

# Zij weten meer en zij kunnen beter



## Praktijkonderzoek: toeleiding statushouders, nieuwkomers en oudkomers naar de zorg

In opdracht van ZonMw, 2020-2022

# Zij weten meer en zij kunnen beter

## Praktijkonderzoek: toeleiding statushouders, nieuwkomers en oudkomers naar de zorg

### Inhoudsopgave

#### I. Samenvatting

- 1.1 Vooraf
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoek en methode
- 1.4 Resultaat en conclusies
  - 1.4.1 Bestaande en nieuwe strategie
  - 1.4.2 Algemene conclusies: bestaand en nieuw
- 1.5 Leeswijzer

#### II. Analyse interviews: beelden en eerste conclusies

- 2.1 MST
- 2.2 Toegang tot de zorg
- 2.3 Afstand tot de zorg
- 2.4 Grenzen aan de zorg

#### III. Resultaten

- 3.1 Fits en non fits

#### IV. Theorie, reflectie en vervolgonderzoek

- 4.1 Theorie: cultuur en zorg
  - 4.1.1 Een kleine geschiedenis van het integratiebeleid
  - 4.1.2 Culturele lessen uit het recente verleden
- 4.2 Vervolgonderzoek: naar het versterken van de nieuwe aanpak
  - 4.2.1 Het in beeld brengen en versterken van bestaande netwerken
  - 4.2.2 Het inzicht krijgen en uitdiepen van het culturele kennisniveau
  - 4.2.3 Het aantrekkelijk en toegankelijk maken van de overdracht van kennis naar derden

#### V. Verantwoording onderzoek

- 5.1 Verantwoording onderzoek
- 5.2 Doelgroepen
- 5.3 Interview, vraagstelling, verwerking en analyse
- 5.4 Organisatie en samenwerking

#### Dankwoord

Bijlagen:

-bijlage1: Bio's geïnterviewden

-bijlage2: Interview itemlijst

Dhr. drs. Dick de Ruijter, projectleider, Sahan

Dhr. dr. S.Y. Ismail, hoofdonderzoeker, Erasmus MC

Rotterdam, 28 juli 2022

## I. Samenvatting

### 1.1 Vooraf

Het praktijkonderzoek: toeleiding van statushouders, nieuwkomers en oudkomers, van patiënten met een migratieachtergrond dus naar de zorg heeft veel inzichten en aanknopingspunten opgeleverd, bestaande en nieuwe. Bestaand, want veel kwesties over de toegang tot de zorg spelen al sinds 'migranten-patiënten' de spreekkamers van de huisartsen bezoeken en opgenomen worden in het ziekenhuis. Nieuw, omdat we naast de bestaande aanpak om de toegang tot de zorg te verbeteren, mogelijkheden zien om een nieuwe strategie, een nieuwe aanpak te propageren. Om dat te verduidelijken brengen we in dit onderzoeksverslag een onderscheid aan tussen een bestaande '1<sup>e</sup> generatie strategie' en een nieuwe 'netwerkstrategie'. Ten aanzien van beide vormen van aanpak komen we tot suggesties en aanbevelingen.

### 1.2 Onderzoeksvragen

De inzet van dit praktijkonderzoek was op zoek te gaan naar oplossingen en vaardigheden -naar 'fits'- om een betere toeleiding tot de zorg te realiseren, zowel in het bereik van patiënten met een andere culturele achtergrond als voor de concrete relatie tussen zorgverlener en patiënt. Die onderzoeksvraag is door ons in dit onderzoek op 3 manieren geoperationaliseerd:

1. In de toeleiding tot de zorg is de 'arts-patiënt' relatie cruciaal. Kan deze worden ondersteund vanuit een systemische benadering (MST), waarbij de directe relatie tussen patiënt en zorgverlener met externe contacten wordt versterkt? In andere zorgvelden (jeugdhulpverlening, orgaandonatie) wordt met het betrekken van familiale en sociale contacten bij de (zorg)vraag goede resultaten geboekt. Is dit ook van toepassing in de eerstelijnszorg (huisarts, bggz, wijkzorg) en is daarbij het theoretisch kader van MST (sociogram en genogram<sup>1</sup>) van toepassing en behulpzaam. Als dit bijdraagt aan het versterken van de rol van de patiënt in de relatie tot de zorgverlener, in hoeverre kan een systemische benadering dan ook de rol van de zorgverlener versterken in zijn/haar bereik en kennis van de patiënt met een migratieachtergrond.
2. Knelpunten over toegang en afstand tot de zorg van patiënten met een migratieachtergrond lijken zich over de decennia heen te herhalen. Dat roept vragen op zich op. Kan het zijn dat de sector de feiten over de toeleiding tot de zorg wel kent, maar toch geen passende antwoorden weet te formuleren. Is de kennis die we inzetten vanuit gezondheidsverschillen en communicatie wel voldoende toereikend? Moeten we ook niet inzetten op nieuwe inzichten en kunnen hier opgeleide zorgprofessionals met een migratieachtergrond ons cq de zorgsector daarin 'gidsen'. Zij kennen de 'condition migrante' en de professionele vereisten van de zorg. Hoe gaan zij met vragen over toegang en afstand tot de zorg om?
3. De achtergrond van de 'migranten-patiënt' -exogeen en endogeen- bij elkaar genomen de zogeheten 'condition migrante' is zeker een factor in de toeleiding tot de zorg. Maar in hoeverre draagt de zorg zelf ook bij aan de afstand tussen arts en patiënt. En dan niet zozeer naar communicatie en kennis van elkaar (cultuursensitiviteit) maar vanuit ontwikkelingen in de zorg zelf. De arts-patiënt relatie is laatste decennia sterk geëvolueerd en die ontwikkeling zet zich in termen van 'shared decision making' en 'patiënt centraal' nog steeds voort. Stelt dat niet steeds nieuwe en hogere eisen aan de 'patiënt' en krijgt de gemiddelde 'migranten-patiënt' wel voldoende tijd en ruimte om daaraan te voldoen?

### 1.3 Onderzoek en methode

Deze drie onderzoeksvragen zijn de leidraad geweest voor het opstellen van een itemlijst (bijlage 1). Deze itemlijst is via diepte-interviews voorgelegd aan in totaal 38 personen: aan 13 patiënten met

---

<sup>1</sup> Savenije, A, Van Lawick, J (2014). Handboek Systeemtherapie, uit: Hoofdstuk 15, Methoden en technieken, p. 224-237

een migratieachtergrond (Somalisch, Eritrees en Ethiopisch), 12 reguliere zorgverleners (huisartsen, POH's: chronisch en ggz) en 13 zorgprofessionals met een achtergrond uit de Hoorn van Afrika (Somalisch, Eritrees, Ethiopisch en Soedanees). Deze interviewgroep vertegenwoordigt in zijn totaliteit een brede invalshoek in de eerstelijnszorg, een recent overzicht van de Nederlandse zorggeschiedenis en een actueel inzicht in de ervaringen van patiënten met een migratieachtergrond. De interviews zijn afgenomen in het Nederlands en door native speakers. Daarnaast zijn de interviews ten behoeve van de analyse volledig uitgeschreven en waar nodig in het Nederlands vertaald.

#### 1.4 Resultaten en conclusies

De interviews zijn geanalyseerd langs twee invalshoeken: (1) Hoe verloopt de communicatie tussen de patiënt met een migratieachtergrond en de zorgverlener en wat is van invloed op die relatie, zowel vanuit de optiek van de patiënt (taal, cultuur, religie) als vanuit de optiek van de zorgverlener (kennis, vaardigheden, ervaring) en (2) Welke grenzen kent de zorg (professionaliteit, aansprakelijkheid) en in welke mate draagt de context van de zorg (rationaliteit, modernisering) bij aan de afstand tussen zorg en patiënt. Deze analyse levert een breed palet aan observaties en inzichten op, die zich voor een deel laten vertalen naar concrete aanvullingen op de bestaande praktijk (fits), maar ook een doorkijk bieden naar een nieuwe aanpak. Die praktische doorvertaling daarvan is opgesomd in H3.1.

##### 1.4.1 Bestaande en nieuwe strategie

De benadering van de doelgroep statushouders, nieuwkomers en oudkomers kenmerkt zich vooral door de aandacht voor de meest nijpende knelpunten: ervaren taalproblemen, gebrekkige communicatie, tekort aan zorgvaardigheden en te weinig inzicht in de achtergronden van de patiënt. Dat zijn en blijven de kenmerken voor alle '1<sup>e</sup> generatie' migranten: in het verleden, nu in het heden en later in de toekomst. Dat dat neigt naar zich herhalende oplossingen ('fits') op de korte termijn - taal, tolken, aandacht en tijd- blijkt uit onderzoek in het verleden<sup>2</sup> en aan de benadering van deze toeleidingsvraag in het heden<sup>3</sup>. Als we daarbij het NIDI mogen geloven -het aandeel 1<sup>e</sup> generatie migranten zal ook voor 2050 het grootst blijven onder alle burgers met een migratieachtergrond<sup>4</sup>- dan dreigt daarmee die herhaling van zetten zich ook naar de toekomst door te zetten. Tenminste als we er niet slagen aan deze bestaande praktijk -'de 1<sup>e</sup> generatie-strategie'- een nieuwe aanpak toe te voegen. Nu zullen 'nieuwkomers', 1<sup>e</sup> generatie migranten dus, altijd kampen met taal- en cultuurverschillen, maar als we de benadering daarvan niet weten te verrijken met nieuwe inzichten, dan dreigen we in een loop te geraken, waarbij de kennis van integratieve processen als breed bekend kan worden verondersteld, maar de strategie van bereik van nieuw- en oudkomers steeds hetzelfde cq daarbij achterblijft.

In de nieuwe 'netwerkstrategie' wordt veel meer gebruik gemaakt van de hier opgegroeide en opgeleide generatie jongvolwassen professionals met een migratieachtergrond. In vergelijking tot 20, 30 jaar geleden zijn deze professionals meer herkenbaar en aanspreekbaar in de samenleving aanwezig. Het Netwerk Sahan heeft in de doelgroep van dit onderzoek -de Hoorn van Afrika- al zo'n 2.000+ contacten in beeld. Maar verder zijn ook netwerken als Lemat, Cultuur in Harmonie,

---

<sup>2</sup> SCP: Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten. Angela van de broek ea. 2010

<sup>3</sup> Open Embassy, verslag Ontwerpsessie #1: Toegang tot de GGZ zorg en Rotterdamse nieuwkomers. Maart 2020. Daarbij lag de focus volledig op nieuwkomersproblematiek en dito oplossingen. PS: ondergetekenden waren deelnemers aan deze sessie.

<sup>4</sup> Bevolking 2050 in beeld. Drukker, diverser en dubbelgrijs. NIDI, CBS, juli 2020. Pg. 35 tm 40. Oudkomers vs nieuwkomers: 3.2 staat tot 4.3 (scenario asiel)

AlloMedics actief<sup>5</sup>. Deze doelgroepen, deze netwerken, vertegenwoordigen een bijzonder cultureel kapitaal, waar we als samenleving nu juist zo naarstig naar op zoek zijn. Zij kennen de migrantengemeenschappen, want daarin zijn zij opgegroeid en zij onderhouden daarmee via vrienden en familie veelal nog intrinsieke banden. En zij kennen de professionele vereisten van het vakgebied, want daarin zijn zij opgeleid en werkzaam en zij weten zich in hun vakgebied vaak ook goed staande te houden. Uit ons praktijkonderzoek blijkt dat deze professionals anders in de relatie met de 'migranten-patiënt' staan dan hun collega's. Weliswaar berust veel van die kennis en vaardigheden die zij inzetten nog op 'onbewuste' bekwaamheid, maar betere gidsen dan hen kunnen we ons in dit cultuursensitieve traject van 'arts en patiënt' niet indenken. Bovendien als we in staat zijn die netwerken verder uit te diepen en de kennis die daarin besloten ligt, tastbaar en overdraagbaar te maken aan het zorgveld, dan hebben we een nieuwe strategie van bereik voorhanden, een nieuwe aanpak om de arts-patiënt relatie in de zorg vanuit de zorg te versterken.

#### 1.4.2 Algemene conclusies: bestaand en nieuw

Uitgaande van dat onderscheid in een bestaande aanpak en een nieuwe strategie trekken we een 10-tal algemene conclusies. Het beeld dat daaruit opdoemt, klinkt hoopvol: daar waar de toeleiding naar de zorg van patiënten met een migratieachtergrond jarenlang een open vraag leek, lijkt er nu licht aan het einde van de tunnel. Er tekent zich onder patiënten en zorgverleners een herkenbare route in de aanpak af met duidelijke inzichten van wat daarin wel en niet bereikt kan worden. Dat geeft overzicht in het actuele handelen en schept ruimte om te investeren in een nieuwe strategie van toeleiding en bereik. De 1<sup>e</sup> generatie strategie zal altijd blijven bestaan, de nieuwe 'netwerkstrategie' is daar aanvullend op en in de combinatie van beide ligt een betere toeleiding tot zorg van de patiënt met een migratieachtergrond besloten.

Met dat gegeven delen we graag de 10 algemene conclusies uit dit praktijkonderzoek naar de toeleiding tot de zorg van statushouders, van nieuw- en oudkomers.

#### Bestaande aanpak, volgens 1<sup>e</sup> generatie strategie

1. De laag-geletterdheid van de patiënt (lage SES) en de hoog-taligheid van de zorg (op papier, aan de telefoon, online, in de communicatie en in nieuwe zorgvormen als persoonsgerichte zorg, shared decision making etc) vormen nog steeds de belangrijkste drempels tot de zorg. Hoe moderner de zorg, hoe groter de afstand tot de patiënt met een migratieachtergrond.

2. Maar ook omgekeerd: hoe groter de (culturele) afstand tot de samenleving, hoe groter ook de afstand tot de zorg. Deze zorgkloof trachten patiënten met een migratieachtergrond vaak te overwinnen door vast te houden aan eigen principes en gebruiken, hetzij religieus, hetzij cultureel (taboes, tradities), met de daarbij behorende gezondheidsvaardigheden (onwetendheid over het zorgsysteem, gebruik van eigen medicijnen, kruiden, heilig zand of heilig water)<sup>6</sup>. Soms schermen ook kinderen van oudkomers deze afstand tot de zorg af en soms ook assertiever dan de ouders zelf. Daarachter gaat eerder het respect voor de ouderen en tradities schuil, dan hun persoonlijke overtuiging.

3. Waar het ziektebeeld complex is (levensbedreigend, chronisch, psychisch) is vaak ook de behandelrelatie complex. Meer aandacht (tijd) voor taal en persoonsgerichte zorg (empathie, kennis) zijn daarvoor de meest geschikte remedies en juist in de eerstelijns (huisarts) en tweedelijnszorg (verpleeghuis, verpleegkundigen, wijkzorg) staat de factor 'tijd' steeds meer onder druk.

---

<sup>5</sup> Lemat, Cultuur in Harmonie zijn ontstaan rond de toestroom aan Eritrese vluchtelingen vanaf 2015, zie [stichtinglemat.com](http://stichtinglemat.com); AlloMedics is een collectief van (huis)artsen en medisch specialisten, die online collega (huis)artsen en patiënten in taal en cultuur ondersteunen, zie [alloMedics.nl](http://alloMedics.nl)

<sup>6</sup> Veel van deze gebruiken behoren toe aan de onderzoeksdoelgroep uit dit onderzoek, met name patiënten met een achtergrond uit de Hoorn van Afrika. De genoemde voorbeelden zijn dus niet generiek voor alle patiënten met een migratieachtergrond

4. Een multi-systemische benadering (MST) werkt drempelverlagend in de toeleiding tot de zorg voor patiënten met een migratieachtergrond. Alleen deze werkwijze ontwikkelt zich eerder spontaan in de tijd, dan georganiseerd. De theorie van MST van sociogram tot genogram zien we ook niet in de praktijk terug<sup>7</sup>. De uitwerking wel. Binnen alle praktijken is het zo goed als normaal dat patiënten iemand meenemen: een familielid, een vriend of dat iemand inbelt tijdens het consult en tolkt. Nog meer zien we dat bij complexe behandelmomenten als slechtnieuwsgesprekken en stervensbegeleiding. Met deze spontane invulling van MST lijkt de structurele rol van de tolk op zijn retour.

5. Drempels in de zorg tekenen zich bij nieuwkomers (statushouders) en de eerste generatie migranten (met name de ouderen) scherper af dan bij de hier opgegroeide jongvolwassenen en (hoger) opgeleide patiënten met een migratieachtergrond. Hoe langer men in Nederland woont en hoe hoger het opleidings- en werkniveau, des te makkelijker men een passende omgang met de zorg weet te vinden en hoe meer samenspraak men vanuit de zorg tot de patiënten heeft.

#### Nieuwe aanpak: volgens nieuwe 'netwerkstrategie'

6. Zorgverleners met een migratieachtergrond (experts) gaan eerder proactief om met de genoemde zorgkloof. Dat zien we in de manier waarop experts deze zorgkloof percipiëren, maar ook hoe zij daarmee of vandaaruit met hun patiënten 'communiceren'. Zij omschrijven hun houding tot de patiënt als meebewegen, judoën en puzzelen. Dat is deels een kenmerk van een inclusieve manier van werken, maar deels ook de invulling van een cultuursensitieve 'persoonsgerichte' zorg.

7. Zorgverleners met een migratieachtergrond etaleren een duidelijk professioneel zelfbeeld. Daarbij geldt voor hen: niet matchen maar mixen, waarin een grote voorkeur doorklinkt voor 'gemixte arts-patiënt relaties' in plaats van het cultureel matchen van hun rol. Tegelijkertijd uiten deze zorgprofessionals zich minder cultureel verlegen tegenover hun patiënten - ongeacht hun achtergrond- waar het gaat om het benoemen en bewaken van de (morele, culturele, religieuze) grenzen van de zorg.

8. Daar waar de toeleiding van nieuwkomers tot de zorg onder druk staat, leggen zorgverleners met een migratieachtergrond de verantwoordelijkheid daarvoor eerder bij de zorg en wijst men ook eerder op het drempelverhogende effect van vernieuwingen in de zorg als 'patiënt prominent', 'shared decision making' etc. Op dit punt is men zogezegd meer 'zorg' cq sociaal bewust.

9. Een systemische benadering (MST) voor zorgverleners bij bijvoorbeeld culturele vragen, bestaat er niet. Voor medische vragen is er een achtervang georganiseerd, voor cultuurgebonden vragen niet of nauwelijks. In een enkel geval verwijst men naar specifieke kennisnetwerken of dito websites.<sup>8</sup> Zorgverleners met een migratieachtergrond dragen niet alleen bij aan kennis over cultuurverschillen in de zorg, zij weten zich ook beter met een medisch-cultuurdivers netwerk te omringen.

10. Er is behoefte aan en ruimte voor een aanvullende aanpak, een strategie die uitgaat van kennis van cultuur, van een netwerk van zorgprofessionaliteit dat cultureel verlegen en culturele matching overstijgend is. Deze kwaliteiten zijn 'onbewust bekwaam' bij veel zorgverleners met een migratieachtergrond aanwezig. Zij omsluiten daarmee in potentie kennis en vaardigheden, die wanneer omgezet in bewust bekwaame kennis, kan worden overgedragen aan professionals binnen en buiten de zorg.

---

<sup>7</sup> Zie noot 1

<sup>8</sup> Zie bijvoorbeeld de website van Pharos en NHG: [www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl)

### 1.5 Leeswijzer

Dit verslag kent de volgende opbouw. In de Hoofdstuk II, paragraaf 2.1 t/m 2.4 worden de algemene conclusies en het onderscheid in een 1<sup>e</sup> generatie strategie en een nieuwe 'netwerk aanpak' onderbouwd vanuit de bijdragen van de geïnterviewden: van patiënten met een migratieachtergrond, van reguliere zorgverleners en van zorgprofessionals met een migratieachtergrond. In dit verslag de 'experts' genoemd. De weergave van de interviews is thematisch opgebouwd waarbij elke nieuwe paragraaf opent met een korte voorlopige conclusie, waarmee de navolgende alinea's ook kort worden samengevat. Uit de analyse van de interviews volgt in H3.1 een concrete opsomming van fits (en non-fits), zowel wat betreft de bestaande aanpak als de nieuwe 'netwerkstrategie'.

In Hoofdstuk IV worden de conclusies van dit onderzoek meer theoretisch onderbouwd, waarbij (in paragraaf 4.1) het thema 'cultuur en zorg' verder wordt uitgewerkt met als doel de kennis van en de aandacht voor cultuurverschillen te vergroten om zo een beter bereik van doelgroepen in de zorg te realiseren. Daarbij wordt gewezen op de notie van 'diversiteit in de diversiteit' en andere inzichten over de betekenis van 'cultuur', die we in de loop van het laatste decennium hebben verkregen. Dit hoofdstuk sluiten we af met een voorzet (paragraaf 4.2) om de bouwstenen van een nieuwe netwerkstrategie via een vervolgonderzoek nader te concretiseren. H5 geeft een evaluatie van de aangewende methode van onderzoek en hoe die heeft bijdragen aan de hier gepresenteerde resultaten. Het rapport eindigt met een dankwoord aan alle betrokkenen.

De bijlagen -tot slot- vermeldt de geanonimiseerde bio's van de geïnterviewde kandidaten, de itemlijst voor het interview en de literatuur waarop kennis en inzichten van dit verslag zijn gebaseerd.

## II. Analyse interviews: beelden en eerste conclusies

De interviews thematisch geanalyseerd, waarbij 4 concrete vragen centraal stonden. Deze zijn in onderstaande paragrafen uitgewerkt.

1. In hoeverre draagt een relationele arts-patiënt relatie (MST) bij tot toegang tot zorg en wederzijds begrip (§2);
2. Wat bepaalt of beperkt de toegang tot de zorg, zowel vanuit de optiek van de patiënt als van de zorgverlener (§3)
3. Als er afstand tot de zorg is, welke factoren dragen daartoe dan bij (§4), wederom vanuit de patiënt en vanuit de zorg; en tot slot
4. In hoeverre is elk gezondheidsgedrag inpasbaar in de zorg, of zijn er grenzen aan de zorg, qua professionaliteit en verantwoordelijkheid (§5)

In onderstaande paragrafen worden deze vragen elk vanuit de optiek van de patiënt, de zorgverlener en de expert belicht. Elke paragraaf opent ook met een voorlopige conclusie, die gelezen kan worden als een resumé van het verslag dat volgt. De concrete kennis uit deze deelvragen wordt ten slotte in H3 samengevat onder de titel: 'fits en non fits'.

### 2.1 MST

In hoeverre draagt een relationele, systemische arts-patiënt relatie (MST) bij tot toegang tot zorg en wederzijds begrip

#### Voorlopige conclusie:

1. Taal- en cultuurachterstand lijkt zich in de praktijk (MST) op te lossen, waarbij het inzetten op relationele contacten (MST) meer tot zijn recht komt in complexe behandelrelaties, dan in het eerstelijnszorg consult. Op eerstelijnsniveau lijkt dat 'relationele' contact zich inmiddels ook spontaan te ontwikkelen: steeds meer patiënten nemen iemand mee naar de afspraak met de dokter, of op eigen initiatief of op aanraden van de zorgverlener. Ook het inbellen van een familielid of bekende tijdens het consult past hierin. Het gebruik van een 'professionele' tolk lijkt in belang af te nemen, waarmee ook vragen over privacy rond het inzetten van de 'tolk' naar de achtergrond verdwijnen: het is of een 'onbekende' die een gevoelig consult extra belast, of het is mogelijk een 'bekende' gegeven de kleine gemeenschap waartoe de patiënt behoort. Beter is taalproblemen en bijbehorende zorgvragen binnen het eigen sociale netwerk op te lossen. Voor wat betreft de complexe behandelrelaties zoals psychische problematiek, chronische ziekte, slechtnieuws gesprekken en stervensbegeleiding betrekken zorgverleners zelf al vaak familie en het sociale netwerk daar actief bij. In ziekenhuizen hebben verpleegkundigen niet zelden hierin een rol, in de huisartsenpraktijken bieden ook 'cultuurdiverse' doktersassistenten en praktijkondersteuners steeds vaker toegang tot de sociale netwerken van familie en gemeenschap. De ervaringen hieromtrent tussen patiënt, zorgverleners en 'experts' zijn graduueel, de ervaringen sluiten op elkaar aan, waarbij we kunnen stellen dat in het overwinnen van taal- en communicatieproblemen de 'experts' meer proactief optreden.

2. Waar patiënten wordt aangeraden in het contact met de zorg steun te zoeken bij het eigen netwerk (sociaal), is dat voor de zorgprofessional omgekeerd (professioneel) minder het geval. Bij het overbruggen van een taal- en cultuurverschillen wordt wel een beroep gedaan op de eigen werkomgeving, als die kennis daarin voorhanden is, daarbuiten niet of nauwelijks. Er bestaat niet een duidelijk kennisnetwerk waarin men vragen daaromtrent kan voorleggen. Een enkele keer wordt naar Pharos en de gezamenlijke website van Pharos en NHG verwezen ([www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl)), maar een professionele prikkel om bij vragen over cultuurverschillen kennis buiten het eigen professionele netwerk te zoeken, is niet aanwezig. Daarbij bieden de bestaande netwerken ook niet voldoende cultuur adequate kennis. Hier is winst te boeken. Op dit punt onderscheiden de 'experts'



zich al meer. Voor hen lijkt de vraag naar cultuurverschil meer voor de hand liggen en dus ook het zich verdiepen daarin en vergaren van kennis daaromtrent. Sommigen zijn zelfs actief onderdeel van zo'n netwerk, of investeren daar concreet in.

