijn geboren in Nederland, terwijl hun grootouders nog in het land van herkomst van de ouders woonden. Dit gebrek aan ervaring met veroudering draagt bij aan beperkte gezondheidsvaardigheden [11].

c. Culturele verschillen

Culturele verschillen en geloof spelen een rol in communicatie en ideeën over gezondheid en zorg, maar maak 'cultuur' niet groter dan het is. Opleidingsniveau en sociaaleconomische klasse zijn minstens zo belangrijk. Dit geldt zowel voor migranten uit landen buiten Europa als voor migranten uit bijvoorbeeld Italië of Polen. Cultuur is bovendien niet statisch: tweedegeneratiemigranten in Nederland denken vaak al anders over de zorg rond het levenseinde dan hun ouders. En ook mensen binnen één 'cultuur' denken niet allemaal hetzelfde.

Individualistisch en collectivistisch

In het algemeen kunnen we zeggen dat bij niet-westerse migranten de rol van de gemeenschap en familie, en de rol van religie nog belangrijker zijn dan voor de gemiddelde autochtone Nederlander [6]. De hedendaagse westerse maatschappij is individualistisch ingesteld. De autonomie van de patiënt, eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid staan centraal. Voor

veel migranten is het vanzelfsprekend dat de familie het leeuwendeel van de zorg op zich neemt, en een doorslaggevende stem heeft in de besluitvorming over belangrijke zaken, zoals bij ernstige ziekten [6]. In een individualistische cultuur voelen mensen zich schuldig als ze zich niet gedragen volgens hun eigen normen, terwijl het in meer collectivistische culturen gaat om het hooghouden van de eer van de familie [6].

Culturen waarin groepsbelang belangrijk is, verschillen in communicatiestijl van op het individu gerichte culturen. De directe manier van communiceren, zoals wij dat over het algemeen in Nederland gewend zijn, kan botsen met de meer indirecte benadering van collectivistische culturen [6]. Bij verschillen in culturele achtergrond tussen arts en patiënt blijkt er vaak minder sprake te zijn van wederzijds begrip, minder uitwisseling van informatie en minder erkenning van emoties en gevoelens [6].

Gezondheidsvaardigheden

Opvattingen over ziekte en gezondheid kunnen ook verschillen. Bij veel migranten leeft de gedachte dat lichamelijke klachten horen bij het ouder worden en dat zij zich daarin moeten schikken. Symptomen van bijvoorbeeld dementie worden daardoor niet altijd op tijd herkend en benoemd als symptoom van een ziekte [12].

Meneer Abdi is op jonge leeftijd naar Nederland gekomen. De kans is groot dat hij in Marokko maar een beperkte opleiding heeft gevolgd. Ook heeft hij de Nederlandse taal nooit goed onder de knie gekregen. Meneer Abdi heeft dus beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit heeft invloed op zijn gezondheid en op de manier waarop hij informatie over gezondheid begrijpt. Familie is voor meneer Abdi erg belangrijk. De familie schrok van de directe communicatie op de Spoedeisende Hulp over het niet-reanimeerbeleid.

Reflectievraag

4. Met welke kenmerken van het gezin gaat u rekening houden in de uw communicatie en hoe doet u dat?

Kennisvragen: juist of onjuist?

5. Kennis van de taal is onderdeel van gezondheidsvaardigheden.

6. In een collectivistische cultuur kan de familie het vanzelfsprekend vinden dat hun stem doorslaggevend is.

7. Een directe manier van communiceren helpt bij beperkte medische achtergrondkennis.

DEEL 2 Beslissingen rond het eind van het leven

Door toenemende technologische ontwikkelingen in de geneeskunde hebben we steeds meer mogelijkheden om te behandelen en het leven te verlengen. De vraag is of elke behandeling ook tot een betere kwaliteit van leven leidt. Beslissingen rond het einde van het leven betreffen niet alleen het kiezen van een behandeling maar ook de keus om niet te behandelen of een behandeling te stoppen. In deze discussie wordt onderscheid gemaakt tussen kwaliteit en kwantiteit (lengte) van leven.

