



# Kwaliteit in Diversiteit

**Onderzoek naar Interculturalisatie van de huisartsenzorg**

**Door Rianne Langeveld**

**In opdracht van de LHV**

Student: A.R. Langeveld

Studentnummer: 1429175

Begeleiders: C. Pronk & J. Schoenmakers – LHV

Afdeling: Cultuur en Gezondheid – VUMC

Coördinator: K.L.R. Logghe

Periode: oktober 2007 – februari 2008



Landelijke Huisartsen Vereniging

VU medisch centrum



## INHOUDSOPGAVE

<b>1. INLEIDING</b> .....	7
1.1. <b>Waarom interculturalisatie van de huisartsenzorg?</b> .....	7
1.2. <b>Probleemstelling</b> .....	7
1.3. <b>Operationalisering</b> .....	8
1.4. <b>Opbouw</b> .....	9
<b>2. METHODE</b> .....	10
2.1. <b>Oriëntatie</b> .....	10
2.2. <b>Literatuuronderzoek</b> .....	12
2.3. <b>Diepte interviews</b> .....	12
<b>3. LITERATUURVERKENNING</b> .....	14
3.1. <b>Allochtonen in Nederland</b> .....	14
3.2. <b>Definities Interculturalisatie</b> .....	15
3.3. <b>Historie</b> .....	16
3.4. <b>Huisartsenzorg</b> .....	17
3.5. <b>Deelgebieden</b> .....	19
<b>4. RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK EN DIEPTE INTERVIEWS</b>	
24	
4.1. <b>Vakinhoudelijk handelen</b> .....	24
4.2. <b>Arts-patiënt relatie</b> .....	30
4.3. <b>Poortwachterfunctie</b> .....	36
4.4. <b>Praktijk Ondersteuning</b> .....	39

<b>4.5.</b>	<b>Punten van aandacht.....</b>	<b>42</b>
<b>4.6.</b>	<b>Aanbevelingen LHV.....</b>	<b>43</b>
<b>4.7.</b>	<b>Aanbevelingen LHV in schema.....</b>	<b>45</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIES .....</b>	<b>46</b>
<b>5.1.</b>	<b>Interculturalisatie van de huisartsenzorg .....</b>	<b>46</b>
<b>5.2.</b>	<b>Algemeen.....</b>	<b>46</b>
<b>5.3.</b>	<b>Vakinhoudelijk handelen.....</b>	<b>47</b>
<b>5.4.</b>	<b>Arts – patiënt relatie.....</b>	<b>47</b>
<b>5.5.</b>	<b>Poortwachterfunctie .....</b>	<b>47</b>
<b>5.6.</b>	<b>Praktijkondersteuning .....</b>	<b>48</b>
<b>5.7.</b>	<b>LHV .....</b>	<b>48</b>
<b>6.</b>	<b>DISCUSSIE.....</b>	<b>50</b>
<b>7.</b>	<b>SAMENVATTING.....</b>	<b>52</b>
<b>8.</b>	<b>REFERENTIES .....</b>	<b>53</b>
<b>8.1</b>	<b>Verwezen literatuur.....</b>	<b>53</b>
<b>8.2</b>	<b>Aanvullende literatuur .....</b>	<b>56</b>
<b>9</b>	<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>57</b>
<b>9.1</b>	<b>Opzet Interview Sleutelpersonen.....</b>	<b>57</b>
<b>9.2</b>	<b>Voorbeelden van ‘Good practices’ in Interculturalisatie van de Huisartsenzorg .....</b>	<b>58</b>
<b>9.3</b>	<b>Competentieprofiel van de huisarts (LHV/NHG, 2005a).....</b>	<b>59</b>

## Voorwoord door de opdrachtgever

Vanaf oktober 2007 heeft Rianne Langeveld als vierdejaarsstudent geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam vier maanden lang onderzoek gedaan naar het nut en noodzaak van interculturalisatie van de huisartsenzorg. De aanleiding hiertoe was als volgt.

Al sinds begin jaren '90 besteden gezondheidszorgorganisaties aandacht aan de interculturalisatie in de gezondheidszorg. De periode voor interesse in dit onderwerp hangt mogelijk samen met het besef dat de gastarbeiders die in de jaren '70 naar Nederland kwamen zouden blijven. Hoewel dit onderwerp al 15 jaar speelt, is het tot op heden is er enkel in de marges van beleidsontwikkeling aandacht voor dit onderwerp. Waarschijnlijk hangt dit samen met het politieke klimaat (de visie van de regerende politieke partijen op het onderwerp), de noodzaak tot reflectie op het eigen denken en doen, en het compliceerde het implementatieproces, maar dit is niet met zekerheid te stellen.

De LHV wordt vanuit diverse hoeken met de vraag om interculturalisatie geconfronteerd. Vanuit achterstandswijken - in moderne termen 'Kracht- en Prachtwijken' genoemd, een heerlijk positieve benaming, maar ook één die de lading ertoe onterecht teniet doet – hebben huisartsen te maken met patiëntengroepen met een andere culturele achtergrond en/of (ook autochtone) groepen met een lage sociaal economische status (SES). In de praktijk blijkt dat de huisartsenzorg daar op onderdelen aanpassingen behoeft om gelijke kwaliteit te kunnen leveren. Naast de groepen allochtonen en mensen met een lage SES kent Nederland ook groepen asielzoekers en andere migranten die in hun zorgvraag verschillen van de gemiddelde reguliere patiëntengroep. De LHV werkt al jaren specifiek voor huisartsen die zorg bieden aan deze specifieke patiëntengroepen. Om LHV beleid meer effectief te maken, kwam de vraag naar boven welke kennis er nu op het gebied van interculturalisatie bestaat. Dit was de reden om Rianne Langeveld als student geneeskunde te vragen om dit onderzoek voor de LHV te doen.

Dit onderzoek is waardevol omdat het duidelijk weergeeft wat er op het gebied van interculturele zorg in een huisartsenpraktijk aan knelpunten en oplossingen liggen. Naar mijn weten is dit voor het eerst in dat er een goede inventarisatie wordt gemaakt van de bestaande kennis en literatuur op het gebied van interculturalisatie in de huisartsenzorg. Soms worden onderdelen van interculturalisatie van de huisartsenzorg belicht en/of worden andere disciplines binnen de eerstelijnszorg onderzocht (de GGZ bij uitstek), maar tot nu toe was er geen goed overzicht van de bestaande kennis. Dit onderzoek vervult deze leegte. Het onderzoek besteedt aandacht aan bestaande kennis en literatuur, maar ook aan de behoefte aan 'interculturalisatie' in de huisartsenzorg en de manier waarop de LHV op deze behoefte een antwoord kan bieden. Interculturalisatie heeft als doel om de interactie tussen de verschillende culturele achtergronden te verbeteren. (Van Dijk, 2007)

Carolien Pronk (beleidsmedewerker Beleid en Ontwikkeling)  
Utrecht, juli 2008

## Voorwoord door de auteur

*Kom uit het land met de meeste culturen per vierkante meter  
Maar men is bang om bij de burens te gaan eten  
En integratie is een schitterend woord  
Maar shit is fucking bitter wanneer niemand het hoort  
Ik deel mijn land met Turken en Marokanen,  
Antilianen, Molukkers en Surinamers  
("Het Land Van", Lange Frans & Baas B.)*

Amsterdam, de stad die met zijn bijna 180 verschillende nationaliteiten bovenin de wereldlijst van multiculturele steden staat, de stad waarin de diversiteit zo groot is dat een ritje met de metro op z'n laatst saai genoemd kan worden, maar ook de stad waarin ik me afvraag wat er achter al die duizenden voordeuren plaatsvindt, wat er schuilt gaat achter een witte glimlach of troosteloze blik. Als blanke arts in spé uit de Achterhoek kan ik me hierover dagelijks verwonderen. Stilletjes bedenk ik mij dan hoe al deze verschillende mensen later in mijn spreekkamer zullen verschijnen, hoe ik met hen zal communiceren en hoe ze bij mij weer weg zullen gaan.

Een onderzoek over interculturalisatie van de huisartsenzorg bij de Landelijke Huisartsen Vereniging zag ik dan ook als een grote uitdaging. Met frisse moed en een vleugje naïviteit begon ik enthousiast met het lezen van literatuur, het spreken met ervaringsdeskundigen en het bezoeken van multiculturele huisartsenpraktijken. Ik raakte door de bezoeken onder de indruk van de diverse (multiculturele) problematiek in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Bij het horen van de verhalen achter de witte glimlach of troosteloze blik bleef van mijn eigen (voor)-oordelen over 'de allochtonen' in Nederland maar weinig over.

Als jong en onbevangen geneeskundestudent in de beleidsmatige en vaak ook antropologische wereld achter de huisartsenzorg waren er weken bij waarin ik met dit onderzoek de hele wereld wel kon verbeteren. Op een ander moment werd ik overweldigd door de grootte van deze wereld en leek het alsof ik opgezaagd was met de complete problematiek en politieke gevoeligheid die er speelt rond allochtonen in (de huisartsenzorg van) Nederland, waarin andere zaken van belang leken dan ik geleerd had in geneeskundeblokken als 'Van molecuul tot cel' en 'Zenuwwerking'.

En dan is toch ineens het einde in zicht, het verslag compleet, het doel bereikt. Maar, *"elk bereikt doel is weer het begin van een nieuwe weg, en zo tot in het oneindige."* (A. Schopenhauer, Duits filosoof 1788-1860). Ik ben benieuwd welke nieuwe wegen er op dit verslag gaan volgen om de kwaliteit in diversiteit van de huisartsenzorg te verbeteren.

Tot slot vind ik het op zijn plaats enkele mensen via deze weg te bedanken. Allereerst wil ik de LHV bedanken voor de mogelijkheid die zij mij boden om deze uitdaging aan te gaan. Binnen de LHV wil ik specifiek Jos en Carolien bedanken voor hun support en persoonlijke begeleiding en hen succes wensen bij het implementeren van nieuwe wegen. Ook Kristel, Maria, Koos en mijn moeder wil ik bedanken voor hun gerichte feedback op het concept onderzoeksverslag. Alle mensen die ik geïnterviewd heb of waarbij ik een 'kijkje in de keuken' mocht hebben wil ik bedanken voor hun

openheid. Tot slot wil ik mijn God, die ik mijn Vader noem en die voor mij de Schepper is van alle nationaliteiten, bedanken. Hij is mijn fundament voor alles waar ik mee bezig ben en mag zijn.

U als lezer wens ik veel leesplezier. Ik hoop dat u door de onderzoeksgegevens geïnspireerd wordt om de kwaliteit in diversiteit binnen de huisartsenzorg als uitdaging te zien en nieuwe wegen te bewandelen.

Rianne Langeveld

## 1. INLEIDING

### 1.1. Waarom interculturalisatie van de huisartsenzorg?

Huisartsen bieden binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem generalistische en contextgerichte zorg en hebben hiermee per definitie te maken met een diverse patiëntenpopulatie. (LHV/NHG, 2003) Binnen deze diversiteit vallen de verschillende culturele achtergronden van patiënten in de huisartsenpraktijk. In 2050 zal de bevolking van Nederland volgens prognoses voor 29% uit allochtonen<sup>1</sup> bestaan. Voor de grote steden wordt er vanaf 2010 al een meerderheid aan allochtonen verwacht. (CBS, 2007)

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) is de huisartsenzorg één van de belangrijkste terreinen van de gezondheidszorg waar een verschil is te bemerken in de zorgconsumptie van allochtone en autochtone zorgvragers. Verschillen in zorgconsumptie en knelpunten in de zorg zijn er vooral in de kwaliteit en effectiviteit. (RVZ, 2000) Uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk blijkt dat allochtonen een slechtere gezondheid hebben en hun gezondheid als slechter ervaren. (Van Lindert, 2004)

Het is voor de zorgsector enerzijds een uitdaging om deze gezondheidsverschillen en deze hoge zorgconsumptie van allochtonen aan te pakken, maar anderzijds ontstaat er ook een druk om zorg anders aan te bieden. De kostengevolgen van deze ontwikkeling zijn vooralsnog onduidelijk. In Nederland calculeert het Centraal Planbureau een verhouding van 1,72 voor de extra zorgconsumptie per hoofd voor niet-westerse allochtonen (CPB, 2001; Jeurissen, 2005)

### 1.2. Probleemstelling

#### 1.2.1. Onderzoeksdoel

Het onderzoek heeft als doel een overzicht te geven van bestaande kennis uit literatuur en ervaringen van zowel huisartsen als experts en sleutelfiguren op het gebied van interculturalisatie van de huisartsenzorg, met specifieke aandacht voor knelpunten en oplossingen. Er is gekozen voor het gericht in kaart brengen van knelpunten met als doel effectieve oplossingen te kunnen implementeren. Het onderzoek komt daarbij met suggesties voor de rol die de LHV kan spelen in de interculturalisatie van de huisartsenzorg. Het onderzoek wordt kwalitatief uitgevoerd en doet geen kwantitatieve uitspraak over knelpunten en oplossingen. Het onderzoek biedt de LHV en mogelijk ook andere partijen informatie voor beleidsontwikkeling dat structureel aandacht heeft voor interculturalisatie van de huisartsenzorg.

#### 1.2.2. Onderzoeksvraag

De centrale vraag in dit onderzoek is: "Op welke wijze kan via structurele aandacht voor interculturalisatie de huisartsenzorg voor allochtone zorgvragers verbeterd worden?"

---

<sup>1</sup> Gedefinieerd als: zelf of één van de ouders geboren in het buitenland.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- A. Wat houdt interculturalisatie van de huisartsenzorg, in het kader van de zorg voor de allochtone zorgvrager, in? Welke deelgebieden zijn hierin te onderscheiden?
- B. Welke deelgebieden voor interculturalisatie van de huisartsenzorg verdienen prioriteit? Het beantwoorden van deze vraag beperkt zich tot de deelgebieden waar de LHV een speler in is of zou kunnen worden.
- C. Welke knelpunten liggen er in de bij deelvraag B geformuleerde deelgebieden voor interculturalisatie van de huisartsenzorg?
- D. Welke structurele oplossingen liggen er in de bij deelvraag B geformuleerde deelgebieden voor interculturalisatie van de huisartsenzorg?
- E. Als de LHV een interculturalisatieproces structureel zou willen implementeren in het bij deelvraag B geformuleerde deelgebied, op welke manier zou zij dan van start kunnen gaan? Het uitgangspunt hierbij is dat met die onderdelen begonnen wordt waarvan zowel betrokken partijen en organisaties als huisartsen het nut van inzien, de kwaliteit van de zorg erdoor verbeterd kan worden en de werklust voor de huisarts minder wordt.

### **1.3. Operationalisering**

De belangrijkste begrippen uit dit onderzoek worden als volgt toegelicht.

#### **Interculturalisatie**

*"Een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de huisartsenzorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen."* (RVZ, 2000)

#### **Structurele aandacht**

*"Aandacht die een gevestigde situatie voor langere duur of permanent wijzigt vanwege veranderde omstandigheden."* (RVZ, 2000)

#### **Huisartsenzorg**

Het geheel van zorgaanbod wat de huisarts kan geven.

#### **Allochtoon**

Persoon die in Nederland woonachtig is en van wie ten minste een ouder niet in Nederland is geboren. Wie zelf in het buitenland is geboren, hoort tot de eerste generatie, wie in Nederland is geboren, hoort tot de tweede generatie. Zo nodig wordt onderscheid gemaakt tussen Westerse allochtonen en niet-Westerse allochtonen (buiten Nederland, West-Europa of de Verenigde Staten). (CBS)

#### **Zorgvrager**

Persoon die ingeschreven staat bij een huisarts en de huisarts om zorg vraagt.

#### **Landelijke Huisartsen Vereniging**



De Landelijke Huisartsen Vereniging behartigt de belangen van huisartsen op lokaal, regionaal en landelijk niveau. De vereniging fungeert bovendien als kennis- en informatiecentrum voor aangesloten huisartsen die daarmee worden ondersteund bij een goede uitoefening en vernieuwing van het huisartsenberoep. (LHV)

#### 1.4. Opbouw

Dit onderzoeksverslag start met het uiteenzetten van de onderzoeksmethode in hoofdstuk twee. Vervolgens wordt in hoofdstuk drie de achtergrondinformatie in een literatuurverkenning beschreven. Deze literatuurverkenning stelt het kader waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten uit het literatuuronderzoek en de diepte interviews weergegeven. Knelpunten, oplossingen en aanbevelingen voor interculturalisatie van de huisartsenzorg worden uiteengezet, waarbij citaten uit interviews gebruikt zijn ter verlevendiging en verduidelijking. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een schematisch overzicht van de resultaten. Hoofdstuk vijf beschrijft de algemene conclusies van het onderzoek. In hoofdstuk zes worden de resultaten, conclusies en methode bediscussieerd. Dit onderzoek besluit met een samenvatting in hoofdstuk zeven.

Lezers die in een korte tijd een indruk willen krijgen van de inhoud van het onderzoek kunnen de samenvatting, figuur 2.1 en de schema's van hoofdstuk 4.7 en 4.8 lezen.

*“Het belangrijkste van huisartsenzorg is een vertrouwensband met de patiënt opbouwen, dat ze weten dat ze Welkom zijn, met een grote W. De patiënt moet het idee hebben dat de dokter aan hun kant staat, dat er samen gewerkt wordt aan een oplossing, of ze nou allochtoon of autochtoon zijn.” – R. Elsas, huisarts Amsterdam*

## 2. METHODE

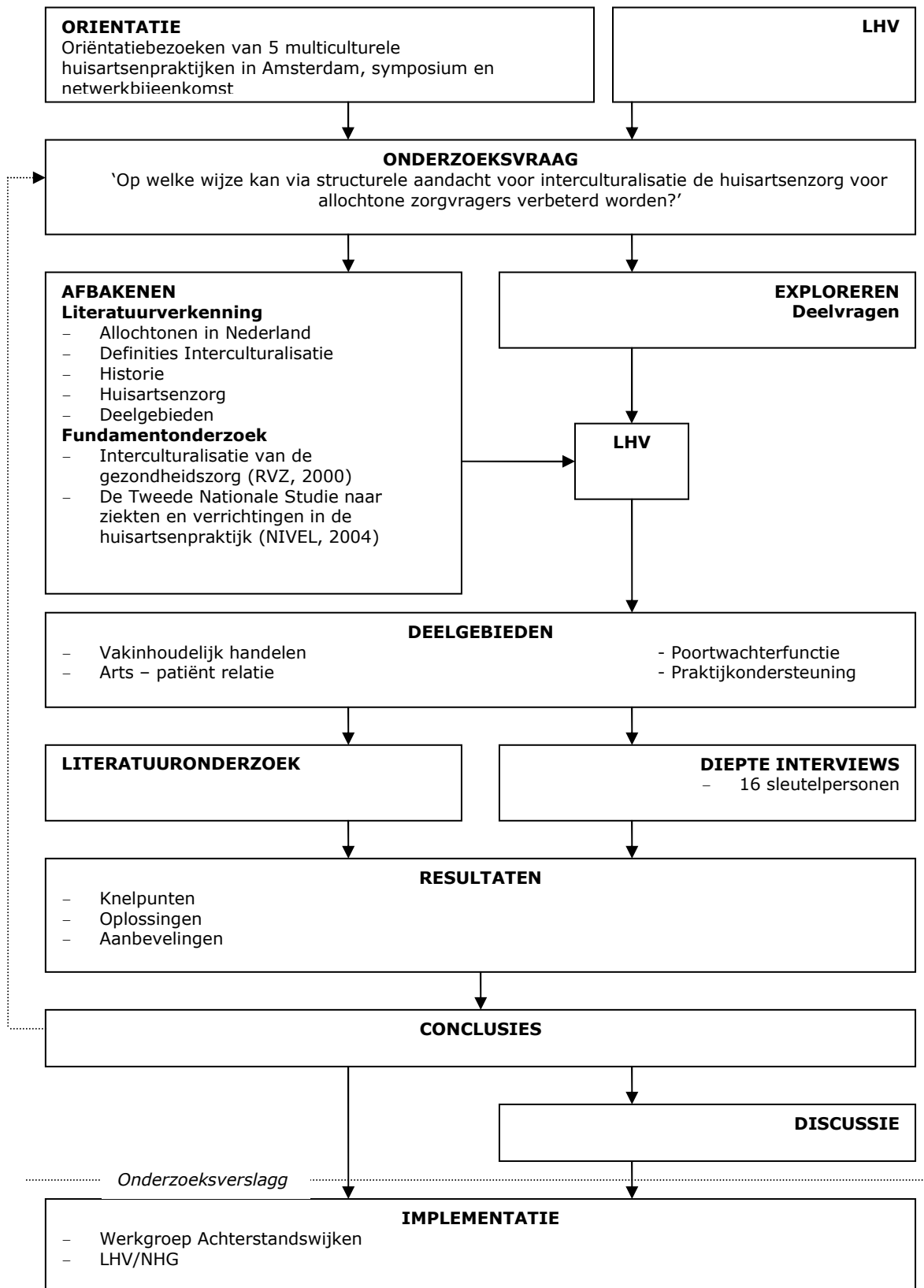
Dit onderzoek is exploratief, beleidsmatig en praktijkgericht. Met de literatuur, verschillende visies en ervaringen van stakeholders en experts op het gebied van de huisartsenzorg en interculturalisatie als basis, maakt dit onderzoek een analyse van de knelpunten en oplossingen in de interculturalisatie van de huisartsenzorg om hiermee de probleemstelling te kunnen beantwoorden. De gegevens die verkregen worden zijn kwalitatief en doen geen uitspraak over kwantitatieve gegevens.