#### Weergave interviews, parafrases en citaten:

2.1.1a MST vanuit perspectief van patiënten

2.1.1b MST vanuit perspectief van zorgverleners

2.1.2 MST voor zorgverleners

2.1.3 Experts en MST

In de interviews met patiënten en zorgverleners komen vooral thema's als ervaren taalbarrière en het knellen van de 10 minuten-consulten naar voren. Waar men oplossingen daarvoor vindt, zijn die vermeld. In de interviews met de experts worden veel van deze indrukken bevestigd. De interviews van de patiënten en zorgverleners, alsmede met de experts worden separaat behandeld

#### 2.1.1a MST vanuit perspectief van patiënten

##### Taalbarrière

Het beheersen van de Nederlandse taal is de sleutel tot contact. Het niet beheersen van het Nederlands als taal staat daarmee synoniem voor een communicatie 'barrière'. Althans zo komt het veel patiënten voor. "Toen ik in asielzoekerscentrum woonde en voor mijn zwangerschap naar het ziekenhuis moest, is mij naast 'goedemorgen, goedenavond' en 'welterusten', vooral het woord 'taalbarrière' bijgebleven. Ik kon niet wachten om op te zoeken wat dat betekende. Want iedereen om mij heen zei alleen maar: zij heeft een 'taalbarrière', terwijl ik nauwelijks met een verpleegkundige of een dokter sprak. En weet je wat het allerergste was? Ik beheerste drie talen. Naast Somalisch spreek ik vloeiend Engels en Italiaans. Ja, ik sprak geen Nederlands, dus had ik een 'taalbarrière'". (p13) Dat het wel of niet spreken van de taal, blokkeert, is ook voor patiënten duidelijk, zoals een oudere Somalische vrouw aangeeft: "Hoe kan ik in mijn eentje voor een Nederlandssprekende arts zitten als ik de taal helemaal niet begrijp? Dat is niet mogelijk! Als ik geen idee hebt wat er aan de hand is, dan vraag ik mezelf gewoon af 'wat zegt hij'. Dan probeer ik mij voor de geest te halen waar hij op doelt en waarom hij tegen me praat. Zelf zeg ik niets terug" (p10). Maar goed, het verschil in taalniveau en de manier waarop daarmee wordt omgegaan, kan ook demotiveren, aldus een Eritrese patiënt: "Als je de taal niet goed spreekt, hebben zij ook geen interesse en je wordt ook niet goed ontvangen bij de receptie. Ik ga liever niet dan wel naar de dokter". En vaak loopt het verschil in taal gelijk op met een tekort aan kennis van de regelgeving in de zorg en de rol van medici daarin. Dat maakt het voor deze persoon nog lastiger: "Je moet alles maar zelf proberen te snappen". (p9)

##### 10 minuten consult

Er lijkt een directe relatie tussen de 'arts-patiënt' communicatie en de duur van 10 minuten van het zorgconsult. Dat begrijpen veel patiënten ook, zonder daarmee de vinger achter het motief van de duur van het consult te kennen (§7.1): "Als je goed communiceert, dan begrijpt de dokter je ook beter. Met meer vertrouwen in de taal kan ik mezelf duidelijker uitspreken en uitleggen". (p11). En een ander: "Ja, als je de taal goed beheerst en de communicatie goed zit, dan kun je in 10 minuten veel bespreken. Maar anders: wat moet je in 10 minuten". (p13).

##### Oplossingen, tolk, familie

Voor patiënten wordt het kunnen uitleggen van hun klachten wel als belangrijk ervaren. Hetzij via een tolk of de arts spreekt een vreemde taal, dan wel met inzet van familie en bekenden: "Ouderen vinden het moeilijker om de taal te leren, zegt een van hen, dus dan zou een tolk verplicht aanwezig moeten zijn" (p8). Een ander ziet die noodzaak, maar legt de verantwoordelijkheid bij de betrokkenen: "In mijn werk wordt de verantwoordelijkheid bij cliënten zelf gelegd om te zorgen dat

ze dingen begrijpen. Dus dat ze iemand meenemen die de taal wel spreekt of zelf een tolk bellen". Ook spreekt deze persoon vanuit de ervaring dat de zorginstelling, in dit geval het ziekenhuis "je meer serieus neemt met iemand bij je, die de taal wel spreekt" (p6). Je kunt ook het geluk hebben dat de huisarts meertalig is. "Mijn huisarts is getrouwd met een Arabischspreekende partner, dus die spreekt wat woordjes Arabisch en weet mijn moeder met die paar woorden tijdens het consult gerust te stellen". (p1)

Duidelijk wordt wel dat het meer en meer gewoon is iemand uit de 'eigen' kring mee te nemen naar de 'dokter'. En ook daar kiest men navenant van zaken. De een vraagt geregeld familie en vrienden mee naar de dokter (p10), de ander laat het van de aard van het doktersbezoek afhangen. Dus wel bij specifieke vragen (p11) en bij een doorverwijzing naar het ziekenhuis of naar een nieuwe arts (p1, p6), maar niet voor kleine klachten: "Als je last van je rug hebt, dan wil je je mensen daarmee niet belasten". (p9)

Nu is dat meenemen van familie en vrienden niet helemaal zonder schroom. Zo zegt de een: "Wie kan ik vragen, wie kan ik NOG EEN KEER vragen. Je speelt met iemands tijd". In dat geval biedt de telefoon uitkomst: "Ik bel ze als ik als ik bij de dokter zit, dan geef ik de telefoon aan de dokter en zeg ik: 'SPREEK!'". Voor het geval niemand te bellen is, heeft deze persoon nog een oplossing achter de hand: "Als ik echt alleen bij de dokter zit, vraag ik deze: 'Alstublieft, brief' en als ze dan alles opschrijven, ga ik met die brief naar mijn vriendin". (p10) Maar ook 'familie-tolk' ervaart het verzoek om iemand bij te staan soms als druk: "Ik wil ook mijn eigen leven kunnen leiden. In mijn werk ben ik al constant mensen aan het helpen". (p11). Ook kan die familiedruk onuitgesproken zijn: "Dat heeft met 'Somaals' te maken: meisje, oudste, altijd de oudste. Ik ben de oudste en dus altijd de pineut". (p4). Of nog erger: "Ik ben de oudste en dus verantwoordelijk voor de hele familie die in Nederland woonde en ging ik mee naar de dokter. Tolken, met iedereen. Altijd". (p6, p4). Daarbij is tolken taalkundig niet altijd even makkelijk, zeker voor het Somalisch, "want heel veel Nederlandse medische woorden zijn niet in het Somalisch te vertalen. Ook niet via Google Translate". Deze 'tolk' heeft daar overigens een oplossing voor gevonden: "Van het Nederlands naar Somaals leg ik het meestal in het kort uit als we bij de dokter zijn. Daarna neem ik het thuis nog een keer met mijn vriendin door en dan met alle mimieken en Nederlandse woorden die daarbij horen". (p3)

In de literatuur wordt aandacht besteed aan de kwaliteit van die onderlinge sociale verbanden en in hoeverre familiebelangen en taboes daarin voorkeuren dirigeren. Ofwel: wie gaat er mee en waarom<sup>9</sup>. In de interviews kwamen we die afweging eigenlijk niet tegen. Als er voor de geïnterviewden iets speelt of men heeft behoefte aan steun en advies, dan raadpleegt men bij voorkeur iemand uit de directe omgeving. Hooguit spelen afwegingen een rol dat die persoon, in dit geval een moeder, "overbezorgd kan gaan reageren" (p4) of dat een ander om die reden liever vrienden dan familie erbij betreft (p2). Maar over het algemeen worden partners als aanspreekpunt genoemd (p9) of een broer en zus (p11). Wat voor iedereen wel vanzelfsprekend lijkt, is dat men hulp zoekt binnen het eigen sociale netwerk: familie en vrienden, kerk of gemeenschap: "Zo is onze cultuur, zegt in dit geval iemand van Eritrese afkomst. Bij ons is dat normaal" (...) "Als iemand ziek is, dan helpen we elkaar". (p9)

### 2.1.1b MST vanuit het perspectief van de zorgverlener

De zorgverleners geven als volgt antwoord op de relationele aspecten in hun contact met patiënten met een migratieachtergrond.

#### Taalbarrière

In een medisch consult bepalen meer factoren dan taal of je alles wel begrijpt. Dat geldt voor alle patiënten: Nederlandse en niet-Nederlandse. Zo stelt een zorgverlener of deze met zijn Nederlandse

---

<sup>9</sup> Zie Savenije, A, Van Lawick, J (2014). Handboek Systeemtherapie, uit: Hoofdstuk 15, Methoden en technieken, p. 224-237

patiënten altijd wel op dezelfde golflengte zitten: “Soms is dat echt aftasten en verder proberen te kijken. Als daar ook nog eens een taalverschil bij komt kijken, is dat natuurlijk wel een extra hindernis”. (z8, z9). Of het ervaren ‘taalprobleem’ meer of minder speelt in de ‘eerstelijns’ of bij een doorverwijzing, daarover wordt wisselend gerapporteerd. De een geeft aan dat ziekenhuizen bij de verwijzing van een nieuwkomer soms lastig kunnen doen. “Het is iets meer invechten om een behandeling te krijgen. Dan weten ze niet of ze wel verzekerd zijn en de juiste papieren hebben ...”. Anderen weten te vertellen dat wanneer je de taal niet goed spreekt, je bij ziekenhuizen worden weggestuurd (z5) of de ‘psycholoog’ een patiënt afwijst omdat men geen behandelaar voorhanden heeft, die bijvoorbeeld ‘Tigrinya’ spreekt. Voor de een staat dat voor onwil (z5), voor de ander voor het gegeven dat het spreken van eenzelfde taal uitmaakt en zo niet -zoals we verderop zullen zien- dat dat tijd en aandacht vraagt. Tot slot zijn er ook patiënten, aldus een huisarts (z3), “die vanwege hun taalbarrière niet naar de praktijk komen. ‘U begrijpt mij toch niet’, zeggen die dan. In acute gevallen komen ze wel, maar bij chronische problemen komen ze pas bij klachten en dan is het te laat”.

Het verschil in taal wordt dus wel als lastig ervaren. Het staat niet alleen voor een kennistekort, het zet ook, volgens een van de huisartsen, de relatie op afstand. “Het is dan niet goed mogelijk een goede patiëntrelatie aan te gaan met nuances en groei in vertrouwen. Daarin is taal heel belangrijk”. (z6) Het ontnemt je ook de mogelijkheid om te ondersteunen, aldus een ander: “Soms zijn de hengeltjes om te kunnen helpen gewoonweg te kort. Dan spreekt men geen Nederlands en ook geen Engels. Of heel verwarrend Nederlands. Zonder taal is het echt een raadsel”. Dat frustrereert, of sterker: “Ik kan mij daar ook aan irriteren”. Maar boos worden heeft geen zin, beseft de betrokkene: “Desnoods schakel je de tolkentelefoon in. Je moet hoe dan ook meedenken” (z9). Of meer tijd inzetten: “Soms is de informatie voor een keer te veel om te begrijpen. Uitleggen in simpele taal helpt dan ook”. (z9). Anderen schakelen in dat geval google translate in: “Hoewel dat meer voor woordjes werkt, niet voor een heel consult” (z12). Bovendien schijnt daar Tigrinya niet in voor te komen. “Ik heb het weleens geprobeerd van Engels naar Tigrinya, maar dat begrepen mijn patiënten zelf niet” (z6). Of men schakelt huisarts-migrant.nl in<sup>10</sup>, maar ook daarin zijn de vertalingen uit bijvoorbeeld voor talen uit de Hoorn van Afrika heel beperkt (z6). Tot slot zijn er ook artsen die vanwege zijn achtergrond de taal van de patiënt spreken: “Voor hen gaat een wereld open als ze bij mij komen, want ik spreek hun taal en dan hebben ze eindelijk een dokter waar ze makkelijk mee kunnen praten”. (z10). Daar wordt in sommige praktijken gericht op doorverwezen, bijvoorbeeld een Spaanssprekende dokter krijgt dan de Spaanstalige patiënten: “Iedereen super blij” (z10). Maar dat is ook weer niet overal de regel: “Wij hebben afgesproken (in het geval van een Turksprekende huisarts, ddr) dat we dat niet zo doen. Ik heb gewoon een mix van patiënten, dat vind ik zelf ook prettiger hoor”. (z4)

#### Via een tolk

De ene zorgverlener gebruikt vaak de tolkentelefoon: “Ik ken het nummer uit mijn hoofd” (z6), de ander (z8) niet. In het algemeen worden er meer bezwaren dan voordelen genoemd. Het is lastig “om via iemand te praten die je zelf niet ziet” (z6). Daarbij “mis je altijd de belangrijke woorden van je eigen taal” (z11). Of die tolk nu professioneel is of een familielid. Maar ook ‘privacy’ wordt genoemd, met schaamte en taboe als drempels - “Zeker als een vrouw tegenover een mannelijke tolk zit. Dat voel je, ook al begrijp je ze niet. Je hoort het” (z8) – en ook de tolk’ kan uit schaamte overwegingen zaken niet goed vertalen. Samengevat: “Met een tolk zit je toch met een onbekende op afstand te praten, dat belast het consult (duurt langer) of de betrokkenen voelt zich niet veilig. Je weet nooit wie het is en de gemeenschap is maar klein”. (z12) (z8)

---

<sup>10</sup> Zie website van Pharos en NHG ter ondersteuning van migrant gerelateerde vragen: [www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl)

### Face tot face, via familie

Zorgverleners geven aan dat patiënten makkelijk iemand meenemen om te tolken. (z12). Of “dat men iemand vraagt, die tijdens het consult kan inbellen. Als dat aan de telefoon ook een beetje met ‘handen en voeten’ gaat, dan is men moeilijker gerust te stellen. Je ziet dus ook zo’n tolk liever face-to-face”. (z7). Er worden wel verschillen in doelgroepen opgemerkt. Zo komen Ghanese mannen vaak alleen en nemen Turkse en Marokkaanse patiënten hun kinderen als vertalers mee (z5), maar die observaties zijn tegelijk ook particulier. Wat wel gedeeld wordt is dat taal een generatieding is. “De ouderen moeten nog wel via de kinderen of de kleinkinderen komen. De jongeren kunnen zelfs digitaal hun vragen stellen. Daar maken ze ook graag gebruik van. Ze willen eigenlijk liever niet met hun ouders mee. Ze hebben ook hun dagelijkse dingetjes en hun werk. Ouderen vinden dat face-to-face contact met de huisarts weer belangrijker, zodat ze af en toe via of met hun kinderen of kleinkinderen hierheen komen om toch dat huidplekje even te laten zien”. (z4). Er mogen, concludeert een ander, vraagstukken rond de gemeenschappen zijn, “maar die zien we met de leeftijd afnemen. Absoluut” (z2). Tweede en derde generatie migranten zijn blijkbaar veel meer aanspreekbaar op hun zorgvragen: “Die zijn vaak meer ‘Nederlands’ dan hun ouders” (z6). “Er zit ook meer kennis bij jongeren en dat geeft in bepaalde situaties inzicht en relativiseringsvermogen. Een stukje nuchterheid.” (z2). Ook de toegenomen mondigheid speelt door: “De jongere generatie neemt niet alleen de zorg over van de ouderen, zie stellen zich daarin ook assertiever op. Ze stellen meer eisen en vragen om meer onderzoeken. Niet zozeer uit eigen motivatie, maar voor hun ouders” (z2).

### Voorwaarden aan de ‘familietolk’

In sommige gevallen zijn de ‘familietolken’ nog jonge kinderen, dat was vroeger helemaal niet ongebruikelijk. Nu raden de meeste zorgverleners dat ook actief af: “Als het om gevoelig onderzoek gaat, dan raad ik het standaard af: ‘kom zonder kinderen’”. (z12) Komt er toch een kind mee dan kan dat tot ongemakkelijke situaties leiden (z12). Kinderen durven ook niet alles te vragen: “Bijvoorbeeld op de vraag of je moeder pijn heeft bij plassen, kreeg ik als antwoord: ‘Dat ga ik echt niet vragen hoor’”. (z8). Maar goed, als het blijkbaar om alleen medicijngebruik gaat ...: “Gewoon over de facts, dan is het wel goed, ja.” (z4)

Hoe gaan zorgverleners om met de mogelijkheid dat de familieband belast is met belangen en taboes, zoals in de vorige paragraaf aangestipt. Komen zij dat in de praktijk tegen? Het antwoord is ontkennend, daarover ontvangen de zorgverleners in de praktijk geen signalen. Dat is in een consult van 10 minuten blijkbaar ook moeilijk in te schatten, hoewel in de triage vooraf vaak wel duidelijk wordt of er iemand meekomt en waarvoor (z11). Men gaat feitelijk uit van een vertrouwde relatie: “Zeker als je iemand meeneemt om medische dingen voor je te vertalen”. (z8) Daarbij zijn onderlinge familiebelangen en relaties sowieso moeilijk in te schatten. De een zegt altijd wel naar de relatie te vragen: “Met wie bent u hier. Maar daar houdt het bij op”. (z12). De ander is er wat strikter in: “Ik vraag het meteen: wat zijn jullie van elkaar, broer- zus en vriend- vriendin”. (z11)

Maar of zo’n band nu invloed heeft op de vertalingen? “Je weet niet wat er privé vertaald wordt, maar dat kun je ook zeggen van de tolkentelefoon”. (z12) Soms leidt het ook tot bijzondere ervaringen: “Dan hoor je een heel gesprek tussen twee mensen en dan is het antwoord op je vraag simpelweg: ja of nee”. (z8). Maar deze praktische bezwaren doet niets af aan het belang en nut van de inzet van sociale netwerken in de eerstelijnszorg. Waar men wel alert op is, is op de relatie werknemer-werkgever, maar dat lijkt iets van een paar jaar terug: “Dan kwamen soms Polen met hun werkgever of de meneer van het uitzendbureau, dan speelt die vraag van druk van buiten natuurlijk wel”. (z12)

### 2.1.2 MST tbv zorgverleners

Patiënten wordt aangeraden hulp mee te nemen als die door taal of cultuurverschillen worden gehinderd. Doen zorgprofessionals als zij zien dat hun consult belast is, zoiets soortgelijks. Gaan zij actief op zoek naar kennis van derden als het om culturele vragen van hun patiënten gaat.

Geïnterviewde patiënten geven in elk geval een verandering aan: “Voorheen was het gewoon blabla: patiënt snapt er helemaal niks van ... hier krijg je een briefje voor de apotheek ... en dat was het. Nu wordt meer moeite gedaan om met de patiënt te communiceren. Als men zich in het ziekenhuis niet verstaanbaar kan maken, zoekt men eerder een tolk, een collega die de taal wel spreekt of iemand die patiënten bij kan staan”. (p13). Maar de vraag wie verantwoordelijk is, of beter gezegd: het meest verantwoordelijk is voor de communicatie tussen arts en patiënt, is voor deze geïnterviewde een uitgemaakte zaak, en dat is de zorgverlener: “Zij weten meer en zij kunnen beter” (p13).

Die verantwoordelijkheid zo horen we wordt dus blijkbaar door veel zorgverleners al genomen. Vooral als het om complexe behandelrelaties gaat, als bijvoorbeeld stervensbegeleiding, dan zoeken de meesten als vanzelf contact met de familie en het sociale netwerk: “Eigenlijk wil je het hele steunsysteem in de palliatieve zorg betrekken. Dat kan rust geven”. (z6) Ook bij een slecht nieuwsgesprek in het ziekenhuis vraagt men zich nu eerder dan voorheen af “wie heb ik hierbij nodig”. (p13). Iemand vertelt dat het wel van belang is altijd de patiënt zelf er ook bij te betrekken: “Je ziet bij de ‘allochtonen’ vaak dat dan de hele woonkamer vol zit met familie. En dan ligt of zit de patiënt daartussen in. Maar ik spreek altijd de patiënt en de contactpersoon aan. De rest mag luisteren” (z2). In vergelijking met Nederlandse gezinnen ziet men in dit type gesprekken nog wel een verschil: “Met die kinderen en familieleden wordt meer open besproken wat de ouderdom brengt. Dat zie ik bij de allochtonen niet. Dat is een taboe om daarover te praten. Ook jongeren beginnen daar gewoon niet aan. Die willen dat papa of mama beter wordt”. (z2)

Daar waar de inzet van het sociale netwerk van patiënten in het consult meer gemeengoed wordt, is een overeenkomstige inzet van de zorgprofessional bij het doorgronden van doorgronden van cultuurverschillen eerder ad hoc dan structureel. Daarbij hangt dat ‘ad hoc’ vaak sterk af van de samenstelling van de eigen praktijk: men wint eerder informatie in binnen het eigen team dan extern. Hoewel de samenstelling van veel teams ook niet zo toevallig is, want divers samengestelde huisartsenpraktijken zien we vooral in de multi-etnische wijken. Bij voorbeeld in Rotterdam Zuid: “We zitten hier met 7 huisartsen, waaronder een Turkse en Aziatisch-Chinese huisarts, die in Nederland zijn opgegroeid. Daar is altijd ruimte voor onderling advies en overleg”. (z12) Of neem Den Haag, Schilderswijk-Transvaal: “We hebben hier binnen de praktijk veel mensen met een diverse culturele achtergrond. Zo ook iemand van Eritrese afkomst, die Tigrinya spreekt. Verder zijn onze POH’s vaardig in meerdere talen: Arabisch, Turks, Hindi” (z11, z6). Een ander heeft dan weer toevallig een Marokkaanse vaste waarnemer in dienst: “Die kan ik in het voorbijgaan even aanschieten en hem om raad vragen”. Z8. Volgens een van de zorgverleners dragen ‘cultuurdiverse’ teams bij aan de kwaliteit van de zorg: “In de Nederlandse cultuur bekijkt men zaken vanuit het eigen perspectief en beschouwt dat omdat het ‘Nederlands’ is als de enige en dus goede manier. Terwijl als op je zoek gaat naar overeenkomsten, dan vind je die ook. Met verschillen creëer je alleen maar meer afstand en onbegrip”. (z6)

Waar voor zorgvragen een achtervang is georganiseerd, is dat voor vragen over cultuur niet: “Voor een medische vraag, bel je naar het ziekenhuis. Maar bij een culturele vraag? Ik weet wel dat dat bestaat. Pharos, heb je toch? Ik moet eerlijk zeggen dat ik het nog nooit gedaan heb”. (z7) “Op het werk is wat betreft geen back-up, geen hulplijn georganiseerd”, zegt een ander (z9). Een collega zorgverlener zet al wel stappen op dat gebied: “Als ik als dokter een familie niet goed kan overtuigen, dan betrek ik daar een collega met meer ervaring bij. Of in geval van sterven, iemand van ouderengeneeskunde uit het ziekenhuis of een geestelijk verzorger”. (z6). Er zijn wel netwerken en clusters van kennis, zoals bijvoorbeeld de transculturele ggz met psychologen van meerdere achtergronden of multidisciplinaire teams (MDO’s), maar die moet je als zorgverlener zelf benaderen. Meer culturele kennis en een actiever kennisnetwerk wordt als nuttig beschouwd, al was het alleen maar om noodgedwongen matching te voorkomen: “Voor je het weet sturen we straks alle Chinese patiënten naar een Chinese huisarts of alle Spaanstalige patiënten naar een

Spaanssprekende dokter”. Matching is voor de een niet het antwoord op diversiteit: “Ik denk niet dat zij een andere diagnose stellen of dat mijn Marokkaanse collega/psycholoog een andere DSM-classificatie gebruikt” (z10). Voor de ander is matching is het kompas om meer culturele diversiteit te ontwikkelen: “Je moet als hulpverlener bij elke patiënt met een open mind beginnen. Maar vaak ben je al een beetje gebiased door eerdere ervaringen. Matching zou dat uit de weg kunnen helpen”. Hoe het ook zij, het leven van nieuwkomers en migranten is bovengemiddeld complex (zie § 4, condition migrante), dat alleen al om die reden vraagt om een scoop breder dan het medische perspectief en daarbij kunnen, aldus een van de geïnterviewden, cultuurdiverse zorgkantoren en dito wijkteams een intermediaire rol vervullen (z6).<sup>11</sup>

### 2.1.3 Weergave interviews, parafrases en citaten: experts

#### Taalbarrière

Als er al een verschil met de collegae zorgverleners is op te tekenen, dan is het dat de experts onomwonden bereid zijn om patiënten met een migratieachtergrond vooruit te helpen: “Meer dan ik zou doen bij Nederlandse mensen of mensen die geen taalachterstand hebben”, aldus een van hen (e4). Hierin klinkt mogelijk de gedeelde herkenning en ervaring in door van veel patiënten met een migratieachtergrond: om “bang te zijn op hun taal te worden afgerekend”, dat mensen met een taalachterstand juist “niet veel vragen stellen” (e9) en de reactie zorgverleners die niet alleen harder maar ook “in samenvattingen gaan praten” (e9). Eigenlijk vindt men dat het omgaan met een taalachterstand tot de gemiddelde communicatieve vaardigheden moet behoren, zoals die ook gelden bij “verschillen tussen mensen” (e6). Aan de andere kant ziet men ook wel dat een dokter met eenzelfde achtergrond geruststellend werkt: (e1) “Aan mij kunnen zij zich wat makkelijker relateren dan aan een oudere Nederlandse man met grijs haar. Men voelt zich meer op hun gemak en zij kunnen beter hun verhaal kwijt”.