In veel religies is euthanasie verboden, maar is er in geschriften/voorschriften minder duidelijkheid over de keus om niet te behandelen of om een behandeling te stoppen.

Hoop is in veel geloven en culturen belangrijk. Veel christenen en moslims geloven dat God/Allah beslist wanneer het levenseinde nadert. Voor de mens is het belangrijk alles te doen om gezond te blijven. Als hoop belangrijk is, wordt het niet altijd geaccepteerd dat de arts een prognose geeft: het is God/Allah die hierover beslist. Dit geldt niet voor iedereen en ook niet altijd, het is belangrijk hiernaar te vragen.

Entreevragen

8. Welke religieuze opvattingen kunt u noemen die een rol spelen bij een besluit over al dan niet doorbehandelen?

9. Wat kunnen religieuze argumenten zijn om te stoppen met behandelen?

Behandelen of juist niet

In een onderzoek van Ahaddour [12] werden dertig Marokkaans-Nederlandse moslima's geïnterviewd. Twee dilemma's werden (in verhaalvorm) aan hen voorgelegd. Wij schetsen ze hier kort en in andere woorden:

1. Wil je bij een patiënt met terminale kanker starten met een zware behandeling met veel bijwerkingen als deze behandeling het leven maximaal enkele weken verlengt?
2. Mag je bij een patiënt met onherstelbaar coma de voeding en beademing stoppen?

De meerderheid van de vrouwen gaf aan de zware palliatieve behandeling niet te willen starten. Argumenten hiervoor waren:

- alleen behandelen als er kans op genezing is;
- waardig einde (tijd met familie en je tot God/Allah kunnen richten);
- God/Allah bepaalt wanneer het tijd is om te sterven, niet de artsen.

De vrouwen die wel de behandeling wilden starten gaven als redenen:

- de wens langer te leven;
- de religieuze plicht moeite te doen om beter te worden (uitkomst therapie is in handen van God/Allah);
- het geloof in een wonder (van God/Allah).

Bij het tweede dilemma: 'stoppen van de behandeling bij onherstelbaar coma' gaf 50% aan niet te willen stoppen. Ook hier waren de argumenten:

- alleen God/Allah heeft het recht een leven te beëindigen;
- hoop op een wonder.

Dertig procent van de vrouwen zag het stoppen van deze behandeling als een verboden handeling, zelfs als passieve euthanasie of moord. In dit onderzoek komt naar voren dat zowel voor- als tegenstanders vaak hetzelfde argument gebruiken voor hun keuze: het is in de handen van God/Allah [13].

Volandes onderzocht in Amerika of Amerikanen met een Afro-Amerikaanse achtergrond langer wilden doorbehandelen bij vergevorderde dementie dan witte Amerikanen. Hieruit bleek dat afkomst geen onafhankelijke rol speelde. Gezondheidsvaardigheden van de patiënt en mantelzorgers waren betere voorspellers of mensen langer wilden doorbehandelen [14]. Gezondheidsvaardigheden zijn mogelijk meer bepalend dan cultuur als het gaat om het nemen van behandelbeslissingen [6]. Dit ondersteunt het belang van voor de patiënt begrijpelijke informatie over ziektebeelden en behandelbeslissingen.

Geloof

Geloof speelt een belangrijke rol in beslissingen rond het einde van het leven. Voor artsen die niet met een geloof zijn opgevoed is het vaak moeilijk te bevatten hoe belangrijk dit religieuze levensgevoel en religie kunnen zijn bij het nemen van beslissingen rond het levenseinde. Wanneer de arts een behandeling afwijst in het kader van medisch zinloos handelen, zonder dat daarover op een begrijpelijke en empathische manier met de patiënt en de familie gesproken is, kan dit tot een vertrouwensbreuk leiden. Nederlandse artsen vinden het soms moeilijk als migranten altijd maar 'willen doorgaan met de behandeling', de hoop niet willen opgeven en een maximaal curatieve behandeling wensen.