Het onderzoek heeft verschillende fasen doorlopen die in figuur 2.1 op de volgende pagina schematisch weergegeven zijn. De volgende paragrafen lichten de verschillende fasen nader toe.

### 2.1. Oriëntatie

Voorafgaand aan het onderzoek zijn ter oriëntatie van de beroepsgroep en de problematiek een vijftal multiculturele huisartsenpraktijken in Amsterdam bezocht. Door een dag mee te lopen en een aantal consulten met allochtone patiënten mee te maken ontstond een globaal beeld van de problematiek in de praktijk. Daarnaast zijn verschillende bijeenkomsten bezocht, zoals het symposium 'De wereld in huis' over interculturalisatie binnen het VU Medisch Centrum en een bijeenkomst van het netwerk interculturalisatie in de GGZ van Kenniscentrum Mikado.

Na deze ervaringen in de praktijk, het lezen van literatuur over interculturalisatie in de gezondheidszorg en in de huisartsenzorg en enkele gesprekken met de LHV is een begin gemaakt met het formuleren van een onderzoeksvoorstel, waarin een onderzoeksvraag geformuleerd werd en een onderzoeksopzet werd uitgewerkt.



Figuur 2.1:Onderzoeksmethode in schema

## 2.2. Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek vormt naast het advies van de RVZ uit 2000 en het NIVEL-onderzoek uit 2004 de volgende literatuur het fundament:

- Proefschrift 'When Cultures Meet in Medical Practice' van J.A.M. Harmsen uit 2003
- Proefschrift 'Standardisation in a Multi-Ethnic World: a Paradox?' van D.R. Manna uit 2006
- Proefschrift 'Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands' van E. Uiters uit 2007
- Onderzoek 'De dokter begrijpt het niet. Onderzoek naar de ervaringen van migranten met de huisartsenzorg in Amsterdam' van M. Vink uit 2002

Daarnaast is geput uit literatuur van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De GGZ is door de vaak directe relatie tussen geestelijke gezondheid en cultuur al een aantal jaren met het thema interculturalisatie aan de slag en heeft hiervoor verschillende projecten opgezet. De kennis die zij hebben over interculturalisatie van de GGZ is gebundeld in het kenniscentrum Mikado, dat zich inmiddels ook bezig houdt met interculturalisatie van de gezondheidszorg buiten de GGZ. Ook twee andere kenniscentra op het gebied van interculturalisatie in de gezondheidszorg, Pharos en Pacemaker, zijn betrokken in het onderzoek.

De meeste literatuur was bij de LHV of kenniscentra beschikbaar of kon door middel van nakijken van literatuurlijsten achterhaald worden. Een zoekactie in PubMed onder de MeSH-termen 'cultural', 'diversity' en 'general practitioner' leverde weinig extra waardevolle literatuur op met betrekking op de huisartsenzorg in Nederland. In de selectie van literatuur is gekozen voor het achterwege laten van interculturalisatie rond vluchtelingen en asielzoekers. Ook is gekozen voor het achterwege laten van literatuur over interculturele huisartsenzorg uit het buitenland, omdat de huisartsenzorg in het buitenland anders is ingericht dan in Nederland en de diverse allochtone populaties in Nederland een specifieke invulling van interculturalisatie vraagt. Daarnaast is uit de veelheid van literatuur over interculturalisatie in de gezondheidszorg een keuze gemaakt voor literatuur die betrekking heeft op de huisartsenzorg. De literatuurlijst is vervolgens voor prioritering en waarborging van volledigheid neergelegd bij alle geïnterviewde sleutelpersonen.

## 2.3. Diepte interviews

De geïnterviewde sleutelpersonen vertegenwoordigen huisartsen, GGZ, Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), kenniscentra, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), patiëntenverenigingen, zorgverzekeringen en mensen met een managementfunctie in de eerste lijn (zie figuur 2.2). Zij zijn geïnterviewd over de knelpunten en oplossingen die zij zien in de deelgebieden 'Vakinhoudelijk handelen', 'Arts – patiëntrelatie', 'Poortwachterfunctie' en 'Praktijkondersteuning' van de huisartsenzorg voor allochtonen en welke aanbevelingen zij hebben voor de rol van de LHV binnen interculturalisatie in deze deelgebieden van de huisartsenzorg<sup>2</sup>. Er is bij het selecteren van sleutelpersonen gekozen voor personen met affiniteit en expertise vanuit hun werk met interculturalisatie of de multiculturele populatie en de huisartsenzorg. De sleutelpersonen zijn door middel van snowball sampling bij elkaar gevonden, waarin het netwerk van de LHV en de huisartsen uit het fonds achterstandswijken de ingang vormt. Elk sleutelpersoon kreeg voorafgaand aan het interview een conceptversie van de literatuurverkenning

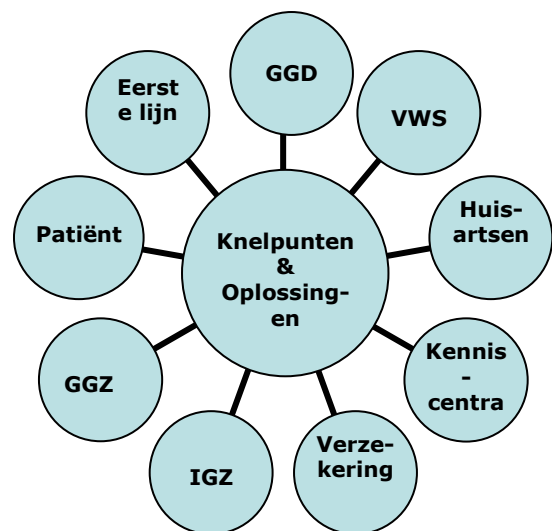
---

<sup>2</sup> Voor globale interviewvragen zie bijlage.

toegestuurd. Naast knelpunten en oplossingen in de huisartsenzorg voor allochtonen, werd hen ook gevraagd feedback te geven op de literatuurverkenning en de literatuurlijst.

Alle interviews zijn opgenomen en letterlijk uitgewerkt. Vervolgens zijn alle interviews doorgenomen en de genoemde knelpunten, oplossingen en aanbevelingen voor de LHV gelabeld onder de verschillende deelgebieden<sup>3</sup>. Deze labels werden vervolgens samengevoegd, zodat er een overzicht ontstond van alle genoemde knelpunten, oplossingen en aanbevelingen voor de LHV. Samen met gegevens uit de literatuur, zijn deze onderzoeksresultaten verwerkt en geanalyseerd. Hierbij zijn citaten uit de interviews en praktijkvoorbeelden uit de oriënterende bezoeken gebruikt ter verduidelijking en verlevendiging van de resultatenweergave.

Eerste Lijn: ROS Den Haag, onderzoeker	Marc Bruijnzeels
GGD Amsterdam	Arnoud Verhoeff
GGD Den Haag	Barend Middelkoop
GGZ Drenthe	Simon Groen
GGZ, Multivation	Kristel Logghe
Huisarts	Hans Harmsen
Huisarts	Koos Bartels
Huisarts	Richard Starman
Huisarts	Myriam Shadid
IGZ	Wil Voogt
Kenniscentrum MIKADO, psychotherapeut	Indra Boedjarath
Kenniscentrum Pharos, huisarts	Maria van den Muijsenbergh
Ministerie: VWS	Jack Hutten
Patienten: APCP	Marian Vink
Patienten: onderzoeker, Mutant	Fuusje de Graaff
Zorgverzekering: AGIS	Jeroen Crasborn



Figuur 2.2: Externe partijen en geïnterviewde sleutelpersonen

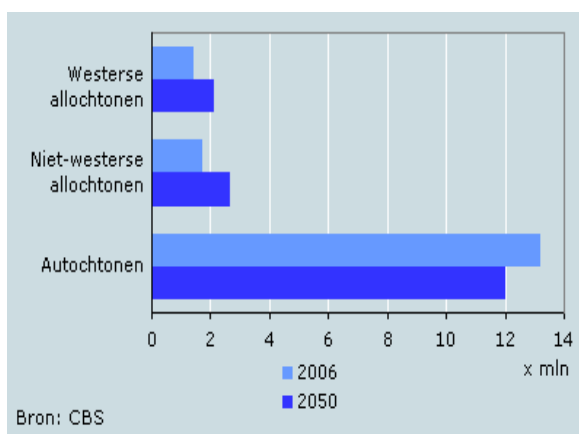
<sup>3</sup> Deze labels worden door de grote hoeveelheid hier niet nader genoemd zijn terug te vinden in de vetgedrukte tekst van hoofdstuk 4.7 en 4.8.

### 3. LITERATUURVERKENNING

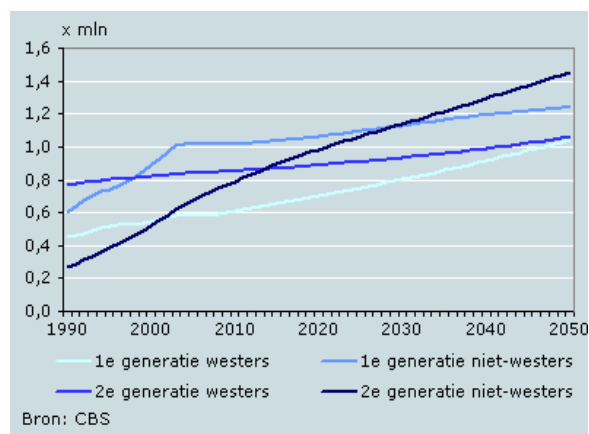
Dit hoofdstuk scheidt een achtergrondkader waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Het behandelt de deelvragen 'Wat houdt interculturalisatie in de huisartsenzorg in?' en 'Welke deelgebieden zijn hierin te onderscheiden?'. Het hoofdstuk begint met het in kaart brengen van de allochtonen in Nederland. In de tweede paragraaf wordt dieper in gegaan op verschillende definities van interculturalisatie voor de gezondheidszorg in het algemeen, waarbij ook een korte blik op de historie wordt gegeven. Vervolgens wordt het terrein van de huisartsenzorg uiteengezet en worden verschillende deelgebieden onderscheiden waarin aandacht voor interculturalisatie nodig is. Deze literatuurverkenning gebruikt twee grote onderzoeken als vertrekpunt: het advies 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg' van de Raad voor de Volkgezondheid uit 2000 en 'De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk' van het NIVEL uit 2004.

#### 3.1. Allochtonen in Nederland

Momenteel telt Nederland 16,4 miljoen inwoners. Volgens de nieuwe CBS-bevolkingsprognose zal het inwonertal van Nederland tot 2034 toenemen. Daarna gaat de bevolking krimpen. In 2050 telt Nederland naar verwachting 16,8 miljoen inwoners, waarvan 29% allochtonen. Voor de grote steden worden er al vanaf 2010 zelfs een meerderheid aan allochtonen verwacht. Het sterkst groeit de groep niet-westerse allochtonen, die momenteel de meerderheid van de totale groep allochtonen vormen. In de komende decennia laten de drie grootste niet-westerse herkomstgroepen, de Turken, Marokkanen en Surinamers een naar verhouding bescheiden groei zien. De groei zit vooral bij de allochtonen uit andere niet-Westerse landen, met name Chinezen, Irakezen, Afghanen en Iraniërs, waardoor de groei van de tweede generatie het sterkst toeneemt. Ook de eerste generatie allochtonen zal toenemen. (Garssen e.a., 2007)

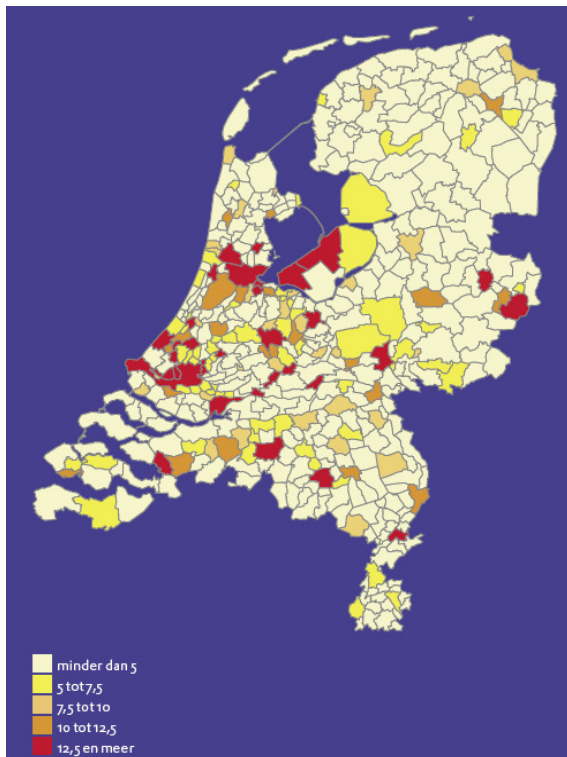


Figuur 3.1: Autochtonen en allochtonenprognose (Garssen e.a., 2007)

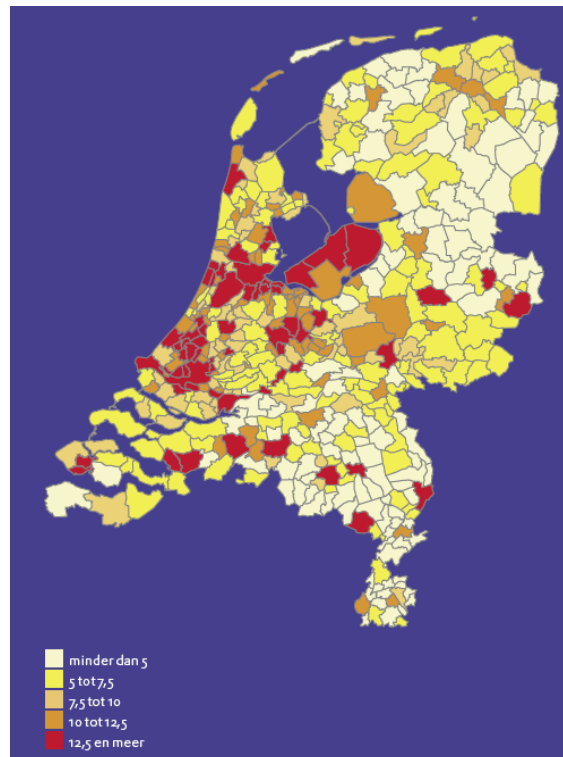


Figuur 3.2: Westerse en niet-westerse allochtonen naar generatie (Garssen e.a., 2007)

Niet-westerse allochtonen wonen vooral in de westelijke provincies van Nederland. In Zuid-Holland en Flevoland wonen het hoogste aandeel niet-westerse allochtonen. Noord-Holland komt op de derde plek. Niet-westerse allochtonen wonen vooral in de Randstad, in het bijzonder in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Naar verwachting zal een groot aantal in de komende jaren echter naar de omliggende gemeenten verhuizen. In gemeenten als Schiedam, Diemen en Almere zal in 2025 bijna 30% niet-westerse allochtoon zijn. Ook bij Arnhem, Tilburg en Groningen is sprake van een overloop naar randgemeenten. (Van Duin e.a., 2006)



Figuur 3.3: Percentage niet-westerse allochtonen per gemeente, 2005 (Van Duin e.a., 2006)



Figuur 3.4: Percentage niet-westerse allochtonen per gemeente, 2025 (Van Duin e.a., 2006)

### 3.2. Definitie Interculturalisatie

In het advies van de Raad voor de Volkgezondheid en Zorg wordt onder 'interculturalisatie van de gezondheidszorg' verstaan: *'Een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen (...). Onder 'cultuurgevoeliger maken' wordt verstaan het bewust worden van en evenwichtig hanteren van de eenzijdige (westerse) cultuurbepaaldheid van het zorgaanbod en de veelzijdige cultuurbepaaldheid van de zorgvraag.'* (RVZ, 2000)

Interculturalisatie is een onderdeel van diversiteitsbeleid. Daar waar diversiteitsbeleid zich richt op de algemene verscheidenheid in zorgvraag en -aanbod, werpt interculturalisatie specifiek licht op verscheidenheid in en tussen culturele achtergronden. Culturen moeten hierin worden gezien als historisch geconstrueerde, open systemen van categorisering die zich vormen in complexe dialogen tussen mensen en in interacties met andere culturen. Cultuur is daarmee geen statisch begrip, maar

verandert voortdurend door de dialoog tussen en binnen groepen mensen. Interculturalisatie is een proces waarin er meer aandacht is voor de interactie tussen verschillende culturen, met het doel om deze interactie te verbeteren. (Van Dijk, 2007) Hiermee is de doelgroep (allochtonen) overgegaan tot een groepsonafhankelijk thema (interculturalisatie). Het accent is verschoven van de doelgroep als focus van verandering naar de instelling als focus van verandering. Het begrip 'culturele gevoeligheid' wordt dan ook steeds vaker vervangen door het begrip 'culturele competenties' van zowel de organisatie als de hulpverlener. Het laatste begrip duidt op een actievere houding van de professional om een brug te slaan tussen de culturele achtergrond van de cliënt en zijn eigen cultuur. Er wordt niet langer alleen uitgegaan van de culturele achtergrond van de allochtone cliënt, maar de hulpverlener moet zich in de hulpverlening aan allochtonen verschillende competenties vaardig maken op het gebied van kennis, vaardigheden en attitude. (Braakman, 2003)

Interculturalisatie is geen doel op zich, maar een gecompliceerd proces om te bereiken dat de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor allochtone cliënten gelijkwaardig wordt aan die voor autochtonen (Wennink, 2004). Om dit doel te bereiken moet het proces van interculturalisatie geïntegreerd worden in alle processen binnen de zorg. De veranderingen moeten vastgelegd worden in het beleid. Daarnaast is het slechts een illusie dat het voldoende is als intercultureel beleid onderdeel is van het (kwaliteits)beleid. Interculturalisatie binnen de zorg is een langzaam proces en er is een mentaliteitsverandering voor nodig binnen de organisatie (Bellaart, 2001).

Gedurende de jaren zijn er in de literatuur verschillende definities van interculturalisatie geformuleerd. Deze geformuleerde definities bevatten gemeenschappelijke elementen. Allereerst komt de afstemming van inhoud en organisatie op de multiculturele samenleving tot uiting in zowel het weerspiegelen van de samenleving in de gezondheidszorg en het personeelsbestand als in een cultuurspecifieke benadering van patiënten. Ook gaat het om een beleidsproces dat betrekking heeft op de organisatie als geheel, haar afzonderlijke lagen en haar omgeving. Hiermee scheidt interculturalisatie een nieuwe norm, te omschrijven als een paradigma-verschuiving. Het doel is een evenredige toegankelijkheid en kwaliteit van zorg tussen autochtonen en allochtonen en het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen beide groepen. Een bewuste en gestuurde verandering en gelijkwaardigheid tussen personen (patiënten en medewerkers) met verschillende etnisch-culturele achtergronden staat hierbij centraal. De kern van interculturalisatie vormt 'een proces waarbij een gezondheidszorginstelling of het hele gezondheidszorgsysteem wordt aangepast aan de multiculturele samenleving'. (Logghe, in publicatie)

In de gebruikte definities van interculturalisatie zit een zekere tegenstrijdigheid. Enerzijds wordt de nadruk gelegd op cultuurverschillen ofwel het cultuurspecifieke (het afstemmen van de zorgverlening op de culturele verscheidenheid) en anderzijds wordt de nadruk wordt gelegd op het 'niet doen'/'niet laten gelden' van cultuurverschillen (alle medewerkers en cliënten zijn even waardevol). Een ander dilemma dat naar voren komt in de literatuur is dat enerzijds het principe geldt om de achterstand en achterstelling van allochtonen ten opzichte van autochtonen te verminderen, anderzijds geldt juist de positieve waarde van diversiteit als principe. (Logghe, in publicatie).

### 3.3. Historie

Sinds de tweede helft van de twintigste eeuw is er sprake van een relatief grote immigratiestroom naar Nederland. Met de komst van de gastarbeiders uit onder andere Turkije en



Marokko, vanaf 1960, is er nagedacht over de interactie tussen verschillende culturen. Met de komst van verschillende migrantengroepen vond in Nederland een verschuiving van monoculturele naar multiculturele samenleving plaats. Hierdoor kreeg de hulpverlening aan allochtonen en daarmee ook 'interculturalisatie' steeds meer actualiteit.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) formuleerde in 1995 het volgende standpunt voor het gezondheidszorgbeleid in een multiculturele samenleving: *'Uitgangspunt voor het volksgezondheidsbeleid in deze multiculturele samenleving is dat allochtone ingezetenen gelijke toegang tot de zorg krijgen als vergelijkbare groepen autochtonen. (...)Iedere ingezetene dient adequate zorg te ontvangen, de mate van integratie van betrokkene is aan deze doelstelling ondergeschikt.'* (VWS, 1995). De hulpverlening aan allochtonen moest zich rond de eeuwwisseling aanpassen aan diverse wensen en behoeften in plaats van allochtonen in te passen in de bestaande gezondheidszorg. Er vond een beleidsverschuiving plaats van allochtone hulpverlening naar interculturalisatie. (Boomstra, 2003)

In de kabinetsperiode van 2003-2007 is het politieke klimaat in Nederland dermate veranderd dat er binnen de politiek geen aandacht meer is voor interculturalisatie. De opvatting overheerst dat 'de allochtone populatie zich moet aanpassen aan de Nederlandse samenleving'. Minister Hoogervorst heeft in 2004 besloten dat de partijen binnen de zorgsector zelf verantwoordelijk zijn voor interculturalisatie en daar zelf de middelen voor vrij moet maken. (VWS, 2004) Het huidige kabinet onder minister Klink voert een beleid wat zich richt op de algemene toegankelijkheid van de gezondheidszorg van zowel autochtonen als allochtonen. Het interculturalisatie en specifieke doelgroepenbeleid laat ook zij over aan de professionals. (VWS, 2007)

### **3.4. Huisartsenzorg**

De Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap gaan idealiter uit van verschillende kenmerken voor het beroep huisarts die vallen onder vier grote uitgangspunten: generalistische zorg, contextgerichte zorg, gidsfunctie en kwaliteit en doelmatigheid. Op de volgende pagina zijn de verschillende kenmerken in een schema weergegeven.