#### 10 minuten consult

Ook voor de expert is de 10 minuten grens van een consult een last en een gegeven: “Je ziet 30-40 mensen per dag, je hebt telefonische consulten, vragen die via de assistent komen, visites die je aan het doen bent, alles moet in die 8-9 uur. Je hebt helemaal geen tijd om bij iedereen kalm vragen te formuleren, te gaan zoeken naar de hulpvraag”. (e12) Maar tegelijkertijd geldt ook: “Als je tijd op is, is dat vervelend, maar dat is dan eenmaal zo”. (e1)

Die 10 minuten kan door taal ook een hindernis zijn (e13): “Als mensen te veel klachten hebben, dan moeten ze in 10 minuten weer naar buiten zonder dat ze hun verhaal hebben kunnen doen. Als dat een paar keer gebeurt, dan kan de patiënt tot de conclusie dat de arts hem niet wil helpen”. En dan, stelt een expert, worden wij daarop nog “geschoold”. “In de huisartsenopleiding is een wekelijkse terugkomdag ingebouwd en die dag begint met reflecteren over je eigen functioneren, normen, waarden, houding, waar je tegenaan loopt en dat bespreek met de groep”. Naar zeggen van deze expert ligt dat in het ziekenhuis nog strikter: “Bij de specialist gaat alles in 2 minuten. Die hebben ongeveer dezelfde (patiënt)tijd als de huisarts, alleen het tempo is veel hoger”. Die zien dan ook maar, volgens deze expert, alleen maar de klacht: een been dat stuk is, de knie die kapot is of pijn op de borst.: “Die is niet bezig met communicatie. Die zei niks. Dat hoor ik ook van Nederlandse patiënten. Laat staan de migranten patiënt”. (e12)

#### Oplossingen, tolk, familie; Via een tolk; Face tot face, via familie; Voorwaarden aan de ‘familietolk’

Ook experts merken het op: er is steeds meer sprake van een systemische benadering via vrienden en familie en men zet een tolk pas in als het niet anders kan en moet. Kortom, het dealen met taal en de inzet van het ‘familietolken’ is vergelijkbaar met de andere zorgverleners, alleen men staat er meer proactief in. Mogelijk komt dat door het feit -en dat is dan wel weer bijzonder- dat bijna alle

---

<sup>11</sup> Cultuursensitief Zorgaanbod. Exclusief of inclusief? Verweij Jonker Instituut, KIS, 2020

experts zelf in het verleden en tot op de dag vandaag voor ouders en familie als zorgintermediair te worden ingezet. Of de patiënten komen vanuit zichzelf met iemand anders naar de praktijk (e1), of men wijst de patiënt erop als een consult vanwege de taal niet zo lekker loopt, de volgende keer “iemand mee te nemen of de tolkentelefoon te raadplegen”. (e1) Bij anderen praktijken speelt men daar inmiddels proactief op in: “Als we iemand inschrijven vragen we altijd om een contactpersoon. Stel dat iemand de taal niet zo goed kent, dan zit er tenminste altijd iemand bij. Bij het eerste consult vragen we ook wie diegene is die namens hem of haar belt”.

Ook ten aanzien van de inzet van ‘tolken’ horen we bij de meeste experts de eerdergenoemde bezwaren: “Je praat toch via een tussenpersoon”, of er is altijd “een bepaalde interpretatie” en “zo’n gesprek duurt twee keer zo lang en dan loopt de poli uit”, etc. (e1). In die zin kan een (telefonische) tolk fijner zijn -in de zin van neutraler- maar daarbij merkt deze expert op (e12): “Je weet niet hoe precies vertaald wordt. Zorgtermen zijn specifiek en mijn vragen zijn ergens opgericht en dat weet de tolk niet altijd. Die tolkt letterlijk. Ook gewoon bij buikpijn. En als iemand zich cultureel uit over buikpijn. Dan wordt dat heel lastig”. (e12)

Zoals gezegd zijn veel experts zelf ‘familietolk’ geweest of zelfs nog. “Iedere keer als ik thuiskom, is het altijd wel even een vraagje: als ik dit doe gaat mijn hart zo ...maar ik zeg altijd: ga naar de huisarts”. (e11). Een ander maakt het zo mee: “Mijn familie zeker, maar mijn vrienden ook. Die weten heel goed wat mijn specialisme inhoudt en waar die voor dient. Dus ook wat ze me moeten vragen”. (e6) Anderen hebben die ervaring al van kinds af aan en kijken daar niet altijd met genoeg op terug. “Onze huisarts was destijds daar gewoon gewend aangeraakt. Dan vroeg die mij dan: ‘En? Begrijp je het’. Maar soms wist ik het niet wat een woord in onze taal betekende en dan belde ik een oudere nicht op om de precieze vertaling te vragen”. (e2). Diegenen die herinneringen ophalen, valt hen nog steeds op hoe weinig aandacht zij als vertalend kind kregen. Niets: “Ze lieten het aan mij over om volwassenen uit te leggen wat er aan de hand is. En als men het niet snapte, ik die vraag ook niet. Ik dacht: hij schrijft wel iets voor en dan moeten we dat gaan gebruiken” (e2, e4, e9). Sprake van nazorg was er ook niet: of alles was begrepen of dat men na belde of alles nog goed ging. (e2). We weten ook uit de andere interviews dat dat voor kinderen soms ook tot pijnlijke momenten kan leiden. “Ik weet nog goed dat ik voor mijn vader moest vertalen dat hij ongeneselijk ziek was en niet meer beter zou worden. Dat had ik liever niet gewild”. Maar zij troost zich nu met de gedachte dat hij het misschien wel het liefste van zijn kind had willen horen, omdat hij niet meer het ‘vertrouwen’ had, dat de artsen hem konden duidelijk maken of hij wel of niet gezond was. (e2)

#### MST tbv zorgverleners

Op dit punt: het verwerven van netwerk, kennis en vaardigheden om cultuurverschillen bij patiënten te doorgronden onderscheiden onze experts zich meer dan gemiddeld van de andere zorgverleners. Daar gaan zij bewuster en actiever mee om. “Als arts heb ik niet altijd de tijd daarvoor, maar dat betekent niet, dat iemand anders het niet kan doen. Uiteindelijk gaat het daar om, dat er in het hele proces begeleiding is”. Men spreekt ook makkelijker hulp vanuit het team of de omgeving aan, bijvoorbeeld een anderstalige verpleegkundige om of simpelweg te vertalen of een behandelplan uit te leggen (e1). Anderen beschikken al over een netwerk van cultural mediators, psychologen, kindercoaches om zich heen georganiseerd (e12: “Dat is echt ondersteunend”). Sommigen zetten deze houding als in een werkstructuur om, in het inrichten van een multidisciplinaire werksetting met meerdere nationaliteiten: “Dat helpt om ervaringen uit te wisselen en tegelijkertijd door te verwijzen naar elkaar” (e7). Anderen wijzen op de mogelijkheid van meer beleidsgerichte aanpassingen, op wijkgericht gaan werken om een netwerk van zorgverleners (artsen, hulpverleners en wijkteam) dichter bij de doelgroep te krijgen: “Stel dat de huisarts naar je toekomt en die de mensen in hun eigen omgeving opzoekt, dan voelen velen meer ‘openheid’ waarschijnlijk. Een huisarts in de wijk, dan wordt dat beeld van de dokter ook meer genormaliseerd”. (e4)

## 2.2 Toegang tot de zorg

In hoeverre lopen kennis en verwachting over het functioneren van de zorg in Nederland tussen arts en patiënt te ver uiteen.

### Voorlopige conclusie:

De manier van werken van de in Nederland opgeleide huisarts en de verwachting van de patiënt met een migratieachtergrond over de Nederlandse gezondheidszorg, loopt soms zo sterk uiteen dat het bijdraagt aan een zorgkloof. De zorgkloof die hierdoor optreedt is bij nieuwkomers meer manifest dan bij de oudere eerste generatie migranten en bij de oudere generatie groter dan bij in Nederland opgegroeide generaties. De frustratie van een zorgkloof uit zich in zorgmijding en in irritaties in het eerste contact met de huisarts cq de triage van de doktersassistent. Deze zorgkloof ontstaat van twee kanten. Van de zijde van de patiënt waar die zich niet serieus genomen voelt in zijn ziekmelding en van de kant van de arts waarin die afwijkt van de ziektebeleving van de patiënt. Ook het tekort aan kennis van elkaar, draagt wederzijds bij aan het voortbestaan van die kloof: van de beperkte zorgvaardigheden van de 'migranten' patiënt en door een tekort aan inzicht van de zijde van de zorgverlener over het zorgsysteem in het land van herkomst van zijn of haar patiënten. Tijd en aandacht is het best werkende antwoord op die zorgkloof, waarbij sommige zorgverleners het consult zelf inzetten om de gevolgen van die zorgkloof te verkleinen.

Van alle aspecten die de toeleiding tot de zorg van nieuw- en oudkomers bepalen, onderscheiden de experts op dit punt -de eerste toegang tot de zorg- zich het meest van hun collega zorgverleners. Niet zozeer in de diagnose, de behandeling of de nazorg, want die is medisch, psychologisch en professioneel aangeleerd, maar in het beeld van de migranten-patiënt vooraf, dat de eerste ontmoeting inkleurt en verder het contact voor wat betreft de diagnose, de behandeling en de nazorg. De experts doen in dat opzicht niet zoveel anders, maar wel beter.

### 2.2.1 Weergave interviews, parafrases en citaten, patiënten en zorgverleners:

In deze paragraaf behandelen we vanuit de interviews met patiënten en zorgverleners thema's als het zich wel of niet serieus genomen voelen, ziektebeleving en de uiteenlopende beelden daarover, de inzet van zorgvaardigheden en het wel of niet delen van kennis over het zorgsysteem in het land van herkomst en tot slot: het inzetten van tijd en aandacht als remedie tegen de ervaren afstand in de zorg. De bijdragen van patiënten en zorgverleners zijn in deze paragrafen waar mogelijk met elkaar vervlochten. De bijdragen van de experts worden apart besproken.

### Wel of niet serieus genomen

Nogal wat patiënten ervaren drempels in het bezoek aan de huisarts. Dat ligt of in het maken van de afspraak met de huisarts c.q. de triage van de zijde van de doktersassistent of in de kwaliteit van de behandeling die de dokter voorschrijft. Daar waar dat niet begrepen wordt, voelt de patiënt zich niet serieus genomen en ervaart men een afstand tot de zorg met soms zorgontwijking tot gevolg. Eerst het maken van een afspraak. In het eerste contact met de huisarts c.q. doktersassistent speelt taal natuurlijk een rol. Deze patiënt ervaart dat als volgt: "De assistenten willen het gesprek snel af doen en hebben geen tijd voor 'slecht' Nederlands. Ik hoor dan vaak 'Sorry ik begrijp je niet' of 'Sorry ik kan je niet verstaan' en dan verlies ik mijn zelfvertrouwen en voel mij niet meer op mijn gemak". (p11). Ook het verschil in inschatting van de klachten speelt parten: "Zelfs als je heel ziek bent, neemt men niet de tijd om naar je pijn te luisteren" (p5). Ook snapt men de manier van afspraken maken niet: "Als je belt voor een afspraak, omdat je ziek bent, duurt het minimaal een week: dan ben je alweer beter!" (p8).

Komt men al tot een afspraak, dan kan de behandeling van de huisarts tegenvallen: "De meesten geven je niet snel medicijnen. Bij de eerste klachten -bij buikpijn of hoofdpijn- zeggen ze vaak 'drink een glas water'. Water drinken is heel bekend hier". (p12, p5) Men verwacht eigen meer onderzoek en het liefst vervolgonderzoek: "Ik moest steeds bloedprikken en daar kwam niet veel uit. Mijn



klachten gingen maar niet weg. Ik wilde graag een algeheel onderzoek en daar moest ik erg voor pushen. Ik heb het gevoel dat huisartsen daar best afwachtend in zijn". (p6) Bij chronische klachten ("Ik heb problemen aan de onderkant van mijn voet", (p2) lijkt de kans op misverstanden nog groter: of een medicijn werkt pas na lange tijd, of men twijfelt over de juiste diagnose ("Wijst het bloedonderzoek nu een leverproblemen uit of een allergie?", p2) of men wordt in het ziekenhuis behandeld door een coassistent ("een student". p2) in plaats van de specialist, etc. En natuurlijk gaat het soms ook heel erg mis, dan wordt je kind behandeld met paracetamol (voor wondjes bij zijn mond en bloedneuzen) en blijkt het later ernstig te zijn: "Uiteindelijk werd mijn kind doorverwezen, bleek het kanker. Ongelooflijk. De kanker zat al op 85 van de 100". (p9)

Sommige patiënten reageren goed op die ervaren afstand: "Het is beter voor jezelf te zorgen. Ik weet zelf wel wat helpt, ik drinkwater en heb paracetamol in huis". (p5). Of proberen de houding van de dokter te rationaliseren: "Ze willen je niet te snel medicijnen geven, zodat je lichaam er niet aan went". (p12) Toch overheerst een gevoel van teleurstelling, zich niet serieus genomen voelen, met alle gevaren van dien: "Sommigen van mijn bekenden gaan niet de dokter vanwege de verhalen die ze van andere mensen horen" (p12) of "Als mensen hun klachten niet kunnen uiten, gaan ze shoppen. Van dokter naar dokter, van spoedeisend naar de huisartsenpost". (p13). Maar er worden ook goede voorbeelden gemeld van een dokter die wel luisterde, maar geen medicijnen gaf. Integendeel: "Veel mensen kwamen bij haar terecht met een hele doos aan medicatie en dan ging zij aan het afbouwen. Deze dokter was heel populair: die gaf je het gevoel dat je belangrijk was. Ze zei 'ik heb je gehoord en wij gaan het helemaal uitzoeken'. En eigenlijk gaf ze helemaal geen tabletten en ook geen diagnose". (p13)

Zorgverleners komen ook strubbelingen tegen bij het eerste contact, maar zien ook andere oorzaken. "Ik heb een Egyptische vrouw in de praktijk, die inderdaad vervelend kan zijn tegen de assistenten, van: 'Jij moet dit' en 'Jij moet dat'. Dan denk ik wel: Nou zeg, dat mag wel een toontje lager". (z7) Het is vaak een gezagsprobleem en dan ziet men de assistent als ondergeschikt aan de huisarts, aldus een collega: "Ik lees precies wat er is getypt. Van mij wordt het wel geaccepteerd, van de assistenten niet. Als dat speelt, dan gaat er nog wel een telefoontje van de huisarts achteraan". Z4. Een andere huisarts onderkent hetzelfde: "Het is hier moeilijk triage doen. Ik denk dat de meeste allochtone mensen denken dat een assistent niks is, terwijl assistenten voor het doen van triage zijn opgeleid". (z10) In andere praktijken past men de manier van werken op de patiënten aan: "Ons beleid is zo, dat als het probleem aan de telefoon niet duidelijk wordt, dan moet iemand maar komen". (z7, z8). Ook wordt er een verschil met 'Nederlandse' patiënten ervaren: "Ik heb het gevoel dat we bij autochtone Nederlanders meer telefonisch afhandelen en zonder hen te zien dingen kunnen regelen en dat bij allochtonen patiënten meer via het spreekuur gaat. Juist omdat dat vaak via de telefoon niet lukt" (z7). Aan de andere kant is dat ook relatief, want ook Nederlanders, vertelt een huisarts, kunnen boos worden als ze moeite hebben om een afspraak te maken. Dat cultuurverschil tussen dokter en patiënt zal de toegang tot de zorg tekenen, maar of dat nu zo absoluut is? Een zorgverlener vraagt zich daarbij af (z7): "Zou het voor hen toegankelijker zijn als wij ook allochtonen professionals in het team hebben? Ik weet niet of dat beter werkt. Ik hoor van Turkse dokters met veel Turkse patiënten, dat deze juist van hen verwachten dat zij alles voor hen doen (medicijnen, behandelen, ddr)". Het is niettemin een beeld van patiënten dat om een antwoord vraagt, want net zoals we in ambtelijke diensten in het verleden een doelgroepenallergie zagen opkomen<sup>12</sup>, doemt dat gevaar ook in de zorg op: "Iedereen heeft allergische reacties naar patiënten: ze doen maar wat, ze eten maar raak. Men praat ook negatief over patiënten". (z9)

---

<sup>12</sup> De omslag van een doelgroepenbeleid (ondersteunen van zelforganisaties ed) in 2012 naar een generiek beleid met eigen verantwoordelijkheid voor iedere burger, kwam mede voort uit dat gevoel van een 'doelgroepenallergie': veel tijd en aandacht voor specifieke groepen met weinig vooruitgang en individueel resultaat

### Ziektebeeld en ziektebeleving

Onderliggend aan dat onbegrip speelt een verschil in perceptie van 'ziekte'. Het is vast complexer dan verwoordt in de interviews, maar daarin valt wel het verschil in ziektebeleving op. Van de kant van de patiënten wordt opgemerkt dat men 'te' snel in de hoek van de traumatische klachten wordt geduwd: "Ik weet nog dat ik naar de huisarts ging met een steeds terugkerende blaasontsteking en ik kreeg antidepressiva. Het is net of men aanneemt dat jij klein en zielig bent, je aanstelt of een trauma te verbergen hebt" (p13). Of 'patiënten' die juist zorg ontwijken, omdat men de eigen klachten geringschat: "Veel habesha's (Eritreeërs en Ethiopiërs, ddr) hebben veel meegemaakt en leed gezien voordat zij naar Nederland kwamen. Om die reden gaat men voor kleine klachten niet snel naar de dokter". (p12, 13)

Zorgverleners valt juist het magische ziektebeeld van hun patiënten op: "Ik ken migrantenpatiënten die zeggen dat ze pijn hebben en als ik dan vraag waar, zeggen ze: Overal". (z12) Naar zeggen van enkele geïnterviewden hebben Surinaamse mensen en dan vooral die met een Hindoestaanse achtergrond een magisch idee over ziekte en genezing (z8). Dat uit zich ook in de beleving van pijn: "Als een Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse patiënt de praktijk aandoet, dan hoor je hem al op de hoek van de straat. Dat wil ik niet zeggen dat het aanstelleritis is, maar het is de uiting van hun beleving van pijn". (z10) Een andere zorgverlener deelt zijn ervaring met Turkse patiënten: "Als zij bij een niet-Turkssprekende arts terecht komen, dat geven ze kort en krachtig aan wat er aan de hand is. Bij mij zijn ze langdradiger en meer beschrijvend met metaforen als 'wind die door de nieren waait' etc. Ja God mag weten wat dat betekent". (z4) Ghanese patiënten hebben vaak ook andere beelden bij er bij hen kan spelen: "Ik begin altijd met de vraag of ze weten wat hoge bloeddruk is? 'Ja, zeggen ze dan, als mijn bloed gaat koken en ik hoofdpijn krijg, weet ik dat mijn bloeddruk hoog is'. Terwijl die de constant hoog is". (z5) Aan de andere kant bestaat ook het beeld van strong black women: "Donkere vrouwen klagen niet. Wij hebben pijn en tegelijkertijd bagatelliseren we dat. Donkere vrouwen gaan niet vaak naar de huisarts en vermijden zorg". (p3).

Al met al zijn dit eerder stereotypen dan hanteerbare contrasten. Tegelijkertijd wijst dit wel op 'cultuur' als een factor die ervaringen en betekenissen kleurt. Zo is de "ziektebeleving bij Nederlanders, stelt een huisarts, wat nuchterder. Je kunt met de Nederlandse populatie dingen vaak in goed overleg afhandelen. Zij kunnen wat makkelijker relativiseren dan anderstalige patiënten". (z2) Een collega beaamt dat: "Het kan best voorkomen dat ik bijvoorbeeld bij pijn in de pols bij een Nederlandse patiënt zeg, 'Wacht maar een weekje' en dat ik bij een Turkse patiënt alvast een paracetamol voorschrijf. Omdat ik weet dat ze dat verwachten". (z6) Volgens een ander verschuilt zich achter dat verschil in ervaring, ook een gevoel van onzekerheid en angst: "Angst voor ernstige ziektes voor zichzelf en angst voor de onderlinge sociale controle. Op de sociale media doen veel sneller allerhande verhalen de rondte" (sic!). (z2)

Gezondheid en gezondheidsbeleving is volgens sommigen terug te voeren op sociale omstandigheden, de zogeheten lage SES: "Veel heeft te maken met een gezonde leefstijl, met genoeg geld daarvoor en het wel of niet hebben van het juiste inzicht in de ziekte (diabetes, ddr)". (z9) Een ander ziet wel doelgroepgebonden gedrag met zijn oorsprong in het land van herkomst: "Somaliërs, bijvoorbeeld, luisteren gewoon niet. Ze zijn over het algemeen ook erg gesloten. Ze vertrouwen niet snel invloeden van buitenaf. (...) Heel veel vrouwen spreken bijna geen Nederlands en hun dochters doen alles thuis. Zelf zitten ze hele dag thuis te eten en te bellen. Ik ken echt Somalische vrouwen die schoon aan de haak 120, 130, 150 kilo wegen en ze zijn zo klein. Voor Eritreeërs is het niet fashion, heel dik zijn. Bij Somaliërs is dik zijn mooi, dat is welvaart". (z5) Ook dit voert zich terug op oorspronkelijke gewoonten: "Wat je ziet is dat de islamitische stammen uit Eritrea vetter en machtiger gerechten eten en de christelijke stammen vaker vasten. De helft van het jaar eten ze plantaardig en dus die zijn vaak ook slanker en eten zij in door het jaar minder vet". (z5)

### Zorgsysteem en zorgvaardigheden

Door veel van de ervaringen, over en weer tussen arts en patiënt, gloort het beeld dat de patiënt niet goed snapt wat de rol van de huisarts in het Nederlandse zorgsysteem is en wat in deze van de patiënt wordt verwacht. Of in beleidstermen geformuleerd: de patiënten met een migratieachtergrond beschikken niet over de juiste zorgvaardigheden. Tegelijkertijd kun je je afvragen of de zorgverlener voldoende inzicht heeft in wat voor zorgomgeving zijn patiënt (met een migratieachtergrond) is opgegroeid.

Het eerste wat opvalt is dat veel migranten-patiënten een heel instrumenteel beeld heeft van de zorg. Bijvoorbeeld in de trant van: 'Ik betaal verzekering, dus ik heb recht op zorg'. Of: "Je betaalt je verzekering en dat men dan geen goede recepten voorschrijft? Meestal is het: drinkwater en neem pijnstillers". (p5) Was men vroeger mogelijk beducht om 's nachts 'de dokter uit bed te bellen' nu eigent men zich vanuit die redenering het recht op zorg toe: "Het is nu meer van: ik heb een probleem en 'hup' als om 3 uur 's nachts een kind koorts heeft dan bellen we 'paf' naar de huisartsenpost". (p5). Dit leidt makkelijk tot vervolgredeeneringen als: 'Hoe ouder je bent, hoe meer premie je hebt betaald, dus hoe meer recht op zorg je hebt, of: "We betalen wel verzekering, maar men behandelt niet. Misschien verdienen 'ze' er juist aan dat mensen ziek worden en daar pas later achter komen". Omgekeerd kan dat ook tot een meer consumptieve houding ten opzichte van de zorg leiden: "Men kijkt bij wijze van spreken 's ochtends naar een artsenprogramma op de Turkse televisie en komen in de middag daarmee naar de dokter".

Het tweede wat opvalt is dat men de 'Nederlandse' functie van de huisarts niet snapt: "Men is van huis uit geen huisarts gewend" (p13). En dat is precies een feitelijk verschil: in veel landen van herkomst kent men het begrip huisarts niet en als men al over een eerstelijnszorg beschikt, dan is het maar de vraag welke rol die vervult. "In Eritrea is er geen huisarts. Je maakt direct in het ziekenhuis een afspraak en er zijn ook privé-ziekenhuizen waar je naar toe kan gaan voor onderzoek. Het verschil is dat je in ons land direct wordt geholpen aan je probleem door een specialistische arts". P2 Hier ziet men de huisarts zelf een diagnose stellen en afhankelijk daarvan behandelen of niet: "De huisarts probeert het eerst zelf. Huisartsen doen alsof zij alles kunnen". (p2) Daar waar dat niet begrepen wordt, vult men de rol van de huisarts zelf in: "Wij denken dat het voor hen niet makkelijk is om een diagnose te stellen of via het laboratorium medicijnen te krijgen. Daarom wachten ze totdat je op het hoogtepunt van je ziekte bent. Dat is makkelijker". (p5) Vanuit het perspectief van de patiënt versterkt dat het gevoel niet begrepen te worden. "Als je ziek bent, krijg je niet makkelijk een afspraak en als je er dan eindelijk bent, geen volledige behandeling. De dokter praat wat met je en vraagt je een paar dingen. Nederlandse mensen zeggen, zoals mijn leraren: 'Zo is het gewoon hier in Nederland'. Misschien helpt het in tijd, dat je ziekte erger wordt, wij als immigranten zien dat anders". (p5)

Hoe zou men dan staan tegen het hele idee van triage 'vooraf'? "Volgens mij werkt het zorgsysteem in Nederland als volgt. Ze maken onderscheid in klachten. Als er sprake is van spoed, dan weet de receptie dat. Er zijn verschillende niveaus. Onlangs belde ik voor een vrouw naar de dokter. Ze had last van haar gebit. Die mevrouw was erg overstuur. Dus toen wij belden, vroeg de receptioniste naar haar klachten: 'Lijkt het op een tennisbal of op een voetbal'. Als de zwelling tot haar ogen zou uitzetten en ademhalingsproblemen zouden geven 'dan is mevrouw een spoedgeval' " (p12). Het zal niet verbazen dat dit ook tot eigen conclusies leidt: "Ze kunnen hier alles. Ze kunnen je hoofd opereren. Maar ze doen het niet snel. Als je al bijna dood bent, dan gaan ze pas rennen. Alle Eritreeërs zeggen dit: 'In dit land helpen ze je pas als je al dood bent'". (p12)

### Land van herkomst

Men is in het land van herkomst anders gewend: "Toen ik last had van mijn nieren, kreeg ik via de dokter een scan en daarna antibiotica. Ik hoefde alleen maar te zeggen dat ik pijn had en ze stuurden mij naar een laboratorium, waar ik werd gechecked". (p5) Dat men andere standaarden van voorzorg hanteert, komt ook daaruit voort: "Mijn tante belde de ambulance voor haar 2 maanden oude zoon,

omdat die koorts had van 40 graden ...". In Eritrea leeft men blijkbaar met de ervaring dat je bij koorts hoger dan 38 graden een ambulance moet bellen. "Want van hoge koorts kun je doof worden of tal van andere problemen krijgen", zo verklaart men hun gedrag. (p5)

Als je het concept 'huisarts' niet begrijpt (z6) en je bij klachten via een privékliniek of apotheek dan wel drogist altijd naar een specialist in het ziekenhuis wordt gestuurd, dan lijkt het logisch die rol ook hieraan de huisarts toe te dichten. Dat is wat huisartsen zien: "Dat gevoel heb ik wel: dat ze liefst naar een specialist willen worden doorverwezen". Z7 In ieder geval verwacht men meer behandeling dan dat men gemiddeld krijgt. Men vraagt altijd om medicijnen: "Ik heb vroeger wel meegemaakt dat men met tassen vol onderzoek en stapels medicijnen op mijn spreekuur kwam" (z3). En men verwacht actie van de huisarts: "Veel onderzoek, medicatie en dat liefst in de vorm van een injectie". (z8). "Echt 'aanraken'. Dus niet alleen met woorden"(p9). "Je bent een echte dokter als je een recept uitschrijft". (z7) En scans, iedereen wil een total body scan: "En dan moet ik dat aan het ziekenhuis gaan verkopen. Nee, dat gaat niet gebeuren". (z11). Ook stemmen sommige patiënten onderling af wat men moet zeggen om de 'beste' behandeling te krijgen. "Ik heb een huisarts in opleiding gehad, waarvan patiënten dachten dat deze alleen Berbers verstond en dus spraken zij onderling met elkaar in het Arabisch. Toen begreep ik dat zij overlegden van als we dit zeggen dan zullen we wel dat krijgen en als we dat zeggen ...". (z8)