Omgaan met culturele en religieuze verschillen

Voor het overbruggen van culturele, religieuze en andere verschillen ontwikkelde Pinto [17] de drie-stappenmethode (DSM). Deze is gebaseerd op een dubbel perspectief: leren

kijken vanuit je eigen cultuur en vanuit het perspectief van de ander. Dat helpt om vooroordelen weg te nemen en normen en waarden van de ander beter te begrijpen en te respecteren. De drie stappen zijn:

1. Leer uw eigen normen en waarden kennen. Welke normen en waarden uit uw eigen cultuur hebben invloed op uw denken, handelen en communiceren?
2. Leer de (cultuurgebonden) normen, waarden en gedragscodes van de ander kennen. Maak onderscheid tussen feiten en meningen en probeer de oorzaak van 'vreemd gedrag' te achterhalen.
3. Bepaal voor uzelf hoe u met die verschillen omgaat en waar voor u de grenzen liggen. Waarin wilt u zich aanpassen? Welk gedrag van de ander kunt u accepteren en waar liggen de grenzen? Communiceer deze grenzen duidelijk aan de ander.



FOTO: MARIAN DUJMEI

DEEL 3 Communicatie

CASUS MENEER ABDI (VERVOLG)

Gesprek tussen familie en geriater

- Geriatr: 'Jullie vader is nu opgenomen in het ziekenhuis omdat hij een longontsteking heeft. Wij proberen alles te doen om hem beter te maken; daarom krijgt jullie vader nu antibiotica en zuurstof. Maar de gezondheid van vader is het afgelopen jaar erg slecht geworden, zijn lichaam is heel zwak. Ik weet niet zeker of het lichaam sterk genoeg is om beter te worden van de longontsteking. Hij is zo ziek dat hij aan deze ziekte dood kan gaan.'
- Zoon: 'O, dokter, nee. [stilt] Wij zien dat vader erg ziek is, voor mijn zussen wordt het steeds zwaarder om voor hem te zorgen. Inshallah, het ligt in de handen van God.'
- Geriatr: 'Op de Spoedeisende Hulp is gesproken over nog een ander onderwerp; wel of niet reanimeren. Het is altijd moeilijk hierover te praten. Wat weten jullie al over reanimeren?'
- Zoon: 'Op tv heb ik wel eens gezien dat ze dan hard drukken op de borst. Met een apparaat geven ze een schok en dan kan het hart weer gaan werken. Dat heb ik wel eens gezien op de tv.'
- Geriatr: 'Kennen jullie iemand die gereanimeerd is?'
- Dochter: 'Volgens mij heeft tante Fatima dat gehad. Zij was al ziek, maar daarna was ze ook nog verlamd. Ik weet niet precies hoe dat is gegaan.'
- De geriater geeft de familie begrijpelijke uitleg over reanimatie en de mogelijke uitkomst voor de patiënt. Na haar uitleg gebruikt ze de terugvraagmethode om te checken of haar uitleg inderdaad begrijpelijk genoeg was. Daarna gaat het gesprek verder.*
- Zoon: 'Eigenlijk wist ik nog niet veel over reanimeren, maar dit is een duidelijke uitleg.'
- Geriatr: 'Jullie zeiden dat jullie zorgen hebben over wel of niet reanimeren. Mag ik vragen waarom jullie wel reanimatie zouden willen?'
- Zoon: 'Het leven is in handen van Allah, volgens ons geloof moeten we alles doen om mijn vader beter te maken. Niet-reanimeren voelt alsof wij het opgeven en vader niet meer willen helpen. Wij geloven in een wonder van God, dat vader toch nog beter wordt en hij weer met ons mee naar huis kan. Al zien wij ook wel dat vader steeds zieker wordt.'
- Geriatr: 'Jullie hopen op een wonder, dat begrijp ik. Ik begrijp ook dat jullie geloof voor jullie belangrijk is. Iemand die een hartstilstand krijgt merkt hier meestal niet veel van, het gaat erg snel. Vaak gebeurt het als iemand slaapt. Ik wil als arts eerlijk zijn: de kans dat uw vader een reanimatie overleeft is niet groot. Ik heb alles geprobeerd om uw vader beter te maken, maar het ligt nu niet meer in mijn handen. Mijn advies is om niet te reanimeren als uw vader een hartstilstand krijgt.'
- Zoon: 'Het blijft heel lastig, het is zo moeilijk om onze vader zo in bed te zien liggen. We willen het beste voor hem. Maar uw duidelijke uitleg helpt wel, we voelen ons begrepen. Fijn dat jullie goede zorg aan onze vader geven.'