Tabel 3.1: Kenmerken huisartsgeneeskundige zorg (LHV/NHG, 2003)

<b>Generalistische zorg</b>	<b>Zorg voor alle gezondheidsproblemen van alle mensen</b>	<i>Kenmerk 1</i> Huisartsgeneeskundige zorg richt zich op alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte die de patiënt presenteert.
		<i>Kenmerk 2</i> De zorg is beschikbaar voor alle mensen.
	<b>Eerste opvang, diagnostiek, behandeling, begeleiding, advies en preventie</b>	<i>Kenmerk 3</i> Zij vormt de eerste opvang van patiënten binnen de gezondheidszorg.
		<i>Kenmerk 4</i> De zorg betreft inventarisatie, diagnostiek, advies, behandeling, begeleiding, preventie en verwijzing.
	<b>Toegankelijke zorg</b>	<i>Kenmerk 5</i> Zij is voor patiënten in de woonomgeving op korte afstand beschikbaar.
		<i>Kenmerk 6</i> Patiënten hebben laagdrempelig toegang tot de zorg, zonder verwijzing door derden en binnen de noodzakelijk geachte termijn.
<i>Kenmerk 7</i> Zij is vierentwintig uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar, buiten kantooruren alleen voor spoedeisende gezondheidsproblemen.		
<b>Contextgericht zorg</b>	<b>Persoonsgerichte continue zorg</b>	<i>Kenmerk 8</i> De zorg is gericht op het individu in zijn of haar context.
		<i>Kenmerk 9</i> Zij is continu beschikbaar gedurende alle levensfasen en ziekte-episoden van de patiënt.
	<b>Vraaggerichte zorg</b>	<i>Kenmerk 10</i> Zij is gericht op de hulpvragen van de patiënt en is de resultante van de gemeenschappelijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt.
<b>Gidsfunctie</b>		<i>Kenmerk 11</i> De zorg heeft voor de patiënt de functie van gids in de gezondheidszorg.
<b>Kwaliteit en Doelmatigheid</b>		<i>Kenmerk 12</i> De kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg wordt door systematische ervaringskennis en wetenschappelijke onderbouwing gewaarborgd.
		<i>Kenmerk 13</i> De zorg is gericht op veiligheid: diagnostische en therapeutische winst wordt afgewogen tegen iatrogene schade en individuele belasting.
		<i>Kenmerk 14</i> Zij is gericht op doeltreffendheid en het voorkomen van medicalisering.
		<i>Kenmerk 15</i> Zij is gericht op het egaliteitsbeginsel <sup>4</sup> en doelmatigheid.

<sup>4</sup> Egaliteitsprincipe: principe dat iedereen goede zorg ontvang, maar degenen met de grootste behoefte ontvangen de meeste zorg.

De huisartsgeneeskundige zorg is beschikbaar voor alle gezondheidsproblemen van alle mensen en werkt hierin vraaggericht. De zorg is gericht op het individu in zijn of haar context. In deze gerichtheid is een diverse patiëntenpopulatie vanzelfsprekend. De huisartsenvoorziening onderkent verschillen in zorgvraag bij diverse patiëntengroepen, zoals allochtonen, ouderen, chronisch zieken of gezinnen met jonge kinderen, en zij anticipeert daarop. (LHV/NHG, 2003) Interculturalisatie is hiermee een fundamenteel onderdeel van de huisartsgeneeskunde.

### **3.5. Deelgebieden**

Het langzame proces van interculturalisatie als onderdeel van diversiteitsbeleid moet geïntegreerd worden in alle processen en terreinen van de huisartsenzorg om gelijkwaardige toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor autochtonen en allochtonen te kunnen waarborgen. Dit hoofdstuk behandelt de verschillende deelgebieden van de huisartsenzorg en geeft antwoord op de vraag wat interculturalisatie voor deze deelgebieden inhoudt. Op basis van gegevens uit het advies van de Raad voor de Volksgezondheid uit 2000 vormt dit hoofdstuk het vertrekpunt voor nader onderzoek.

#### **3.5.1. Vakinhoudelijk handelen**

Om de taken goed te kunnen uitvoeren beschikt een huisarts onder andere over verschillende methodieken en behandelwijzen. Deze worden grotendeels geformuleerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in de vorm van NHG-Standaarden. De standaarden geven richtlijnen voor diagnostiek behandeling van specifieke ziekten op grond van *evidence based* medisch onderzoek. Volgens het advies van de RVZ sluiten de gangbare methodieken en behandelwijzen van de huisartsenzorg onvoldoende aan bij de wijze waarop veel allochtonen hun ziekte beleven, tot uiting brengen en willen laten behandelen. Dit komt tot uiting in minder efficiënte diagnostiek, niet bij de zorgvraag passende therapievormen en een gebrek aan openstaan voor eigen ziektebeleving en verwachtingspatronen van de patiënt. Daarnaast zijn de geneesmiddelenvoorzieningen niet toereikend, de standaarddosering staat ter discussie als gevolg van biologische verschillen tussen patiënten van verschillende etnische groepen. (RVZ, 2000)

#### **3.5.2. Arts-patiënt relatie**

De basis voor een goede zorgverlening is een goede vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt. Huisartsen behoren competent te zijn op het gebied van het opbouwen van effectieve behandelrelaties, het doelgericht toepassen van communicatietechnieken en -middelen en het actief betrekken van de patiënt bij de besluitvorming. (LHV/NHG, 2005a) In de interculturele communicatie kan nog het een en ander verbeterd worden. Zo constateert de RVZ in haar advies een gebrekkige vertrouwensrelatie tussen huisarts/ patiënt en gebreken bij de intake, waardoor fouten in de diagnostiek en een 'doktersdelay' ontstaan. Zorgverleners zijn niet goed ingespeeld op taal-, communicatie- en cultuurverschillen en maken weinig gebruik van tolken. (RVZ, 2000).

Ook het NIVEL bevestigt deze constatering en beveelt training in interculturele communicatie aan. (Van Lindert e.a., 2004) Daarnaast blijkt uit het onderzoek van NIVEL dat de huisartsen in consulten met autochtonen meer patiëntgericht zijn. Patiëntgerichtheid betekent de patiënt ruimte geven, laten meebeslissen en de ontvankelijkheid voor het verhaal van de patiënt. In consulten met niet-Westerse allochtonen zijn huisartsen meer taakgericht. (Van den Brink-Muinen e.a., 2004)

### **3.5.3. Poortwachterfunctie**

De huisarts heeft een centrale positie in de gezondheidszorg voor de patiënt. Hij of zij is de enige algemeen georiënteerde geneeskundige die mensen bij klachten op eigen initiatief kunnen raadplegen. Deze positie houdt in dat de huisarts een coördinerende functie heeft in de gezondheidszorg. Daarnaast is de huisarts de poortwachter en portier van de gezondheidszorg. De huisarts beslist of en naar welke specialist een patiënt verwezen moet worden en wijst de patiënt op de weg erheen. (De Haan e.a., 1996) De huisarts maakt hierbij optimaal gebruik van de expertise binnen de eigen huisartsenvoorziening en een netwerk van zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

De problemen die in dit verband door de RVZ genoemd worden, houden verband met andere waarden en normen en religieuze voorschriften van allochtone zorgvragers dan autochtone zorgvragers. Voorbeelden hiervan zijn:

- De behandelrelatie tussen een mannelijke zorgverlener en een vrouwelijke patiënt of omgekeerd
- Omgang met ziekte
- Behoeftte aan aparte, 'eigen' woonvoorzieningen
- Behoeftte aan aparte, 'eigen' mantelzorg.
- Interculturele geestelijke gezondheidszorg (verschillende verwachtingen en verklaringen)
- Toepassen van cultuurgebonden geneeswijzen
- Regeling medisch gebonden rituelen (besnijdenis)

De huisarts dient als poortwachter en verwijzer rekening te houden met deze andere waarden, normen en religieuze voorschriften. (RVZ, 2000)

### **3.5.4. Praktijkondersteuning**

In de huisartsenpraktijk werken verschillende mensen ter ondersteuning van de huisartsenzorg. De praktijkassistent (mbo-niveau) is de eerste contactpersoon voor de patiënt. Hij of zij heeft verschillende taken. Zo zijn er medisch-technische taken, voorlichtingstaken, administratieve en organisatorische zaken. De laatste jaren is het takenpakket van de praktijkassistent fors uitgebreid. (Engels e.a., 2002)

De praktijkverpleegkundige (differentiatie van hbo-Verpleegkunde) en de praktijkondersteuner (opgeleid in bedrijfsopleidingen in het kader van het project PraktijkOndersteuning Huisartsen op het gebied van diabetes mellitus, astma/COPD en hart- en vaatziekten) hebben een eigen spreekuur en doen onder andere de periodieke controles van een aantal groepen chronisch zieke patiënten. Met het oog op een geconstateerd tekort aan huisartsen zijn op initiatief van de overheid pilots gestart voor hbo<sup>+</sup>-opleidingen voor de functies van 'physician assistant' en 'nurse practitioner'. Deze opleidingen liggen op het masterniveau. (LHV/NHG, 2005b)

De 'VETC' (Voorlichter in Eigen Taal en Cultuur), of in veel steden tegenwoordig ook 'allochtone zorgconsulent' genoemd, is in de jaren '80 ontstaan. VETC'ers zijn uit het eigen land afkomstig, kennen de taal en cultuur van de allochtone patiënt en zijn geschoold in de Nederlandse taal en cultuur. Omdat zij op de hoogte zijn van beide culturen kunnen zij zich goed inleven in cultureel gevoelige thema's. (Wolffers e.a., 2004) Zij fungeren als indirecte tussenpersoon in de gezondheidszorg. De hoofdtaak van de VETC'ers is voorlichting geven, op deze manier zorgen zij indirect voor een goed verloop van het consult en leveren zij een bijdrage aan de

informatievoorziening aan de allochtone patiënt. (Van Lindert e.a., 2004) In toenemende mate worden zij ook als directe tussenpersoon ingezet.

### **3.5.5. Management**

Management ("het besturen van een organisatie"<sup>5</sup>) is een proces, geheel van opeenvolgende menselijke activiteiten. Deze activiteiten zijn op te splitsen in vier groepen:

1. Het op basis van een visie en missie bepalen van een strategie en deze uitwerken in plannen
2. Het structureren van een organisatie
3. Het leiden van de personeelsleden
4. Het controleren of de beoogde doelstellingen wel worden bereikt.<sup>6</sup>

Onder het terrein 'intercultureel management' wordt een gedeelde visie op interculturalisatie verstaan, die vertaald kan worden in missie en doelstellingen van de organisatie. De GGZ formuleert hierin de volgende indicatoren: "Het interculturele beleid wordt structureel gevolgd, besproken, geïnnoveerd, aangepast, toegelicht en verspreid door het management. Daarbij zijn er vaste taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor het interculturele beleid." (Wennink e.a., 2004). Daarnaast zijn vaardigheden nodig om daadwerkelijk 'intercultureel' leiding te geven aan werkprocessen. Voor de huisartsenzorg betekent dit dat interculturalisatie in het beleid en de organisatie van de huisartsenpraktijk integraal wordt opgenomen en het personeel cultureel vaardig is in de zorgverlening.

### **3.5.6. Personeelsbeleid**

Een onderdeel van het management is het personeelsbeleid. Naast een gedeelde visie in het management is draagvlak op de werkvloer nodig en dat kan bereikt worden via een beleid dat gericht is op het behoud van carrièremogelijkheden van allochtoon personeel en het bevorderen van de instroom van allochtoon personeel in de huisartsenzorg.

In 1996 was de Wet Bevordering Evenredige Arbeidsdeelname Allochtonen (WBEEA) van kracht waarin naast de kwalitatieve redenen voor instroom van allochtoon personeel ook kwantitatieve normen gesteld werden. Deze wet is in 1998 vervangen door de Wet Stimulering Arbeidsdeelname Minderheden (Wet SAMEN). Inmiddels heeft de overheid besloten dat vanaf 2004 deze wet niet meer van kracht is. Momenteel zijn er dus geen wettelijke normen voor het percentage allochtonen in het personeelsbeleid. Dat neemt niet weg dat de aanbeveling van de RVZ voor een intercultureel personeelsbeleid blijft staan. De GGZ Nederland heeft daarom ook het intercultureel personeelsbeleid opgenomen in haar indicatoren voor het monitoren van interculturalisatie. Zij stelt hierin dat de samenstelling van het personeelsbestand naar organisatorische eenheid en functie in overeenstemming moet zijn met de culturele en etnische samenstelling van het patiëntenbestand en populatie onder zorg en dat er scholingsactiviteiten en -plannen ter bevordering van de interculturele competentie van het personeel georganiseerd en geformuleerd worden. (Wennink e.a., 2004)

---

<sup>5</sup> Van Dale Hedendaags Nederlands, 2005.

<sup>6</sup> Wikipedia: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Management>.

De RVZ geeft in haar aanbevelingen aan dat er over het aantrekken van allochtoon personeel afspraken met streefnormen gemaakt kunnen worden in het kader van meerjarenafspraken met de overheid en in overleg met de verzekeraars. (RVZ, 2000)

### **3.5.7. Patiënten**

De gezondheidszorg in Nederland heeft een omslag gemaakt van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg<sup>7</sup>. Patiënten kunnen als consumenten van de zorg hun invloed aanwenden in het proces van interculturalisatie in de huisartsenzorg. In juridisch opzicht zijn daartoe verschillende mogelijkheden. Zo biedt de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) de consumenten de mogelijkheid invloed uit te oefenen op de collectief gefinancierde zorg via patiëntenraden. De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) regelt het recht van de individuele patiënt te klagen over de geboden zorg. Landelijke en regionale patiëntenplatformen kunnen patiënten begeleiden bij het indienen van een klacht. Zij behartigen de belangen van patiënten. Zo heeft het Regionale Patiënten/Consumenten Platform (RPCP) van Zuid-Holland Noord uit gesprekken met verschillende zorgvragersorganisaties zorgvragerscriteria voor onder andere de huisarts opgesteld. (RPCP Zuid-Holland Noord, 2003)

Waarschijnlijk wordt in de toekomst ook het patiëntenervaringsonderzoek belangrijker. De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) en de Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn (LVG) hebben een instrument ontwikkeld voor patiëntenervaringsonderzoek voor eerstelijnscentra. Dit instrument, Eerstelijnszorgcentra door Cliënten Bekeken (ECB) behelst een onderzoek gevolgd door een verbeteringstraject met als doel de zorg beter aan te sluiten op de patiëntenervaringen.

Hoewel over het algemeen de positie van patiënten de laatste jaren via wetgeving en patiëntenervaringsonderzoek is versterkt en de mogelijkheid van participatie in besluitvormingsprocessen is vergroot, is het aandeel van allochtone patiënten in patiëntenraden uiterst gering en zijn de instrumenten voor patiëntenervaringsonderzoek nog niet voldoende cultuursensitief. Alleen bij voorzieningen die specifiek gericht zijn op allochtone bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld allochtone ouderenzorg), zitten allochtonen in de raad. (Oudenampsen e.a., 2000) Dit heeft een structurele onderbelichting van de allochtone patiënt tot gevolg. Het Nederlands Centrum Buitenlanders (NCB) heeft in samenwerking met de NPCF initiatieven ontplooid om dit te verbeteren.

### **3.5.8. Opleidingen**

De basisopleiding geneeskunde vormt de basis voor de kwaliteit van de door artsen verleende zorg. In 2003 bleek dat er in de basiscurricula geneeskunde aan de acht universiteiten in Nederland te weinig aandacht geschonken werd aan culturele diversiteit (Van Wieringen e.a., 2003). Meestal gaat het om onderwijsmodulen interculturele zorgverlening die op vrijwillige basis gevolgd kunnen worden. Vanuit verschillende onderzoeken, het werkveld en de overheidssfeer wordt aangedrongen op structurele en verplichte aandacht voor interculturele zorgverlening in de opleidingen. (Van Lindert e.a., 2004; RVZ, 2000) In aandacht voor interculturalisatie onderscheidt men drie verschillende aspecten:

1. Epidemiologische gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen;

---

<sup>7</sup> Zie ook hoofdstuk 5.4.

2. Communicatie met patiënten met verschillende achtergronden;
3. Verschillen in religieuze, sociaal-economische en culturele achtergrond van patiënten in het algemeen en de invloed hiervan op ziekte en gezondheid(sbeleving). (Van Wieringen e.a., 2003).

Het structureel ontbreken van onderwijs in interculturele hulpverlening is mede een gevolg van de opleiding die docenten genoten hebben. Zij hebben meestal een 'witte' opleiding achter de rug en niet zelf kennis van of praktijkervaring met allochtone patiënten opgedaan. (RVZ, 2000)

In aansluiting op de kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg<sup>8</sup> heeft de Projectwerkgroep Vernieuwing Huisartsenopleiding (PVH) een competentieprofiel<sup>9</sup> geformuleerd wat de basis vormt voor de huisartsenopleiding. Met competentieontwikkeling als leidraad kunnen gericht vernieuwingen in de opleiding doorgevoerd worden die de opleiding als geheel op een hoger niveau brengen. (LHV/NHG, 2005a) Ondanks dat een huisarts competent moet zijn om de culturele achtergrond van de patiënt te betrekken bij de interpretatie van de klacht, geven ook de huisartsenopleiding en de bij- en nascholing van huisartsen nog maar beperkt integraal aandacht aan interculturalisatie en interculturele zorg.

De verantwoordelijkheid voor goed opgeleide huisartsen ligt bij het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ziet toe op de kwaliteit van de opleidingen. Zij heeft hiertoe de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG) als instrument. (RVZ, 2000) De Wet BIG is een van de Nederlandse wetten waarmee is vastgelegd welke personen tot handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg bevoegd zijn.<sup>10</sup>

### **3.5.9. Accommodatie**

Naast bovengenoemde deelgebieden van de huisartsenvoorziening zijn ook het accommodatie- en voorlichtingsbeleid van belang. Zo moet de inrichting en bouw van een praktijk aan verschillende eisen voldoen van bijvoorbeeld privacy en goede bewegwijzering. De wachtkamer beschikt over voldoende informatievoorzieningen voor patiënten over ziektebeelden, aanvullende onderzoeken en patiëntenverenigingen. Met betrekking tot de zorg voor allochtonen moeten alle praktijkruimtes voorzien zijn van een tolktelefoon en voldoende voorlichting beschikbaar zijn in verschillende talen. (Bedaux, 1998)

---

<sup>8</sup> Zie hoofdstuk 3.4.

<sup>9</sup> Voor samenvatting competentieprofiel, zie bijlage.

<sup>10</sup> Wikipedia: [http://nl.wikipedia.org/wiki/Wet\\_BIG](http://nl.wikipedia.org/wiki/Wet_BIG).

## 4. RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK EN DIEPTE INTERVIEWS

In dit hoofdstuk worden de knelpunten, de oplossingen en de aanbevelingen voor de LHV van de deelgebieden 'vakinhoudelijk handelen', 'arts – patiëntrelatie', 'poortwachterfunctie' en 'praktijkondersteuning' die uit de literatuur en uit de interviews naar voren kwamen besproken. Elk deelgebied wordt afgesloten met een korte conclusie waarna de genoemde oplossingen worden weergegeven. De paragrafen worden afgesloten met concrete, in de interviews genoemde, aanbevelingen voor de LHV.

### 4.1. Vakinhoudelijk handelen

#### 4.1.1. Knelpunten

##### 4.1.1.1. Ziektebeelden

Een groot knelpunt wat door veel geïnterviewde sleutelpersonen naar voren werd gebracht is het gebrek aan kennis van veel huisartsen over verschillende frequenties en behandelingen van ziektebeelden. Het is inmiddels bekend dat diabetes mellitus en hart- en vaatziekten bij Hindoestanen vaker en agressiever voorkomen. Dit vraagt extra alertheid en begeleiding van huisartsen. Verder komen bepaalde vormen van erfelijke bloedarmoede, zoals thalassemie en sikkelcelanemie, vaker voor bij mensen uit Afrika, Azië en het Middellandse Zee gebied, waardoor een preconceptionele test op dragerschap is aan te bevelen. Ook vitamine D deficiëntie komt vaker voor bij zowel allochtone vrouwen als mannen, met klachten van het bewegingsapparaat als gevolg. Hetzelfde geldt voor *Helicobacter Pylori* maagklachten. Een nog onduidelijk probleem dat raakvlakken heeft met de geestelijke gezondheidszorg is het vaker voorkomen van poging tot zelfdoding bij Hindoestaanse en Turkse meisjes.