Men heeft natuurlijk ook een andere ziekte-ervaring: "Tropische ziektes, roepen ook een ander referentiekader op". (z6) Om die reden "ervaren Nederlandse patiënten diarree niet direct als ernstige ziekte. Maar kom je uit de Afrikaanse Hoorn of Sub Sahara, dan weten die mensen dat dat wel eens dodelijk kan zijn. Door mensen die pas in Nederland wonen, wordt dan ook vrij snel gevraagd om een behandeling, terwijl dat in Nederland niet noodzakelijk is". (z6) Die voorzorg kan enerzijds preventief worden ingezet, maar ook consumptief: "Als meisje ging zij elk jaar naar de gynaecoloog, jaarlijks een bloedonderzoek, ook toen ze jong was. Bij ons kom je als je klachten hebt, anders is het niet per se zinvol. Daar is het veel meer van de klant is koning. Wat er wordt gevraagd wordt ook uitgevoerd". (z10) Daartegenover is de Nederlandse zorgnorm karig: je gaat naar de dokter als het per se noodzakelijk is en ook nog één klacht per consult (een koekje bij de koffie, ddr). "Dat moet je duidelijk aangeven, want anders komt men met een lijst aan vragen". (z2)

Of er wat dat betreft ook verschillen zijn in doelgroepen? Veel daarvan is eerder casuïstiek dan werkelijkheid. Zo zijn er patiënten met eigen opvattingen, maar veel daarvan correspondeert met het land van herkomst: "Daar gaat men naar op vakantie en krijgen dan weer een andere manier van omgang met ziekte mee". (z8) Maar het kan ook anders. Sommige Marokkanen hebben "een weinig hoge pet op" van de geneeskunde in Marokko en "als ze daar dan naar een arts zijn geweest, komen ze eerst bij mij vragen of het wel goed is, voordat ze de medicijnen innemen". (z8) Oost-Europeanen, daarentegen, zijn nog steeds vergroeid met antibiotica: "Ik heb eerder een patiënt meegemaakt die de dag daarop een congres had en die zei 'Ik wil daar naartoe. Geef mij een kuur, dan ben ik fit'. Wel wordt het verschil met de Nederlandse doelgroep opgemerkt": "Een Westlander komt nooit voor iets kleins en als die komt is het meestal ernstig" (z11). Het verschil in consultfrequentie lijkt dan ook significant: "Wij zien de allochtone Nederlander gewoon 6 tot 7 keer vaker komen dan de autochtone Nederlander". In de verantwoording tegenover de inspectie is dat ook vaak een discussiepunt, want wat hen betreft kan dat niet kloppen. "Ons antwoord is dan men echt zo vaak komt en voor een klein probleem sneller naar de dokter gaat. Ook omdat de drempel laag is en het consult gratis". Zie die mensen, die elke week naar de dokter gaan: "Die ziet het als een uitje". (z3)

#### Tijd, aandacht, informatie en geduld en consult als strategie

Voor iemand met een grote afstand tot de zorg is de eerste en enige remedie die werkt: inzetten op vertrouwen. Dat horen we van de meeste zorgverleners: "Het belangrijkste dat ik probeer is vertrouwen te winnen. Dat doe je door te laten merken dat je iemand serieus neemt en ingaat op de klachten. Ik denk als je eenmaal vertrouwen hebt dan kan je ook je eigen beleid beter verkopen". (z8)

Een andere collega vult dat inhoudelijk in en noemt dat het afnemen van een sensitieve anamnese: “Navragen waar iemand vandaan komt en iets weten van de achtergrond van je patiënt en wat men in het land van herkomst gedaan zou hebben. Dan krijg je vaak ook een idee van de achterliggende hulpvraag. Daar op inzetten in plaats van doorsturen, want daar help je ze niet mee”. Z6. Voor velen voldoet het 10 minuten consult dan ook niet bij het eerste contact. “Voor de eerste keer, dan is 10 minuten te weinig. Dan ga ik uit van een kwartier of 20 minuten om alles even door te nemen. Mocht het langer duren, dan moeten ze een nieuwe afspraak maken” (sic!). (z2, z7) Bij verlengde zorg kan het eerste contact nog meer tijd vragen: “Iemand komt (via de huisarts, ddr) uiteindelijk bij mij terecht en dan blijkt dat er van alles speelt (familie, geld ..., ddr). Met dit soort mensen wil je soms wel een uur praten. Ze hebben behoefte aan een gesprek (...)”. (z5)

Ook meer uitleg is een middel om de arts-patiënt relatie op te bouwen, dat kan ook tijd besparen: “Beter een keer een goeie uitleg en dan hopen dat ze niet meer terugkomen” (z2). Dat geldt zeker de laaggeletterden: “Die die moet je gewoon een paar keer laten terugkomen om dingen uit te leggen en dat heel basaal op een simpele manier”. (z1) Dat is dus ongeacht culturele achtergrond: “Kijk de mensen hier aan de overkant, dat zijn de wat duurdere huizen, die hoef je dingen maar een keer uit te leggen. Dat geldt ook voor Turkse patiënten met een goede opleiding. Die is hetzelfde als de patiënt die daar woont (betere huizen, ddr)”. (z1) Vertrouwen, uitleg, luisteren, aandacht dat zijn allemaal bouwstenen van empathie. Men zoekt een zorgverlener die om hen geeft: “Ze willen gewoon dat iemand niet probeert te declareren maar echt hen wil helpen. (z5). En zo gaat de diëtist op zoek naar wat iemand wel lust, legt een ander nog eens uit dat antibiotica bij griep niet helpt en belt een derde een doorverwijzing na om te voorkomen dat de digibete patiënt met een online consult wordt afgehandeld. Etc.

Het consult en het maken van een afspraak is de draaischijf waarop de toegang tot de zorg vorm krijgt en wordt ingevuld. Dat geeft ook ‘tactische’ speelruimte aan de dokter: “Het mooie aan ons vak is dat je mensen altijd kunt terugvragen. Dat je zegt, we prikken eerst bloed en dan komt u de volgende keer terug. Zeker voor mensen met een taalbarrière. Dan kun je via de uitslagen weer verder met elkaar praten”. (z12). De ander geeft ouders met kinderen meer ruimte: “Met de kinderen van allochtone ouders doe ik dat regelmatig. Als zij heel bezorgd zijn, dan zeg ik dat ze over 2 dagen terug mogen komen”. (z7) Het consult met Nederlandse patiënten en niet-Nederlandse patiënten kan dus verschillen: “Een dokter met vooral Nederlandse patiënten kan 80/90% van alle klachten met de stethoscoop en misschien hier en daar een receptje afhandelen. In onze praktijk is dat anders. Wij moeten vaker meer onderzoek doen omdat de patiënt altijd blijft (terug) komen. Je kunt ze niet makkelijk geruststellen” (z10) Het samen de diagnose vaststellen met de patiënt werkt hier dus niet. “Ik heb een Syrische vrouw, als patiënt daar hoef niet te proberen samen tot een beslissing te komen. Die wil echt dat jij beslist voor haar”. (z7) Dat betekent dat soms de doorverwijzing of het verstrekken van medicijnen ook een relationeel motief krijgt: “Toch een extra verwijzing naar de neuroloog terwijl je weet dat het eigenlijk zinloos is, maar wel helpt mijn relatie met de patiënt te verbeteren”. (z11) (z10). Of dat de dokter aan een patiënt eerder een medicijn voorschrijft, om vergelijkbare redenen: Als hij/zij thuiskomt en de dokter heeft geen pil voorgeschreven, dan schaadt dat de relatie”. (z6). Een behandeling dwingend opleggen, je autoriteit als professional inzetten, dat werkt eerder averechts, dan kun je al snel door patiënten -ongeacht hun achtergrond- worden betiteld als “een raar autoritair mens”. (z9). Ook als je als dokter zeker van je zaak bent en je daaraan vasthoudt kan dat repercussies hebben: men schrijft zich als patiënt uit, gaat shoppen bij een collega of komt na een week weer terug (z10). Soms wordt ook het onderzoek eerder tactisch dan medisch ingezet: “Soms doe ik wat extra onderzoek, ook voor mijn eigen zekerheid, maar ook omdat patiënten anders 6 weken achter elkaar terugkomen. Kun je je patiënt geruststellen, dan zie je ze ook een tijdje niet meer”. (z10). De werkwijze van deze arts is door de jaren heen dan ook veranderd: “Ik kan zelf veel dingen met een eenvoudig onderzoek achterhalen. Dat doe ik meer dan de gemiddelde huisarts. Als iemand hier met rugklachten komt, dan zegt de gemiddelde huisarts: een week pijnstillers, daarna 6 weken fysiotherapie, helpt dat niet, dan gaan we

naar de specialist. Wat ik doe: ik maak zelf een MRI-scan, stel vast dat het geen hernia is en dus hoeven we de specialist niet eens op te zoeken. Patiënt gerustgesteld en die weet waar die aan toe is. Die patiënten zie je een of twee keer en daarna niet meer. Bij een Nederlandse patiënt zou ik die MRI niet maken. Dan zou zeggen, nee joh, dit is duidelijk geen hernia". (z10)

### 2.2.2 Weergave interviews, parafrases en citaten, experts:

#### Wel of niet serieus genomen

Misschien dat achter deze vraag het belangrijkste onderscheid met de collega zorgverleners schuilgaat. Niet zozeer in de diagnose en de behandeling, want die is medisch, psychologisch en professioneel aangeleerd. Maar "hoe kijk je naar de patiënt, hoe ontvang je de patiënt, wat voor een beeld heb je van hem of haar, voordat je je consult start. "Dat je als je iemand in de wachtkamer ziet, niet meteen oordeelt van 'O jee hoe ga ik dat doen'? En als je die gedachte toch hebt dat je daar als behandelaar bewust van bent". (e7)

De grondhouding is voor veel experts juist andersom: "Het gaat erom hoe jij je cliënt ontvangt. Dus niet gelijk, dag, ga daar maar zitten en vertel. Nee, je kijkt eerst wie jij eigenlijk binnenkrijgt. Als iemand uit Somalië of elders vandaan komt, dan begin ik gewoon over zaken die niks te maken hebben met waarvoor hij of zij is. Ik zeg bij binnenkomst bijvoorbeeld (al dan niet in eigen taal): Fijn dat je er bent. Mensen voelen zich als of ik in mijn huis ben en een gast ontvang". (e7) Op die open houding wijzen ook ander experts: "Ik geef hen het gevoel hen serieus te nemen. Ik laat ze weten dat ik hun beperkingen begrijp en soms helpt het door ze langer de tijd te geven". Juist het gebrek aan die houding valt op: "Was die arts juist maar een beetje naast mijn moeder gaan staan ..." (e5)

"Die patiënt, aldus iemand anders (e5) ziet de wereld op een manier waarop jij dat niet ziet. Als arts moet je daarvoor open staan, toegankelijk zijn". En het ligt mogelijk nog meer down to earth, dan we denken. Die patiënt met al zijn ervaringen kijkt ook naar de dokter en vraagt zich af: Zou die mij wel willen/kunnen helpen? (e7). Wel of niet beoordelen, geduld of ongeduldig zijn. Subtiele aspecten, die ook door de cliënt snel worden gezien. "De patiënt observeert ook". Een huisarts deelt die ervaring (e12): "Als ze je niet kennen en binnenkomen, is het eerste wat je merkt, dat ze gaan toetsen of deze dokter bereid is ze te helpen. Doet deze dokter wat ik wil. En dat kan zich soms best uiten in een agressieve houding, in het stellen van eisen -ik wil dit- zonder dat het gesprek is gestart. Of juist tegenovergesteld: heel erg timide van 'ik heb hoofdpijn' en je verder geen informatie geven om te kijken wat de dokter doet". In de wetenschap is er literatuur over het belang van eerste contactmomenten. De eerste blik en ervaring kunnen beslissend zijn voor de verdere onderlinge waardering. Dat herkennen sommige experts ook (e7): "Ik geef het altijd 3 minuten. In 3 minuten moeten we echt met elkaar klikken. Dat is geen deskundigheid, het is een vaardigheid, een attitude". Een houding, waarbij die 'klik' ook een investering in het verdere behandelproces is, want "stel dat het later bijvoorbeeld gaat knellen tussen jou en de cliënt, dan kan de cliënt ook zelf gaan nadenken van 'Hoe zit dat nou, ik snap dat niet, waarom doet ze zo'. En dat kan leiden tot meer openheid wat de (primaire, ddr) relatie te boven gaat". (e7)

Voor de experts gaat houding boven diagnose en behandeling: "Eerst is er de attitude, dan pas het plan van aanpak". (e7) Dat helpt ook klassieke vergissingen voorkomen: door taal- en tijdgebrek en 'vermeende' ervaringen van de patiënt gedrag als psychisch en posttraumatisch beoordelen (e13); of zoals een andere expert dat herkent: "Van iemand de taal niet machtig meteen denken: 'waarschijnlijk een licht verstandelijk beperkt persoon'. Ik denk dan: nee iemand kan de taal gewoon niet zo goed. Er wordt te snel een stempel op iemand gedrukt en dat loopt als een rode draad door zijn begeleiding". (e4)

#### Ziektebeeld en ziektebeleving (onwetendheid)

Het beeld van de experts over de zorgkloof verschilt niet veel van de collega zorgverleners Misschien

dat men iets preciezer de zijde van de migranten -patiënt kan beschrijven. Naast taal, speelt cultuur wel degelijk zijn rol, daarin verschillen ze ook van patiënten uit Midden- en Oost-Europa (e13): "Bij iemand uit Irak of Somalië maakt niet alleen taal het verschil, maar ook de culturele achtergrond". (e3) Eerder merkte we al op dat men minder directe antwoorden geeft op vragen waar de pijn zit: "Mijn hele been doet zeer". Dat anderen vanwege het taal tekort juist geen vragen 'durven' te stellen -wat op zich een nieuwe en belangrijke observatie is- en dat dan kan leiden tot een verkeerde interpretatie van 'wantrouwen' in de zorg en therapieontrouw zijn' of omgekeerd tot "selectief luisteren: horen wat men wil horen". "Jaren geleden heb ik moeder gevraagd, weet jij nou eigenlijk van wat je voor ziekte hebt? Nou, wat ontstekingen bij de zenuwen, maar komt goed, zei ze: 'Inshallah'. Maar het komt helemaal niet goed. Tot op de dag van vandaag is het onmogelijk dat gesprek te voeren. En het grappige is, ze is wel ontzettend actief in een MS-vereniging". (e3)

Het zijn niet alleen de meer subtiele observaties, ook in het zoeken van verklaringen van ziektebeleving reikt men verder. De een wijst op omgangsvormen en het gebruik van taal daarbij: "De Nederlandse taal is directer. Op de vraag of je koffie wilt, is het antwoord: ja of nee. In het Somalisch is het antwoord ontwijkend: nee, dank je, doe geen moeite hoor; waarop de ander dan antwoordt dat die toch al koffie ging halen. Die weer blij, want deze had eigenlijk best zin in koffie. Nee, in Somalië krijg je ongeacht je antwoord, toch wat je aangeboden wordt: je hoeft geen ja of nee te zeggen". (e3) De ander wijst erop dat de beleving van ziekte sterk verbonden is met de grondhouding tegenover ziek-zijn in het land van herkomst: "De diagnose kanker is voor iedereen hetzelfde. Of je nu Eritrees bent, autochtoon of allochtoon. Alleen het verschil is: hoe ga je ermee om. Een Nederlandse kennis van mij met de kanker zei op een gegeven moment 'Ik stop met de chemo, ik word er alleen maar zieker van'. Waarbij mijn vader doorging. Voor zijn vrouw en kinderen. Die houding gaat terug op zijn jeugd. Als hij vroeger een knie kapot viel, dan zeiden ze ook: 'Vervelend voor je, maar wij hebben anderen dingen te doen'". (e2) Iemand wijst erop dat "voor buitenlanders ziek zijn in bed blijven is, koorts van veertig graden hebben. Er goed uitzien en beweren dat je ziek bent, dat bestond in hun land van herkomst niet". 'Even wachten' is bij ziek-zijn dus de grondhouding. Dat heeft bijvoorbeeld ook met Somalia te maken, aldus een van de experts: "In Somalia zijn er wel artsen maar wij waren eerder arm dan rijk en gingen dus niet snel naar het ziekenhuis. We zeiden dan: doe maar rustig aan, gaat wel over, zo snel ga je niet dood. We probeerden altijd alles op een natuurlijke manier op te lossen. Niet het ergste te denken en een beetje de Koran lezen..." (e8).

#### Zorgsysteem en zorgvaardigheden

Reguliere zorgverleners en experts delen het tekort aan zorgvaardigheden bij migranten-patiënten, de rol van de huisarts, van de doktersassistent op (e10, e10), het atypische medicijngebruik (e8), en de autoriteit van de dokter 'als witte jas' (e12, E4), valt hen daarbij ook op dat de in de opleiding geleerde patiënt-arts communicatie, niet aansluit op de werkelijkheid van de migranten-patiënt zelf. "Een Hollandse patiënt vertelt, zoals je hebt geleerd, in de eerste 2 minuten zijn verhaal, waarin je als dokter moet luisteren, en pas daarna verdiepend moet uitvragen en dan met de patiënt zoeken naar de hulpvraag en doorborden naar de behandeling. Dat gaat niet op bij een buitenlandse patiënt". (e12) En dan nog is het heel erg zoeken.: "Bij een Nederlandse patiënt ben ik met 3 consulten klaar. Bij een buitenlandse patiënt kan het voorkomen dat ik het na een jaar nog steeds niet weet". (e12) Het consult met de arts gaat uit van een open communicatie: "Als huisarts heb je maar 10 minuten en die zijn ingericht op hulpvragen als: ik ben bang dat ik borstkanker heb, want mijn tante heeft het etc. En niet op jonge vrouwen die onder de oksel wijst terwijl ze eigenlijk de borst bedoelt". (e12)

Tot slot merken juist ook de experts op dat de schroom voor openheid en het ongemak met privacy een beperkende factor is. Een in Nederland opgeleide dokter vraagt de patiënt bijvoorbeeld uit waarom die een bloedtest wil doen en of er op speciale uitslagen gelet moet worden. Een normale open vraag. Na veel omzwervingen blijkt het uiteindelijk bij de niet-westerse patiënt om een soa test

te gaan – “en daarvoor moet ik een urinetest doen” (e12)- maar draaide hij om de feiten heen uit vrees dat de dokter zijn ouders zou gaan inlichten”. Maar ook het navragen van de dagscores in het ziekenhuis (over pijn, pies en poep) gaat in alle openheid: “Sommige mensen schamen zich dan kapot, die hebben iets van: ‘moet ik nu gaan praten over poep en pies’”. (e11) (zie verder paragraaf schaamte).

#### Land van herkomst

De observaties van de experts dat nieuwkomers en oudkomers stoelen vaak een andere zorgervaring meenemen uit hun land van herkomst, wijkt niet principieel af van de al eerder gedeelde ervaringen. Dat men gewoon is zelf medicijnen te kopen buiten de ‘dokter’ om: “bij een apotheker, ‘die zich dan dokter noemt of gewoon bij iemand die advies geeft” (e8). En dat die houding er nog wel eens toe kon leiden dat men vanuit het land van herkomst belde: “Kan zij niet die en die medicijnen sturen? Zij werkt toch in het ziekenhuis”? Wel meldt men dat Eritrea geen zwakzinnige zorg kent, wel veel aandacht voor public health met aanleg en gebruik van riolering (WC’s) en dat men de bereikbaarheid van ziekenhuizen heeft vergroot (“vroeger overleden elk jaar bijna duizend (zwangere) vrouwen, omdat ze niet op tijd in het ziekenhuis konden komen” (e10). Public health staat mogelijk in Somalië minder hoog op de agenda, maar daar functioneren wel meer Turkse ziekenhuizen waar ook Somalische dokters en zorgverleners werken (e8). En ter relativering loopt het mogelijk allemaal niet zover uiteen, want: “als in Eritrea de doctor aangeeft, dat je nog maar 2 maanden te leven hebt, dan zegt de familie daar ook: ‘Die dokter weet niks. Ga maar naar een ander land’” (e10).

#### Tijd, aandacht, informatie en geduld (nazorg) en consult als strategie

Of een patiënt nu door taalproblemen, het zich vasthouden aan het opvattingen van het land van herkomst of onvoldoende zorgvaardig is, als een migranten-patiënt blokkeert in de toeleiding tot de zorg dan is dat bijna altijd doordat deze zich niet herkent in de Nederlandse zorg. Dat is de bottom-line. Een expert onderkent dat en gaat dan ook als volgt te werk: “Ik zoek naar aanknopingspunten in het verhaal van de patiënt en ga er niet meteen vanuit gaat dat de patiënt traditioneel is en de moderne geneeskunde maar een beetje aan deze moet worden opgelegd. Het gaat erom hoe je die moderne geneeskunde kan overbrengen, zonder dat het botst” (e5). Voor de ander geldt geduld als troef: “Ik heb veel geduld. Met handen en voeten komen we er altijd wel uit. Dat zeg ik ook tegen mijn collega’s. Laat maar, komt goed”. (e11). Verder zijn sommigen proactief behulpzaam, ook uit tactische overwegingen: “Als ik voor de patiënt zijn vraag goed beantwoord (bijvoorbeeld voor hem of haar te bellen naar de apotheek, ddr), dan heb ik de komende vijf jaar geen vragen meer over zijn medicatie”. (e8)

#### 2.3 Afstand tot de zorg

hoe groter de afstand tot de samenleving, hoe groter de afstand tot de zorg. Afstand van de zorg: hoe moderner de zorg, hoe groter de afstand tot de migrant

#### Voorlopige conclusie:

Hoe groter de culturele afstand tot de samenleving, hoe groter de afstand tot de zorg. Deze vaststelling sluit aan op de vorige paragraaf en correspondeert ook met de volgende samenhang: hoe groter het wantrouwen in de samenleving, hoe meer men vasthoudt aan de eigen achtergrond en tradities, hetzij in termen van religie -waarbij God en geloof in alles op de eerste plaats komen– hetzij in termen van cultuur met de daarbij behorende opvattingen en taboes en traditionele gebruiken als kruiden, eigen medicijnen, heilig water, heilig zand etc. Hoewel een andere oorsprong, ook de afstand tot de zorg is wederzijds, althans van twee zijden ingezet. Van de zijde van de patiënt door zijn/haar condition migrante, door de achterstand in startpositie ten opzichte van de samenleving en dus ook zorg met als gevolg dat men zich eerder vasthoudt aan tradities, religie en cultuur, taboes en schaamte. Van de zijde van zorg door de context van de zorg zelf, door de onbedoelde taligheid van



de zorg, door de steeds modernere wordende zorgvaardigheden. Zo kunnen we ook stellen: hoe modernere de zorg, hoe groter de afstand tot de migranten-patiënt.

#### Weergave interviews, parafrases en citaten:

##### 2.3.1 Afstand tot de zorg vanuit perspectief van patiënten en zorgverleners

##### 2.3.2 Afstand tot de zorg vanuit perspectief van experts

In deze paragraaf wordt uit de interviews met patiënten en zorgverleners vooral aandacht besteed aan aspecten als de condition migranten, traditie en cultuur, taboe en schaamte, religie en de context van de zorg. Per thema wordt vanuit de interviews de gezichtspunten van patiënten en zorgverleners naast elkaar weergegeven en waar mogelijk tezamen besproken. De bevindingen van de experts worden in een aparte paragraaf behandeld.

##### 2.3.1 Afstand tot de zorg vanuit perspectief van patiënten en zorgverleners

#### Condition migrante

Er zijn 101 verschillen<sup>13</sup> aan te wijzen tussen oorspronkelijke en nieuwe Nederlanders. En zo zijn er ook vast 101 overeenkomsten te benoemen. Maar als er één gegeven is dat nieuwe Nederlanders van oorspronkelijk Nederlanders onderscheidt -en misschien is dat ook wel het meest onderbelichtede- dan is dat wel het fenomeen van migratie. Juist dat verschil bepaalt in belangrijke mate de startpositie van vluchtelingen en migranten in de Nederlandse samenleving. Ook ten aanzien van de zorg.

Nederlanders hebben herinneringen aan hun eigen land, aan ervaringen van vroeger, die we voor een deel terugvinden in gevoelens van nostalgie en de idee van de Nederlandse cultuur. Maar herinneringen aan een land van herkomst, zoals alle nieuwkomers hebben, deelt men niet. Alle gemeenschappen kennen het gevoel van de beroemde Kaapverdische 'sudade', het gevoel van weemoed aan een oorspronkelijk land dat door muziek, beelden, geuren en kleuren wordt opgeroepen als het land van vroeger en ooit. En het is meer dan een herinnering, want de verborgen tragiek is, dat als een migratie eenmaal is ingezet, ook in mentale en psychologische zin, men nooit meer als dezelfde persoon daarop kan terugkeren. Niet voor zichzelf en niet voor de oorspronkelijke omgeving. De condition migrante staat niet alleen voor laaggeletterdheid, minder kansen op school of arbeidsmarkt, maar ook voor dat een verschil in levensgeschiedenis. Dat maakt dat migranten en vluchtelingen andere ervaringen delen dan dat oorspronkelijke Nederlander ooit zullen doen. Dat alleen al tekenen we tekenen we uit de verhalen in de interviews van de patiënten met een migratieachtergrond op. Zo vertelt een oudere Somalische mevrouw (p10) dat zij eertijds door een 'mensensmokkelaar' op de trein naar het asielzoekerscentrum in Ter Apel was gezet en dat hij nog even een boodschap in de winkel moest doen en dus nooit meer terugkwam. Terwijl zij dacht dat zij in Engeland zat.<sup>14</sup> Alles is beginsel anders, de manier van eten: "Wij eten met onze handen, zij met bestek"(p8); de manier van opvoeden - "witte Nederlandse kinderen hebben hele andere verhalen"(p6); de manier van doen - "hier heeft iedereen het heel druk, zelfs druk om niets"(p5).