Entreevragen

10. Welke rollen kunt u in een familie(gesprek) benoemen?

11. Wat zijn redenen voor het inschakelen van een professionele tolk?

In het gesprek tussen de familie en de geriater komt een aantal elementen naar voren die horen bij goede communicatie:

- begrijpelijke uitleg;
- wederzijds begrip.

Uit de casus blijkt dat de familie weinig achtergrondkennis had over wat reanimatie nu precies betekent. Voor de meerderheid van de Nederlanders is reanimatie een moeilijk begrip. Verder is de Spoedeisende Hulp niet een goede plek om reanimeerafspraken te maken [15].

Goede communicatie

Bij goede communicatie is het van belang dat de patiënt de informatie kan begrijpen en verwerken [16]:

- **Creëer een sfeer van vertrouwen.** De geriater in de casus doet dit door aan het begin van het gesprek uit te leggen dat ze van de familie wil weten wat hun gedachten zijn met betrekking tot reanimatie. Oogcontact en een open houding kunnen hierbij helpen. Ook geeft ze aan dat ze de tijd neemt voor het gesprek. Juist wanneer het gaat om het bespreken van behandelbeslissingen is dit belangrijk.
- Wanneer er een taalbarrière is, is het belangrijk **een professionele tolk in te schakelen**, zeker voor het overbrengen van belangrijke medische beslissingen. Het is lastig in te schatten hoe goed een familielid van de tweede generatie de taal van zijn familie spreekt, zeker als het om medische onderwerpen gaat. Bovendien weet je met een tolkend familielid niet wat er wel en wat er niet aan de patiënt wordt verteld. Door een tolk in te schakelen kunnen de aanwezige familieleden allemaal hun aandacht richten op de ondersteuning van de patiënt.
- **Betrek de familie bij het gesprek.** Vraag wie de woordvoerder is en wie de mantelzorg. Dit hoeft niet dezelfde persoon te zijn. In de casus was de oudste zoon de woordvoerder, terwijl de dochters de mantelzorg op zich namen.
- **Gebruik begrijpelijke taal.** Artsen gebruiken ongemerkt vaak jargon, maar de meeste medische woorden zijn bij de algemene bevolking niet bekend. Gebruik gemakkelijke woorden en maak korte zinnen. Houd de informatie concreet en persoonlijk ('uw vader').

Begrijpelijke taal

Bij het communiceren met migranten is het belangrijk het juiste taalniveau te gebruiken. Er wordt onderscheid gemaakt tussen zes taalniveaus. In tabel 1 worden de niveaus kort samengevat.