Een aantal van de geïnterviewde personen is van mening dat het merendeel van de huisartsen deze medisch inhoudelijke kennis inmiddels wel bezitten. Toch werd het bezit van deze kennis door anderen weer in twijfel getrokken. De meerderheid vindt dan ook dat er hoog ingezet moet worden op de verspreiding van medische kennis over ziekten en behandeling van verschillende etnische groepen. Hierbij wordt tevens gewezen naar de NHG-standaarden. Manna onderzocht in zijn promotie onderzoek de inhoud en de achtergrond van de NHG-standaarden over diabetes mellitus type 2, hypertensie en astma bij volwassenen door Amerikaanse, Canadese en Engelse richtlijnen te vergelijken met de Nederlandse standaarden. Hij kwam tot de conclusie dat het volgen van de standaard leidt tot minder goede uitkomsten van zorg bij etnische minderheden. Gezien het beschikbare bewijs en de klinische relevantie dienen de NHG-standaarden meer rekening te houden met etnische verschillen tussen patiënten. (Manna, 2006) Het Nederlands Huisartsen Genootschap buigt zich momenteel door middel van een werkgroep 'diversiteit' over het verwerken van diversiteit in de huidige standaarden. Een probleem daarbij is dat de huidige uitwerking van het concept *evidence based medicine*, waarin resultaten uit *randomized controlled trials* worden beschouwd als de hoogste bewijskracht, standaarden moeilijk bruikbaar maakt in het dagelijks handelen van de huisarts in Nederlandse achterstandswijken. (Manna, 2006) *"In de standaarden wordt tegenwoordig steeds meer naar etniciteit gekeken. Probleem is dat er weinig 'evidence' is; dan kom je vaak op basis van indrukken. Dat is lastig, want standaarden moeten 'evidence' zijn."* (Starmans, huisarts)



Anderzijds moet volgens een groot aantal geïnterviewden niet gefixeerd worden op de medisch-technische knelpunten, maar ruimschoots aandacht zijn voor de context van de patiënt, één van de kenmerken huisartsgeneeskundige zorg.

*"Wij vinden 'evidence based' belangrijk. Maar 'evidence based' met expliciete aandacht voor de specifieke patiënt wensen. Voor mij mag het debat ontstaan over wat de spanning is tussen medisch technisch 'evidence based' resultaat, holistisch kijken en klantgericht kijken. Het zou mooi zijn als dit resulteert in een goede balans tussen 'evidence based' en klantgericht werken. Ik verwacht dat dit tot andere inzichten leidt over de wijze waarop 'evidence based' zorg vorm moet krijgen. In de praktijk zie je vaak een andere uitwerking? Er wordt veel focus gericht op de medisch technologische en medisch inhoudelijke resultaat aspecten in 'evidence based' en vrij weinig op de klantwens aspecten. Ik vind dat in richtlijnen het klantperspectief veel meer gewicht dient te krijgen. Ik voorzie met deze insteek bijstellingen van vrijwel alle richtlijnen. Dit geldt dus ook voor de vraagstukken ten aanzien van diversiteit." (Crasborn, Agis)*

#### 4.1.1.2.Context

Naast kennis over ziektebeelden horen huisartsen ook basiskennis te hebben van de culturele achtergronden van hun patiënten. "Je moet wel weten dat het Ramadan is, dat je dan gericht kan vragen wat het betekent voor de patiënt en wat voor gevolgen het heeft voor de medicatie. Tijdens de Ramadan heb je veel mensen die komen met maagklachten, die vanwege niet eten duizelig zijn, misselijk zijn. Dus dat geeft specifieke klachten en het geeft problemen bijvoorbeeld met een antibioticakuur, dus je moet dan bij voorkeur iets geven wat maar één keer per dag hoeft" (Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos) Ook het explorerende onderzoek naar ervaringen van migranten in de huisartsenzorg in Amsterdam van het Amsterdams Patiënten Consumenten Platform (APCP) concludeert dat huisartsen over het algemeen te weinig bekend zijn met de culturele of religieuze achtergrond van vooral de Marokkaanse en Turkse patiënten uit het onderzoek. Medisch relevante kennis over culturele gebruiken en achtergronden geeft een zo optimaal mogelijke context- en persoonsgerichte zorg. Patiënten waarderen interesse van de huisarts in hun achtergrond (Vink e.a., 2002)

*Tijdens mijn oriënterende praktijk bezoeken woonde ik een interdisciplinaire bijeenkomst over allochtone zorgconsulenten bij. Onder het genot van Marokkaanse en Turkse hapjes lichte een coördinator voor allochtone zorgconsulenten van de GGD het personeel van het gezondheidscentrum in over de wijzigingen in de inbedding van de zorgconsulent. Daarnaast werd van de mogelijkheid gebruik gemaakt de Marokkaanse zorgconsulent te laten vertellen over de Hadj, een bedevaartsreis naar Mekka die elke moslim een keer in het leven moet maken. Naast de achtergrond van de Hadj, werden ook medisch relevante zaken besproken, zodat de zorgverleners hun zorg zo goed mogelijk aan de patiënten die 'op Hadj gaan' kunnen verlenen. (Gezondheidscentrum Staatsliedenbuurt Amsterdam, 20 november 2007)*

Een ander contextgerelateerd knelpunt is het verschil in ziektebeleving, ziekte-uiting en ziekte gedrag van verschillende allochtone groepen. Onderdeel van de culturele achtergrond is een andere manier van presenteren van gezondheidsklachten. Gebrek aan kennis van de huisarts hierover leidt tot misverstanden over de feitelijke klachten die een patiënt heeft (Vink e.a., 2002). Zo is het 'somatiseren' van psychische klachten een uitingsvorm die frequent voorkomt. Hierin speelt het taboe

op psychiatrische aandoeningen een rol. Allochtone patiënten kunnen bijvoorbeeld herhaaldelijk met “hoofdpijn” bij de huisarts komen, terwijl ze eigenlijk een posttraumatische stressstoornis hebben als gevolg van een migratiegeschiedenis. Uit het onderzoek van het APCP bleek ook dat Nederlandse huisartsen bij psychosomatische klachten een andere beleid volgen dan in Marokko, Turkije en Suriname. Veel Marokkanen en Surinamers accepteren niet dat lichamelijke klachten een niet-lichamelijke oorzaak kunnen hebben. Turken zijn meer bereid om te accepteren dat klachten het gevolg van bijvoorbeeld stress kunnen zijn. (Vink e.a., 2002) Daarnaast speelt een enkele keer een rol dat sommige allochtonen geloven dat ziekten ontstaan door toedoen van geesten.

Andere diagnoses uit het land van herkomst vormen volgens een aantal geïnterviewde personen regelmatig een knelpunt in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Patiënten bezoeken in het land van herkomst een arts en komen vervolgens terug in Nederland met een stapel medicijnen en röntgenfoto's, waar de huisarts naar moet kijken. *“En dan zijn ze vaak ook meer tevreden met de diagnose die in het buitenland wordt gesteld, omdat ze zich daar erkend en gezien voelen.”* (Vink, APCP)

Tenslotte werd in een paar interviews genoemd dat er aandacht moet blijven voor specifieke groepen die extra aandacht nodig hebben. Genoemd werden de chronisch zieke ouderen, de (bezorgdheid om) zieke kinderen en de allochtonen met psychische klachten. Ook moet er steeds aandacht blijven voor nieuwe migrantengroepen, om zo de kennis en kunde voldoende doeltreffend te laten zijn.

#### 4.1.1.3. Concentratie van kennis

Een door veel geïnterviewde personen genoemd knelpunt is de concentratie van kennis in achterstandswijken en een beperkt aantal multiculturele huisartsenpraktijken in grote steden. Daar is inmiddels veel kennis en ervaring opgedaan over de aanpak van zorg voor allochtone zorgvragers. Deze kennis en ervaring blijft vaak binnen de eigen praktijk of stad. *“Ik ken veel huisartsen uit Den Haag, de Schilderswijk, die ervaring hebben van 30 jaar, spontaan opgebouwd. Zij hebben een kapitaal aan ervaring en op andere plekken [buiten eigen praktijk of stad] weer niet. (...) Dit is een van de knelpunten, die concentraties, dat kennis niet vanzelf gedeeld wordt.”* (Boedjarath, Mikado)

#### 4.1.1.4. Patiëntenvoorlichting

Een belangrijke vakinhoudelijke taak van de huisarts is het goed voorlichten van de patiënten. Alle geïnterviewde sleutelpersonen zagen een gebrek aan effectieve patiëntenvoorlichting. Patiënten leven vaak in het ongewisse over het Nederlandse gezondheidszorgstelsel en gezondheidszorgbeleid of willen dit niet accepteren<sup>11</sup>. De beschikbare patiëntenvoorlichting over kennis van het eigen lichaam, proto-professionalisering van patiënten, preventie en curatie sluit niet aan bij de context van verschillende etnische groepen. Over het gebruik van voorlichtingsfolders zijn de meningen verdeeld. Het voordeel van folders is dat deze in de eigen taal gepubliceerd kunnen worden. Het nadeel is dat veel allochtonen analfabeet zijn en je met een folder niet kunt nagaan of de informatie ook daadwerkelijk begrepen is.

---

<sup>11</sup> Zie ook hoofdstuk 6.3.1.

*“Één van de dingen die mij verraste, die ik niet wist, was toen wij die voorlichting gingen voorbereiden met die Hindoestaanse voedingsdeskundigen. De allereerste regel die zij noemden, en dat illustreerde ze met een klokje, was ‘regelmaat, regelmaat in het eten’. Hindoestanen eten dus niet ontbijt, lunch, avondeten. Er staat gewoon eten in de koelkast en als je zijn hebt om te eten, dan pak je wat. Niet dat het eten niet belangrijk is als sociaal gebeuren, want dat doen ze ook en zeker bij religieuze gebeurtenissen of hoogtijdagen en er zijn naar mijn idee heel vaak gelegenheden om nog eens even gezellig samen te eten. Maar daarnaast gebeurt dat andere dus ook. Dus je hebt nooit een moment waarop je lichaam moet interen op zijn intra-abdominale vetreserves. Dat is hartstikke ongezond. Alle voorlichtingsboodschappen keetsen al af als je dat niet weet.”*  
(Middelkoop, GGD)

*In één van mijn oriënterende bezoeken aan een ‘multiculturele huisartsenpraktijk’ zat ik bij een driegesprek met een diabetesverpleegkundige, een Marokkaanse diabetespatiënt en een Voorlichter Eigen Taal en Cultuur. De diabetesverpleegkundige deed haar best om de Marokkaanse patiënt uit te leggen dat ze driemaal per dag acht eenheden insuline moest spuiten. Doordat de patiënt analfabeet was, kon ze de insulinepen niet in één keer op het cijfer acht instellen. De VETC'er sloeg de brug. Ze deed voor hoe de patiënt de insulinepen al klikkend op acht kon zetten. Één, twee, drie, vier, zo telde ze door tot er acht klikken waren geweest. ‘Sommige patiënten dienen zich op deze manier dertig eenheden toe’, aldus de VETC'er. (Gezondheidscentrum Borgerstraat Amsterdam, 18 september 2007)*

#### **4.1.2. Oorzaken**

Voor het gebrek aan en de concentratie van kennis en kunde in het vakinhoudelijk handelen van de huisarts kunnen verschillende oorzaken aangewezen worden. In de interviews werden genoemd:

- Er is geen duidelijk interculturalisatiebeleid over hoe de zorg in een multiculturele samenleving en huisartsenpraktijk aangepakt moet worden. Er is geen consensus over welke interculturele competenties een huisarts moet beschikken.
- De vrijblijvendheid voor huisartsen om zich met het onderwerp ‘interculturalisatie’ bezig te houden, terwijl het een onderwerp is dat in elke huisartsenpraktijk in meer of mindere mate aan de orde van de dag is.
- Sommige huisartsen zijn van mening dat de reguliere huisartsenzorg niet voldoende aansluit bij allochtonen en dat deze groep geen extra aandacht behoeft. Zowel binnen als buiten het vak wordt gezegd dat het huisartsen soms ontbreekt aan een kritische kijk op het eigen functioneren. Huisartsenartsen kunnen meer toetsen of de kwaliteit die ze zichzelf toedichten ook klopt. Daarnaast wordt de behoefte aan transparantie over het functioneren naar voren gebracht, zodat via intervisie van elkaar geleerd kan worden en het voor externe partijen inzichtelijker kan worden waarin zij de huisartsen kunnen ondersteunen.
- In regulier onderzoek zijn etnische groepen onvoldoende geregistreerd en participierend, mogelijk worden deze groepen om onderzoekstechnische redenen niet in regulier onderzoek betrokken.
- Er is weinig aandacht voor interculturele kennis en vaardigheden in de opleidingen. Dit geldt zowel voor de basisopleiding en de voor de huisartsenopleiding als voor de bij- en nascholing van huisartsen.

*Ik denk dat huisartsen meer open zouden moeten staan voor het feit dat zij ook misschien wel nascholing of VETC nodig hebben. Meer open staan voor het feit dat ze niet alwetend zijn. Dat er ook in hun attitude en gedrag dingen verbeterd kunnen worden. (Vink, APCP)*

*Iets anders is, wat ik ook uit mijn eigen ervaring met artsen die ik ken zie, is dat artsen in stelligheid en zekerheid worden opgeleid, met bouwast. De flexibiliteit en creativiteit ontbreekt en dit is juist het kenmerk van interculturalisatie. (Boedjarath, Mikado)*

#### **4.1.3. Conclusie**

Enerzijds is er bij veel huisartsen een gebrek aan interculturele kennis en vaardigheden, anderzijds is de kennis die er is beperkt tot multiculturele huisartsenpraktijken. Het gebrek aan kennis gaat zowel over ziekteverschillen als over verschillen in culturele achtergrond.

Er is een gebrek aan effectieve patiëntenvoorlichting over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, preventie en curatie. De beschikbare patiëntenvoorlichting sluit niet aan bij verschillende etnische groepen.

Deze knelpunten worden veroorzaakt door een onduidelijk en te vrijblijvend interculturalisatiebeleid, weinig kritische blik op eigen functioneren bij huisartsen, onvoldoende participatie van etnische groepen in regulier onderzoek en onvoldoende aandacht voor interculturalisatie in de opleidingen.

#### **4.1.4. Oplossingen**

De huisartsenzorg heeft generalistische en contextgerichte zorg als basiskenmerk. Huisartsen hebben hierdoor per definitie te maken met een diverse patiëntenpopulatie. De basis voor veel oplossingen die in de interviews genoemd zijn is het denken vanuit deze diverse patiëntenpopulatie. Diversiteit als positief uitgangspunt en denkkader vormt de basis voor het implementeren van een interculturalisatiebeleid, als onderdeel van diversiteitbeleid, in de huisartsenzorg. Het is van belang dat diversiteit ingebed is in het hele geneeskundig proces en in alle onderdelen van de Nederlandse gezondheidszorg. De oplossing is dan ook per definitie integraal en waar nodig specifiek. *"Het is voor mij volstrekt geen vraag dat we als arts de verplichting hebben om er zelf voor te zorgen dat het klimaat zo is dat we de patiënt zo optimaal mogelijk kunnen begrijpen. Dus mensen die onze taal niet spreken, daar kan ik politiek en als burger van alles van vinden (...), maar dat ontslaat mij niet van de plicht als arts om dan te zorgen voor een goede tolk. Dat hoort bij mijn vak als arts. (...) Wat betekent diversiteit? Dat je in het hele geneeskundig proces, zowel in de diagnostische fase, behandeling, nazorg, begeleiding, rekening houdt met de specifieke kenmerken van die patiënt en dat betekent dat je dus ook kennis hebt daarvan."* (Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos)

In de opleiding en bij- en nascholing van huisartsen moeten duidelijke interculturele competenties ontwikkeld, bijgebracht en getraind worden, met als doel de kennis en vaardigheden van de huisarts op het gebied van interculturalisatie te verbeteren op de volgende gebieden:

- Kennis over ziekte- en behandelingsverschillen
- Aandacht voor de achtergrond van de patiënt

- Basiskennis over culturele achtergronden in relatie tot therapietrouw, leefstijlinterventie en communicatie
- Training in attitude en zelfreflectie
- Training in interculturele communicatievaardigheden en hier prioriteit aan geven
- Aandacht voor nieuwe migrantengroepen

Vervolgens kan het algemene competentieprofiel van de huisarts aangepast worden.

Ter ondersteuning van de huisarts moet diversiteit en interculturalisatie in de NHG-standaarden verwerkt zijn en kunnen specifieke handreikingen voor de huisartsenpraktijk ontwikkeld worden. De Ramadankalender van het Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO) is hiervan een goed voorbeeld.<sup>12</sup> Mogelijk kan er ook een richtlijn 'hoe om te gaan met een taalbarrière?' ontwikkeld worden. Daarnaast moet het voor huisartsen (financieel) aantrekkelijker worden om te investeren in interculturalisatie. Het fonds voor de achterstandswijken is hiervan een goed voorbeeld. In veel interviews wordt genoemd dat de aanpak van interculturalisatie interdisciplinair en wijkgericht moet zijn voor de continuïteit en laagdrempeligheid van de zorg.

De vele goede initiatieven en kennis uit zelfstandige multiculturele huisartsenpraktijken kunnen worden gebundeld en verspreid over huisartsenpraktijken in het hele land. *"Op vakinhoudelijk gebied moet er nog heel veel kennis verworven worden en de expertise die in het veld is opgebouwd moet veel meer ontsloten worden. Dus je moet gericht onderzoek hebben, met een duidelijk huisartsgeneeskundig focus. Je zou naast de onderzoeksgelden voor "Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde" middelen moeten hebben om het potentieel van verschillende initiatieven die in het veld ontstaan verder te kunnen onderzoeken en ontwikkelen, een databank van bewezen effectieve good-practices, verkennende studies naar de invloed van gebrekkige communicatie op het huisartsgeneeskundig handelen: leidt dat tot het (te) laat stellen van diagnoses, tot kortere overlevingsduur bij ernstige aandoeningen of mindere kwaliteit van leven bij chronische aandoeningen? En laten we dan vooral doorsteken naar de vraag hoe dat te verbeteren..."* (Bartels, huisarts) Het is hiervoor tevens van belang dat etnische groepen geregistreerd zijn en participeren in regulier onderzoek.

De patiëntenvoorlichting over het eigen lichaam, ziekte, behandeling, preventie en het gezondheidszorgsysteem in Nederland moet aansluiten op de context van allochtone patiënten. Dit kan bijvoorbeeld door:

- De wij-cultuur te gebruiken in voorlichting door middel van massamedia en rolmodellen.
- VETC, allochtone professionals en allochtone zelforganisaties in te schakelen
- Nauw samen te werken met de GGD

Een belangrijke randvoorwaarde voor goede patiëntenvoorlichting is het in contact blijven met de patiënt.

---

<sup>12</sup> Zie site NHG: <http://nhg.artsennet.nl>



## 4.2. Arts-patiënt relatie

### 4.2.1. Knelpunten

#### 4.2.1.1. Interculturele communicatie

Voor de huisarts is een goede arts-patiënt relatie van belang om tot een goede diagnose en behandeling te kunnen komen en de patiënt goed te kunnen informeren en instrueren. Een goede relatie vergroot tevens de tevredenheid en therapietrouw van de patiënt. Cultuurverschillen hoeven geen belemmering te zijn in de communicatie als de hulpverlener zich ervan bewust is en er goed mee om weet te gaan. Toch is de taalbarrière en het cultuurverschil een belangrijk obstakel voor een goede relatie tussen patiënt en arts. Als je elkaar niet begrijpt, kom je al snel in een vicieuze cirkel terecht: taalbarrière – gebrekkige diagnose – voortdurende onrust patiënt – hogere frequentie consulten – minder tijd voor patiënt – gebrekkige diagnose etc. (Van Esch e.a., 2002) De mate waarin cultuur een rol speelt in de zorgverlening heeft ook te maken met de somatische, dan wel psychische aard van de klacht. Hoe meer een klacht somatisch is, hoe minder cultuur een rol speelt. *"Op het moment dat je te maken hebt met een acute appendicitis dan is cultuur niet belangrijk, je bent goed ziek, je wordt geopereerd en klaar. (...) Aan het andere eind van de schaal is cultuur één van de belangrijkste dimensies."* (Shadid, huisarts)

Het wederzijds begrip tussen arts en patiënt tijdens het consult is de beste voorspeller voor therapietrouw van de patiënt en een belangrijk kwaliteitsaspect van de huisartsenzorg. (Van Wieringen e.a., 2002; Harmsen, 2003) Harmsen toonde in de voorstudie op zijn promotie onderzoek aan dat in consulten met allochtone patiënten het wederzijds begrip tussen arts en patiënt en als gevolg daarvan de therapietrouw gemiddeld slechter is dan in consulten met autochtone patiënten (respectievelijk 33% en 13%). Hiervoor werd in 87 consulten met kinderen, waarvan 48 een niet Nederlandse etnische achtergrond hadden, het wederzijds begrip bepaald tussen huisarts en de ouder van de patiënt, aan de hand van vragen over het consult en de gezondheidsklacht. Vooral bij de tweede generatie allochtonen, die tussen twee culturen leven, was het meeste onbegrip. (Harmsen, 2003) Mede door gebrekkige communicatie voelen allochtone patiënten zich minder serieus genomen. Er zijn verschillende oorzaken voor de gebrekkige communicatie van allochtonen, namelijk:

- Gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal
- Andere cultureel bepaalde codes en communicatieregels (vooral eerste generatie)
- Onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg
- Andere opvattingen over ziekten, gezondheid en ziekenzorg. (Harmsen e.a., 2005)

Ook uit de interviews komt de gebrekkige communicatie tussen de huisarts en de allochtone zorgvrager naar voren. Hiervoor worden verschillende redenen genoemd. Zo is de Nederlandse samenleving een vrij internaliserende samenleving. Psychologiseren speelt een belangrijke rol, oorzaken van problemen worden in de mens zelf gezocht. Dit is in tegenstelling met veel andere externaliserende culturen, waarbij oorzaken van problemen buiten zichzelf worden gelegd.