Maar ook de bejegening is anders. Bijna iedereen deelt die ervaring, tot over de generaties heen. "Ik kan mezelf typeren als tweede generatie migrant. Zo voel ik me niet maar het is wel de werkelijkheid" (z2). Je ben vluchteling dus je weet niks, dat was de grondhouding die velen ontmoette: "Ik ben uit frustratie met de havo gestopt, omdat ik al die tegenwerking en al die negativiteit niet meer aankon"(p3). Als vluchteling mocht je niks: niet de taal leren, niet werken, geen rijbewijs halen: "Helemaal niks" (z3). Met de bekende gevolgen van dien: opgeleid als

---

<sup>13</sup> In de Arabische vertelkunst staat 1001 voor oneindig (1001 nacht) en 101 voor veel, heel veel.

<sup>14</sup> Zie: Eritrese statushouders in Nederland. Een kwalitatief onderzoek over de vlucht en hun leven in Nederland. SCP 208. Daarin is een specifiek hoofdstuk opgenomen over de traumatische ervaring die veel Eritrese jongeren op hun vluchtroute hebben opgedaan.

loodgieter, maar nooit als zodanig gewerkt: “Ik spreek de taal niet”(p9). Of leven met het gevoel steeds een probleem te zijn, terwijl men zijn weg aan het zoeken is (z5). Afwijzingen, nare opmerkingen, discriminatie incasseren waardoor een oud-leerlinge, zoals ze het zelf zegt, zich verhardt: “Ik dacht: houdt jullie je school maar. Niet als overwogen keuze, maar uit zelfbescherming duw je mensen van je af: Je verwacht dit van mij, hier dan!” (p3). Voor sommigen leidt dat uiteindelijk tot een emotioneel isolement: “Wat als jij helemaal niks van deze maatschappij begrijpt, dat je nog steeds geen vertrouwen hebt in de witte mensenwereld en je afsluit. In alles. In eetgewoontes, in sport, in wat dan ook. Dat doet misschien een klein percentage, maar toch veel mensen”. (p13)

Natuurlijk is er ook een verschil van leefstijl binnen de gemeenschappen en dat horen we ook wel terug in de verhalen. Zo zijn er personen en families die een andere ervaring hebben – “Waarvan de kinderen zijn gaan studeren” (z1) – die hun beste beentje voor wilden zetten: “Zorg ervoor dat Nederlanders er geen spijt van krijgen dat ze je hebben binnengelaten”(z5) – die “Bewust niet in Rotterdam wilden wonen om niet te verdwijnen in de Eritrese gemeenschap” (z5) (In Rotterdam is die groter in aantal dan in Den Haag, ddr). Toch eenmaal getekend door de ‘condition migrante’ dan klinken de ervaringen als een ‘mere a boire’ van zorgvragen, van mensen die leven met trauma gerelateerde klachten, alleen; van een leven om te werken met de verplichting het verdiende geld naar huis (land van herkomst) te sturen. Voor die mensen is “(on gezond) eten misschien wel het enige waar ze plezier uit kunnen halen”(z5). Een leven met zorgmijding als realiteit: “Je hoort het pas als het misgaat”, “als men door diabetes een hand of voet moeten missen”(z12). En waarvan het leven in armoede -“dat kost (te) veel (aan) aanvullend onderzoek en (te) veel extra medicijnen” (z12)- tot fatalisme leidt: “Ik heb mensen die zeggen als ik morgen dood neerval, dan is het goed: ze vertellen over hun problemen: weer iemand overleden, opeens een aanslag van de belastingdienst, terugbetalen van toeslagen, omdat een zoon inwoont. En dan moeten ze van hun kleine beetje geld ook nog eens vijftig euro in de maand terugbetalen. Ze krijgen iets van: je stikt er maar mee, ik heb geen zin meer, ik doe het gewoon niet”. (z5)

### Traditie en Cultuur

Dat beeld van afstand tot de samenleving, die hieruit spreekt, zien we ook terug in de zorg. Het is niet causaal, maar de overeenkomsten die het oproept, zijn wel nadrukkelijk zichtbaar. Die afstand uit zich vooral in het vasthouden aan eigen gewoontes en overtuigingen. Zo wordt het gebruik van huismiddelen, ‘medicijnen’ uit het land van herkomst wijdverbreid genoemd. “Ik denk dat van mijn generatie, 50 jaar en ouder zo’n 35% van de mensen nog alternatieve geneesmiddelen gebruikt. Kruiden om hun bloeddruk te verlagen of om het suikergehalte te reguleren. Sommigen laten zich brandmerken om klachten weg te krijgen. Ikzelf heb honderden brandwondjes op mijn lijf waar ooit iets geweest is. Die generatie zoekt alternatieven en gaat niet naar de huisarts”. (p13). De ene doelgroep (Hindoestanen) gebruikt klaarblijkelijk veel “kruiden en dingetjes”(z1), de ander (Midden-Amerika) is gewoon huismiddelen te proberen (z12) of een Winti arts te raadplegen. (Suriname, z8). Zo gebruikt men cupping (p1), drinkt men gemberthee en thee van sinaasappelschil, gebruikt men water met zout om te stomen (p12). Maar ook meer exotische middelen als ‘liike’, ‘caws dameer’ of blackseed oil, traditionele Somalische medicijnen: “Het is goed voor je nieren. Ja, net zoals thee” (p8).

Hoe dat gebruik van huismiddelen en dergelijke zich verhoudt tot het ‘bezoek aan de huisarts’, verschilt van persoon tot persoon. De ene went zich eerst tot de eigen middelen en gaat pas als het niet helpt naar de huisarts (p6, p8, p11). Daarbij geven sommigen expliciet aan dat je wel aan de huisarts moet melden welke middelen je al gebruikt (p3, p7) – “Je weet nooit wat het in combinatie met andere medicijnen doet” – terwijl anderen melden het nooit aan hun huisarts te zullen vertellen: “Ik denk dat ze in de war raken, ze begrijpen mijn traditionele geneeskunde niet” (p6). Het komt ook voor dat de huisarts afhaakt. “Ik heb ook wel gezien dat mensen werden weggestuurd met als argument: ‘Als jij niet luistert naar wat ik aan je geef en toeschrijf, dan moet je maar aan de

kruidenthee" (p13). Zo hebben we het in de interviews met de zorgverleners niet meegekregen. Het is ook niet de manier, zoals we eerder zagen contact annex vertrouwen met de patiënt op te bouwen. Dat geeft onze gesprekspartner ook aan: "Zo krijg je geen toegang tot de mensen als je zegt dit iets niet goed is. Dan doen mensen alle deuren dicht. Want dit is wat ze kennen, zo zijn ze opgevoed. Laat het gewoon naast het andere bestaan, tenzij je denkt dat het schadelijk is". (p13) Dat is ook de houding van veel anderen: "Ik vraag altijd wat men zelf al heeft geprobeerd". (z12). Maar het gaat ook anders. "In Nederland -ook in Rotterdam- kun je in de bepaalde supermarkten onder de toonbank gewoon antibiotica kopen" (z12). Of zo weeft iemand anders dat een Turkse man in zijn praktijk regelmatig amoxicilline in Turkije bestelt. "Steeds als die verkouden is neemt hij die in en als hij straks dat medicijn echt nodig heeft, is het de vraag of het dan nog werkt". (z8). Afstand tot de zorg leidt dus ook tot afwijkend gedrag en dat dit ook de 'grenzen in de zorg' overschrijden, zien we verder in het verslag.

### Taboe en schaamte

Die afstand tot de zorg uit zich ook in taboes en schaamte, anders dan dat we in Nederland kennen. Enkele voorbeelden daarvan: "Als je pijn in je oren hebt, dan zeg je bij ons: ik heb oorpijn. Maar als iemand pijn aan zijn 'billen' heeft, dan is het taboe om dat te vertellen" (p4). Zo zegt iemand met last van zijn ontlasting, dat die een 'moeilijke stoel' heeft" (p5). Hetzelfde geldt voor het hebben van kanker, ondanks het excuus dat "kanker geen ziekte is, die je zelf gekocht hebt" (p9). Ook het hebben van Aids wordt verborgen, hoewel je dat naar zeggen van een geïnterviewden "overal kunt oplopen, ook in het ziekenhuis". In plaats daarvan zegt men "dat diegene 'overal en nergens' is geweest". (p9) Eerder noemde we al dat de inzet van een tolk tot schaamte kan leiden: "Je wilt een tolk je problemen niet vertellen. In onze cultuur voel je schaamte iets over je privéproblemen te zeggen. Zeker als je denkt dat je de tolk kent of hij je ergens heeft gezien" (z5). Schaamte raakt ook aan vertrouwenspersonen: "Het zou helpen als de pastor en de priester duidelijk en open over ziekte konden praten". (p9) Maar schaamte speelt zich het meest af tussen direct betrokkenen. Zo nam een meneer altijd zijn kleindochter mee naar het spreekuur en durfde dus niet over zijn impotentie te praten (z3). Of een vader die uit schaamte -hij wil zijn familie niet belasten- niet wil dat zijn zoon, die voor hem bij de dokter tolkte, doorvertelt dat hij kanker heeft (p4). Dat kan het ziekteproces geweldig onder druk zetten: of de dokter kan voor de patiënt met uitbehandelde kanker geen palliatieve zorg kan aanwenden, omdat de familie het niet weet (z6), of in het omgekeerde geval: "de kinderen kennen wel de diagnose van een van de ouders, maar die durven die niet met hen te delen". (z6)

Sommigen artsen anticiperen op die schaamte: door patiënten erop te wijzen geen kleine kinderen mee naar het spreekuur te nemen, door in de praktijk een mannelijke en vrouwelijke arts beschikbaar te hebben (z6) en door soms mee te gaan in vertrouwelijkheid die een patiënt van je vraagt: "Dan noteer ik dat inderdaad niet" (z1) Ook de omgang met privacy speelt zijn rol. In positieve zin door patiënten te wijzen op het recht van privacy: "Dat niemand hun verhaal hoeft te weten, ook hun man, zoon of dochter niet". (z3). Of juist in omgekeerde zin dat een familielid de 'privacy' gebruikt als blokkade om -moeder of vader- niet over hun ziekte in te lichten. Er zijn dan dokters die ondanks dat hen er op wijzen "wat de consequenties daarvan kunnen zijn als zij dat niet weten". (z2) Maar het meest duurzame is proberen zaken bespreekbaar te maken: "Gewoon erop ingaan en het benoemen, dan kun je in veel gevallen een redelijk gesprek voeren. Inmiddels komen bij mij regelmatig ook eerste generatie Turkse mannen langs vanwege een erectiestoornis. Ook mijn vrouwelijke collega krijgt veel vrouwen over seksualiteit in haar spreekuur". (z2)

Naast sterven en dood zijn ook psychische klachten met veel taboes omhuld. Veelgehoord is dat 'migranten' psychische klachten niet begrijpen en dus niet kunnen plaatsen. Het is klassiek maar waar: men is bang voor gek verklaard te worden (p12). Anderen -Ghanese mannen- schermen dergelijke klachten stellig af: "Want (psychische, ddr) problemen horen nu eenmaal bij het leven". (z5) Alles wordt teruggebracht naar lichamelijke issues met alle ongemak van dien. "Ik zie jonge

Somalische vrouwen struggelen met hun geestelijk welzijn en niet serieus genomen worden". De weerstand kan hardnekkig zijn: "Soms hebben ze al een third of fourth opinion opgevraagd en vindt men niks lichamelijks. Dat is echt uitgesloten". (z7) Volgens een zorgverlener spelen naast trauma's ook gemeenschap gebonden -culturele- factoren een rol: "Ik begrijp dat als in de Marokkaanse en Turkse gemeenschap bekend wordt dat er psychiatrische klachten in de familie spelen, dat betrokkene niet alleen als een gek wordt beschouwd, maar dat dat ook de kansen op een goed huwelijk verkleint" (z7). Het bespreekbaar maken van het feit dat "lichaam en geest niet los van elkaar staan" en dat beide ziekmakend kunnen zijn, kost tijd, aldus een zorgverlener. Toch ziet deze wel een verandering optreden: "Indertijd gingen Turkse artsen in hun geboorteland antidepressiva voorschrijven voor chronische (somatische) klachten. Dat gaf een omslag. Ik heb ook het idee dat steeds makkelijker wordt om duidelijk te maken dat spanningen tot lichamelijke klachten kunnen leiden. Ook het groeiende aanbod aan psychologen in eigen taal speelt daarbij een rol". (z12)

In de vorige alinea's hebben we al gezien dat voor sommigen op de laatste levensfase en het sterven een taboe rust, zo sterk dat men bereid is daarover informatie voor zichzelf te houden. Hoe dat taboe verankerd kan zijn in de religie, bespreken we in de volgende paragraaf. Soms lijkt het alsof men het sterven zelf niet onder ogen wil zien. Een voorbeeld. "Het leek alsof die vrouw helemaal geen besef had dat zij stervende was. Niemand leek dat te hebben. Iedereen was alleen maar kruiden aan het regelen. Niks hielp. Dus het hele thuiszorgtraject werd gemist: geen medicatie voor pijnbestrijding, tegen benauwdheidsklachten of om onrustgevoelens te verminderen. Men kende mij als een soort zorgverlener en ik zei: 'Geef haar kruidenthee maar laten we ook proberen om haar pijn te verlichten'. Na veel praten met alle mannen en vrouwen, die aanwezig waren, kon ik eindelijk de huisarts bellen. Die mannen die er waren, waren verantwoordelijk voor de vereisten van de koran en om 'ingespuugd' water te leveren, de vrouwen waren bezig met de kruidenthee. Toen ik de huisarts belde, was die opgelucht. 'Godzijdank, zei die, het was niet aan te zien'. Ik vroeg om morfine, iets voor de pijn en benauwdheid en hij stuurde het echt binnen een uur. Hij zag die vrouw al heel lang lijden. Hij had weliswaar contact met haar, maar kon geen ingang krijgen voor een behandeling". (p13)

### Religie

De keuzes rond het laatste levenseinde kunnen soms onmogelijk complex zijn. Zo vertelt een arts dat hij een keer een Turks gezin in die laatste levensfase bijstond en die wilde tot het einde toe doorgaan met behandelen, terwijl deze die man zag lijden. "Misschien dacht men meer baat te hebben bij een Turkse huisarts, maar dan was het nog verder geëscaleerd. (...) Die zou bijvoorbeeld nog een infuus aanleggen, waarbij dat vanuit mijn oogpunt medisch zinloos was. Iemand vocht toedienen, die lijdt en stervende is, daarmee verleng je enkel het lijden. En stel je voor dat je zo iemand ook nog voedsel gaat geven, dan kan de patiënt zich verslikken, wat helemaal oncomfortabel is. Maar in de mindset van de gelovige Turken wil men doorgaan tot het einde". Geloof en voorzienigheid, die discussie is door Covid-19 in Nederland weer direct in het publieke debat gekomen. Is het leven en je gezondheid in handen van God of in handen van mensen, in dit geval de medische wetenschap. Niet alleen migrantengemeenschappen brachten die discussie op, ook oorspronkelijke Nederlanders. Maar in zijn algemeenheid zijn Nederlanders de laatste decennia minder religieus geworden en denken zij wisselend over religie na. Die ontwikkeling speelt ook in de migrantengemeenschappen, zij het meer aan de religieuze kant van het spectrum. Maar de geloofsopvatting over God is ook daar heel divers.

De vraag die eigenlijk het meest aan de orde komt, is wat doe je als je ziek bent: bid je tot God of bel je de dokter. Ofwel in wiens handen ligt het lot. Voor sommigen prevaleert de wens van God. Zo stelt de een dat "Wat Allah heeft voorgeschreven ook gebeurt. Maar tegelijkertijd moet je ook voorzichtig zijn met je leven". (p3). Dat gelooft een ander ook: "Ik pas op, maar Allah is de enige die ons kan beschermen. Maar je moet ook jezelf beschermen". (p10). Tot slot stelde een persoon haar vertrouwen in God boven die van de artsen, met een ongeneeslijk been ten spijt: "Ik bleef maar

bidden en na 6 maanden verminderde mijn pijn. Op een dag keek ik naar mijn been en alles was weg. Ik belde mijn huisarts, maar die kon het niet geloven. De dokter was erg blij voor mij, maar ik kon alleen God bedanken". (p11) Anderen staan daar meer pragmatisch in en stellen God en de dokter niet zo tegenover elkaar: "Eigenlijk vind ik allebei belangrijk: God en de arts. Soms gaan klachten met bidden weg, soms met medicijnen. Ik gebruik allebei". (p7). Een ander bidt en gaat gelijk ook naar de dokter. Ik wacht niet af. Nee". (p2). Voor een meer uitgesproken gelovige valt de dokter onder de voorzienigheid van God: "Ik ben orthodox gelovig en ik geloof dat alles onder controle van God is, dus de dokters die ons helpen zijn door God gestuurd". (p5). Zo denken er meer over: "Ik geloof dat God gebruik maakt van dokters door hen de kennis te geven om mensen te kunnen genezen. Dus God kan mij genezen via gebed of via de dokters". (p11)

Ook gelovige zorgverleners dragen min of meer dat beeld uit: "Ik zeg regelmatig tegen patiënten aan gebedsgenezing te moeten doen. Maar je moet het allebei doen. Ik vind dat je op beide benen moet staan. Want ik blijf natuurlijk wel een reguliere dokter". (z10). Ook een ander sluit de gezondheidszorg in het geloof -in dit geval de islam- in: "Ik denk dat moslims alle behandelingen wel accepteren. Dat is ook islam: je moet je laten behandelen, je mag geen behandeling afwijzen, je moet gezond door het leven gaan. De Koran zegt dat je goed voor je lichaam moet zorgen"(z1) Voor weer anderen speelt het geloof wel een rol, maar niet dwingend en sturend: "Sommigen weigeren een hartklep om dat die van varkensvlees zou zijn gemaakt. Maar zo complex is het geloof niet". (z9) En je beroepen op de islam of de imam geeft dan ook geen pas: "Je kunt wel zeggen, dat is de mening van een imam, maar dat heeft niks met de behandeling te maken. Wij hebben daarvoor gestudeerd". (z1). Tot slot -zo wordt opgemerkt- raken moslimgelovigen ook vergroeid met het leven in Nederland. "Je kunt wel tegen (bijvoorbeeld, ddr) abortus zijn, maar dan gebeurt het stiekem. De jongere generatie kijkt al anders tegen donortransplantaties aan dan de oudere. Je kunt euthanasie van je afhouden, maar sluit je dan ook je ogen voor een langzame morfine slaap"? (z9)

Dat brengt ons bij het thema van leven en dood. Ingrijpen daarin, past niet in menig religieuze overtuiging. "Euthanasie is niet bespreekbaar, met name bij moslims niet. Maar ook bij Joden en Christenen niet, denk ik. Voor palliatieve zorg ligt dat makkelijker. Ik heb inderdaad een paar patiënten gehad die wel palliatieve zorg accepteerde, maar geen slaapmedicatie. Iemand moet uiteindelijk helder doodgaan. Je moet voor het sterven iets uitspreken volgens de traditie. Als je dat niet kunt, dan kan een familielid dat doen, die de patiënt bijstaat. Of de imam". (z2). Uitbehandeld zijn of toch doorbehandelen raakt aan deze gevoeligheid. Een zorgverlener ziet de twijfel: "... doorbehandelen, van arts naar arts gaan of toch nog maar een keer op 'vakantie' naar Marokko ... Ik zeg dan: ziekte is ook gegeven door God en als er geen behandelingsmogelijkheden meer zijn, dan hoef je het ook niet te forceren". (z4). Aan de andere kant is het ook een kwestie van bespreekbaar maken, aldus een zorgverlener: "Als je vader nog maar één maand te leven heeft, kun je ook zeggen dat je in die maand nog je best voor hem kunt doen. Dat maakt de ruimte vrij voor de beste behandeling. En het helpt de kinderen die keuzes te accepteren". (z9)

Religie kan invloed hebben op het gezondheidsgedrag, het uit zich ook in religieus geladen gebruiken. Een zorgverlener maakt voor iedere Ramadan een afspraak met de patiënten die onder behandeling zijn. "Sommigen vragen dan: ik ben ziek en ik slik medicijnen dus ik hoef toch niet aan de Ramadan mee te doen? Inderdaad, zeg ik dan. Ik ben ook moslim en weet dat de Ramadan alleen voor gezonde mensen is: niet voor zieken, niet voor kinderen, niet voor zwangeren, niet voor een moeder die borstvoeding geeft". (z3) Aan de andere kant is er bij gelovige professionals soms ook wel meer begrip voor de religieuze dilemma's: "Als iemand bij mij komt met diabetes die wil gaan vasten, dan zeg ik dat niet te doen. Wil deze dat toch persé, dan kan ik dat misschien makkelijker begrijpen dan iemand die geen moslim is". (z10) 'Heilig water' en 'heilig zand' zijn religieuze gebruiken die vooral onder Eritreeërs voorkomen. Met name onder de oudere generatie: "Onze moeders gebruiken dat. Jongeren volgens mij niet". (z10) Een van de geïnterviewden vertelt dat Eritrea nog actieve bedevaartsoorden kent, waar heilig water stroomt en mensen naar toe gaan voor genezing. "Ik denk

dat als je daarin gelooft dat je daar beter van kunt worden, omdat je dan niet zo gefocust bent op je ziekte. Dat zou dan een positief effect kunnen hebben”(p6). Religieuze middelen kunnen concurreren met reguliere medicijnen, zoals we eerder zagen, maar voor deze persoon ligt dat net weer iets anders: “Ik neem eerst een paracetamol, maar als het toch heftiger wordt, gebruik ik heilig water”. (p9)

Hoe met deze religieuze aspecten om te gaan, is voor iedereen anders: voor de gelovige patiënt en zorgverlener en voor de -in dit onderzoek- niet-gelovige professional. Een ‘gelovige’ zorgverlener stelt dat “onze (medische, ddr) standaarden (...) voortkomen uit gemiddelden en statistieken, en dat biedt -dat er zijns inziens- nog marge is voor nog iets anders. We weten nog niet alles”. (z10) Een andere zorgverlener ziet dat religie iedereen voor een taak stelt: "Dat je maar leeft zoals het je uitkomt is meer een ‘culturele’ houding en getuigt van (religieuze, ddr) ‘onwetendheid’ ” (z9). Het interpreteren van de rol van religie in het ziekteproces vraagt alle indrukken overziende om subtiele afwegingen, waarvan het maar de vraag is of je als zorgverlener dat allemaal kan overzien. Deze geïnterviewden geeft daarop een uit de praktijk geboren antwoord: “Je hoeft niet alles te weten. Je kunt ook niet alle geloven en culturen kennen. Vraag het gewoon. Je bent dan wel geen culturele antropoloog, maar je kunt er wel naar vragen”. (p13)

### Context van de zorg

De condition migrante is een factor die de toegang tot de zorg mede bepaald. Meestal onbedoeld voortkomend uit taal- en kennistekort van de patiënten ten aanzien van de zorg en zijn/haar houding tegenover het in Nederland vigerende gezondheidsgedrag. Met die ‘patiënten’ factor kan en wordt in de praktijk rekening gehouden, maar de sector zelf kan onbedoeld ook een belemmerende factor zijn in de toegang tot de zorg. Niet zozeer vanwege financiële en praktische drempels, maar meer in die zin van zorgvaardigheden die bij de patiënt worden verondersteld. Die zijn nu al omvangrijk en lijken verder in complexiteit te groeien. Na de ‘mondige patiënt’ van de jaren '90 tendent deze ontwikkeling verder naar ‘persoonsgerichte zorg’, waarbij de patiënt zijn gezondheid actief monitort en met ‘thuis’ onderzoek ondersteunt. Het consult met de arts evolueert zich in die trend van een adviesgesprek naar een gezamenlijke diagnose en met een gezamenlijk behandelplan als inzet. De arts als ‘zorgverlener’ krijgt de rol van ‘zorgregisseur’ en de zorgconsument die van ‘zelfregulerende’ patiënt. En dat alles digitaal. Of zoals een zorgverlener het beschrijft: “Als patiënt kan je dan met je telefoon je hartslag meten en misschien zelfs al een hartfilmpje maken. De patiënt komt dan met al die medische gegevens en een vermoedelijke diagnose bij mij. Mijn rol wordt om te kijken of deze het bij het goede eind heeft en niet iets over de hoofd ziet”. (z6) Die doorontwikkeling van de arts-patiënt relatie stelt opnieuw eisen aan de patiënt en het is zeer de vraag wat dat met de afstand tot de zorg doet. In ons geval voor patiënten met een migratieachtergrond dan. Zal die afstand daarmee niet nog meer worden vergroot en dat dan wederom buiten hun toedoen.

Zorgverleners en soms ook patiënten merken die ontwikkelingen ook op. “Met Nederlandse patiënten ben ik soms heel erg bezig samen iets te bedenken en een oplossing te zoeken. Daartegenover zijn er migranten patiënten die alleen maar een pil verwachten” (z6, z10). Soms moet de zorgverlener zijn stijl van consulteren aan de patiënt aanpassen: “Ik moet wel de knop omzetten. Ik ben meer van samen beslissen. Maar met deze Syrische vrouw kan dat gewoon niet. Ik ben dat niet meer gewend” (z7). Een collega kent dat gevoel maar dealt er mee: “Bij een geschoolde Nederlander, middelbaar of hoogopgeleid kun je wel optie a, b, c voorleggen. Dat doe ik niet bij deze (Turkse, ddr) mensen. Bij een patiënt met een Turkse achtergrond ben ik directiever in mijn adviezen. Van je doet dat wel, of je doet dat niet”. (z6). Men is zo opgeleid, met een open manier van communiceren, dat men zich niet meer senang voelt bij een autoritaire houding: “In onze opleiding is het vooral shared-decision making en de patiënten bij de zorg betrekken. Door veel mensen met een andere cultuur wordt dat verworpen. Die zien de dokter als een autoriteit en die willen graag een paternalistische benadering. Ik heb wel eens die persoonsgerichte benadering geprobeerd, maar dat werd helemaal niet gewaardeerd”. (z11, z4).