Tabel 1 Zes taalniveaus voor de communicatie met migranten.

taal-niveau	% van de bevolking	beschrijving
A1	5	<ul style="list-style-type: none"> • begrip van bekende woorden en namen • begrijpt heel eenvoudige, korte zinnen
A2	15	<ul style="list-style-type: none"> • niveau van inburgeringsexamen • begrip van korte, eenvoudige teksten. is in staat informatie te halen uit eenvoudige teksten (menukaart of advertentie)
B1	40	<ul style="list-style-type: none"> • begrip van teksten met voor het grootste deel bekende woorden • in staat moeilijker taal te begrijpen als de persoon er veel mee te maken heeft
B2	25	<ul style="list-style-type: none"> • begrijpt teksten waarbij een schrijver een duidelijk standpunt heeft en geniet van hedendaagse literatuur
C1	10	<ul style="list-style-type: none"> • kan lange en complexe teksten begrijpen • leest specialistische artikelen en technische instructies, ook over een onbekend vakgebied
C2	5	<ul style="list-style-type: none"> • begrip van vrijwel alle teksten, concreet en abstract, ook als ze veel jargon of metaforen bevatten

Uit tabel 1 blijkt dat het grootste deel van de bevolking maximaal taalniveau B1 heeft en dus moeite heeft met teksten met veel vreemde woorden (bijvoorbeeld medische termen). Het niveau van mensen die een inburgeringscursus gedaan hebben (A2) en lager, vraagt om korte en zeer eenvoudige teksten. Korte zinnen zijn dus belangrijk bij migranten, net als het vermijden van medische termen.

Voorbeeld begrijpelijke uitleg over reanimatie

Reanimatie doen we alleen als het hart stopt met kloppen. Het hart pompt geen bloed meer rond. Er komt dan geen zuurstof meer in de hersenen en de persoon overlijdt. Bij een reanimatie wordt hard op de borst gedrukt en wordt zuurstof gegeven. Soms wordt er een elektrische schok gegeven. Reanimatie lukt niet bij iedereen, soms gaat het hart niet meer kloppen. De kans dat reanimatie lukt is groter als alleen het hart zelf ziek is. Als hersenen of andere delen van het lichaam erg ziek zijn en niet meer beter worden, dan stopt het hart ook. Reanimatie helpt dan waarschijnlijk niet. Dit is ook zo bij uw vader.

- **Geef informatie stap voor stap:** vraag of bepaalde begrippen bekend zijn en zo niet, leg ze uit. In de casus vraagt de geriater aan de zoon wat hij al weet over reanimatie. Door deze vraag te stellen is het daarna eenvoudiger om aan te sluiten bij wat de patiënt/familie al weet. Bespreek één boodschap per keer en herhaal de belangrijkste punten.
- Soms willen patiënt en mantelzorgers zelf geen besluit nemen over een behandeling en **leggen die beslissing bij de arts**. Tast tijdens het gesprek af of deze wens voortkomt uit

niet-begrijpen of dat ze de verantwoordelijkheid niet willen of kunnen nemen.

- Maak gebruik van de **terugvraagmethode**. Vraag de patiënt om de gegeven informatie in eigen woorden te herhalen.

COMMUNICATIETIPS

- Gebruik eenvoudige taal.
- Geef informatie stap voor stap.
- Betrek de familie bij het gesprek.
- Schakel bij een taalbarrière een professionele tolk in.
- Vraag door naar achterliggende gedachten (normen en waarden) en neem deze serieus.
- Gebruik de terugvraagmethode.

VOORBEELD TERUGVRAAGMETHODE

'Ik wil weten of ik het goed heb uitgelegd, wilt u me vertellen wat ik gezegd heb?'

Dit is de enige manier om er achter te komen wat de patiënt of familie daadwerkelijk begrepen heeft.

Interculturele communicatie

Wederzijds begrip is belangrijk als er verschillende opvattingen zijn over een bepaalde behandeling [17]. Waarom geven wij als Nederlandse artsen bepaalde adviezen? Besef dat deze adviezen gekleurd zijn door onze cultuur. Nederlandse communicatie wordt in andere landen in Europa als erg direct ervaren. Om begrip te hebben voor patiënten uit andere culturen is het belangrijk stil te staan bij de eigen communicatiestijl [6].