Het verschil tussen een ik- en een wij-gerichte samenleving speelt tevens een rol. In een wij-gerichte cultuur is de rol van de familie erg belangrijk. Zij spelen vaak een grote rol in beslissingen en de verantwoordelijkheid voor de behandeling van ziekte wordt gedeeld. *"Daarmee kun je dus ook als*

*huisarts de plank mislaan. Dat je iemand aanspreek op de eigen verantwoordelijkheid, terwijl die verantwoordelijkheid het liefst gedeeld wordt en daardoor beter gedragen wordt.”* (Boedjarath, Mikado) Door deze belangrijke positie van de familie wordt de communicatie met de familie van de patiënt als een knelpunt in de zorgverlening ervaren.

Daarnaast wordt het verschil in een activistische en een passivistische benadering van ziekten genoemd. In Nederland gaat men er bijvoorbeeld vanuit dat je diabetes mellitus type 2 kunt voorkomen of genezen door voldoende te bewegen en gezond te eten. In veel andere culturen heeft men de opvatting dat een ziekte betekent dat de zieke verzorgd moet worden. Het is dan moeilijk in te passen dat ziekten voorkomen en genezen kunnen worden door actief gedrag van de zieke zelf.

Verder wordt het verschil in instrumenteel en affectief communiceren genoemd. *“Surinamers communiceren doorgaans veel affectiever en minder instrumenteel dan dat Nederlanders dat doen.”* (Groen, GGZ)

De positie die de zorgvragers toekennen aan de huisarts kent ook verschillen. *“De Nederlander komt binnen en zegt ‘ik heb een oorontsteking, wil je even kijken en mij medicijnen voorschrijven?’. De Antilliaan zegt ‘ik heb last van mijn oor, graag je onderzoek”.* (Shadid, huisarts) In de huisartsengeneeskunde worden drie grondhoudingen onderscheiden die de huisarts – patiëntrelatie kunnen typeren. Bij de mechanistische grondhouding ziet de huisarts zichzelf als middel voor de patiënt; de patiënt maakt uit wat er gebeurt en de opvatting van de huisarts zelf speelt een geringe rol. Bij de paternalistische grondhouding is dit juist omgekeerd. De huisarts ziet de patiënt vooral als object van zorg. De opvatting van de huisarts is doorslaggevend voor wat er gebeurt. Tenslotte ziet de huisarts bij de participatiegrondhouding de patiënt als medemens. De normen, waarden, opvattingen en belangen van zowel de arts als de patiënt worden in dit zogenaamde overlegmodel besproken in een streven naar consensus over wat het probleem van de patiënt is en wat dan de beste aanpak is. (De Haan e.a., 1996) In verschillende arts – patiëntcontacten kunnen verschillende grondhoudingen aangenomen worden. In Nederland wordt in de arts - patiënt relatie het overlegmodel als het meest ideaal gezien, omdat hier sprake is van een interactief beslissingsproces gebaseerd op wederzijdse participatie en respect. (Van Esch, e.a., 2002) Dit sluit vaak niet aan bij patiënten uit andere culturen, die een meer paternalistische grondhouding van de huisarts verwachten. *“Waar je rekening mee moet houden is dat de meeste mensen uit culturen komen, zeker als het nieuwkomers zijn, waar ten eerste een veel ongelijkere positie is tussen de arts en patiënt. Het overlegmodel wat wij gebruiken impliceert dat een patiënt actief mee moet denken en meebeslissen. Artsen kijken vaak negatief naar de patiënt die alleen maar ja en amen zegt, terwijl dit in heel veel culturen heel normaal is dat de arts zegt wat de patiënt moet doen, of de patiënt het dan doet is een tweede, maar dat is dus een verschil.”* (Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos)

Naast de verbale communicatie, speelt de non-verbale communicatie een belangrijke rol in de arts-patiëntrelatie. Verschillen in non-verbale uitingen op grond van cultuur zijn zo af en toe van invloed op het verloop van het consult. Twee voorbeelden hiervan zijn de begroeting met een handdruk en het uittrekken van schoenen bij een visite. In één van de interviews werd verwezen naar onderzoeken van Bensing naar communicatie tussen huisartsen en patiënten<sup>13</sup> waaruit bleek dat vrouwelijke huisartsen meer oogcontact hebben dan mannelijke huisartsen. Dit werd dan weer gecombineerd met het voorschrijven van medicatie. Het bleek dat het niet hebben van oogcontact

<sup>13</sup> Winnaar Spinozapremie 2006: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl), [www.nwo.nl](http://www.nwo.nl)

leidt tot meer voorschrijven van medicatie. "Maar dat verhaal van het oogcontact geldt ook voor de allochtonen, want daar is aankijken bij een heleboel culturen niet netjes, dus ze doen dat ook niet. (...) De vertaalslag van dat soort onderzoeken naar allochtonen, die wordt zelden gemaakt, maar het vakinhoudelijk handelen wordt dus bepaald door dit soort communicatiedingen." (Voogt, IGZ)

Over genderverschillen in de arts – patiëntrelatie zijn de meningen verdeeld. Een (mannelijke) huisarts merkt op dat een mannelijke arts bij een vrouwelijke patiënt nog regelmatig een probleem vormt: "Man/vrouw-verschillen zijn ingewikkeld. Er zijn veel vrouwen die geen lichamelijk onderzoek willen laten doen door een mannelijke arts. Ik vind dat dit veel voorkomt." (Starmans, huisarts). Andere (vrouwelijke) artsen merken op dat sekseverschillen in behandelrelaties nauwelijks een rol spelen. De media hebben dit probleem opgeblazen: "Je hoort nog wel eens dat het een enkele keer toch lastig is dat iemand niet door iemand van de andere sekse geholpen wil worden, maar dit komt weinig voor. Het is nu ineens iets wat lijkt dat veel voorkomt, maar het gebeurt echt zelden." (Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos)



#### 4.2.1.2. Taalbarrière

Een voor de hand liggend knelpunt in de arts – patiëntrelatie vormt de taalbarrière. Om de taalbarrière tussen een anderstalige patiënt en een Nederlandse hulpverlener te overbruggen is in de meeste gevallen een tussenpersoon nodig. Volgens huisartsen komt het nog te vaak voor dat kinderen van patiënten tolken. Ook andere informele tolken worden regelmatig ingeschakeld. Deze situatie is onwenselijk, omdat de emotionele betrokkenheid van de tolk de kwaliteit van het gesprek in het gedrang kan brengen. (Langeveld e.a., 2005) "Een kind als tolk is denk ik toch in de meeste gevallen een erg slecht idee. Niet alleen als het over gynaecologische problemen gaat, maar ook als het over buikpijn gaat, (...) je gaat toch niet waar je kind bij zit vertellen over je defaecatiepatroon? (...) En bovendien kan buikpijn natuurlijk best weldegelijk naar iets gynaecologisch leiden. Dat wat weet je van tevoren eigenlijk niet." (Middelkoop, GGD)

De ervaringen met de tolkentelefoon zijn wisselend. Geïnterviewden van buiten de huisartsenpraktijk vinden de tolkentelefoon een bijzonder goede uitvinding. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2003, naar aanleiding van een uitgevoerde abortus bij een Marokkaanse vrouw zonder haar toestemming, onderzoek gedaan naar de bereikbaarheid van tolken. De IGZ concludeerde dat, met een gemiddelde wachttijd van 2,14 minuten voor een niet-gereserveerde tolk, de tolkentelefoon voldoende bereikbaar is voor zorgverleners (IGZ, 2003). Ook huisartsen vinden de tolkentelefoon een prima uitvoering, maar vaak moeilijk in te passen in hun praktijkorganisatie. Het duurt soms even voordat men een tolk aan de lijn heeft en gesprekken lopen niet altijd vlot. "Het



*inzetten van tolken kost veel tijd. Je hebt stress op het spreekuur omdat je op tijd moet werken.”(Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos)*

*Tijdens mijn oriënterende bezoeken aan multiculturele huisartsenpraktijken vonden de volgende twee illustratieve consulten plaats:*

*Een Marokkaanse man komt met zijn vrouw in de praktijk. Zijn klacht is moeilijk kunnen plassen. De man is bekend met forse prostaathypertrofie waarvoor hij niet geopereerd wil worden. De vrouw spreekt iets beter Nederlands, waardoor zij veel dingen vertaalt. Helaas dringen verschillende vragen niet tot de patiënt door, omdat zijn vrouw liet blijken dat haar man ‘een oude man is’ en ‘zich om niets zorgen maakt’, waardoor de hulpvraag van de patiënt niet duidelijk werd.*

*Een Marokkaanse vrouw komt met haar dochter op het spreekuur. De vrouw spreekt zeer gebrekkig Nederlands en haar dochter vertaalt. De huisarts stelt de vraag in hoeverre de vrouw door haar rugklachten belemmerd wordt in haar dagelijks leven. Deze vraag wordt niet begrepen. Een simpele vraag die moeilijk beantwoord wordt zorgt ervoor dat het klacht uitvragen langer duurt dan bij mensen die de taal goed beheersen.*

*(Gezondheidscentrum De Molenwiek, Almere, 29 oktober 2007)*

#### 4.2.1.3. Oorzaken

De oorzaken voor de knelpunten op het gebied van de arts – patiëntrelatie liggen in het verlengde van de oorzaken voor knelpunten in het vakinhoudelijk handelen. Ook op het gebied van arts – patiëntrelatie is het interculturalisatiebeleid onduidelijk en is er geen consensus over welke competenties op het gebied van interculturele communicatie een huisarts moet bezitten. De opleidingen hebben weinig aandacht voor kennis en kunde op het gebied van interculturele communicatie en het ontbreekt de huisartsen geregeld aan zelfreflectie en motivatie voor (interculturele) communicatieve vaardigheden. “Ze denken dat het zo wel kan met handen en voeten. En met tekeningen maken. Daar kunnen ze ook heel leuk over praten hoe ze dat oplossen. Dan zijn ze heel tevreden over zichzelf omdat ze zo leuk met handen en voeten gepraat hebben. En dan denk ik ‘waarom gebruiken ze zulke apenmethoden als er goede tolken te krijgen zijn?’ Dat snap ik dus ook niet.” (Voogt, IGZ)

#### 4.2.2. Conclusie

Een goede interculturele communicatie in de arts – patiëntrelatie verhoogt het wederzijds begrip, de beste voorspeller voor de therapietrouw van de patiënt en een belangrijk kwaliteitsaspect van de huisartsenzorg. Het wederzijds begrip in consulten met allochtone patiënten is lager dan in consulten met autochtone patiënten. Het ontbreekt huisartsen vaak aan interculturele communicatieve vaardigheden.

Ook in de attitude en de bejegening van de huisarts naar allochtone patiënten liggen knelpunten die te maken hebben met de verschillende culturele achtergronden.

Om de taalbarrière op te lossen worden nog te vaak kinderen of andere informele tolken gebruikt, waardoor een gesprek tussen de arts en de allochtone patiënt door interpretatie gekleurd wordt. Ook de inbedding van de tolkentelefoon wordt vanwege tijdsdruk als knelpunt ervaren.

Oorzaken voor knelpunten in de arts – patiëntrelatie liggen in het verlengde van het vakinhoudelijk handelen met daaraan toegevoegd een gebrek aan motivatie van huisartsen voor communicatie in hun vak.

#### **4.2.3. Oplossingen**

De basis voor blijvende aanpak van de knelpunten in de arts – patiënt relatie is een continue respectvolle nieuwsgierigheid voor de patiënt en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. *"Het belangrijkste van huisartsenzorg is een vertrouwensband met de patiënt opbouwen, dat ze weten dat ze Welkom zijn, met een grote W. De patiënt moet het idee hebben dat de dokter aan hun kant staat, dat er samen gewerkt wordt aan een oplossing, of ze nou allochtoon of autochtoon zijn."* (Elsas, huisarts) Daarbij kan de mogelijkheid worden bekeken om de arts – patiënt relatie te monitoren om blijvende investering te stimuleren.

Zowel in de literatuur als in de interviews werd voor de oplossingen gewezen naar de opleidingen en de bij- en nascholing. Het promotie onderzoek van Harmsen concludeert dat er een dringende behoefte is aan meer kennisoverdracht in medische opleiding en nascholing over cultuurverschillen en het belang ervan voor het verloop van het medisch consult. (Harmsen, 2003) Ook het promotie onderzoek van Uiters, het onderzoek van het Amsterdams Patiënten Consumenten Platform, de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk en het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bevelen aandacht voor culturele verschillen en interculturele communicatie in het medisch onderwijs in Nederland aan. (Uiters, 2007; Vink e.a., 2002; Van Lindert e.a., 2004; RVZ, 2000) Hiervoor moeten eerste duidelijke competenties worden ontwikkeld.

Uit de interviews kwamen verschillende vormen van het trainen van interculturele communicatie naar voren. Pinto onderscheidt in het leren overbruggen van religieuze en culturele verschillen drie stappen:

- Stap 1: Het leren kennen van de eigen (cultuurgebonden) normen en waarden.
- Stap 2: Het leren kennen van de (cultuurgebonden) normen, waarden en gedragscodes van de ander.
- Stap 3: Het vaststellen van de wijze waarop men in de gegeven situatie met deze verschillen omgaat. (Pinto, 1994)

Ook het creëren van een wij-gevoel vormt een basis voor het overbruggen van verschil in (culturele) achtergronden van de arts en de patiënt. *"Volgens mij komt een zeker (ped)agogisch contact alleen maar tot stand als er ook een wij-gevoel is. Dus wij zijn in trainingen vrij systematisch bezig met het creëren van wij-gevoelens naast al die verschillen die er ook zijn."* (De Graaff, Mutant)

Het culturele interview kan ook een oplossing zijn in het overbruggen van culturele verschillen in de arts-patiënt relatie. Het culturele interview is een vragenlijst die aan de hand van de culturele formulering uit de DSM-IV-criteria is opgesteld. (Borra e.a., 2002) Huisarts Starmans uit Den Haag, onderzocht het gebruik van het culturele interview bij allochtonen in de huisartsenpraktijk. Zijn

conclusie is dat het interview waardevolle achtergrondinformatie biedt over een allochtone patiënt. (De Feijter, 2006)<sup>14</sup>

Naast de inzet van de arts heeft ook de patiënt verantwoordelijkheid in een goede arts – patiëntrelatie. (Harmsen e.a., 2005) Harmsen toonde in zijn promotie onderzoek aan dat het trainen van huisartsen in de methode van Pinto gecombineerd met een instructievideo voor patiënten na zes maanden een significante verbetering van het wederzijds begrip in consulten met niet-Westerse patiënten gaf. (Harmsen, 2003)

Faciliteren van het gebruik van de tolktelefoon als standaard in de huisartsenpraktijk zal de huisarts ondersteunen in de arts – patiëntrelatie en voorkomen dat huisartsen akkoord gaan met de pragmatische oplossing van het inschakelen van kinderen en andere informele tolken. Een belangrijk onderdeel van een goede inbedding van de tolktelefoon is bijvoorbeeld het meer tijd per consult uittrekken en het trainen van huisartsen in het gebruik van de tolktelefoon in een arts – patiëntcontact.

*"Het gaat over communicatie en dit vraagt een aantal randvoorwaardelijke zaken. Het analyseren van die randvoorwaarden om tot een goede communicatie te komen, daar is onderzoek naar gedaan. Wat ook uit het onderzoek komt is dat je de skills die je daarvoor hebt en in de opleiding verder hebt ontwikkeld door de drukte van de dag en de al bestaande culturen in de gezondheidszorg al snel minder tot niet meer gebruikt worden. Ik hoorde recent een onderzoeker van het AMC vertellen dat zij dit hebben onderzocht bij jonge dokters. Heel interessant is de vraag waarom dat zo is. Waarom verlies je de skills uit de opleiding die veel mensen ten diepste beleven als zijnde positief en zo moet het gaan? Dat heeft volgens mij te maken met in de dagelijkse drukte en routines toch daadwerkelijk geïnteresseerd blijven in mensen. Goede vragen stellen en een begeleiding vanuit professionele betrokkenheid leidt zeker tot effectieve diagnostiek en behandeling. Deze betrokkenheid staat in de dagelijkse praktijk vaak onder druk door tijd, drukte, afvlakking. Hier zullen wij aandacht voor moeten hebben in het belang van klantgerichtheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. (Crasborn, Agis)*

---

<sup>14</sup> Voor meer oplossingen uit de praktijk zie bijlage 'Good Practises interculturalisatie van de huisartsenzorg'

### 4.3. Poortwachterfunctie

#### 4.3.1. Knelpunten

##### 4.3.1.1. Gezondheidszorgsysteem

De grote meerderheid van de geïnterviewde personen zegt geen twijfels te hebben over de kwaliteit van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem waarin de huisarts als poortwachter fungeert. *"Wij hebben gewoon een dusdanig efficiënt gezondheidszorgsysteem met een poortwachter die heet de huisarts, die in ieder geval de sluis naar de tweede lijn is. (...) Dus daar moeten we niet eens over spreken dat we dat in dit kader ter discussie zouden willen stellen, omdat er bepaalde allochtone groepen zijn die heel graag rechtstreeks naar het ziekenhuis, naar de dokter met de witte jas en de beste specialist willen."* (Bruijnzeels, Lijn 1) Een knelpunt in de huisartsenzorg voor allochtonen is dat veel allochtone zorgvragers een andere klachtbeleving, ander hulpzoekgedrag en een ander verwachtingspatroon hebben van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en gezondheidszorgbeleid. Dit knelpunt wordt voor een deel veroorzaakt door een gebrek aan kennis bij allochtonen over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Ook accepteren sommige allochtone zorgvragers door het andere verwachtingspatroon het Nederlandse systeem niet. *"Ze komen bij je binnen en roepen meteen AMC, CT-scan of röntgenfoto"*, aldus een huisarts in een achterstandswijk in Amsterdam. Het is voor veel allochtone zorgvragers moeilijk te accepteren dat de Nederlandse gezondheidszorg terughoudend is in het voorschrijven van bepaalde medicijnen, zoals antibiotica, en het maken van röntgenfoto's. Dit is vaak in tegenstelling met wat men gewend is in het land van herkomst. Uit het onderzoek van het APCP bleek ook dat de problemen die allochtonen ervaren met de huisartsenzorg voornamelijk het gevolg zijn van een moeizame communicatie en de wijze waarop het gezondheidszorgsysteem in Nederland is georganiseerd. (Vink e.a., 2002)

##### 4.3.1.2. Etnische verschillen in zorggebruik

De meeste geïnterviewde personen bevestigen de uitkomst van het promotie onderzoek van Uiters, waaruit blijkt dat er etnische verschillen in zorggebruik in Nederland voorkomen. Uiters onderzocht aan de hand van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk de etnische verschillen in zorggebruik. In dit onderzoek zijn 104 huisartsenpraktijken met een totale populatie van 399.068 personen, waarvan 12.699 Nederlandssprekend, en 1339 aanvullende interviews onder personen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond betrokken. Het percentage allochtonen dat in het ziekenhuis wordt opgenomen is vergelijkbaar met het aantal autochtone Nederlanders. Wel bezoeken allochtonen vaker de huisarts en medisch specialist, maar daar staat tegenover dat minder allochtonen gebruikmaken van fysiotherapie en thuiszorg. (Uiters, 2007) Als oorzaak voor de lagere consumptie van fysiotherapie werd in een aantal interviews de zorgverzekering aangewezen. *"Veel allochtonen zijn onvoldoende verzekerd; dat zie je met name voor de aanvullende verzekeringen, geen fysiotherapie bijvoorbeeld. De basisverzekering gaat veranderen, maar toch, we hebben veel mensen gehad die je niet de goede zorg kunt geven."* (Starmans, huisarts) Een paar geïnterviewde personen vinden dat het promotie onderzoek van Uiters nog wel nader kwalitatief geanalyseerd kan worden, omdat een aantal aandoeningen bij allochtonen ook meer voorkomen. Een oververtegenwoordiging van allochtonen bij de huisarts hoeft geen overconsumptie van de huisartsenzorg in te betekenen.