De arts-patiëntrelatie is al decennia in ontwikkeling en sluit vooral aan op mensen met een zeker opleidingsniveau en dat is, zoals een zorgverlener constateert, migratie onafhankelijk: “Niet zozeer de achterstandswijk bepaalt het verschil, maar het niveau van opleiding. Dat geldt voor mensen met een migratieachtergrond maar ook voor Nederlanders. Het achterblijven in opleiding leidt tot een kennistekort”. (z12). Een (migranten)gemeenschap is daarbij ook geen stilstaand water. Men leert van elkaar. Een van de zorgverleners: “Turkse patiënten, die zijn vaak al drie generaties in Nederland en goed op de hoogte van hoe het gaat in Nederland”. (z6). Ook een collega merkt ontwikkeling op: “In 20 jaar ervaring zie ik bij mensen met een andere afkomst wel de verandering dat men er meer van overtuigd is geraakt, dat de manier waarop hier naar gezondheid wordt gekeken wel anders is, maar dat men zich daar steeds beter bij lijkt te voelen”. (z8). Die houding versnelt zich met elke nieuwe generatie: “Ik denk ook dat met name de jongere generatie ook al hebben ze een migratieachtergrond vaak hoger opgeleid is en die kun je makkelijker uitleggen wat er speelt”. (z10)

Die ontwikkeling wordt ook door patiënten zelf gerapporteerd. Er zijn patiënten die zich ‘mondiger’ opstellen, zich voorbereiden en een lijstje symptomen maken als ze naar de dokter gaan (p5) of vooraf informatie inwinnen (p7) en ‘dokter google’ al hebben geraadpleegd: “Zodat ik niet met mijn mond vol met tanden sta”. (p1). De ander houdt zelf toezicht op de hoogte van haar diabetes: “Dan krijg ik een droge mond” en scant haar bloeddruk en cholesterol zelf: “Mijn nek begint dan pijn te doen, mijn ogen raken geïrriteerd en mijn hartslag neemt toe”. (P10). Tot slot voldoet de laatste al aan het beeld van de moderne patiënt: “Ik diagnosticeer mezelf en mijn huisarts zegt: ok, prima hoor, jij bent mondig en deskundig genoeg”. (p13)

### 2.3.2 Weergave interviews, parafrases en citaten, experts:

Dat we (101) verschillen en overeenkomsten kunnen aanwijzen tussen mensen met een migratieachtergrond en oorspronkelijke Nederlanders is een gegeven, dat zal voor de experts niets anders zijn. Interessanter is om te zien hoe zij dat ervaren, hoe zij daarmee omgaan: anders of beter dan de geïnterviewde patiënten uit dit onderzoek. Zij nemen per slot van rekening maatschappelijk gemiddeld een ‘betere’ positie in dan veel nieuwkomers en zijn op onderdelen ook succesvoller. Zien we dat terug hun beleving van factoren als religie, traditie en taboe die mede de afstand bepalen tot de zorg. Te beginnen bij de condition migrante.

#### Condition migrante

Op de eerste plaats geldt dat veel experts, hoewel nu zorgprofessional, als vluchteling of kind van een vluchteling in Nederland zijn beland met alle ervaringen van dien: sinds je geboorte alleen maar oorlog meemaken (e8); in een land aankomen -Nederland- dat niet je keuze was (e13); of dealen met het gegevens dat er überhaupt geen keuze was: “Diegene aan wie je het geld betaalde, bepaalde dat” (e8) en vanwege de omstandigheden voortijdig volwassen moeten worden: “Zo rond mijn 10<sup>de</sup> werk ik geacht de brieven van mijn ouders te lezen, van welke instantie dan ook (...) Ik stond altijd aan”. (e2)

Op de tweede plaats geven andere experts aan dat de gemeenschap waaruit ze voortkomen wel van invloed is op het perspectief van leven. Bijvoorbeeld in de Eritrese gemeenschap, aldus een van de experts, overheerst een grote mate van onderlinge gevoeligheid. “Als ik iemand in het openbaar aanspreek en zeg “waarom doe je dat?”, dan is dat niet goed. Wij hebben respect voor iedereen. (e10). “Er heerst een soort angst om elkaar te beledigen”, aldus een ander, hoewel zij daarover -en dat is wel nieuw aan de jongere generatie- daar open over is: “Dat heeft met de politiek van het thuisland te maken. Tegelijk weet iedereen nu wel van elkaar wie tegen is en wie voor. Daar praten we onderling ook over. Oudere misschien iets minder, maar jongeren zijn wat dat betreft opener” (e11). Maar toch de sterke sociale controle maant tot voorzichtigheid. Of zoals een eerdere expert het verwoordt (e10): “Als ik iets doe buiten mijn professie om, dan zeg ik altijd tegen mezelf: ‘denk aan je naam’. Als Eritrese kan ik niet iets verkeerd doen, niet voor je familie en niet voor mijn gemeenschap, dorp (van herkomst, ddr) en land. Zo denkt een Eritreeër”.

Tot slot melden ook enkele van onze experts dat zij zelfs in hun professie vanwege achtergrond en kleurverschil in waardering kunnen meemaken: "Ik word anders benaderd als ik aangeef dat ik zelf ook in de zorg werk. Een verschil in bejegening vanwege mijn buitenlands achtergrond". (e12) Een collega expert deelt een scherpere ervaring: "Ik ken ze beiden: buitenlandse patiënten die wel of niet bewust een blanke dokter kiezen; of witte mensen die zelfs angstig kunnen reageren. En dan komt de zoon of dochter vertellen: 'Sorry dokter om een of ander reden voelt moeder zich niet veilig bij u. (...)' Of, bij sommige patiënten probeer je alles uit te sluiten. Sommige buitenlanders denken dan, omdat ik een donkere dokter ben, ik een smoesje zoek omdat ik niets kan vinden". (e13). Zijn oordeel daarover is wel duidelijk: "Het is gewoon blaming, ja". (e13). Maar verder relateert deze expert het weg: "Ik doe daar niet meer niet moeilijk over. Het gaat niet over mij". (e13). En juist in dat laatste ligt een andere omgang met de eigen positie en het eigen verleden besloten: de ervaringen zijn overeenkomstig van anderen vervelend en pijnlijk, maar de professie leert hen daar anders naar kijken en deze te overstijgen,

### Traditie en Cultuur

Bijna alle expert kunnen wel voorbeelden noemen van aan traditie gebonden gezondheidsgedrag, die wijken in die zin niet veel van wat eerdere zorgverleners en patienten daarover melden. Dat varieert van traditioneel medicijnen- annex kruidengebruik, van zorgmijding, van eerder de oorzaak buiten de 'ziekte' -het boze oog'- etc. Veel zorgverleners kozen ervoor met deze beleving van de patiënten' mee te bewegen' en ze zo tot een andere behandeling te verleiden. Die houding zien we sowieso ook bij de experts, maar men is ook bereid op dit punt een stapje verder te zetten, zoals verwoord door een van hen: "Je mag als behandelaar best kennis hebben van andere culturen: wat komt vaak voor en hoe werkt het eigenlijk? En als ik het niet weet, dan vraag ik het aan de cliënt zelf". Maar belangrijker is, en dat gaat verder dan meebewegen, is de vraag "hoe gaat hij daarmee om. Wat leert hij ervan? Wat gebruikt die? Wat zou hem helpen vanuit die cultuur? Wat zou hem helpen vanuit zijn godsdienst"?

### Taboe en schaamte

Waar traditie en cultuur nog als kenmerk van de gemeenschap wordt beschouwd, lijkt het er op of taboe en vooral schaamte eerder de persoon zelf wordt aangerekend. De voorbeelden die de experts in deze aandragen zijn niet alleen duidelijk, maar lijken ook scherper, bijna verontwaardigd. Bijvoorbeeld over het ontkennen van zwakbegaafd en dat blijven betitelen als "Hij kan gewoon niet goed praten" (e4) of het weigeren van een operatie bij kanker, "omdat de familie dacht dat de operatiesnede de kanker verder door het lichaam zou verspreiden" (e10). Sommige schaamte lijkt onschuldig, maar kan toch tot verwarring leiden. Een van de Eritrese experts vertelt (e10) dat Eritreeërs het woord voor 'plassen' gebruiken als ze 'poepen' bedoelen, omdat ze niet over "poepdelen" kunnen praten: "Plassen is in Tigrinya 'shintie' en dat zeggen ze ook voor de poepdelen. Maar dat heet eigenlijk 'hari'. Dat een dokter dan iets voorschrijft voor een urinewegeninfectie is dan begrijpelijk, maar de patiënt zelf komt na 4/5 dagen terug met een constipatie" (e10). Dat patiënt zich schamen voor iets is uit oogpunt van angst nog wel te begrijpen. Zoals de eerdergenoemde Marokkaanse jonge vrouw die uit vrees voor borstkanker een ontwijkend verhaal ophangt "Ik voel daar iets raars" en dan ergens in de richting de oksel wijst (e12), maar daarmee de huisarts voor een onmogelijke opgave stelt, met alle gevaren van dien: "Met een buitenlandse patiënt kan je op die manier wel een jaar bezig zijn en die kan onderwijl zomaar een angststoornis ontwikkelen en gaan disfunctioneren in de maatschappij" (e12).

Het idee is dat je met taboe en schaamte zorg van je afduwt: "Als je er niet aan toegeeft (benoemt), dan bestaat het ook niet" (e4), dat staat natuurlijk steeds meer haaks op de open zorgrelatie met de 'arts'. Bovendien zet met daarmee het welzijn van de patiënt direct onder druk. Op dat punt zijn de scherpe van de reacties van de experts wel te verklaren. Aan de andere kant brengt de gedeelde ervaring ook compassie met zich mee: Men moet ook niet vergeten dat veel patiënten met een



migratieachtergrond geen grip hebben op de Nederlandse zorg met het hele systeem van ziekte en diagnose: En dat is “Gewoon ook schaamte: het idee dat zij niks begrijpen”. (e2) Dat medeleven past ook de jongste generatie nieuwkomers: “Die jonge meiden hebben als vluchteling veel meegemaakt en gaan beslist niet alles vertellen aan een dokter. Zeker niet bij seksueel misbruik. En de jongens al helemaal niet. Je kunt het uit hun gedrag afleiden. Je ziet aan hun gezicht: die heeft wat meegemaakt, die wil niet aangeraakt worden, door wie dan ook niet”. (e11)

### Religie

Meer nog dan bij de patiënten plaatsen experts het geloof naast de zorg en niet erboven: “Ik ben moslim en daar hoort ook bij hoe je naar ziekte en gezondheid kijkt. (...) Dat iemand ziek wordt dat is voorgeschreven, dat staat in zijn lot. Dat iets is voorgeschreven en je toch zoekt naar de oorzaak, dat is voor mij geen tegenstelling. (...) Naast het geloof in het voorgeschreven lot, geloof je ook dat voor elke aandoening een genezing bestaat en dat het toegestaan is om daarnaar op zoek te gaan”. Maar dat moet dan wel overeenstemmen met de traditie van cultuur en geloof: “Op het sterfbed van mijn vader stelde de huisarts naast de mogelijkheid van euthanasie, ook opties voor als het toedienen van morfine, wat tot een sedatie zou leiden. In ieder geval tot pijnverlichting. Dat hebben wij toen wel opgezocht met de ouderen (met de voorgangers van de moskee, ddr)”. (e5) (e1)

Te veel nadruk op die voorzienigheid valt bij sommige experts ook niet goed. Op een vraag aan een patiënt of deze hartfalen heeft of suikerziekte, antwoordde deze: “Nee, nog niet. Inshallah als God het wil dan komt het niet”. Voor de expert was dat een raar antwoord: “Je wilt gewoon ja of nee horen. Want je hebt diabetes of je hebt het niet”.

Wat we bij de meeste expert horen is dat men rond dit thema toch wel een stap naar de ratio van zorg zet. “Als iemand zegt van het is Gods wil, dan denk ik ‘sorry hoor, maar God heeft ons ook hersenen gegeven om na te denken. Als ik ziek ben, ga ik naar de dokter. De dokter heeft daar verstand van, dus geloof ik in de dokter. Maar dat betekent niet dat ik niet in God geloof”. (e11) Zo maakt iemand anders dan die is opgevoed eigen keuzes: “Euthanasie, daar denk ik anders over. Mijn moeder zou dat nooit doen. Naar haar idee zijn wij niet degenen zijn die daarover beslissen”. (e4). Daarbij beseft men ook dat religie niet verklarend is voor alles. Neem VGV: “Ook naast de Islam, onder Protestanten, de Christelijke kant en zelfs onder Atheïsten komt VGV voor. Het is de cultuur en heeft niks met geloof te maken. In Eritrea bestaat het nog steeds in sommige streken, terwijl het in de meeste steden en semi-steden is het uitgebund”. (e10):

### Contextualiteit van de zorg

We wezen er al op: hoe moderner de zorg, hoe groter de afstand tot de migrant. Dit is zeker een tweede belangrijk thema (eerste beeld van de patiënt, hoe benader je de patiënt) waar de experts op wijzen. De sleutelbegrippen hierin zijn ‘patiënt prominent’, persoonsgerichte zorg, informed consent, shared decision making, sense of ownership ... met de patiënt centraal en de zorgverlener in de rol van begeleider, regisseur, meer dan beslissend. “Als de patiënt een sense of ownership heeft over zijn traject, houdt deze de zorg langer vol”. Dat heet therapietrouw zijn: “En therapietrouw kun je bewerkstelligen door de patiënt vroegtijdig te betrekken in de beslissingen die genomen worden in zijn behandelplan”, aldus een van de experts (e3). Die houding, die omgang met de patiënt, daaraan wordt in de opleiding veel aandacht besteed: “Het is een manier van communiceren, over contact met patiënten, hoe die te bejegenen en informatie te geven. Daar zit heel veel ‘informed consent’ en ‘shared decision making’ in”. (e12)

Dat die ontwikkeling aansluit op een trend, dat wordt zeker onderschreven (e3). Alleen, er klinkt een groot maar in door. “De manier waarop de relatie arts-patiënt wordt opgebouwd, is heel Westers met aspecten die weinig toepasbaar zijn bij patiënten van niet-Westerse afgrond”. (e12) Die twijfel uiten anderen ook: “Stel je hebt een 70-jarige Turkse vrouw, die heeft kanker en dan wordt haar een behandelplan voorgelegd van chemotherapie tot aan andere mogelijkheden, allemaal met

consequenties. En dan mag zij kiezen". (e3) De grote zorg die de experts hier uiten is dat 'shared decision making' aan bepaalde doelgroepen voorbyschiet. Shared decision making loopt parallel aan het mondiger worden van de patiënt en het moderner worden van de arts-patiënt relatie. Maar je kunt niet "alle patiënten op dezelfde manier bekijken. Je moet ook onderzoek doen naar wat dit betekent voor bepaalde subgroepen, aldus een expert. Die verliezen we nu al in het behandeltraject"(e3). Het moderner worden van de zorg is de uitkomst van een traject van decennia. Dat draai je ook niet zomaar terug. Wat ook niet wordt betoogd, maar de kloof dichten, dat moet wel. Hoe dan? Daarover worden meerdere mogelijkheden geopperd (e3): "Deze groep moet je door middel van informatie en bijeenkomsten op buurtniveau naar voren trekken, pro-actiever maken, tot ze zelf in staat zijn keuzes te maken (...) In elk geval niet omwille van het proces vertragen. Dat is niet de oplossing" (e3). Maar er is ook een ander antwoord dat ligt meer bij de zorgverleners: in plaats van meer 'shared decision' juist meer directief optreden. Daar lijken de experts eveneens meer uitgesproken in, minder 'cultureel' verlegen zou je zeggen. "Soms gaan artsen overstag als de familie tegen is. In bepaalde culturen wordt soms meer tegengas gegeven". "Soms moet je als dokter ook streng zijn en zeggen: luister, dit is de behandelmethode, meer hebben we niet" (e11). De patiënt mee nemen in het beslisproces, dat is volgens deze expert, een mooi streven, maar niet zaligmakend in elk traject: "Wanneer je dat gaat doen bij een familie die niet 100 procent dezelfde communicatie skills heeft, dan kan dat verkeerd uitpakken. Uit mijn ervaring is gebleken dat het soms beter is om gewoon direct te zijn en de familie beter helpt een goede kant op te denken in plaats van 3 keer een second opinion inzetten en dan op hetzelfde punt te eindigen."(e6) Toch zit ook aan deze trend een randje, want met het mondiger worden, worden mensen ook assertiever en dat de jongere generatie eerdere dan de oudere. Dat zien we ook bij migrantengemeenschappen: "De kinderen zijn mondiger, de ouderen geduldiger en dankbaarder. (...) Soms bij het onredelijke af. Je kan niet zomaar een MRI-behandeling vragen als daar geen reden voor is. Dat krijg je bij de jongeren. De ouderen zeggen, ok ik wacht op de dokter en luister naar de dokter wat hij zegt". (e11)

#### 2.4 Grenzen aan de zorg

Beeld en voorlopige conclusie: in hoeverre is elk gezondheidsgedrag inpasbaar in de zorg of zijn er grenzen aan de zorg

##### Voorlopige conclusie:

De begrenzing van de zorg wordt al langer bepaald door de discussie over de 'essentie' van de zorg: wat is effectief, wat is noodzakelijk en wat is betaalbaar. De Nederlandse zorgnorm is op dit punt internationaal gezien uitgesproken. Toch wordt in deze paragraaf onder de begrenzing van de zorg iets anders verstaan: en wel een meer morele norm waarin duidelijk wordt in hoeverre de zorgverlener wil en kan meegaan (meebewegen) in de ziektebeleving van de patiënt. Is er een moment in de diagnose van de patiënt waarbij de zorgprofessional op een grens stuit waarbij deze de behandeling niet meer tot zijn/haar professionaliteit cq verantwoordelijkheid kan nemen. De conclusie uit de interviews is dat de meeste zorgverleners 'meebewegen' met de kennis en ervaring van de patiënt zelf, maar niet in het oneindige. Of anders gesteld: in woord (communicatie) kan men verder met de patiënt meedenken dan in medisch handelen. In het eerste prevaleert de medemenselijkheid wat de zorgverlener ook de speelruimte biedt om het vertrouwen van de patiënt te winnen. In het tweede geval speelt de professionaliteit de boventoon en waarbij die grens wordt bepaald door de eigen professionele normen (opleiding) en het gevaar van aansprakelijkheid. Bij de 'experts' zien we op dit punt dezelfde afwegingen: alleen de experts zijn in de communicatie met de patiënt meer proactief, zoals we al zagen én zij maken die 'morele' grens, ook als die religieus en cultureel geladen is, duidelijker kenbaar. Zij zijn minder cultureel verlegen om zich op dit punt uit te spreken.

#### 2.4.1 Weergave interviews, parafrases en citaten, zorgverleners:

In deze paragraaf worden twee items belicht: het meebewegen met de patiënt en het stellen van grenzen. Twee items die vooral spelen in de praktijk van de zorgverlener. Vandaar dat in deze paragraaf met name zorgverleners aan het woord komen en later de experts.

##### Meebewegen met de patiënt

Veel zorgverleners gaan mee in de kennis en ervaring die hun patiënten inbrengen, zij het met een waarborg: "Als iemand gelooft dat 3 keer per dag een prikje over een periode van twee weken zal helpen, omdat de Imam heeft dat verteld, dan ga ik niet zeggen, wat een onzin. En als de hulpvraag medisch verantwoord is, dan kies ik de kant van zijn hulpvraag. Maar dan wel met vitamine B12 ofzo". (sic) (z11). Deze zorgverlener heeft ook de ervaring dat het opleggen van medische kennis tegenover de hulpvraag van de patiënt geen effect heeft. Of dat nu een bezoek aan de marabout betreft of aan een osteopaat: "Je kennis aan iemand opdringen heeft absoluut geen zin. Ik heb het weleens geprobeerd: het werkt niet en je krijgt niks gedaan". (z11). Vergelijkbaar is de ervaring van een andere zorgverlener met de inzet van een Winti arts: "Ik zie het als een vorm van psychologische behandeling, maar gaan uitleggen 'hoe en waarom' helpt hen niet verder". (z8) Men beweegt met de patiënt mee, zolang het effectief en ethisch verantwoord is (z5), of dat nu voortkomt uit religie, volkse gebruiken of eigen medicijnen: "Be my guest als het iemand helpt, maar wel naast mijn beleid. Ik wil wel weten wat er allemaal gaande is" (z4). Precies dat, ruimte zoeken in iemands overtuiging en gedrag, maar wel de effectiviteit van de zorg voor ogen houden, temeer ook omdat een traditionele benadering niet tot een eenduidige diagnose leidt, dat is de koers die vele varen: "Je ziet vaak hele verschillende interpretaties. Ik stel daartegenover mijn diagnose, zoals ik vind dat te moeten doen. Ik probeer me wel te verplaatsen in iemands uitgangspunt, maar ik ga me daar niet helemaal in verzinken. Ik blijf bij mijn eigen standaarden, want ik wil natuurlijk wel dat zijn bloeddruk omlaaggaat". (z11)

Deze expert beweegt dus mee met de patiënt met als inzet bij de eigen verklaring te komen. Dus "als iemand zijn schizofrenie verklaart door een djinn of duivel, dan zeg ik niet dat dat niet klopt. Ik probeer met zijn eigen kennis dat beeld te ontmantelen, maar wel vanuit mijn opvatting, mijn kennis". (e7) Die ruimte is er ook volgens sommigen gemotiveerd omdat in houding, beleving en behandeling, wat ook wel omschreven wordt als een placebo-effect. Bijvoorbeeld "dat iemand liever een pijnstillertje heeft in de vorm van een tablet in plaats van een injectie". Dat effect is er ook een arts zelf een medicijn aanprijst: "Dan werkt dat beter dan wanneer die twijfels uit". (z8) (z12) Voor een ander is de wetenschap niet zo zwart-wit. Zo is het niet altijd duidelijk of de oorzaak van een ontsteking een virus of een bacterie betreft, wat het 'ge-struggle' met antibiotica enigszins verklaard en ruimte biedt voor afweging (z11).

##### Grenzen: medisch en professioneel

Toch hanteren de meeste zorgverleners een grens aan dat meebewegen met de patiënt (cultuursensitieve zorg): "Ik ga niets voorschrijven waar ik niet achtersta en als men medicijnen van elders aanschaft, dan zeg ik: 'Zo kan ik je huisarts niet zijn'". (z12) In sommige gevallen is dat kraakhelder, bijvoorbeeld bij illegale medicijnen: "Als dat gebeurt, neem ik de verantwoording niet en noteer ik dat ook in het dossier" (z2, z6) of als iemand op zijn naam medicijnen voor een ander aanvraagt: "Daar ga ik uiteraard niet mee akkoord en dat zeg ik dan ook heel direct en dan is het klaar". (z4). Ook bij evidente diagnoses is men helder: "Als je een gebroken been hebt, dan moet je in het gips. Dat kun je niet met traditionele zaken aankomen. Of een daverende kanker, kun je niet met gebed genezen. Daar ben ik heel helder in. Dat moet een chirurg behandelen of met bestraling. Nee, de medische norm die is er gewoon. Ik blijf wel de reguliere dokter". (z10). Soms wil een patiënt worden doorverwezen of legt een diagnose van een derde voor. "Als ik het dossier van een second opinion (een buitenlandse arts bijvoorbeeld, ddr) terugkrijg en ik het daar niet mee eens, dan bespreek ik dat. Anders moet de persoon maar naar die arts gaan voor zijn verdere behandeling. Idem voor een diagnose van een gebedsgenezer. Als ze daarmee dan naar mij toe komen, dan wil ik die diagnose op mijn manier kunnen bevestigen. Zo niet, dan is dat niet de geneeskunde, waarin ik

ben opgeleid. Als men toch behandeld wil worden, dan maar daar waar de diagnose is gesteld. Er zijn grenzen aan: het is niet zo dat men iets zegt en ik mijn kunstje draai". (z12)

De grens, de medische norm is voor velen duidelijk, maar dan is het de vraag hoe je die inzet. De een neemt meer tijd en geduld de betrokkenen voor keuzes in de zorg te overtuigen, bijvoorbeeld bij palliatieve zorg (ddr): "Je moet die keuze ook laten bezinken, zonder de zorg zelf ter discussie te stellen:"(z2) Anderen lichten hun grenzen toe, bijvoorbeeld bij een zelf-diagnose van een patiënt: "Zo heeft men mij dat niet geleerd ..." (z8). Of meer nadrukkelijk: "Het is ook de verantwoordelijkheid van de behandelaar patiënten te wijzen op de gevaren van het eigen gezondheidsgedrag en duidelijk te maken waarom ik een bepaalde benadeling wel of niet wil"(z3).