Op zoek naar een gezamenlijk besluit

Vraag patiënten en hun familie naar gedachten, opvattingen en wensen over ziekte en behandeling. Achter bepaald 'vreemd' gedrag of een bepaalde wens zit vaak een uitleg die meer invoelbaar is. Op diezelfde manier kunt u ook uw gedachten en argumenten over het onderwerp uitleggen. Vervolgens gaat u samen op zoek naar een gezamenlijk besluit. In de casus ziet u dit ook gebeuren tussen de geriater en de familie van meneer Abdi. Behandelbeslissingen en -beperkingen zijn ingewikkelde onderwerpen. Het zal niet altijd lukken om bij reanimatiebeleid alle verschillen te overbruggen. Probeer een brug te slaan, maar het is ook belangrijk uw eigen grenzen te bepalen en aan te geven. Door het gesprek met wederzijds respect te voeren zal het voor patiënt en familie eenvoudiger zijn om een medische beslissing te accepteren. Als u er met een patiënt niet uit komt, kan het zinvol zijn een geestelijk verzorger er bij te betrekken.

Afsluiting

Het aantal oudere migranten neemt toe en daarmee ook hun zorgbehoefte. Migranten hebben soms andere ideeën over gezondheidszorg en behandelingen. Ook gezondheidsvaardigheden spelen hierbij een grote rol. Veel artsen vinden het lastig om met migranten en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ingewikkelde onderwerpen,

zoals reanimeerbeslissingen, te bespreken.

Goede zorg is persoonsgerichte zorg, waarbij begrijpelijke uitleg, wederzijds begrip en ruimte om naar elkaars argumenten te luisteren en ze te bespreken de basis zijn voor een goed gesprek [18]. De zorg kan dan zoveel mogelijk op maat gegeven worden.

Reflectievragen

12. Hoe kunt u controleren of informatie goed is overgekomen zonder uw gesprekspartners te beledigen?
13. Kijk nog eens naar uw antwoord op vraag 2 (Wat zou u graag willen leren?). Hebt u hierover meer geleerd in dit artikel? Waar kunt u een antwoord vinden op eventuele vragen die u nog hebt?
14. Wat is voor u de grootste eyeopener van dit artikel? Wat zou u graag met uw collega's willen delen?

Kennisvragen: juist of onjuist?

15. Vreemd gedrag blijft vaak oninvoelbaar bij doorvragen.
16. Bij blijvende meningsverschillen kan een geestelijk verzorger behulpzaam zijn.
17. Vragen naar kennis en gedachten over reanimatie kan vertrouwen geven.

Aanvullende informatie

- **Communicatietraining** 'Eindelevenbeslissingen bij oudere migranten', ontwikkeld door Pharos in samenwerking met het OLVG. U leert praktische vaardigheden en doet oefeningen om met de oudere migrant en zijn of haar familie in gesprek te gaan. Meer informatie: training@pharos.nl en www.pharos.nl
- **Voorlichtingsmaterialen:** www.pharos.nl/palliatievezorg
 - Filmfragmenten over het einde van het leven met aandacht voor diversiteit: zie www.pharos.nl
 - Brochure 'Lessen uit gesprekken over leven en dood' voor zorgverleners: www.pharos.nl/kennisbank/lessen-uit-gesprekken-over-leven-en-dood
- **Themabijeenkomst interculturele zorg:** zie www.pharos.nl

Literatuur

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via StatLine <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/navigatieScherm/n?searchKeywords=leeftijd&page=1&theme%5B%5D=92&year%5B%5D=2020> op 1/12/2020.
2. El Fakiri F, Bouwman-Notenboom AJ. Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden. Factsheet Gezondheidsenquête volwassenen en ouderen C4. Amsterdam: GGD; 2015.
3. Wieringen J van. Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf. Pharos; 2014 (www.pharos.nl/kennisbank/wie-zorgt-voor-oudere-migrantende-rol-van-mantelzorgers-sleutelfiguren-professionals-gemeenten-en-ouderen-zelf/).
4. Kunst AE, Lamkaddem M, Mackenbach JP, Rademakers J, Devillé W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC/ NIVEL; 2008.