Naast deze etnische verschillen in zorgconsumptie, ontbreekt vaak ook de aansluiting met de tweede lijn. *"Uit cijfers blijkt dat sommige migrantengroepen oververtegenwoordigd zijn in de eerste lijn en ondervertegenwoordigd in de tweede lijn. Uit onderzoek onder migrantengroepen blijkt dat zij zich vaak niet serieus genomen voelen door huisartsen. Ook zijn veel migranten (met name eerste generatie) minder mondig of geprotoprofessionaliseerd dan Nederlandse patiënten, waardoor zij wellicht minder vaak worden doorverwezen naar de tweede lijn."* (Logghe, Multivation) Het doorsturen van allochtone patiënten naar de psychiatrie is bijvoorbeeld een knelpunt. Hierin speelt, zoals reeds genoemd, een taboe op psychische aandoeningen een rol. *"Soms worden patiënten te laat doorverwezen naar de GGZ. Dit ligt niet altijd aan de huisarts, ook aan patiënten zelf. Bijvoorbeeld mensen uit voormalig Joegoslavië. Daar zijn ongelooflijke problemen als gevolg van de oorlog. De stap naar de psychiatrie maken zij niet snel, omdat het stigma sterk is en mensen bang zijn voor gek te worden verklaard. Het zelfmoordpercentage is erg hoog. Het stigma kan zo sterk zijn dat men liever zelfmoord pleegt dan naar een psychiater gaat."* (Groen, GGZ) Aan de andere kant worden klachten bij allochtonen vaak snel als psychogeen beschouwd en worden deze patiënten wellicht te snel verwezen. *"Er zal wel eens wat gemist worden, maar ik denk dat er relatief erg veel weggeschreven wordt op psychosociale klachten, die natuurlijk ook enorm voorkomen, maar dat zou wel eens teveel kunnen zijn"*. (Voogt, IGZ)

*In één van mijn oriënterende bezoeken aan een multiculturele huisartsenpraktijk vindt dit consult met meneer M plaats. Meneer M is twee weken geleden op het spreekuur geweest in verband met schouderklachten waarvoor hij aangepast werk nodig heeft. De huisarts heeft toen voor hem een brief geschreven met zijn bevindingen voor de bedrijfsarts. Vandaag komt meneer M terug op het spreekuur met dezelfde klachten, ditmaal vergezeld van zijn vrouw die nog eens extra kracht bij de ernst van de situatie zet. Bij doorvragen bleek dat meneer M het briefje nog helemaal niet aan de bedrijfsarts had gegeven. In feite wordt het consult van twee weken terug herhaald. Een probleem wat daarbij komt is de fysiotherapie. Om meneer M goed te behandelen is fysiotherapie nodig. Alleen is meneer hiervoor niet aanvullend verzekerd. Het ligt niet in de mogelijkheden van veel allochtonen om precies uit te zoeken en in te schatten welke zorgverzekering ze nodig hebben. Met als gevolg dat ze af gaan op de goedkoopste en daardoor niet voldoende zorg kunnen krijgen. (Gezondheidscentrum Vaillantplein, Den Haag, 3 december 2007)*

#### 4.3.1.3. Praktijkorganisatie

Een ander knelpunt op het gebied van de praktijkorganisatie is dat de praktijkvoering trager verloopt door de taalbarrière en het slechte wederzijds begrip. Even duidelijk maken wat je bedoelt neemt al snel meer tijd in beslag. Daarnaast zijn allochtone zorgvragers vaak minder administratief geordend. Veel vrouwen vallen bijvoorbeeld buiten het systeem van de oproep van bevolkingsonderzoek voor mammacarcinoom, omdat hun gegevens niet bekend zijn bij de gemeentelijke basisadministratie. Ook zijn veel allochtonen niet gewend aan de Nederlandse 'afsprakencultuur'. In het land van herkomst is het gaan naar de arts bijvoorbeeld niet verbonden aan een afspraak, maar aan wachtrijen. Zo komt men geregeld te laat op een afspraak en verschijnen veel allochtone vrouwen niet voor een cervixuitstrijkje.

#### **4.3.2. Conclusie**

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem met de huisarts als poortwachter is efficiënt. Allochtone zorgvragers hebben een ander verwachtingspatroon van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en –beleid. Dit wordt voor een deel veroorzaakt door een gebrek aan kennis over het systeem. Het andere verwachtingspatroon geeft dat veel allochtone zorgvragers moeite hebben met de acceptatie van het Nederlandse systeem.

Daarnaast vormen etnische verschillen in zorggebruik een knelpunt. Er is een slechte aansluiting met de tweede lijn.

Door het slechte wederzijds begrip, de taalbarrière en de administratieve organisatie van de allochtone zorgvrager verloopt de praktijkvoering langzamer.

#### **4.3.3. Oplossingen**

De basis voor het goed oplossen van de problemen op het gebied van de poortwachterfunctie is het waarborgen van een goede praktijkorganisatie volgens de richtlijnen. *“Voor een deel is het allemaal niet zo exotisch. Voor een deel moet je gewoon je werk goed doen. Dat is zo belangrijk. Als je dat goed en consequent doet, dat komt op een gegeven moment zelf de vraag bij je naar boven van: ‘Klopt het materiaal wel wat ik gebruik?’ Dus het is niet allemaal verhalen van een andere planeet, het ligt allemaal veel dichterbij goede normen voor goed huisartsgeneeskundig handelen.”* (Middelkoop, GGD) Het is hierbij van belang dat de allochtone zorgvrager goede en begrijpbare informatie krijgt over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en gezondheidszorgbeleid. Hier bouw je het vertrouwen van de patiënt in de zorg mee op.

Een belangrijke oplossing is een overzichtelijke interdisciplinaire aandacht en aanpak. Het herbergen van verschillende disciplines in een gebouw draagt hieraan bij, evenals een goede sociale kaart van (intercultureel) zorgaanbod, zodat huisartsen zo gericht mogelijk kunnen verwijzen. Ook het stimuleren van teamwork en intervisie onder huisartsen en interdisciplinaire teams draagt bij aan goede interculturele zorg. Een specifieke oplossing die hierbij genoemd werd is de mogelijkheid tot samenvoegen van de Spoedeisende Hulp en de huisarts, zodat er geen onduidelijkheid bestaat over wanneer welke instantie te hulp geroepen moet worden. Ook kwam in een aantal interviews naar voren dat de mogelijkheid tot categorale zorg voor allochtone doelgroepen nader onderzocht kan worden.



## 4.4. Praktijk Ondersteuning

### 4.4.1. Knelpunten

#### 4.4.1.1. Ondersteunend Personeel

Zoals in de literatuurverkenning is vermeld is interculturalisatie is geen doel op zich, maar een gecompliceerd proces gericht op het gelijkwaardig maken van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor allochtone zorgvragers aan die voor autochtonen (Wennink, 2004). *"Deze kwaliteit kan alleen gewaarborgd worden door toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de huisartsenzorg."*(Shadid, huisarts) Het proces van interculturalisatie moet geïntegreerd worden in alle processen binnen de zorg. Interculturalisatie binnen de huisartsenzorg is een langzaam proces en er is een mentaliteitsverandering voor nodig. (Bellaart, 2001) Alle geïnterviewde personen onderstreepten het belang van deze integrale aanpak. *"Al het personeel moet getraind worden in interculturalisatie. Of het nu de diabetesverpleegkundige is die maar een paar keer per week komt of het iemand is die alleen de wratten wegbrandt, dan nog. Want communicatie luistert zo nauw. Dus alle functies."* (Boedjarath, Mikado) *"Net zoals voor de huisarts moet het ondersteunend personeel ook beschikken over het interculturele bewustzijn, de kennis en ervaring. Iedereen moet hier mee bezig zijn."* (Verhoeff, GGD)

Specifiek voor de doktersassistente is de triagefunctie, die een belangrijke rol in de huisartsenpraktijk vervult. *"De assistente is het gezicht van de praktijk. Zij is bepalend voor de drempel die patiënten ervaren en de toegankelijkheid van de huisarts. Zijn ze voldoende in de gelegenheid om taalverschillen te overbruggen? In hoeverre willen ze dat? Hoe is hun attitude en hoe worden ze zelf bejegend? Interactie van de patiënt met de doktersassistente is bepalend voor hoe het verder gaat.(...) Een goede assistente waar mensen vertrouwen in hebben is erg bepalend voor de kwaliteit van de huisartsenzorg in de wijk."* (Bartels, huisarts)

Een aantal geïnterviewde personen gaven aan dat er behoefte is aan meer ondersteund personeel. *"Je hebt groepen in achterstandswijken met een laag sociaal economische status, een lage opleiding, die de taal vaak niet spreken en die cultureel heel andere opvattingen hebben. Als je al kijkt dat ook onder Nederlanders de sterfte onder de 60 jaar ongeveer 10-20% hoger ligt in vergelijking met niet-achterstandswijken, dan zitten allochtonen in een dubbele achterstand. En als je achterstand wilt inlopen dan zul je daar heel veel energie in moeten steken. (...)Ze kosten meer tijd, er moet vaker getolkt worden, je moet meer uitleggen en mensen zijn vaak meer bezorgd. (...) Dus de oplossing ligt meer in mankracht en ondersteuning als assistentes, VETC'ers, praktijkondersteuners, maatschappelijk werkers en financiering en ook als huisarts zul je er meer tijd aan moeten besteden."* (Harmsen, huisarts)

Naast het gebrek aan interculturele competenties van het personeel en de behoefte aan meer ondersteunend personeel kwam ook een gebrek aan kennis en acceptatie van patiënten over de taakverdeling van de huisarts en het ondersteunend personeel uit de interviews naar voren. Allochtone zorgvragers willen vaak dat hun klacht door een arts gezien wordt en hebben minder vertrouwen in het ondersteunend personeel.

#### 4.4.1.2. Ondersteunende voorzieningen

Naast de inbedding van de tolkentelefoon in de huisartsenpraktijk<sup>15</sup> vormt ook de inbedding van Voorlichters in Eigen Taal en Cultuur (VETC) of allochtone zorgconsulenten een knelpunt. In de interviews kwamen verschillende randvoorwaarden voor een goede inbedding van VETC'ers naar voren. Zo is het van belang dat er een goed contact is tussen de huisarts en de VETC'er en de taakverdeling helder is. *"Voor toegankelijkheid en effectieve inzet van VETCers is voldoende concentratie van een bepaalde doelgroep op wijkniveau nodig, en ook gemotiveerde professionals, die gericht verwijzen. Dat is waarschijnlijk alleen in concentratiegebieden van grote steden het geval. Zij moeten ze ernaar toe verwijzen. VETCers fungeren vaak als excuus. Ervaringen in Belgische ziekenhuizen leren dat artsen vaak hun verantwoordelijkheid niet nemen en mensen met complexe problemen doorverwijzen naar VETCers "gaat u maar naar Fatima". Op hun beurt worden VETC zwaarbelast omdat er te moeilijke problemen bij hun terecht komen. In Almere willen wij daarom in de toekomst de mogelijkheden bekijken om allochtone professionals als consulent en dus huisarts/specialist voor de eigen doelgroep in te zetten."* (Bartels, huisarts) Ook de financiering en de opleiding van VETC'ers vormen belangrijke randvoorwaarden. *"Bij ons in Nijmegen hadden we twee en nu één zorgconsulent en die doet ontzettend goed werk, hoewel er veel verbeterd kan worden aan de opleiding."* (Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos)

In één interview kwam ook naar voren dat het huidige ICT administratiesysteem niet berekend is op de achternaamregistratie van allochtonen. *"De naamgeving in andere landen wijkt af van onze naamgeving en dat leidt ertoe dat mensen vaak met in onze ogen drie verschillende achternamen geregistreerd zijn en dan de ene keer de ene naam gebruiken en de andere keer de andere naam."* (Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos) Deze onduidelijkheid wordt in de dagelijkse praktijk als een knelpunt ervaren.

#### 4.4.2. Conclusie

Interculturalisatie vraagt een integrale aanpak die een mentaliteitsverandering in alle processen en lagen van de zorg met zich mee brengt. Al het ondersteunend personeel moet over voldoende interculturele kennis en vaardigheden bezitten. Momenteel is dit nog niet het geval. Ook het gebrek aan ondersteunend personeel vormt een knelpunt.

Niet voor alle allochtone zorgvragers is de positie en de verhouding tussen huisarts en ondersteunend personeel duidelijk.

In de ondersteunende voorzieningen vormen de inbedding van de VETC en de tolkentelefoon een knelpunt voor huisartsen. Ook de ICT is niet berekend op een andere achternaamnotering van allochtone zorgvragers.

#### 4.4.3. Oplossingen

Een belangrijke oplossing in de mentaliteitsverandering van het ondersteunend personeel die genoemd werd in de interviews ligt bij de opleiding en de bij- en nascholing van ondersteunend personeel. Naast het formuleren, bijbrengen en trainen van interculturele competenties is er structureel en blijvend meer aandacht nodig voor kennis en vaardigheden op het gebied van:

- Kennis over ziekte- en behandelingsverschillen

---

<sup>15</sup> Zie ook hoofdstuk 6.2.1.



- Aandacht voor de achtergrond van de patiënt
- Basiskennis over culturele achtergronden
- Training in interculturele communicatie en laagdrempeligheid

Uit een aantal de interviews kwam naar voren dat het aannemen van een assistente uit de grootste allochtone populatie bijdraagt aan de laagdrempeligheid van de praktijk. *"Het helpt enorm als er in een huisartsenpraktijk die overwegend een bepaalde couleur heeft, dat er assistentes en ondersteuners zitten van dezelfde couleur."* (Bruijnzeels, Lijn 1) Anderen vinden juist dat deze couleur maar betrekkelijk invloed heeft op de laagdrempeligheid. *"Ik kan me voorstellen dat je in de huisartsenpraktijk wat etnisch gekleurd, multicultureel, ondersteunend personeel hebt, maar dit is niet het belangrijkste. Het belangrijkste zijn de vaardigheden van iemand. Die zouden afgestemd moeten zijn op de patiëntpopulatie."* (Groen, GGZ) In ieder geval moet in elke huisartsenpraktijk voldoende ondersteunend personeel aanwezig zijn.

In een spiegelbijeenkomst is er sprake van directe interactie en confrontatie tussen zorgverleners en zorgvragers in de vorm van feedback over de ervaren zorg van zorgvragers naar de medewerkers toe. Uit het lokale onderzoek van Mangroe naar de toepassing van een spiegelbijeenkomst bij gezondheidscentra in Almere blijkt dat dit instrument mogelijk op structurele wijze kan worden ingezet binnen een organisatie om bestendigheid van gedragsverandering bij medewerkers van een gezondheidscentrum te kunnen bewerkstelligen. Grootschalig onderzoek naar de werkzaamheid van dit instrument is nodig om de effectiviteit van de spiegelbijeenkomst binnen gezondheidscentra vast te kunnen stellen. (Mangroe, 2007)<sup>16</sup>

Het ondersteunend personeel is tevens goed in te schakelen in de verschillende vormen van patiëntenvoorlichting. Een andere oplossing die in de patiëntenvoorlichting ligt is het informeren van de allochtone zorgvrager over de taak van het ondersteunend personeel ten opzichte van de huisarts.

Voor de Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur moeten oplossingen komen voor de financiering, opleiding en de aansluiting met de huisartsenpraktijk. *"VETC is voorbeeld van voorziening die bedacht is vanuit achterstandssituaties en problemen in de praktijk, maar die onvoldoende is onderzocht op effectiviteit in andere settings. Hier zit nog stof voor een forse implementatiestudie."* (Bartels, huisarts) Ook de tolkentelefoon kan, zoals eerder genoemd, beter ingebed worden in de praktijk en er moet in de ICT een oplossing gevonden worden voor het achternaam registratieprobleem.

Tot slot ligt er mogelijk ook een oplossing voor betere aansluiting, effectiviteit en acceptatie van huisartsenzorg voor allochtonen in het opleiden en inschakelen van allochtone professionals. Allochtone huisartsen en praktijkondersteuners zouden voor de eigen doelgroep geconsulteerd kunnen worden. *"Ik denk wel dat zij heel veel kennis hebben die we op één of andere manier kunnen inzetten."* (Vink, APCP)

---

<sup>16</sup> Voor meer oplossingen uit de praktijk zie bijlage 'Good Practises interculturalisatie van de huisartsenzorg'.

#### 4.5. Punten van aandacht

Naast de knelpunten en oplossingen uit de onderzochte deelgebieden van interculturalisatie kwamen ook algemene aandachtspunten uit de interviews naar voren. In dit hoofdstuk bespreekt deze aandachtspunten voor de volledigheid kort.

Een knelpunt wat in de marge speelt zijn de zorgverzekeringen voor allochtonen. Veel allochtonen zijn niet op de hoogte van de werking van het Nederlandse zorgverzekeringstelsel, waardoor ze kans lopen om onvoldoende verzekerd te zijn. Er moet gewaakt worden voor discriminatie in de zorgverzekeringen.

De huidige regering voert wat betreft interculturalisatie een algemeen gezondheidszorgbeleid gericht op vraag en aanbod vanuit het veld. De verantwoordelijkheid voor interculturalisatie ligt bij lokale organisaties. Zij moeten er voor zorgen dat het zorgaanbod aansluit aan de specifieke wensen en behoeften van burgers. Daarbij zal ook rekening gehouden moeten worden met specifieke behoeften en wensen van bepaalde bevolkingsgroepen. (VWS, 2007) Hiermee mist volgens verschillende geïnterviewden interculturalisatie centrale en politieke aansturing en gaat de politiek voorbij aan de diverse, ongelijke samenstelling van de populatie. *"Want het is een feit dat allochtonen gezondheidsachterstanden hebben, dat de toegang tot de gezondheidszorg niet gelijk is, dat artsen vaak onvoldoende weten over hoe je goede communicatie krijgt en te weinig kennis hebben van etnische verschillen in ziekte."* (Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos)

Ook de media zijn van invloed op het interculturaliseren van de huisartsenzorg. De media kunnen specifiek aandacht geven aan bepaalde onderwerpen met betrekking tot allochtonen. Hierdoor kan een beeld geschetst worden wat niet met de werkelijkheid overeen komt. Zo is de discussie rond het weigeren van mannelijke artsen door Marokkaanse vrouwen volgens veel huisartsen opgeblazen. Daarnaast wordt er door de media nogal eens een beeld geschetst dat westerse mensen tegen allochtonen zijn. *"Ik vind dit jammer, want zo is het niet. Als huisarts zie je juist dat 'de allochtoon' ook een gewoon mens is en leef je met ze mee in hun specifieke problemen als illegaliteit en migratie."* (Elsas, 2007)

#### 4.6. Aanbevelingen LHV

In de interviews is de vraag gesteld wat, volgens de geïnterviewde personen, de rol van de LHV is in het analyseren van knelpunten en het bieden van oplossingen in interculturalisatie van de huisartsenzorg. Deze paragraaf beschrijft de aanbevelingen, die genoemd zijn door de geïnterviewde sleutelpersonen.

1. De overkoepelende aanbeveling voor de LHV is om diversiteit in de huisartsenzorg, die per definitie bij de huisartsenzorg hoort, als positief uitgangspunt en denkkader te nemen voor nieuwe beleidsontwikkeling. Interculturalisatie kan hierin gezien worden als onderdeel van diversiteitsbeleid. *“Interculturalisatie moet niet gekoppeld worden aan achterstand, maar diversiteit moet gezien worden als iets positiefs.”* (Logghe, Multivation) De LHV kan een heldere visie op interculturalisatie ontwikkelen en deze vervolgens uitdragen naar leden en externe partijen. Hier is landelijke draagvlakontwikkeling voor nodig. Belangrijk voor de duurzaamheid van het beleid is dat diversiteit ook binnenshuis wordt gewaarborgd en dat de aanpak van interculturalisatie van de huisartsenzorg in samenwerking met het NHG en andere partnerorganisaties verloopt. *“De LHV kan vooral benadrukken dat diversiteit in de genen moet zitten en dat het niet iets specifiek is. Huisartsengeneeskunde is wat mij betreft geen eenheidsworst.”* (Bruijnzeels, Lijn 1) *“Je hebt een periode van verbijzondering nodig, van verdieping van inzicht in dat doelgroepenbeleid. Dat is noodzakelijk is om tot effectieve en efficiënte behandelresultaten te kunnen komen. Accepteer dat er een heleboel fouten gebeuren op dat gebied.”* (Crasborn, Agis)
2. Het is van belang dat de LHV, in samenwerking met andere partijen, de positie van de huisarts als poortwachter blijft bewaken. Daarbij kan de LHV deze positie van de huisarts in het gezondheidssysteem in Nederland naar patiënten toe communiceren. Ook de taakverdeling van de huisarts en het ondersteunend personeel mag duidelijk en expliciet gecommuniceerd worden in patiëntenvoorlichting. *“De LHV zou kunnen zorgen voor meer bekendheid van de poortwachterfunctie. Het moet voor patiënten bekend worden wat je van deze functie kunt verwachten.”* (Logghe, Multivation)
3. Om huisartsen slagvaardiger te maken in een veranderende patiëntenpopulatie kan de LHV het competentieprofiel voor huisartsen aanpassen. Om de ontwikkeling van competenties vervolgens bij huisartsen te stimuleren kan de LHV interculturalisatie en diversiteit onder de aandacht brengen bij de opleiding geneeskunde, de huisartsenopleiding, de opleidingen voor het ondersteunend personeel en in de bij- en nascholing. *“De LHV zou als beroepsvereniging met name kunnen kijken naar scholing, zowel in het voortraject, dus in de opleiding, als in de bijscholing. De LHV zou kunnen kijken wat voor competenties de huisarts op dit gebied zou moeten hebben. En je zou misschien ook nog verder moeten kijken naar welke competenties er in de praktijk aanwezig moeten zijn, ik kan me voorstellen dat je daar als LHV ook nog wat aan kan bijdragen.”* (Verhoeff, GGD)

4. *“Verder zou de LHV ook kunnen kijken naar best practices en effectief gebleken vormen van ondersteuning. Dat je die promoot en verspreidt om te voorkomen dat iedereen z’n eigen ding weer gaat ontwikkelen.”* (Verhoeff, GGD) Kennis en ervaringen vanuit huisartsenpraktijken, onderzoek en kenniscentra op het gebied van interculturalisatie kan verspreid worden, gemakkelijk beschikbaar worden gemaakt en geïmplementeerd worden. Daarnaast kan de LHV voor effectief gebleken vormen van ondersteuning een standpunt innemen naar zorgverzekeraars toe.