#### 2.4.2 Weergave interviews, parafrases en citaten, experts:

##### Meebewegen met de patiënt

In dat 'meebewegen' met de patiënt, daarin verschilt de expert niet van de reguliere zorgverlener, ook niet qua grens daarin: "Als er angst voor medicatie is, kun je iemand niet dwingen. Dan kijk je naar de cliënt, op welk niveau zit ie en dan ga je daarin mee zonder de cliënt het gevoel te geven, ik dwing jou". (e7) Als er al verschillen in zijn, dan zijn die gradueel (subtiel) en uitendie zich meer in achtergrondkennis en in inlevingsvermogen. Zo schat een expert de terugval van een patiënt op voodoo of religie direct "als schadelijker in, omdat er zorg wordt geweigerd, die behandelbaar is. Je kunt dan een imam inschakelen, maar als deze de keuze bevestigt, ben je wel patiënt kwijt. Hetzelfde verhaal met priesters". (e13). Een ander verzet zich niet tegen het raadplegen van een imam: "Ik laat het gebeuren maar tegelijkertijd geef ik wel mijn verklaring over wat er aan de hand is". Met andere woorden: "Ik zet hem aan het werk en leg hem uit wat er in zijn brein gebeurt, waar zijn gedrag vandaan komt. Mijn ervaring is dat mensen daarover gaan nadenken en terugkomen met de opmerking: ja dat heeft wel sense". (e7)

##### Grenzen: medisch en professioneel

Ook experts hanteren in hun werk grenzen aan de zorg. Maar het lijkt of zij die duidelijker weten te stellen, of zij daarin minder cultureel verlegen zijn om die aan te geven en af te bakenen. "Wat voor iemand uit Somalië een medisch besluit is, is dat voor een Nederlander net zo hard een medisch besluit". (e8) Of anders: "Als voor mij een keuze totaal onaanvaardbaar is, dan ga ik daar zeker tegenin en laat ik mijn stem wel horen" (e6). Een enkeling past zijn communicatie ook aan, maar dan omgekeerd dan we zouden verwachten: "Subtieler als het een Nederlander is, directer bij een Somalier". (e8) Dit klinkt luidt en duidelijk en zelfs een beetje bruusk, maar de afweging daarachter is toch gevoeliger: "Helemaal als ik het idee heb dat een familie behoefte heeft aan een arts die leiding neemt. Dat je niet bij elke beslissing met een open houding het gesprek in moet gaan. Wil je het een familie überhaupt aandoen om te beslissen over het lot van hun geliefde. Ik vind dat heel moeilijk". (e6) Deze expert staat daar toch -tot slot- principiëler in en uit dat duidelijk(er) naar het Nederlandse zorgsysteem: "Er is in Nederland een wet die zegt dat de patiënt moet instemmen met zijn behandelplan en om dat te kunnen moet je je behandelplan begrijpen. Niet alleen taalkundig maar echt begrijpen. En die verantwoordelijkheid ligt bij medici. Nu behoort uitleggen tot iemand snapt wat zijn keuzemogelijkheden zijn of het daartoe officieel een tolk inschakelen, niet tot zijn of haar verplichtingen. Daar is de tijd en het geld niet voor. Dus we frommelen dat soort gesprekken en het meebeslissen in 10 minuten en raffelen we het af". (e3)

### III. Resultaten

#### 3.1 Fits en non fits

Op basis van de bevindingen van patiënten, reguliere zorgverleners en de experts, als ook op basis van de deduceerbare kennis die daaruit voortvloeit zijn onderstaande fits en non-fits geïnventariseerd en beschreven. Deze fit's (non-fits) vormen voor een deel een aanvulling op bestaande kennis en interventies en openen voor een ander deel de mogelijkheid van een nieuwe aanvullende aanpak en strategie.

#### Bestaande aanpak

'Fits' voor de bestaande aanpak worden onderscheiden naar voorlichting, communicatie en beleid.

| Bestaande aanpak / thema               | Fits (non fits)   |
|--|---|
| <b>Voorlichting</b>                    | Hoe dichter bij de betrokkenen -fysiek en persoonlijk- des te effectiever de kennisoverdracht. Dus door (zorg)intermediairs ook voorlichting geven in de wijk, bij bewoners en (zelf)organisaties   |
|  | Naast de klassieke zorgvaardigheden: de rol van de huisarts, de functie van de doktersassistent (triage), het werk van de POH's, ook de eigentijdse kennis overdragen als: persoonsgerichte zorg, shared decision making, de patiënt centraal etc   |
|  | Besteed aandacht aan de 'instrumentele' houding van nieuwkomers tav het Nederlandse zorg- en verzekeringssysteem. Zoals: hoe langer je verzekerd bent, hoe meer recht op zorg je hebt. Of: "Ik betaal belasting dus ..."  |
| Tbv de relatie zorgverlener en patiënt | Over de kennis van de gezondheidszorg in landen van herkomst: wie is de 'huisarts', wat is rol van het ziekenhuis, van de 'apotheek' en wat de betekenis van religie, pastor, imam, sjamaan, maraboet etc   |
|  | Over verschil in ziektebeleving, in urgentie van de diagnose (koorts kan in de tropen ernstige gevolgen hebben); qua zorgontwijking en armoede (bagatelliseren van gezondheid); over de invloed van een diagnose op de sociale omgeving (onderling geroddel, verlagen van sociale status, verkleinen van kansen op de huwelijksmarkt)   |
|  | Inzicht in cultuurgebonden communicatie: 'nee, dank u' kan een respectvol 'ja, graag' betekenen; het NIET stellen van vragen uit schaamte voor het NIET begrijpen van antwoorden; het zich niet uiten naar derden kan wijzen op ongemak persoonlijke ervaringen (privacy) te delen; in de assertiviteit van jongvolwassenen die 'namens' hun ouders spreken en niet voor zichzelf |
| <b>Communicatie</b>                    | Vergroot het inzicht in de 'taligheid' van de eigen praktijk: hoe is het telefonisch contact geregeld; hoe makkelijk is het inschrijven via de eigen website; is er sprake van nazorg bij patiënten met een taaltekort ...  |
|  | Wijs nieuwe patiënten bij inschrijving pro-actief op de mogelijkheid iemand mee te nemen naar het consult; voeg een Nederlandsprekend contactpersoon toe aan de inschrijving  |

|   |  |
|---|--|
|   | Verruim het eerste consult (bij kennismaking) van 10 naar 20 minuten om je te informeren over de achtergrond van de betrokkene: thuissituatie, werk, schulden, zorg in land van herkomst etc. Een extra consult inplannen kan ook  |
|   | Biedt informatie beeldend/visueel aan: via plaatjes (zon voor dag, maan voor nacht), via gebaren (uitleg bij inhalatiemedicatie). Vraag altijd aan het einde van het consult of de informatie is begrepen. Zeker bij kind-vertalers  |
|   | Leg een verklarend woordenboek aan: binnen de praktijk, maar ook op de afdeling van het ziekenhuis. Beschrijf en vertaal daarin de meest voorkomende ziektes, de meest voorkomende handelingen (naar de wc gaan, douchen, vragen over ontlasting, bloeddruk ...), de meest gebruikte farmacie ...        |
| Tbv de zorgverlener:                              | Het consult kan ook communicatie-tactisch worden ingezet: iemand terugvragen geeft meer tijd voor uitleg; extra onderzoek voorkomt doorverwijzing; doorverwijzen ondersteunt de vertrouwensrelatie. Idem geldt dat voor meer medicijnen, meer uitleg; meer behandeling: dat kan herhaaldgedrag voorkomen |
|   |  |
| <b>Beleid</b> , tbv de zorgverlener, beleidsmaker | Verlaag de drempel (triage) en verkort de tijd om een afspraak met de huisarts te maken; verleng daarmee de consulttijd  |
|   | Verhoog de zorgsubsidie; bouw een postcode-afhankelijk achterstandsfonds in: met een relatief klein bedrag kan een consult worden ondersteund  |
|   | Verbreed de samenstelling van eerstelijnszorgpraktijk: inhoudelijk met een huisarts, fysiotherapeut, diëtist etc. Verbreed ook het basispakket daarmee. Neem meer cultuurdiverse zorgverleners in dienst. Bedt de eerstelijnszorg in in wijkgerichte zorg (wijkteam, wijkzorg, OKT etc)                  |

### Nieuwe aanpak


Voor wat betreft de nieuwe strategie wordt onderscheid gemaakt in: voorlichting, communicatie, culturele matching, netwerk -MST, beleid en algemene non-fits. De meeste van deze nieuwe suggesties zijn afkomstig van de 'experts'.

| <b>Nieuwe aanpak / thema</b>            | <b>Fits (non fits)</b>   |
|---|--|
| <b>Voorlichting</b> , tbv zorgverleners | Voorzie de 'bezwaren' vooraf: geef aan geen kinderen mee te nemen als tolk, zeker niet bij lastige consulten. Laat waar mogelijk ruimte voor de keuze in een mannelijke of vrouwelijke arts                                      |
|   | Naast pro-actieve (systemische) zorg voorkomt nazorg veel herhaalvragen: reik extra informatie aan, bel een doorverwijzing na, regel medicijnen bij de apotheker ...   |
|   | Verbreed het professionele netwerk naar collega-artsen in herkomstlanden: deel diagnose en behandeling met hen. Zie voorbeeld van Turkse artsen die antidepressiva voorschrijven bij 'chronische somatische' klachten in Turkije |

|   |  |
|---|--|
| <b>Communicatie</b> , tbv de zorgverlener | Communicatie begint voor het contact: hoe kijk je naar de patiënt, hoe ontvang je deze. Kennis vooraf is daarbij bepalend: empathisch zijn zonder kennis, kan niet. Deskundigheid zonder empathie, zonder menselijke kanten van respect, ook niet              |
|   | Ook de patiënt heeft een eerste blik, ook die observeert: heeft deze dokter tijd voor mij, is deze geduldig, wil die mij wel helpen. Die blik verschilt van de gemiddelde Nederlandse patiënt  |
|   | De feitelijke communicatie met de 'migranten-patiënt is fluïde, zoekend naar mediërende tussenstappen: met de patiënt meebewegen, puzzelen, judo-en. Hoe je dingen brengt, is vaak een deel van de oplossing <sup>15</sup>                                     |
|   | Kennis ondersteunt de communicatie: daardoor kan men 'puzzelen', weet men dat een traditionele benadering niet tot eenduidige diagnoses leidt en dat de terugval op voodoo of religie (meebewegen) kan leiden tot zorgmijding                                  |
|   | Kennis en empathie maakt minder cultureel (en religieus) verlegen in het benoemen van grenzen in de rationaliteit en de zorg. Voorbeeld: kom je helemaal uit Afrika om hier vroegtijdig te sterven; of: God heeft ons ook verstand gegeven om na te denken ... |
|   | Anders maar ook een keuze: soms kan het van belang zijn de verantwoordelijkheid voor de patiënt over te nemen, de traditionele houding. Sommigen zien de dokter liever als autoriteit (itt shared decision making) en willen als zodanig benaderd worden       |
|   | Ontwikkel een rol overstijgend cultureel naslagwerk: een lexicon van interculturele zorg en communicatie, een gedeeld 'medisch' woordenboek, een medisch-culturele Wikipedia   |
|   |  |
| <b>Culturele matching</b>                 | Matching past beter bij eerste generatie migranten en nieuwkomers, dan bij de hier opgegroeide, opgeleide en werkzame generatie: die kan en wil behandeld worden als elke andere patiënt   |
|   | Niet matchen maar mixen: opbouwen van zorgrelaties ongeacht achtergrond heeft de voorkeur. Professioneel: zo is men niet opgeleid. Persoonlijk: misschien kent men de familie. Praktisch: ook met een migranten-dokter kan de communicatie mislopen            |
|   | Matching leidt ertoe dat de reguliere zorg eerder minder investeert in cultuurdiverse zorg dan meer. Matching als aanpak komt vooral voor in multi-etnische wijken ten aanzien van cultuurdiverse doelgroepen <sup>16</sup>                                    |
|   |  |

<sup>15</sup> In de klassieke antropologie heet dat de strategie van de ladder van stammen (Lawrence of Arabia). Een vraag over culturele verschillen, over de relatie tussen mensen en groepen (stammen), komt vaak niet rechtstreeks, niet via een brug (zie Nederlandse verbinden en bruggenslaan) maar via een reeks van argumenten en contacten tot stand. Denk aan: puzzelen, netwerken. Zie Martijn Kitzen. Oorlog onder de mensen, Ambo, 2016

<sup>16</sup> Cultuursensitief Zorgaanbod. Exclusief of inclusief? Verweij Jonker Instituut, KIS, 2020

|   |   |
|---|---|
| <b>Netwerk – MST / nieuwe professionals</b>   | Vergroot het cultuurdiverse professionele netwerk: vraag na bij patiënten, raadpleeg vrienden, collega's en POH's, verbreedt de werkzaamheid van de praktijk, werk samen met (cultuurdiverse) zorgkantoren  |
|   | Zet je kennis pro-actief in. Ondersteun collega's in hun consult met migranten-patiënten (Ik zie twee/drie patiënten van collega's per maand); overleg met de collega wat hij/zij dacht. Daar staat men meestal voor open: ook zij bemerken fricties in de communicatie en wil ook horen wat er wel aan de hand is  |
|   | Ontwikkelen cultuurspecifieke kennisnetwerken cq zet netwerken op van cultuur- en kennis-specifieke zorgprofessionals. Dan wel sluit daarbij aan <sup>17</sup>  |
|   |   |
| <b>Beleid</b>                                 | Ontwikkel een kennisinstituut, een kennisbank waar zorgprofessionals gericht een beroep kunnen doen op cultuurgebonden vragen. Veel generieke en specifieke kennis is bij zorgprofessionals met een migratieachtergrond beschikbaar. Betrek hierbij inmiddels bestaande kennisnetwerken   |
|   | Zo ontwikkelt zich parallel aan dit onderzoek een netwerk (AlloMedics) van zorgprofessionals die tijdelijk een consult van een collega overnemen. Zij fungeren als arts in eigen 'taal en cultuur', die op dezelfde manier denkt of weet hoe de patiënt denkt. Dit netwerk fungeert als de betere versie van de 'tolkentelefoon' van 'vertalers' met een professionele medische achtergrond   |
|   |   |
| <b>Non fits</b>                               |   |
| <b>Algemeen</b>                               | De primaire toegang tot de zorg: het bellen van de huisarts en het aan de telefoon afhandelen (triage) van de klacht, is de meest geuite drempel tot de zorg. Hoe vaak leidt die effectieve besparing van de zorg niet tot onbegrip en wrevel?  |
|   | De houding om een klacht te 'fixen' (zie sommige specialisten): hier gaat het niet om de patiënt, maar om de klacht (knie, druk op de borst, heup). Commentaar van de patiënt: de dokter keek meer op zijn scherm dan naar mij: hij keek me niet eens aan   |
|   | Ongeduld (bij een tekort aan taal) en onbegrip (bij het niet snappen van de zorg) zijn de onuitgesproken valkuilen van de zorg waarin veel migranten-patiënten zich verliezen. Psychologisch gezien gebeurt er het volgende: als een zorgverlener te snel wil weten wat er aan de hand is, dan initieert dat een vorm van tegenoverdracht, die de behandelaar blokkeert. De patiënt voelt dat ook en daarmee lekt in feite de relatie met de betrokkene weg |
| <b>De drang naar efficiënte zorg (figuur)</b> | Tijdsdruk  Essentiële zorg<br>(On)geduld  |

<sup>17</sup> Zie ook noot 5. AlloMedics omvat inmiddels 60 zorgprofessionals en 35 talen; Sahan Netwerk omvat via LinkedIn 2.000 hoger opgeleiden in Nederland met een achtergrond uit de Hoorn van Afrika



## IV. Theorie, reflectie en vervolgonderzoek

### 4.1 Theorie: cultuur en zorg

In Nederland is de discussie over de betekenis van cultuurverschillen en hoe om te gaan met het verschil in culturele achtergrond van burgers en groepen op zijn zachts gezegd nog niet afgerond. Misschien is het beter te zeggen: in een impasse is geraakt. Een deel van de samenleving vindt het gesprek daarover niet op zijn plaats, omdat daar altijd de schaduw van generalisatie en ongelijkheid overheen hangt. Een ander deel zou het gesprek liever meer op scherp zetten en standpunten tegenover elkaar plaatsen, juist met het motief om de ervaren ongelijkheid te bevestigen. En dat terwijl het aandeel burgers met een niet-Nederlandse achtergrond nog nooit zo groot is geweest en alleen maar groeit. De urgentie van de vraag blijft daarmee evident en ook het zoeken naar een werkend antwoord op de omgang met cultuurverschillen. De gevolgen daarvan zijn zeker in de zorg te merken. Hoe zijn we in deze impasse terecht gekomen?

#### 4.1.1 Een kleine geschiedenis van het integratiebeleid

Misschien kan een kleine geschiedenis van het Nederlandse bestuursbeleid helderheid bieden.<sup>18</sup> In de jaren '80 en '90 stond het 'integreren met behoud van eigen taal en cultuur' als richtsnoer van het Nederlandse 'minderhedenbeleid' nog fier overeind. Met dat als uitgangspunt werd op scholen lesgegeven in Nederlands 'als tweede taal' (Nt2) en 'in eigen taal' (Turks, Arabisch ...), werd het overleg met gemeenschappen volgens het Nederlandse model van landelijke koepels met lokale zelforganisaties ingericht en werd een doelgroepgerichte maatschappelijke ondersteuningsagenda opgezet, parallel aan de welzijnszuil, zoals die gold voor de Caribische Nederlanders. Dit alles ademde een compromis uit van het toenmalige CDA, waarbij het 'soeverein zijn in eigen kring', vertaald naar 'het integreren met behoud van ...', een laatste opflakking betekende van de Nederlandse verzuilde samenleving op haar retour.

Al in de jaren '90 van de vorige eeuw groeide de weerstand tegen de multiculturele samenleving via bijdragen van Frits Bolkenstein (VVD, 1995) en Paul Scheffer (PvdA, 2000), waarbij het beeld daarover na de gebeurtenissen op 9 september 2001 volledig omsloeg. De agenda van de 'multiculturele aanpak' veranderde in een politiek van 'confrontatie' en het 'behoud van eigen cultuur' kantelde naar het adagium van 'zonder wrijving geen glans'. Pas later zouden we gaan beseffen hoeveel krassen dat heeft achtergelaten in het onderlinge vertrouwen. In 2012 krijgt de nieuwe omgang met cultuurverschillen zijn beslag in een overheidsbeleid dat van een doelgroepspecifieke benadering verschuift naar een generieke aanpak: alle burgers ongeacht hun achtergrond dienen gelijk te worden behandeld door een overheid die zich neutraal en kleurenblind opstelt. Voor de sociale aanpak die voorheen nog gedifferentieerd was naar achtergrond en maatschappelijke positie volstond vanaf dat moment 'een loket'. Doordat het initiatief kwam te liggen bij de mondige ondernemende burger, leek succes verzekerd.

De jaren daarna nam de polarisatie in de samenleving toe en voor menig departement werd dat zelfs het leidende principe om de samenleving tegemoet te treden.<sup>19</sup> In de landelijke politiek kon men niet anders dan in tegenstellingen over culturele verschillen discussiëren. Dat beperkte beslist de ruimte om vrij-uit over 'cultuur' na te denken. Het verhoogde zelfs de publieke onrust daarover. Zo sterk dat voor de opeenvolgende kabinetten na Rutte I het woord 'integratie' uit het bestuursvocabulair verdween. Beter te investeren in je toekomst dan in je afkomst, werd in plaats daarvan het uit te dragen beeld.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Zie Culturele Kansen, Van den Brink, De Ruijter, Prometheus, 2013, vanaf pg 39 ev

<sup>19</sup> Dat gold met name voor de ministeries van V&J en SZW waar de laatste decennia het integratiebeleid onder ressorteerde.

<sup>20</sup> In de regeringsverklaringen van de opeenvolgende kabinetten na Rutte I komt het woord integratie niet meer voor.

De maatschappelijke werkelijkheid leerde ons echter ook nog iets anders. Ja, dat de condition migrante tot sociale afstand en maatschappelijke achterstelling kan leiden. Maar ook dat deze Sociaal Economische Situatie (SES) niet noodzakelijkerwijs verbonden was aan burgers met een migratieachtergrond, maar alle 'kwetsbare burgers' in Nederland kon treffen. Voor het loket 'overheid' dromden nu ook burgers met een Nederlandse achtergrond samen, burgers die het moeilijk vonden hun weg te vinden in de samenleving, burgers die bij vergelijkbare problemen uitkwamen als veel burgers met een migratieachtergrond. Dit gedeelde lot van de 'kwetsbare burger' gaf nog meer voeding aan het argument dat niet 'cultuur' maar de economische status van burgers verantwoordelijk was voor onderlinge maatschappelijke verschillen. Een redenering die vooral postvatte ter linkerkant van het maatschappelijke spectrum: 'It's the economics, stupid'.

De grootste gemeenschappelijke deler bij kwetsbare burgers is inderdaad een lage SES. En 'SES' correspondeert eveneens met de afstand tot de samenleving, zoals dat zichtbaar wordt in inkomen, huisvesting, gezondheid, vertrouwen in de overheid en zich thuis voelen in de samenleving (belonging). Cijfers wijzen dat ook uit. Maar slaan we daarmee niet het reliëf aan verschillen in cultuur en achtergrond in een klap plat. Sociaal-economische factoren corresponderen met veel, maar hoe met het verschil in religieuze beleving, met geslotenheid of openheid van gemeenschappen, met zelfbeeld en zelfbeschikking als persoon: vrouw, man, gender, seksuele identiteit. Ook die verschillen raken meer aan nieuwkomers en 1<sup>e</sup> generatie migranten, dan aan hier opgegroeide en opgeleide jongvolwassenen. Maar toch, ook dan blijven nog zoveel observaties onbesproken, die wel een concrete rol spelen in de dagelijkse ervaring van burgers met een migratieachtergrond. Misschien dat een paar voorbeelden uit ons eigen netwerk kan verhelderen hoezeer het leven van burgers onderling in Nederland kan verschillen: Een Turkse vader, 50+, wonend in de Randstad, hoog opgeleid, draagt zijn zoon ten huwelijk voor aan een andere familie, maar dat wordt afgewezen vanwege de te 'liberale' geloofsopvatting van hem en tegelijkertijd wordt het contact tussen zoon en geliefde op straffe van geweld verboden. Wie bedenkt dat nog anno 2021. Twee, een Somalische vrouw, al decennia in Nederland, getrouwd, kind, werkend als professional, wie haar man onlangs volgens de traditie trouwt met de vrouw van zijn overleden broer, zonder dat te melden, omdat hij ervan uitging dat zijn vrouw dat wel zou snappen. 2022! Tot slot: een Marokkaanse vrouw, ergens in de 30, Noord-Nederland, twee kinderen, een van 10 uit de tweede relatie en een volwassen zoon uit de eerste relatie. Een kleine berekening ontlokt haar de confessie dat zij als jong meisje was uitgehuwelijkt aan een oudere man, die tegen de traditie in dat huwelijk ook nog consumeerde. En zij is niet de enige vrouw met die ervaring, in Nederland, anno 2021!

In plaats van de discussie over cultuur en achtergrond verder te laten verkrampen, wat de samenleving niet dient, lijkt het beter de maatschappelijke ruimte te zoeken om rationeel en reëel over cultuur en verschillen na te kunnen denken. Want stel dat de nu vigerende (sociaal-economische) antwoorden op zorgmijding en de zorgkloof maar voor een deel de factor 'cultuur' verklaren, dan blijven we achter de feiten aan lopen. En juist dat speelt zich naar ons idee af in het zich herhalende 'vraag-en-antwoord spel' van -in dit geval- de toeleiding tot de zorg.

#### 4.1.2 Culturele lessen uit het recente verleden

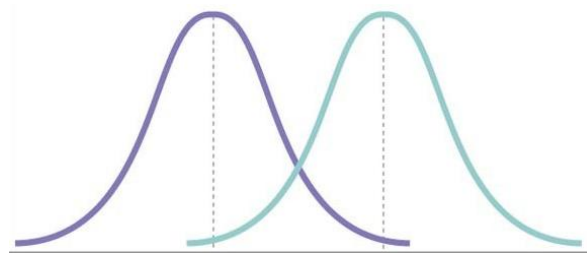
Misschien dat volgende lessen uit de laatste decennia die ruimte voor cultuur scheppen, die we zoeken.

Op de eerste plaats kan men iemand zijn culturele afkomst (lees ook: huidskleur) niet verwijten. Dat heeft geen betekenis: cultuur is geen verwijt. Cultuur is het decor, ieders achtergrond, waartegen gedragingen, feitelijk en normatief kunnen worden begrepen. Maar niet als treinrails die een eenduidige route dicteren. Cultuur scheidt de mentale ruimte voor mensen en samenlevingen om hun gedrag, geloof en handelingen te plooiën naar de best passende vorm (fit). En dat niet als een te selecteren puzzelstukje of na trial en error, maar meer in de figuur van: een stapje naar links, eentje

naar rechts, een stapje naar voren en terug en dan nog een keer proberen.<sup>21</sup> Deze opvatting over cultuur als evolutie begint de laatste decennia door het werk van evolutiebiologen en evolutiepsychologen en -antropologen steeds overtuigender door te dringen.<sup>22</sup> Een opvatting over cultuur dus, die iedereen aangaat: van de moderne burger uit Nederland tot de traditionele burger uit de Hoorn van Afrika. Een denkwijze die de ruimte schept om op een 21<sup>e</sup>-eeuwse manier over cultuur en verschillen na te denken en daarmee ook de 19<sup>e</sup> en 20<sup>e</sup>-eeuwse manier van cultuur als maatstaf in termen van modern, premodern, primitief, humaan of niet-humaan achter ons te laten.<sup>23</sup>

Dat brengt ons op het tweede mogelijke leerpunt. Niemand is gelijk aan zijn cultuur. De diversiteit binnen culturen is net zo groot, zo niet groter dan de diversiteit tussen culturen. Op de eerste plaats verschilt de socialisatie in vergelijkbare omstandigheden van mens tot mens. De 'devil is in the detail', wat zeker geldt voor de invloed van de sociale omgeving op de ontwikkeling van mensen individueel en gemeenschappen. Een oude studie wat dat betreft, maar nog verbluffend actueel, is het onderzoek van Jan Brands: 'Die hoeft nooit meer wat te leren' (SUN, 1992). Zeker als we de overeenkomsten in de sociale stijging voor ogen houden, die na-oorlogse arbeidskinderen toentertijd doormaakten in vergelijking met de 'migrantenkinderen' van nu. Deze studie laat zien hoe de rol van ouders en familie, het omgaan met taal, symbolen, geloof, kleding, haardracht, de betekenis van wijk, buurt of de plaats van waar je woonde in het dorp of stad, de ervaringen op school en docenten etc etc, tot in detail een wissel konden trekken op de keuzes voor het leven en daarmee of je wel of niet je weg wist te vinden (socialiseren) in de samenleving.<sup>24</sup>

Cultuur leidt ipso facto niet tot overeenkomstige, generaliseerbare mensen en burgers. Persoonlijkheid is een van die variaties die culturele evolutie op gang houdt, net zoals milieu en geografie (fenotype) en genetische differentiaties en mutaties etc. Verwezen we voorheen makkelijk naar eenduidige groepen en gemeenschappen als het over burgers met een migratieachtergrond ging, nu overzien we beter de diversiteit van burgers in de diversiteit van gemeenschappen. Gedragingen en culturele gewoontes verbreiden zich over betrokkenen als een normaalverdeling. Concreet betekent dat (1) dat niemand samenvalt met zijn groep en (2) dat iemand met een niet-Nederlandse achtergrond bijvoorbeeld zich meer 'aangepast' -open en modern- in het leven kan manifesteren dan een oorspronkelijke Nederlandse burger. Misschien nog een voorbeeld ter verheldering: dat betreft een Turkse migrant die in de jaren '90 (al!) als docent kwam te werken op een Nederlandse school. Deze Turkse docent verhaalt erover hoe hij zijn Nederlandse schoolleider en meerdere uitlegt hoe die zonder te discrimineren en te generaliseren een collega docent (hijzelf dus) toch van commentaar en aanwijzingen kan voorzien.<sup>25</sup>



Figuur 2: De mediaan symboliseert daarbij de generalisatie van de ervaren werkelijkheid, terwijl in de realiteit van alledag individuen en groepen burgers elkaar ongeacht hun achtergrond 'cultureel' overlappen en kunnen overtreffen.