Kijk voor de complete literatuurlijst van dit artikel op: www.AgingAcademy.nl



EINDTOETS

Doe de eindtoets online op www.AgingAcademy.nl
en lees de antwoorden met een korte uitleg.

1. Voor veel mensen komt de reanimatievraag op de Spoedeisende Hulp als een schok. Wat is hiervoor meestal geen reden?

- a. Nog niet eerder nagedacht of gesproken over dit onderwerp
- b. Het is voor veel mensen niet duidelijk wat reanimeren precies betekent
- c. De hoop/ het leven niet op willen geven
- d. Angst voor de AED en hoe deze werkt

2. Welke stelling is juist?

- a. De drie meest voorkomende niet-westerse groepen migranten zijn Turken, Marokkanen en Soedanezen.
- b. Migranten met dezelfde opleiding en hetzelfde inkomen zijn net zo gezond als autochtone Nederlanders.
- c. De prevalentie van dementie onder eerstegeneratiemigrant is drie- tot viermaal hoger dan onder autochtone Nederlanders van dezelfde leeftijd.
- d. Het cardiovasculaire risico is onder eerstegeneratiemigrant net zo groot als onder autochtone Nederlanders.

3. Een B1-woord (taalniveau B1) is een gemakkelijk woord, dat bijna iedereen begrijpt. Welk van onderstaande woorden is een B1-woord?

- a. Beleid
- b. Ziek zijn
- c. Behandelen
- d. Ouderdom

4. Wat zijn gezondheidsvaardigheden?

- a. In staat zijn er een gezonde levensstijl op na te houden
- b. Het vermogen om informatie over gezondheid te vergaren, te begrijpen en toe te passen
- c. Het vermogen om een mening te vormen over reanimeer-beleid
- d. Het vermogen om gezond te blijven

5. Welke aspecten passen het best bij een collectivistische cultuur?

- a. Eigen beslissingen, indirecte communicatiestijl, religie is minder belangrijk
- b. Eigen beslissingen, directe communicatiestijl, religie is belangrijk
- c. Familie beslist mee, indirecte communicatiestijl, religie is belangrijk
- d. Familie beslist mee, directe communicatiestijl, religie is minder belangrijk

6. Waarom is hoop in veel culturen belangrijk?

- a. Lengte van het leven is belangrijk
- b. Om het lijden dragelijker te maken
- c. Advanced care planning
- d. God/Allah beslist wanneer het levenseinde nadert

7. Wat is geen tip voor begrijpelijke communicatie?

- a. Gebruik eenvoudige woorden.
- b. Geef informatie stap voor stap.
- c. Schakel bij een taalbarrière een professionele tolk in.
- d. Sluit af met de vraag: heeft u het begrepen?

8. De prevalentie van dementie onder niet-westerse migranten is drie- tot viermaal hoger dan onder autochtone Nederlanders van dezelfde leeftijd. Welke factoren spelen de grootste rol?

- a. Beperkte scholing, genetische aanleg, cultuurverschillen
- b. Beperkte scholing, genetische aanleg, hoog cardiovasculair risico
- c. Lage sociaaleconomische status, cultuurverschillen, weinig kennis over dementie
- d. Beperkte scholing, lage sociaaleconomische status, hoog cardiovasculair risico

9. Wat is geen stap in de drie-stappenmethode van Pinto?

- a. Vertel aan welke normen en waarden we ons in Nederland moeten houden.
- b. Bepaal hoe u met verschillen in normen en waarden omgaat, waar ligt uw grens.
- c. Uw eigen normen en waarden leren kennen.
- d. Leer normen en waarden van de ander kennen.

10. Wat is geen belangrijk aspect van persoonsgerichte zorg met aandacht voor diversiteit?

- a. Wederzijds begrip
- b. Vasthouden aan het protocol
- c. Begrijpelijke uitleg
- d. Zorg op maat