De LHV kan de ondersteuningsstructuur versterken door randvoorwaarden te stellen, ondersteunende producten te bieden en de (financiële) positie van huisartsen te bewaken. Ze doen daarin goed werk in de achterstandsfondsen. Ook de stem voor de minderheidsgroepen in Nederland moeten zij blijvend laten horen. *“De LHV mag zich meer uitspreken als het gaat om de zorg voor vluchtelingen en illegalen, zoals nu recent bij het tot stand komen van het rapport van de commissie Klazinga - daar was de LHV nauw bij betrokken op voortreffelijke wijze.”* (Van den Muijsenbergh, huisarts/Pharos)

Ook kan de LHV stimuleren tot het opstellen van een sociale kaart van (intercultureel) zorgaanbod. *“Niet alleen specialistisch aanbod, maar ook organisaties van mantelzorgers of allerlei voorzieningen en hulpaanbod die vanuit moskeeën georganiseerd worden. Dus contact zoeken met organisaties van henzelf die al bekend zijn en als ze in beeld zijn ze ook raadplegen.”* (Boedjarath, Mikado)

Verder zou de LHV de huisartsen kunnen ondersteunen door een denktank of onderzoeksinstituut te faciliteren dat zich met de problematiek van allochtonen in de gezondheidszorg bezig houdt. In ieder geval kunnen zij onderzoeksinstituten waarborgen dat diversiteit in regulier onderzoek wordt meegenomen om hiermee het inzicht in de doelgroepen verdiepen.

Daarnaast kan de LHV intervisie- en klankbordgroepen faciliteren om transparantie tussen huisartsen te stimuleren, zodat huisartsen direct door elkaar ondersteund worden en inzichtelijker wordt waar zich knelpunten en mogelijke oplossingen voordoen. De LHV zou tevens kunnen nadenken over het oprichten van proeftuinen voor interculturele zorg.

5. De LHV zou contacten kunnen leggen met (allochtone) patiëntenorganisaties en kennis ontwikkelen op het gebied van ervaren patiëntbeleving, zodat effectieve manieren van patiëntenvoorlichting ontwikkeld kunnen worden. Ook samenwerking met de GGD is hierin van belang. Effectief gebleken voorlichting kan gestimuleerd en verspreid worden onder huisartsenpraktijken. *“En er is in tussentijd al zoveel ontwikkeld, dat hou je niet voor mogelijk, maar waarbij heel veel initiatieven gewoon in kast belanden omdat ze niet gebruikt worden. De LHV kan hiervan heel goed een overzicht maken. En daar zijn huisartsen volgens mij heel blij mee.”* (Boedjarath, Mikado)

*“De LHV kan beginnen met kleine dingen, maar dit wel doen met visie en draagvlak.”* (Logghe, Multivation)

#### 4.7. Aanbevelingen LHV in schema

### AANBEVELINGEN LHV

#### 1. DIVERSITEIT ALS DENKKADER

- Acceptatie van interculturalisatie als aandachtspunt en onderdeel van diversiteit
- Waarborging van diversiteit binnenshuis
- Heldere visie op interculturalisatie ontwikkelen en uitdragen/agenderen naar leden en externe partijen
- Landelijke draagvlakontwikkeling voor interculturalisatie
- Samenwerking met het NHG en andere partnerorganisaties

#### 2. POORTWACHTERFUNCTIE

- Bewaking van de positie van de huisarts en een heldere taakomschrijving van de huisarts en het ondersteunend personeel communiceren naar patiënten.

#### 3. ONDERWIJS

- Duidelijke interculturele competenties voor huisartsen en ondersteunend personeel opstellen
- Aandacht voor interculturalisatie in de opleidingen tot basisarts, huisarts en ondersteunend personeel, met nadruk op (interculturele) communicatie
- Aandacht voor interculturalisatie in de bij- & nascholing van huisartsen en ondersteunend personeel

#### 4. PRAKTIJK ONDERSTEUNING

- Verspreiden van Good Practises en hierover onderhandelen met verzekeraars
- Verspreiden van 'hapklare' kennis uit onderzoek, huisartsenpraktijken en kenniscentra
- Onderhandelen en stimuleren in het maken van een sociale kaart van (intercultureel) zorgaanbod
- Achterstandsfonds blijven aansturen, stem voor minderheidsgroepen laten klinken
- Ondersteuningsstructuur en randvoorwaarden in orde maken en huisartsen ondersteunen met algemene (financiële) middelen
- Faciliteren van een denktank/ onderzoeksinstituut
- Faciliteren van transparantie/ klankbord/ intervisie tussen huisartsen
- Waarborging van etniciteit en lage SES-groepen (diversiteit) in regulier onderzoek
- Verdiepen van inzicht in doelgroepen
- Oprichten van proeftuinen interculturele zorg/ excursie

#### 5. PATIËNTEN

- Overzicht van patiëntenvoorlichting maken en nieuwe manieren van voorlichting ontwikkelen
- Kennisontwikkeling op gebied van ervaren patiëntbeleving
- Contacten leggen met (allochtone) patiëntenorganisaties

## 5. CONCLUSIES

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de onderzoeksvraag 'Op welke wijze kan via structurele aandacht voor interculturalisatie de huisartsenzorg voor allochtone zorgvragers verbeterd worden? Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn in de inleiding vijf deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen worden in de verschillende paragrafen van dit hoofdstuk beantwoordt.

### 5.1. Interculturalisatie van de huisartsenzorg

"Interculturalisatie is een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen." (RVZ)

Interculturalisatie is geen doel op zich, maar een gecompliceerd proces. Om te bereiken dat de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor allochtone zorgvragers gelijkwaardig wordt aan die voor autochtonen moet interculturalisatie geïntegreerd worden in alle lagen en processen van de zorg. Interculturalisatie is een onderdeel van diversiteit. Daar waar diversiteit de algemene term is voor verscheidenheid in zorgvraag en -aanbod, werpt interculturalisatie specifiek zijn licht op verscheidenheid in en tussen culturele achtergronden.

De LHV en het NHG zien generalistische zorg, contextgerichte zorg, gidsfunctie en kwaliteit en doelmatigheid als uitgangspunten voor kenmerken van de huisartsenzorg. In de huisartsenzorg zijn verschillende deelgebieden te onderscheiden: het vakinhoudelijke handelen, de arts – patiëntrelatie, de poortwachterfunctie, de praktijkondersteuning, het management en personeelsbeleid, de patiënten, de opleidingen en de accommodatie. Op basis van de definitie van interculturalisatie, de diverse patiëntenpopulatie en de uitgangspunten is interculturalisatie een belangrijk thema in alle deelgebieden van de huisartsenzorg.

Mogelijk kan de NHG een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van vakinhoudelijke kennis op het gebied van het vakinhoudelijk handelen, de arts – patiëntrelatie, de poortwachterfunctie en de praktijkondersteuning van de huisartsenzorg. De LHV kan binnen deze vier deelgebieden ondersteuning bieden op organisatorisch en financieel vlak. Daarnaast kunnen beide organisaties ook aan andere deelgebieden aandacht besteden door knelpunten en oplossingen aan te dragen.

### 5.2. Algemeen

Door een onduidelijk en te vrijblijvend integraal interculturalisatiebeleid en een gebrek aan consensus over interculturele competenties van huisartsen en het ondersteunend personeel ontstaan er knelpunten in de interculturalisatie van de huisartsenzorg. Het gaat met name over een gebrek aan kennis en vaardigheden van huisartsen en het ondersteunend personeel op het gebied van vakinhoudelijk handelen, arts – patiëntrelatie en praktijkondersteuning. Dit gebrek wordt enerzijds aan de basis veroorzaakt. Opleidingen hebben onvoldoende aandacht voor interculturalisatie en etnische verschillen zijn niet gewaarborgd in regulier onderzoek. Anderzijds is een continue zelfkritische reflectie, transparantie en centrale aansturing nodig om vergaarde interculturele kennis en vaardigheden te verspreiden, actueel en levendig te houden.

Diversiteit, met als onderdeel interculturalisatie, moet het denkkader van de huisartsenzorg vormen, zodat interculturalisatie integraal geïmplementeerd wordt in alle (geneeskundige) processen en lagen van de huisartsenzorg.

### **5.3. Vakinhoudelijk handelen**

In het vakinhoudelijk handelen vormt het gebrek aan kennis over etnische verschillen in ziektebeelden en culturele achtergronden een knelpunt voor interculturalisatie van de huisartsenzorg. Het opstellen en trainen van interculturele competenties, het verspreiden van bestaande kennis en opvullen van lacunes in kennis vormen oplossingen voor dit knelpunt.

Het waarborgen van etniciteit in NHG-standaarden, de inzet van ondersteunend personeel (o.a. VETC), specifieke handreikingen en een interdisciplinaire, wijkgerichte aanpak zijn middelen en manieren waarop een huisarts ondersteund kan worden in het vakinhoudelijke handelen met betrekking tot de zorg voor allochtonen.

Ook het gebrek aan effectieve patiëntenvoorlichting over het eigen lichaam, preventie, curatie en het Nederlandse gezondheidszorgsysteem vormt een knelpunt in onder andere het vakinhoudelijk handelen van de huisarts. Door goed en actief contact te houden met de allochtone patiënt kan patiëntenvoorlichting ontwikkeld worden die aansluit bij de taal en context van de allochtone patiënt. Bestaande effectieve voorlichtingsinitiatieven kunnen worden gebundeld en verspreid over huisartsenpraktijken in Nederland.

### **5.4. Arts – patiënt relatie**

In de arts – patiënt relatie vormt een gebrek aan interculturele vaardigheden op het gebied van communicatie, attitude en bejegening een knelpunt in de interculturalisatie van de huisartsenzorg. Ook pragmatische oplossingen in het overbruggen van de taalbarrière vormen knelpunten. Deze knelpunten hebben een negatief gevolg op het wederzijds begrip tussen de arts en de patiënt.

Naast gewaarborgde aandacht voor (interculturele) communicatie in de opleiding en accreditatie, vormt een continue respectvolle nieuwsgierigheid voor de context van de (allochtone) patiënt een oplossing voor de knelpunten in de arts – patiënt relatie. Voor een blijvende investering in de arts – patiënt relatie kan de mogelijkheid van monitoring onderzocht worden.

Initiatieven die positief van invloed zijn op de arts – patiënt relatie, zoals de tolkentelefoon, de training van Pinto en het culturele interview kunnen beter ingebed worden binnen of verspreid worden tussen huisartsenpraktijken.

### **5.5. Poortwachterfunctie**

Ondanks de algemene efficiëntie van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem met de huisarts als poortwachter en het terughoudende gezondheidszorgbeleid vormt een gebrek aan kennis en acceptatie van het systeem en dit beleid bij allochtone zorgvragers een knelpunt voor de interculturalisatie van de huisartsenzorg.

Daarnaast vormen etnische verschillen in zorggebruik en een slechte aansluiting met de tweede lijn een knelpunt. De etnische verschillen in zorggebruik kunnen nader kwalitatief onderzocht worden.

Door het slechte wederzijds begrip, de taalbarrière en de administratieve organisatie van de allochtone zorgvrager verloopt de praktijkvoering langzamer.

Een goede organisatie van de praktijk naar de richtlijnen vormt de basis voor de oplossing van de knelpunten in de poortwachtersfunctie. Deze organisatie moet overzichtelijk zijn en duidelijk worden gecommuniceerd in effectieve patiëntenvoorlichting. Tussen de disciplines is het van belang goede verwijzingen te maken en teamwork te stimuleren.

### **5.6. Praktijkondersteuning**

In de praktijkondersteuning vormt het gebrek aan kennis en vaardigheden van het ondersteunend personeel een knelpunt in de interculturalisatie van de huisartsenzorg. Andere knelpunten zijn een tekort aan ondersteunend personeel en de kennis en acceptatie van de taakverdeling tussen huisarts en ondersteunend personeel door patiënten.

Bestaande ondersteunende voorzieningen voor de huisarts, zoals de VETC'er, de tolktelefoon en het administratiesysteem, kunnen (o.a. financieel) beter ingebed worden binnen de huisartsenpraktijk.

Een oplossing voor de knelpunten in de praktijkondersteuning is het aannemen van voldoende, intercultureel competent personeel en het blijvend investeren in de interculturele competentie van het ondersteunend personeel. De financiering van de huisartsenzorg moet hierop aansluiten. Het ondersteunend personeel kan ook ingeschakeld worden bij de patiëntenvoorlichting.

Tot slot ligt er mogelijk een oplossing in het opleiden en inschakelen van allochtone professionals. Zij kunnen een goede brug slaan tussen de verschillende culturen en daarmee de interculturalisatie van de huisartsenzorg positief beïnvloeden.

### **5.7. LHV**

Diversiteit is per definitie onderdeel van de huisartsenzorg. Met diversiteit als positief uitgangspunt kan de LHV interculturalisatie als onderdeel van diversiteit agenderen bij de beroepsgroep. Om draagvlak te ontwikkelen bij de beroepsgroep is het belangrijk om een duidelijke lange en korte termijn visie voor interculturalisatie te ontwikkelen, diversiteit ook binnenshuis te waarborgen en klein te beginnen. Daarbij is samenwerking met het NHG en andere partnerorganisaties belangrijk voor de continuïteit.

De LHV moet de poortwachterfunctie van de huisarts blijven bewaken en de stem voor minderheidsgroepen blijvend laten horen. Het huisartsgeneeskundige zorgaanbod kan de LHV duidelijk overbrengen naar (allochtone) patiënten, zodat patiënten beter weten wat ze van de huisartsenzorg kunnen verwachten. Het is hierbij van belang contact te zoeken en te onderhouden met de allochtone zorgvrager.

Ook duidelijke formulering van interculturele competenties en het waarborgen van aandacht voor interculturalisatie in het onderwijs kan de LHV initiëren. Bestaande kennis over interculturalisatie en goed werkende initiatieven in de zorg voor allochtonen kan de LHV verspreiden, zodat deze kennis beschikbaar wordt voor alle huisartsen in Nederland.

In de directe ondersteuning van huisartsen zou de LHV een denktank 'interculturele zorg' en intervisiegroepen over dit onderwerp kunnen faciliteren. Daarnaast kan de LHV (financiële)



randvoorwaarden stellen voor praktijkondersteuning en een sociale kaart van (intercultureel) zorgaanbod ontwikkelen.

## 6. DISCUSSIE

Dit hoofdstuk bediscussieert de methode en resultaten van het onderzoek met als doel de beperkingen van dit onderzoek aan te geven en aanbevelingen voor verbetering in de toekomst te geven.

Veel knelpunten die zijn aangegeven kunnen in een breder perspectief van diversiteit in de huisartsenpraktijk getrokken worden. Zo komen gezondheidsachterstanden en een gebrek aan kennis over het eigen lichaam, behandeling en preventie bij allochtone patiënten ook voor bij laag sociaal economische groepen in de autochtone populatie. Er kan op twee manieren naar dit gegeven gekeken worden. Enerzijds kan met dit breder perspectief van diversiteit de aandacht voor interculturalisatie aan de kant geschoven worden, anderzijds kunnen met aandacht voor interculturalisatie ook knelpunten uit laag sociaal economische groepen opgelost worden. Mogelijk kunnen de aanbevelingen voor interculturalisatie van de huisartsenzorg ook voor laag sociaal economische patiëntgroepen van toepassing zijn.

Dit onderzoek is kwalitatief. Het doet geen uitspraak over kwantitatieve gegevens, maar geeft een algemeen beeld van knelpunten en oplossingen van interculturalisatie van de huisartsenzorg die in de literatuur te vinden zijn en uit het veld gehoord worden. Individuele personen bezitten niet de volledige kennis van interculturalisatie van de huisartsenzorg. Daarom is gekozen om vanuit verschillende partijen van buiten en binnen de huisartsenzorg te kijken naar knelpunten en oplossingen, waardoor een zo integraal en breed mogelijk beeld wordt geschetst. Door dit uitgangspunt is het mogelijk dat de verschillende partijen andere knelpunten en oplossingen benadrukken. Een andere kanttekening is dat mensen met expertise en vaak ook motivatie op het gebied van interculturalisatie geïnterviewd zijn, waardoor het onderzoek geen uitspraak kan doen over de algemene motivatie voor en kijk op interculturalisatie. De gegevens die dit onderzoek biedt kunnen nader kwantitatief onderzocht worden om een uitspraak te kunnen doen over prioriteiten van knelpunten en oplossingen. Tevens kan aanvullend kwantitatief (steekproefsgewijs) onderzoek de kijk van huisartsen op (specifieke aspecten van) interculturalisatie in kaart brengen.

Doordat de meeste allochtonen in de grote steden van West-Nederland woonachtig zijn, is dit onderzoek met name van nut voor huisartsen die in de grote steden werkzaam zijn. De komende jaren zal echter het aantal allochtonen niet alleen toenemen in de grote steden, maar kunnen vooral randgemeenten van grote steden en perifere gemeenten in mindere mate een groter aantal allochtonen verwachten. Het verdient de aanbeveling dat huisartsen de etnische samenstelling van hun praktijken onderzoeken en daarin de allochtone patiënt, ook al is dit een klein aandeel, de contextgerichte huisartsgeneeskundige aandacht geven.

In dit onderzoek is de stem van de allochtone zorgvrager onderbelicht. Van de 16 geïnterviewde personen konden twee personen vanuit hun eigen allochtone achtergrond spreken. Het verdient de aanbeveling om allochtone zorgvragers intensief te betrekken in de discussie over

en aanpak van interculturalisatie en de kennis en deskundigheid van allochtone zelforganisaties in de gezondheidszorg te benutten.

De aanbevelingen die naar de LHV toe gemaakt zijn kunnen mogelijk niet aansluiten bij de werkzaamheden van de LHV doordat geïnterviewde personen niet goed op de hoogte zijn van deze werkzaamheden. De LHV kan door contact met haar achterban, en daarin specifiek de werkgroep achterstandswijken, en haar medewerkers de aanbevelingen nader prioriteren. Daarbij kan zij zich afvragen welke aanbevelingen daadwerkelijk in het werkgebied van de LHV liggen en welke aanbevelingen gedelegeerd kunnen worden naar partnerorganisaties.

Opvallend in dit onderzoek naar interculturalisatie van de huisartsen zorg is dat veel knelpunten en mogelijke oplossingen niet nieuw zijn. Knelpunten in de zorg voor allochtonen bestaan er al sinds de komst van allochtonen naar Nederland. Met de generalistische en contextgerichte huisartsenzorg in de huidige (multi-culturele) samenleving is diversiteit in culturele achtergronden per definitie onderdeel van de huisartsenzorg en moet daarmee alle aandacht krijgen. De aandacht voor diversiteit in culturele achtergrond is momenteel beperkt tot een kleine groep enthousiaste mensen. Het verdient de aanbeveling om stap voor stap (culturele) diversiteit als uitgangspunt en denkkader te krijgen van alle huisartsen in Nederland.

## 7. SAMENVATTING

De huisartsengeneeskunde biedt generalistische en contextgerichte patiëntenzorg aan diverse patiëntenpopulaties. De Nederlandse samenleving bestaat sinds de tweede helft van de vorige eeuw uit verschillende culturen. De komende jaren zal deze verscheidenheid naar verwachting verder toenemen. De interactie tussen verschillende culturen met als doel een gelijkwaardige benadering van verschillende culturen wordt 'interculturalisatie' genoemd. In de huisartsenzorg is interculturalisatie een integraal proces dat specifiek gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg van allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers op het oog heeft.

De huisartsenzorg kent verschillende deelgebieden. Dit onderzoek geeft knelpunten, oplossingen en aanbevelingen voor de interculturalisatie van de huisartsenzorg op de specifieke deelgebieden: het 'vakinhoudelijk handelen', de 'arts – patiëntrelatie', de 'poortwachterfunctie' en de 'praktijkondersteuning' en geeft daarmee antwoord op de vraag "op welke wijze kan via structurele aandacht voor interculturalisatie de huisartsenzorg voor allochtone zorgvragers verbeterd worden?"

Zowel in de literatuur als uit de praktijkervaring van 16 sleutelfiguren op het gebied van interculturalisatie van de (huisartsen)zorg worden knelpunten aangegeven op het gebied van interculturele zorg. Het gaat dan onder andere over een gebrek aan kennis en vaardigheden van huisartsen en het ondersteunend personeel op het gebied van vakinhoudelijk handelen, arts – patiëntrelatie en praktijkondersteuning. Opleidingen hebben onvoldoende aandacht voor interculturalisatie en etnische verschillen zijn niet gewaarborgd in regulier onderzoek. Anderzijds is een continue zelfkritische reflectie, transparantie, een duidelijk integraal interculturalisatiebeleid en centrale aansturing nodig om vergaarde interculturele kennis en vaardigheden te verspreiden, actueel en levendig te houden.

Verder kan de huisarts in zijn (interculturele) werkzaamheden ondersteund worden door effectieve patiëntenvoorlichtingsmaterialen, praktische handreikingen en voorzieningen, intercultureel vaardig ondersteunend personeel, na- en bijscholing, intervisie met andere huisartsen en financiële ondersteuning.

Om de huisartsenzorg beter te laten aansluiten op de diverse praktijkpopulaties kunnen (allochtone) patiënten verder geprotoprofessionaliseerd<sup>17</sup> worden op het gebied van ziekte en hulpzoekgedrag. Daarnaast kunnen zij geïnformeerd worden over de positie van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en de praktijkvoering van de eigen huisartsenpraktijk. De LHV kan diversiteit in de huisartsenpraktijk als positief uitgangspunt nemen en een korte en lange termijnvisie voor interculturalisatie als onderdeel van deze diversiteit formuleren om draagvlak bij de beroepsgroep te ontwikkelen. Stapsgewijs kan de LHV faciliteren dat huisartsen groeien in interculturele competentie en ondersteund worden in hun dagelijks werk door kennis te initiëren en te verspreiden.

---

<sup>17</sup> Protoprofessionaliseren: de mate waarin iemand in staat is zijn eigen klachten te verklaren in een behandelbaar probleem en daarbij ook hulp zoekt.

## 8. REFERENTIES

### 8.1 Verwezen literatuur

Bedaux, T., Dahhan, N., Jansen, P., Smulders, R. (1998) *Kwaliteitszorg voor allochtonen. Een handreiking voor de praktijk*. Nederlands Centrum Buitenlanders, Utrecht.

Begemann, F.A. (1994) *Vluchtelingen in de huisartsenpraktijk. Klachten en achtergronden*. Stichting Pharos, Utrecht.

Bellaart, H. (2001). *Matrix interculturalisatie: voor begeleiding van het interculturalisatieproces in de sectoren Zorg en Welzijn*. Utrecht, FORUM.

Boomstra, R. e.a. (2003) *Is er sprake van interculturele verlegenheid in de GGZ en de verslavingszorg in Nederland?* In: *Gedrag en Gezondheid* 31 (III), pp 200-218.

Borra, R., Dijk van, R., Rohlof, H. (2002) *Cultuur, classificatie en diagnose*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Braakman, M. (2003) *Culturele competentie en professie*. In: *Culturen zonder muren: culturele competentie en professie*. Mension medical refresher, Badhoevedorp.

Brink-Muinen van den, A., Dulmen van, A.M., Schellevis, F.G., Bensing, J.M. (red.) (2004) *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Deel 5: Oog voor communicatie: huisarts- patiënt communicatie in Nederland*. NIVEL en RIVM, Utrecht.

Centraal Bureau voor Statistiek. (2007) *Kerncijfers van de allochtonenprognose 2006-2050*. Voorburg/Heerlen.

Dijk van, R. (2007) *Interculturele zorg, Een kwestie van allochtonen of cultureel anderen?* In: *Cultuur Migratie en Gezondheid* 4 (I) pp 36-43

Duin van, C., Jong de, A., Broekman, R. (2006) *Regionale bevolkings- en allochtonenprognose 2005-2025*. Ruimtelijke Planbureau/Centraal Bureau voor Statistiek, Den Haag.

Engels, Y. e.a. (2002) *Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen*. UMCN, afdeling Kwaliteit van Zorg, Nijmegen.

Esch van, S.C.M., Kreeke van de, J.J.S., Batelaan, M.A., Ploeg van der, H.M. (2002) *Recepten voor een goed gesprek. Deel 1*. SMPVU, Amsterdam

Feijter de, C. (2006) *Haagse huisartsen positief over cultureel interview*. In: Huisarts in Praktijk 17 (X) pp 12-14

Garssen, J., Duin van, C. (2007) *In 2050 ruim 1,6 miljoen meer allochtonen*, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

Haan de, M., Lisdonk van de, E.H., Voorn, Th.B. (1996) *De kern van de huisartsgeneeskunde*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht.

Harmsen, J.A.M. (2003) *When Cultures Meet in Medical Practice. Improvement in intercultural communication evaluated*. Proefschrift Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Harmsen, J.A.M., Bruijnzeels, M.A. (2005) *Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit?* In: Huisarts en Wetenschap 48, p. 166-170

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003) *Kortschrift Tolken in de Gezondheidszorg*. Den Haag.

Jeurissen, P.P.T. (2005) *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*. Signalering Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2003) *Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering toekomstvisie 2012*. Utrecht

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2005a) *Competentieprofiel van de huisarts*. Utrecht

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2005b) *NHG/LHV Standpunt Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening*. Utrecht.

Langeveld, A.R., Duinen van, W. (2005) *Tussenpersonen in de gezondheidszorg. Over de inzet van een tussenpersoon in de gezondheidszorg tot betere communicatie met de allochtone patiënt*. Paper Blok Cultuur en Gezondheid, Geneeskunde VUMC, Amsterdam

Lindert van, H., Droomers, M., Westert, G.P. (2004) *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Deel 3: Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. NIVEL en RIVM, Utrecht.

Logghe, K.L.R. (In publicatie) *Interculturalisatie op beleidsniveau: een theoretische verkenning*.

Mangroe, R. (2007) *Klantgerichte zorg in culturele diversiteit. Kleurrijke spiegelbijeenkomsten in de eerste lijn*. Afstudeerscriptie Algemene Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Manna, D.R. (2006) *Standardisation in a Multi-Ethnic World: a paradox? The validity of guidelines in the treatment of patients with different ethnic backgrounds*. Proefschrift Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (1995) (Beleidsbrief) *Volksgezondheid in een multiculturele samenleving*. Tweede Kamerstuk 23409, nr. 16.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2004) (Beleidsbrief) *Allochtonen in de gezondheidszorg*. Tweede Kamerstuk 2424205.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2007) (Kamerstuk) *Antwoorden op kamervragen van Agema over aparte eigen gezondheidscentra voor Turken en Marokkanen*. Tweede Kamerstuk 14 december 2007

Oudenampsen, D. e.a. (2000) *Evaluatie wet medezeggenschap cliënten zorgsector. Achtergrondstudies per sector*. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.

Pinto, D. (1994) *Interculturele communicatie. Dubbel perspectief door de drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen van verschillen*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2000) (Advies) *Interculturalisatie in de gezondheidszorg*. Zoetermeer.

RPCP Zuid-Holland Noord. (2003) *Zorgvragerscriteria Huisartsenzorg*. Leiderdorp.

Uiters, A.H. (2007) *Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands. A comparative study*. Proefschrift Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Vink, M. e.a. (2002) *De dokter begrijpt het niet. Onderzoek naar de ervaringen van migranten met de huisartsenzorg in Amsterdam*. Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP), Amsterdam.

Wennink H.J., Huwae, S., Boomstra, R. (2004) *Monitoren van interculturalisatie in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg*. GGZ Nederland, Utrecht.

Wieringen van, J.C.M., Harmsen, J.A.M., Bruijnzeels, M.A. (2002) *Intercultural communication in general practice*. In: European Journal of Public Health 12, pp 63-68

Wieringen van, J.C.M., Kijlstra, M.A., Schulpen, T.M.J. (2003) *Medisch onderwijs in Nederland: weinig aandacht voor culturele diversiteit van patiënten*. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 147, pp 815-819

Wolffers, I., Kwaak van der, A. (red.) (2004) *Gezondheidszorg en Cultuur*. VU uitgeverij, Amsterdam.

## 8.2 Aanvullende literatuur

Boomstra, R., Hoogsteder, M. (2004) *Interculturele kwaliteit in de GGZ. Een kwestie van helder beleid en consequente uitvoering*. GGZ Nederland.

De Muynck, A. e.a. (1998) *Interculturele communicatie in de gezondheidszorg*. Uitgeverij Acco, Leuven/Amersfoort.

Dijk van, R., Boedjarath, I., Jong de, J., May, R., Wesenbeek, R. (2000) *Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest*. In: Maandblad geestelijke volksgezondheid 2000, 2, 55 pp. 134-144

GGZ Nederland. (2004) *1000 bloemen bloeien... Tijd voor de oogst. Een overzicht van het Actieplan Interculturalisatie 2001-2004*.

Kramer, S. (2007) *Nieuwsgierig blijven. Implementatie van de interculturele competenties in de GGZ*. Mikado, Rotterdam.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). (2007) *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg*. Utrecht.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2000) (Achtergrondstudie) *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidzorg*. Zoetermeer.

Seeleman, C., Suurmond, J., Stronks, K. (2005) *Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Shadid, W.A.R. (1998) *Grondslagen van interculturele communicatie*. Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Thiel van, E. (1999) *De multiculturele huisartsenpraktijk*. FORUM, Utrecht

Vermeer, L. (2007) *Intercultureel beleid. Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren voor toekomstig intercultureel beleid binnen GGD'en*. Afstudeerscriptie Algemene Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Wasei, L. (2004) *Kennislijn Huisartsenzorg aan Allochtonen. State of the Art Study 2004*. PaceMaker in Global Health, Amsterdam.



## 9 BIJLAGEN

### 9.1 Opzet Interview Sleutelpersonen

1. Gegevens noteren (naam, functie)
2. Achtergrond sleutelpersoon (beroep, aantal jaren, ervaring op gebied van zorg voor allochtonen)
3. Wat is uw visie op 'interculturalisatie'?
4. Wat is uw reactie op het theoretisch kader?

#### 5. Vakinhoudelijk handelen:

- a. Welke knelpunten ziet u in de huisartsenzorg voor allochtonen?
- b. Welke mogelijke oplossingen ziet u voor deze knelpunten (+evt. voordelen en nadelen van de oplossing)?
- c. Welke partijen zijn hierbij betrokken?
- d. Wat kan de LHV hierin betekenen?

#### 6. Arts-patient relatie:

- a. Welke knelpunten ziet u in de huisartsenzorg voor allochtonen?
- b. Welke mogelijke oplossingen ziet u voor deze knelpunten (+evt. voordelen en nadelen van de oplossing)?
- c. Welke partijen zijn hierbij betrokken?
- d. Wat kan de LHV hierin betekenen?

#### 7. Poortwachterfunctie:

- a. Welke knelpunten ziet u in de huisartsenzorg voor allochtonen?
- b. Welke mogelijke oplossingen ziet u voor deze knelpunten (+evt. voordelen en nadelen van de oplossing)?
- c. Welke partijen zijn hierbij betrokken?
- d. Wat kan de LHV hierin betekenen?

#### 8. Praktijk Ondersteunend Personeel:

- a. Welke knelpunten ziet u in de huisartsenzorg voor allochtonen?
  - b. Welke mogelijke oplossingen ziet u voor deze knelpunten (+evt. voordelen en nadelen van de oplossing)?
  - c. Welke partijen zijn hierbij betrokken?
  - d. Wat kan de LHV hierin betekenen?
9. Welke literatuur mag dit onderzoek zeker niet missen?
  10. Wie moet ik zeker nog spreken mbt dit onderzoek?

## 9.2 Voorbeelden van 'Good practices' in Interculturalisatie van de Huisartsenzorg

Naam	Omschrijving	Bron
Cultureel Interview	Handleiding voor een patiëntengesprek over culturele achtergrond	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel: Huisarts in Praktijk, 2006 – 'Haagse huisarts positief over cultureel interview'</li> <li>• Interview: Simon Groen – GGZ Drenthe</li> <li>• Website: <a href="http://www.rohlof.nl">www.rohlof.nl</a></li> <li>• Boek: R. Borra, 2005 – 'Diagnostisch interview Turkse vrouwen'</li> </ul>
Huisartsentraining volgens Pinto	Training in algemene interculturele communicatievaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proefschrift: J.A.W. Harmsen, 2003 – 'When Cultures Meet in Medical Practice'</li> <li>• Boek: D. Pinto, 1994 – 'Interculturele Communicatie'</li> </ul>
Training Arboned	Training in interculturele kennis en vaardigheden voor bedrijfsartsen in trainer-trainers setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arboned (<a href="http://www.interculturalisatie.com">www.interculturalisatie.com</a>)</li> </ul>
Video-instructie patiënten	Video voor patiënten waarmee de westerse manier van communiceren wordt geïnstrueerd. Voor in de wachtkamer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proefschrift: J.A.W. Harmsen, 2003 – 'When Cultures Meet in Medical Practice'</li> <li>• Video op te vragen bij Hans Harmsen</li> </ul>
Spiegelbijeenkomsten	Allochtonen geven directe feedback aan hulpverleners over ervaren zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scriptie: Ruth Mangroe, 2007 - 'Klantgerichte zorg in culturele diversiteit – Kleurrijke spiegelbijeenkomsten in de eerste lijn'</li> </ul>
Interculturalisatie thermometer	Instrument om het interculturele gehalte van hulpverleners te onderzoeken om scholingstrajecten te kunnen afstemmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentrum Amsterdam</li> </ul>
Interculturele Patiëntenvoorlichting	Verschillende vormen van effectieve patiëntenvoorlichting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Website: <a href="http://www.dethuisdokter.nl">www.dethuisdokter.nl</a></li> <li>• STIOM (<a href="http://www.stiom.nl">www.stiom.nl</a>)</li> <li>• Voorlichtingsfilms APCP (<a href="http://www.apcp.nl">www.apcp.nl</a>)</li> </ul>
Interculturele Psychiatrie (I-Psy)	Specialistische psychiatrische zorg voor allochtonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Website: <a href="http://www.i-psy.nl">www.i-psy.nl</a></li> </ul>
Zakboekje	Zakboekje communicatie hulpverlening allochtonen: communiceren met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NIGZ (<a href="http://www.nigz.nl">www.nigz.nl</a>)</li> </ul>
Ramadankalender	Handreiking voor hulpverleners over de medische gevolgen van de Ramadan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NEO (<a href="http://www.nhg.artsennet.nl">www.nhg.artsennet.nl</a>)</li> </ul>
Scholingscasuïstiek	Studieboek met heldere casuïstiek over etnische diversiteit in de medische praktijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boek: C. Seeleman e.a., 2005 – 'Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk.'</li> </ul>

**9.3 Competentieprofiel van de huisarts (LHV/NHG, 2005a)**

<b>Taakgebied 1: Vakinhoudelijk handelen</b>	De huisarts interpreteert de klacht binnen de context	De huisarts betreft fysieke, psychische, sociale, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden van de patiënt, diens levensfase en gezondheidsgeschiedenis bij de interpretatie van de klacht
	De huisarts past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied doelgericht en <i>evidence based</i> toe.	De huisarts maakt gebruik van de NHG-standaarden en andere huisartsgeneeskundige richtlijnen.
		De huisarts onderbouwt de klinische besluitvorming op rationele wijze.
		De huisarts houdt rekening met de belasting voor de patiënt en de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen bij de keuze van interventie(s).
De huisarts levert op gestructureerde wijze eerstelijns zorg.	De huisarts besluit tot het afzien van behandeling (watchful waiting) waar van toepassing.	
	De huisarts beheerst het complete spectrum van probleemverheldering, anamnese, lichamelijk- en aanvullend onderzoek, signalering, voorlichting en advies, preventie, begeleiding en verwijzing.	
<b>Taakgebied 2: Arts- patiënt communicatie</b>	De huisarts bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op.	De huisarts selecteert doelgericht elementen uit dit spectrum en stemt de toepassing ervan af op de individuele hulpvraag.
		De huisarts creëert een sfeer van vertrouwen.
	De huisarts past communicatietechnieken en –middelen doelgericht toe.	De huisarts toon betrokkenheid bij patiënt (en familie) en legt daarmee de basis voor een duurzame vertrouwensrelatie.
		De huisarts past zinsbouw en woordkeus aan bij leeftijd, geslacht, etnische en culturele achtergrond, en emotie van de patiënt.
	De huisarts betreft de patiënt actief bij de besluitvorming	De huisarts licht de opbouw van het consult helder toe.
		De huisarts exploreert het referentiekader van de patiënt door actief te luisteren en de hulpvraag te verhelderen.
		De huisarts stimuleert de patiënt om te reageren op de gestelde vragen, de werkhypothese en de geboden informatie.
De huisarts adviseert een patiënt over mogelijke behandelingen en begeleidt het keuzeprocess.		
	De huisarts geeft nadere toelichting, helpt informatie te ordenen, verifieert systematisch of de informatie correct is begrepen.	

		De huisarts bespreekt de uitvoerbaarheid van het voorgenomen beleid.
<b>Taakgebied 3: Samenwerken</b>	De huisarts draagt bij aan effectieve intra- en interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.	De huisarts maakt optimaal gebruik van expertise binnen de eigen huisartsenvoorziening en een netwerk van zorgverleners in de eerste en tweede lijn.
		De huisarts stelt prioriteiten t.a.v. overlegstructuren op basis van daadwerkelijke behoeftes in de zorg en de grootte van de overlap in zorggebied met andere zorgverleners.
		De huisarts maakt effectief gebruik van intercollegiale consultatie.
	De huisarts past samenwerkingsvaardigheden doelgericht toe.	De huisarts kiest een aanpak die past bij de situatie.
		De huisarts beïnvloedt het functioneren van een groep op positieve wijze.
		De huisarts gaat evenwichtig en constructief om met conflictsituaties.
De huisarts verwijst doelgericht op basis van actueel inzicht in de expertise van andere zorgverleners.	De huisarts houdt zich aan de grenzen van de eigen deskundigheid en die van het eigen vakgebied door doelgericht en tijdig te verwijzen.	
	De huisarts houdt bij het verwijzen rekening met beschikbaarheid en toegankelijkheid van andere zorgverleners.	
	De huisarts draagt informatie over patiënten zorgvuldig over en neemt verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt.	
<b>Taakgebied 4: Organiseren</b>	De huisarts realiseert integrale en doelmatige huisartsenzorg die continu en toegankelijk is.	De huisarts draagt bij aan de beschikbaarheid van zorg in de nabije omgeving van patiënten en aan de bereikbaarheid van de zorg zonder tussenkomst van derden.
		De huisarts stemt zorg af op de specifieke behoefte binnen het werkgebied van de huisartsenvoorziening.
	De huisarts past organisatie- en managementprincipes doelgericht toe.	De huisarts organiseert mensen, middelen en informatie binnen de huisartsenvoorziening zodanig dat efficiënt en effectief zorg geboden kan worden.
		De huisarts bewaakt de uitvoering van gedelegeerde geprotocolleerde taken en neemt eindverantwoordelijkheid.
		De huisarts is systematisch bezig met planvorming, uitvoering en evaluatie m.b.v. wetenschappelijke inzichten en 'best practices'.

		De huisarts hanteert, evalueert en actualiseert transparante (werk)afspraken.
		De huisarts hanteert feitelijke informatie over de zorg en incidenten ten behoeve van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid.
	De huisarts gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg.	De huisarts houdt systematisch een elektronisch medisch dossier (EMD) bij voor elke patiënt.
		De huisarts maakt effectief gebruik van een geautomatiseerd Huisarts Informatie Systeem (HIS), elektronische patiëntdossiers (EPD) en internet.
<b>Taakgebied 5: Maatschappelijk handelen</b>	De huisarts bevordert gezondheid van individuele patiënten en groepen patiënten.	De huisarts is alert op determinanten van ziekte.
		De huisarts reageert (pro)actief op psychosociale, economische en biologische factoren die de gezondheid van de patiënten beïnvloeden.
		De huisarts geeft individuele gezondheidsvoorlichting en – opvoeding aan patiënten.
	De huisarts handelt overeenkomstig de geldende wetgeving voor de huisarts (WGBO, BIG, BOPZ, KNMG-groene boekje).	
	De huisarts behartigt belangen van (toekomstige) patiënten n.a.v. incidenten in de zorg.	De huisarts neemt passende correctieve en/of preventieve maatregelen bij incidenten in de patiëntenzorg.
		De huisarts informeert de patiënt desgewenst over de geldende klachtprocedures en instanties.
	De huisarts handelt kostenbewust.	De huisarts kiest voor de minst kostbare optie bij gelijkwaardigheid van alternatieven en hanteert het egaliteitsprincipe binnen de zorg.
		De huisarts voorkomt onnodige verwijzingen.
<b>Taakgebied 6: Wetenschap en Onderwijs</b>	De huisarts onderbouwt de zorg op wetenschappelijk verantwoorde wijze.	De huisarts vertaalt klinische problemen in een onderzoekbare vraag.
		De huisarts selecteert beschikbaar wetenschappelijk onderzoek naar relevantie.
		De huisarts beoordeelt de methodologische kwaliteit van de literatuur.
	De huisarts bevordert de ontwikkeling en implementatie van vakkennis.	De huisarts verzamelt gestructureerd data ten behoeve van onderzoek en scholing.
		De huisarts weegt nieuwe wetenschappelijke inzichten op toepasbaarheid in de eigen praktijksituatie.

	De huisarts bevordert de deskundigheid van studenten, aios, collegae en anderen zorgverleners.	De huisarts brengt kennis in in uiteenlopende leersituaties.
<b>Taakgebied 7: Professionaliteit</b>	De huisarts houdt persoonlijke en professionele rollen in evenwicht.	De huisarts neemt weloverwogen verantwoordelijkheid voor de geboden zorg en de organisatie ervan en stelt prioriteiten.
		De huisarts houdt betrokkenheid en distantie in een gezonde balans.
	De huisarts werkt systematisch en doelbewust aan verbetering van zijn beroepsmatig functioneren.	De huisarts maakt eigen persoonlijk en professioneel handelen bespreekbaar en stelt verbeterpunten vast op basis van verkregen feedback.
		De huisarts stelt door middel van reflectie periodiek de persoonlijke leerbehoefte vast, neemt planmatig deel aan deskundigheidsbevordering en evalueert het effect.
		De huisarts handelt conform de geldende beroepscode.
	De huisarts gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden.	De huisarts gaat respectvol om met verschillen in normen en waarden voorzover ze niet strijdig zijn met de geldende ethische en medische gedragsregels.