<sup>21</sup> Proces van culturele evolutie: uiteindelijk beklijven de best werkende oplossingen. Vergelijk het beeld van de survival of the fittests, de best passende oplossingen.

<sup>22</sup> Zie het werk van publicisten als Jared Diamond, Yuval Harari, David Graeber en David Wengrouw, maar ook Frans de Waal ea

<sup>23</sup> Een prachtig leesbaar en verduidelijkend boek wat dit thema betreft is: El Negro en Ik van Frank Westerman

<sup>24</sup> Zie Jan Brands, Die hoeft nooit meer wat te leren (1992); zie ook: Culturele Contrasten, H2, Kansen voor Sociale Mobiliteit, Dick de Ruijter, Bert Bakker, 2006

<sup>25</sup> Zie noot 24: Culturele Contrasten. Gabriel van den Brink en Dick de Ruijter (2006)

Het derde punt wat we de afgelopen decennia hebben geleerd en dat is eigenlijk een verdieping van de diversiteit in de diversiteit, is dat cultuurverschillen niet in alle maatschappelijke domeinen op dezelfde manier doorwerken. Of anders gezegd: het ene sociale domein laat meer ruimte toe om verschillen in cultuur en achtergrond toe te staan, dan het andere. In het leven op straat en in de wijk kunnen verschillen in cultuur en opvattingen makkelijker naast elkaar bestaan, dan op het hoogste bestuursniveau van Nederland (zie eerdere opmerking over de politiek) of bijvoorbeeld in de veiligheidsagenda. Wat dat laatste betreft, wijst zo goed als iedereen, ongeacht achtergrond, cultuur en religie, radicalisering en geweld af. Daarin is de speelruimte voor discussie ook minimaal. Aan de andere kant wordt wel eens beweerd dat integratie het meest succesvol is in de liefde en vriendschappen. In de persoonlijke sfeer komen culturele afwegingen meer tot hun recht dan op een breder maatschappelijk niveau.

Ook de gezondheidszorg kent een gedifferentieerde omgang met verschillen in culturele achtergrond. In de interviews lezen we dat zorgverleners en dan met name de behandelend artsen steeds duidelijker grenzen stellen aan het meebewegen met de patiënt. Kwam het in de jaren '80 en '90 nog weleens voor dat men iemands culturele achtergrond 'meewoog' in diagnose en behandeling, nu stellen alle zorgverleners wat dat betreft een professionele grens. Het moet 'medisch' verantwoord zijn en over een feitelijke (fysieke) diagnoses valt wat hen betreft met de patiënt niet te 'judo-en': "Een gierende kanker moet gewoonweg behandeld worden". In de GGZ daarentegen lijkt de ruimte om persoonlijke bevindingen van de patiënt mee te wegen in de diagnose weer groter. Zo verklaart een hulpverlener dat de therapie soms vraagt "dat je het taboe van de patiënt moet accepteren, je aansluit bij de beleving van patiënt en bedenkt: wat helpt hem vanuit zijn cultuur, vanuit zijn geloof". (e7) Dat meebewegen met het frame van de psyché en het onderkennen van transculturele verklaringen voor psychologische aandoeningen, is feitelijk ook de hoofdboodschap van de vorig jaar uitgekomen editie van het 'Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie' (2021).<sup>26</sup> In elk geval leert het ons dat de ruimte voor zelfdiagnose, ook daar waar die preludeert op verschillen in culturele achtergrond, in de GGZ groter is dan in de medische wetenschap. De psyché biedt blijkbaar meer culturele bewegingsruimte dan het fysieke lijf.

Als vierde leermoment zouden we willen aangeven dat de zorg op zichzelf ook niet cultuurneutraal is. Daar is veel meer over te zeggen dan dat we nu doen<sup>27</sup> en hier beperken wij ons tot de 'arts-patiënt' relatie, omdat dat een belangrijk aandachtspunt is in dit praktijkonderzoek. En zelfs dat in het kort. De arts-patiënt relatie is de afgelopen 50, 60 jaar enorm veranderd. Stond die relatie van oudsher in het teken van de 'autoriteit van de arts' -de man met de stethoscoop en de 'witte jas', zoals in de interviews naar voren kwam- nu en dan met name de laatste decennia staat veel meer de patiënt centraal. Een ontwikkeling die volledig parallel loopt met het mondiger, zelfbewuster en meer zorgvaardig worden van de patiënt. In cultuur-medische termen heet het dan dat de patiënt ge-proto-professionaliseerd is geworden.<sup>28</sup> Een 'Nederlandse' patiënt heeft al een idee van zijn diagnose en mogelijke behandeling, voordat deze naar de dokter gaat. Ook in geval van een slecht nieuws gesprek is deze patiënt veelal al voorbereid. Het klinkt cynisch, maar met dit als uitgangspunt kun je in '10 minuten' ook veel bespreken. Dat dit in schril contrast staat met de zorgvaardigheden van de gemiddelde migranten-patiënt, is al in de interviews opgemerkt. 'Persoonsgerichte zorg' en 'shared decision making' en vergelijkbare ontwikkelingen, schrijven voort op de weg van 'proto-professionalisering', met als gevolg dat de afstand tot de zorg voor menig 'migrant-patiënt' evenzogoed in stand blijft, zo niet groter wordt. Zorg is een evenzogoed een 'culturele' factor die

---

<sup>26</sup> Joop de Jong, Rob van Dijk (redactie). Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie. Boom, 2021

<sup>27</sup> In Nederland staan begrippen als zinnige zorg, kwaliteit van leven, centraal in de ontwikkeling van de zorg. Daarin spelen niet alleen efficiëntie overwegingen een rol, ook ethische en morele cq culturele vragen. Op dat punt behoort Nederland tot de voorlopers van de moderne zorg.

<sup>28</sup> Els, H. van, Knipscheer J., Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering, Tijdschrift voor Gedragstherapie, 2017

kleur geeft aan arts-patiënt relatie. We merkten het al eerder op: hoe moderner de zorg, hoe groter ook de afstand tot de patiënt met een migratieachtergrond.

Tot slot, willen we deze paragraaf afsluiten met een principiële vraag. Als we al de verbanden in 'zorg en cultuur' overzien, is het doorbreken daarvan dan een gedeelde verantwoordelijkheid of draagt een van de partners daarin toch meer verantwoordelijkheid dan de ander. Misschien dat we hier de medaille van SES mogen omdraaien, daarmee aangevend dat in het overwinnen en overbruggen van cultuurverschillen wat ons betreft de sterkste schouders ook de meeste lasten mogen dragen. Refererend aan een van de geïnterviewden, betekent dat in de zorg en met name de 'arts-patiënt' relatie: artsen, huisartsen, verpleegkundigen, POH's, dokters-assistenten. Zij zijn daarvoor het meest in positie, want: "Zij weten meer en kunnen beter".

#### 4.2 Vervolgonderzoek: naar het versterken van de nieuwe aanpak

De centrale conclusie van dit praktijkonderzoek is: er is licht aan het einde van de tunnel van de '1<sup>e</sup> generatie strategie': we kennen de vragen naar de toeleiding tot de zorg en daarmee de reikwijdte van de antwoorden die we hebben te bieden; dat geeft rust en ruimte om te investeren in een nieuwe aanvullende 'netwerkstrategie'. Met dit praktijkonderzoek hebben we de eerste contouren van die nieuwe strategie in beeld gekregen. Vervolgonderzoek -en daartoe doen we aan het einde van dit verslag een voorstel- moeten de bouwstenen van deze nieuwe aanpak meer onderbouwen en nader invullen. Daarbij zouden we ons willen richten op drie aspecten: (1) het in beeld brengen en versterken van bestaande netwerken; (2) het inzicht krijgen en verder uitdiepen van het aan te wenden culturele kennisniveau en (3) tot slot, het aantrekkelijk en toegankelijk maken van de overdracht van die kennis en vaardigheden naar derden: overheden, professionals en collega zorgverleners.

##### 4.2.1. Het in beeld brengen en versterken van bestaande netwerken

Inmiddels zijn in de Nederlandse samenleving op meerdere werkvelden verschillende netwerken actief van jongvolwassenen met een migratieachtergrond. In vergelijking tot de start van de '1<sup>e</sup> generatie aanpak' zijn deze (young) professionals veel meer herkenbaar en aanspreekbaar in de samenleving aanwezig. Wat deze netwerken kenmerkt, is dat zij hun professionaliteit en achtergrond inzetten om betrokken doelgroepen een betere aansluiting op de samenleving te bieden. Of dat nu in de sfeer van HRM is, van welzijn of opvoeding. In de zorg, waar we het hier over hebben en dan binnen de doelgroep Hoorn van Afrika identificeren wij naast Netwerk Sahar, die met gebruikmaking van sociale media (LinkedIn) al 2.000 hoger opgeleiden (HBO+) contacten in beeld heeft, ook de volgende netwerken: Lemat, Nieuwlander, Cultuur in Harmonie en AlloMedics. AlloMedics is in deze een goed voorbeeld. In dat netwerk worden 'dokters' met een migratieachtergrond geworven om als professionals te interveniëren in de reguliere 'arts-patiënt' relatie. De intermediair van AlloMedics is anders dan een tolk, een uitbreiding van het kennisveld van de reguliere arts/behandelaar. Na de interventie wordt de patiënt met inbegrip van diagnose en behandelplan weer overgedragen aan de reguliere 'dokter'. Wat blijft: is een verbeterde arts-patiënt relatie en een versterkt kennisnetwerk van de reguliere arts/behandelaar.

Deze netwerken bij elkaar bieden een reële opstap om een volledig beeld te krijgen van de werkzame professionals met een migratieachtergrond in de zorg: variërend van eerstelijnszorg tot murale zorg, van wijkzorg tot GGZ. Inzicht in dat netwerk -wie, waar en met welke rol men functioneert- is de eerste stap in het ontwikkelen van een 'netwerkstrategie'.

##### 4.2.2. Het inzicht krijgen en uitdiepen van het culturele kennisniveau

Uit de interviews werd duidelijk dat voor medische vragen in de zorg voldoende achtervang is georganiseerd en voor cultuurgebonden vragen niet of nauwelijks. Verder werd ook duidelijk dat zorgverleners met een migratieachtergrond niet alleen bijdragen aan kennis over cultuurverschillen in de zorg, maar zich ook beter weten te omringen met een medisch-cultuurdivers netwerk. Op dit

punt lijken deze professionals zich te onderscheiden van hun reguliere collega's. Al met al beschikken zorgprofessionals met een migratieachtergrond over een interessant arsenaal aan kennis- en vaardigheden waar het de omgang met cultuurverschillen betreft. Wat we uit het praktijkonderzoek leren is dat of die kennis verborgen in netwerken zit, of als 'onbewuste' bekwaamheid in het werk wordt ingezet. Veel van die kennis reikt ook verder dan enkel 'culturele communicatie' of een 'cultuursensitieve omgang'. Uit de interviews blijkt en voorbeelden waar naar verwezen gaat het om meer dan weetjes en feitjes, maar veel van die kennis betrekking op intrinsiek inzicht in wat van invloed is op het leven van alledag van in ons geval personen met een migratieachtergrond.<sup>29</sup> Als we in staat zijn de 'onbewust bekwame' kennis en vaardigheid die in de werkrelaties van deze zorgprofessionals besloten licht, op te halen en te vertalen naar 'bewust bekwame' kennis, dan maken we die kennis niet alleen inzichtelijk, maar ook overdraagbaar naar de breedte van het zorgveld.

De tweede stap in deze nieuwe aanpak is dan ook via evaluatieonderzoek (interviews en intervisie) de onbewust bekwame vaardigheden inzichtelijk te maken en te vertalen naar bewust bekwame en overdraagbare kennis en vaardigheden.

#### 4.2.3. Het aantrekkelijk en toegankelijk maken van de overdracht van kennis naar derden

De wens om kennis en vaardigheden over te dragen aan derden wordt vooral gemotiveerd vanuit de gedachte dat mixen van 'culturele vaardigheden' te verkiezen is boven het matchen ervan. Dat concluderen ook onze experts in dit onderzoek. Bovendien blijft bij matching de communicatieve en culturele vaardigheden die van belang zijn gevangen in de (cultuurdiverse) relatie tussen 'arts en patiënt'. Extrapoleren we dat naar de zorgsector in de toekomst, dan krijgen we mogelijk een 'multiculturele samenleving' die we ons in het geheel niet wensten.<sup>30</sup>

In een vervolg zouden we kunnen onderzoeken hoe we deze kennis op niveau kunnen bundelen en op een eigentijdse manier overdraagbaar maken. Daarbij denken we aan het volgende:

- (a) Aanvullend op bestaande kennisnetwerken<sup>31</sup> zouden we een kennisbank willen inrichten, die put uit meerdere bronnen, zoals van culturele deskundigen (antropologen, medisch-psychologen), van zorgprofessionals (ongeacht achtergrond) en van individuele burgers en patiënten. Het bijeenbrengen van die kennis kan op een Wikipedia-achtige manier. Zo ontstaat er een zichzelf versterkend professioneel en patiëntgericht cultureel kennisbestand: 'cultuur en zorg'.
- (b) Voor wat betreft de overdracht van kennis, die zowel online als via workshop beschikbaar kan komen, zouden we gebruik willen maken van de werkwijze van 'serious' games. De presentatie van informatie is daarbij sterk beeldend, maakt gebruik van personages en infographics, de overdracht van kennis (medisch, psycho-educatie, voorlichting etc) kan interactief plaatsvinden, sluit makkelijker aan op bestaande ict-standaarden (Tiktok, Instagram, Facebook) en kan verbonden worden met bestaande vertaalapps (van Engels tot Amazigh, van Chinees tot Tigrinya).

Overdracht van deze kennis en vaardigheden vormt het sluitstuk van de nieuwe aanpak die we hier in beeld hebben. Bovendien krijgt deze vorm van overdracht een bijna van nature 'persoonsgerichte' en 'systemisch' karakter.

---

<sup>29</sup> De recente publicatie van Lale Gul (Ik ga leven, 2021) laat zien hoe diepgaand en gedetailleerd cultuurverschillen ingrijpen op iemands persoonlijk leven.

<sup>30</sup> Dat gevaar wordt ook wel opgemerkt, zie: Cultuursensitief Zorgaanbod. Exclusief of inclusief? Verweij Jonker Instituut, KIS, 2020

<sup>31</sup> Bestaande kennisuitwisseling blijft heel descriptief en tekstueel. Zie de gezamenlijke website van Pharos en NHG verwezen ([www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl)).

## V. Verantwoording onderzoek

### 5.1 Verantwoording onderzoek

Dit praktijkonderzoek naar de toeleiding tot de zorg voor statushouders is opgezet langs twee lijnen: Het bereiken van de juiste doelgroepen met het streven van een zo herkenbare doorsnede. Hieronder valt ook de samenstelling van de referentiegroep (experts): zorgprofessionals met een culturele achtergrond, met wie we de vraagstelling van het onderzoek en het vinden van antwoorden (fits – non-fits) willen verdiepen (1). Het via een kwalitatieve methode (interview) voorleggen van de inhoudelijke vraagstelling van dit onderzoek aan de betrokken doelgroepen (2). Tot slot staan we in deze paragraaf kort stil bij de organisatie van het onderzoek en de betekenis van de onderlinge samenwerking (3).

### 5.2 Doelgroepen

Hoofdmotief van dit praktijkonderzoek is het zoeken van een antwoord op de vraag waarom de toeleiding tot de zorg voor patiënten met een migratieachtergrond zo hardnekkig is. Die vraag dient zich niet aan sinds de komst van een nieuwe generatie 'statushouders' in 2014, maar kent een voorgeschiedenis van decennia. Hoewel we dat al 'weten', wilden we die constatering in dit onderzoek nogmaals bevestigd zien. Het zoeken naar het antwoord op die vraag is door ons als volgt geoperationaliseerd in de samenstelling van de onderzoeksdoelgroepen.

Als eerste in de selectie van de onderzoeksgroep 'statushouders'. Deze onderzoeksgroep door ons om redenen samengesteld uit interviewkandidaten met een diverse achtergrond:

- als eerste met een Eritrese achtergrond, hoofdzakelijk statushouders en nieuwkomers en
- als tweede met een Somalische en Ethiopische achtergrond, hoofdzakelijk oudkomers

Uit de rapportage blijkt dat nieuwkomers dezelfde ervaringen delen met de zorg dan oudkomers, of omgekeerd. Voor een deel overlapt hun ervaring en voor een deel verschilt die van persoon tot persoon, van oudkomeer tot nieuwkomeer. Daarover is in het voorgaande ook uitvoerig gerapporteerd. De geïnterviewden zijn in hun taal van voorkeur afgenomen, voorzien van koffie en thee en als dank met een cadeaubon gefêteerd.

De tweede doelgroep betreft de zorgverleners. Die doelgroep is breed opgezet onder eerstelijnszorgverleners als huisartsen, waarnemend huisartsen en POH's en vooral geworven onder huisartsenpraktijken in multi-etnische wijken in Rotterdam en Den Haag. Op deze manier konden wij putten uit ervaringen in de omgang met patiënten met een migratieachtergrond en ervaringen door de jaren heen.

Tot slot de derde doelgroep: zorgprofessionals met een overeenkomstige achtergrond als de doelgroep 'patiënten' en wel uit de Hoorn van Afrika. Hierbij is naast achtergrond breed ingezet op een spreiding van professe variërend van PhD in de zorg (specialist), huisarts, zorgverlener in de GGZ en ondersteunende zorg (verpleegkundige, doktersassistent, POH, wijkverpleging).

### Selectie, bereik en representatie

Voor de selectie en bereik van de uiteenlopende doelgroepen is samengewerkt met netwerkers uit de gemeenschappen (stichting Gezana, Eritrees; stichting Sahan, Hoorn van Afrika, Somalisch), met stedelijke netwerken (team Statushouders Rotterdam, VluchtelingenWerk) en met professionele netwerken (IZER Rijnmond, Erasmus MC). De selectie verliep van breder opgezette bestanden naar een meer specifieke selectie van kandidaten en via 'snowball sampling' (het ene contact c.q. kandidaat draagt een ander contact voor). Deze methode is in dit onderzoek effectief gebleken.

Per doelgroep zag dat er als volgt uit. Voor de doelgroep 'statushouders' zijn uiteindelijk 115 namen in beeld gekomen (gepland: 90), is met 56 personen 'contact' geweest en zijn uiteindelijk 13

kandidaten geselecteerd en geïnterviewd: 7 met een Eritrese achtergrond, 4 met een Somalische achtergrond en 2 personen met een Ethiopische achtergrond. Het bereiken van deze doelgroep via stichting Gezana, waar dagelijks statushouders over de vloer komen en via het brede netwerk van stichting Sahan is volgens verwachting verlopen.

Van de zorgverleners zijn 144 kandidaten in beeld geweest en rond de 100 zorgverleners benaderd. Uiteindelijk is met 12 kandidaten een interviewafspraken gemaakt. Het bereiken van deze doelgroep verliep mogelijk door 'Corona' anders dan verwacht. Veel huisartsen reageerden niet op het verzoek van een afspraak of een interview of gaven aan geen tijd te hebben. Ook het benaderen via de bestaande professionele contacten hielp in deze niet. Uiteindelijk is de doelgroep via 'warme' contacten uit het eigen netwerk benaderd en voor een interview vastgelegd. Daarbij viel op dat zorgverleners die werkzaam zijn in de multi-etnische wijken en veelal met een niet-Nederlandse achtergrond makkelijker toezegde aan het interview deel te nemen dan de andere collega's. Uiteindelijk leidde dit wel tot een vertraging in de planning: deze interviews werden in plaats in het najaar van 2020 pas afgerond in het late voorjaar van 2021.

Van de doelgroep 'experts' zijn uiteindelijk 97 personen in beeld gekomen en 13 geselecteerd. Het netwerk Sahan omvat bijna 2.000 jongvolwassen professionals en studerende in Nederland en met een achtergrond uit de Hoorn van Afrika (Somalisch, Eritrees, Ethiopisch en Soedanees). Deze doelgroep is op professe en woonplaats te benaderen. Die werkwijze is voor deze doelgroep zeer effectief gebleken.

### 5.3 Interview, vraagstelling, verwerking en analyse

Alle drie de doelgroepen is een interview afgenomen vanuit een en dezelfde itemlijst gericht op ervaringen in de zorg en oplossingen voor de toeleiding naar de zorg. Deze lijst is mede samengesteld op basis van literatuur over multi-systemische netwerken in de zorg. Zie bijlage 2. MST-itemlijst.

De interviews van de doelgroep statushouders zijn afgenomen door native speakers, de interviews met de zorgverleners en de experts, door de projectleider. De interviews zijn volledig uitgeschreven door studerende met een niet-Nederlandse achtergrond en door native speakers en waar nodig vertaald in het Nederlands.

Het afnemen van de diepte-interviews liep zoveel mogelijk parallel met de selectie van de interviewkandidaten, zodat er gezocht kon worden naar de passende kandidaten en een eerder moment van verzadiging in kennis en achtergrondverhalen. Zo hebben we het aantal interviewkandidaten beperkt kunnen houden.

De verwerking en analyse van de transcripties is als volgt uitgevoerd door de projectleiders:

-de interviews werden letterlijk getranscribeerd, waarbij deelnemersnamen werden vervangen met identificatiecodes om anonimiteit te garanderen

-gegevens uit de interviews en het logboek zijn vervolgens thematisch geanalyseerd met behulp van de Grounded Theory en samengevat aan de hand van onderlinge connecties en overeenkomsten.

Daarbij werd ook gelet of een onderwerp uitgebreid aan de orde kwam, als ook op de frequentie en intensiteit ervan

-nadat twee onafhankelijke onderzoekers deze thematische analyse hebben uitgevoerd, zijn er consensusbijekomsten geweest tussen de onderzoekers onderling en de onderzoekers met de begeleidingsgroep

-vervolgens werden de analyses voorgelegd aan de expertgroep die de analyses getoetst hebben op de redenering en conclusies van de consensusbijekomsten, op interpretatie en of deze valide bleken met hun klinische praktijk

-op basis van dit iteratief proces zijn de bevindingen tot stand gekomen en verslag gelegd: het eerste als eindverslag t.b.v. van ZonMw, het tweede als een wetenschappelijk artikel aangeboden aan 'Patient Education and Counseling' - *Modifiable factors in access to health care: A qualitative study*



*among East African immigrants and health care professionals*- en een Nederlandse versie aan het 'Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde' / 'Medisch Contact' - Zij weten meer en zij kunnen beter!  
Praktijkonderzoek: toeleiding statushouders, nieuwkomers en oudkomers naar de zorg: fits en non fits.

#### 5.4 Organisatie en samenwerking

Het onderzoek is opgezet vanuit een projectstructuur bestaande uit:

-een projectgroep van twee projectleiders, een netwerker met een Eritrese achtergrond (Gezana) en een netwerker met een Somalische achtergrond (stagiaire). Aangehaakt aan de projectgroep waren 5 personen die de transcripties hebben uitgevoerd. De projectgroep is vooral in de startperiode actief geweest;

-de expertgroep van 12 à 13 zorgprofessionals met een achtergrond uit de Hoorn van Afrika. De expertgroep is vooral betrokken geweest bij de onderzoeksaanpak, de wijze van analyseren en de uiteindelijk conclusies uit het praktijkonderzoek; de expertgroep is gedurende het verloop van het onderzoek 4x bijeengekomen met een gemiddelde opkomst;

-tot slot de begeleidingscommissie, samengesteld uit de ondersteunende organisaties als het Erasmus MC, de gemeente Rotterdam, IZER, Gezana en de twee projectleiders, is 4x bijeengekomen en heeft zich met name toegelegd op de kwaliteit van onderzoek en verslaglegging.

## Dankwoord

Zomer 2020 -midden in Corona- viel het besluit, ZonMw gaf groen licht aan ons onderzoeksvoorstel: Toeleiding Zorg Statushouders. Afgezien dat het voor sommigen onder ons een welkome financiële overbrugging betekende in een onzekere maatschappelijk periode, betekende het ook, zeker voor Sahan, de mogelijkheid het perspectief op vraagstukken rond integratie van migrantengroepen in Nederland nader via onderzoek uit te werken. Aan dit onderzoek is 2 jaar gewerkt. En dat doe je niet alleen, dat doe je zelfs niet als enige organisatie. Met de afronding van het onderzoek en de aanbidding van het verslag willen we graag een aantal personen direct bedanken. Als eerste betreft het de dragers van het onderzoek, de begeleidingscommissie met als leden: Prof. Dr. Jan (J.J.) van Busschbach, hoogleraar medische psychologie en psychotherapie aan het Erasmus MC, mw. Zoë Iley, coördinator statushouders van de gemeente Rotterdam, mw Corrie Mol van Rijnmond Dokters (vh IZER) en drs. ing. Gerrit (G.J.) de Graaf, supervisor en psychotherapeut BGGZ en SGGZ. Verder gaat onze dank uit naar de speciaal voor dit onderzoek samengestelde expertgroep zorgprofessionals met een achtergrond uit de Hoorn van Afrika. Afgezien van de rol van geïnterviewde hebben zij als groep met hun kennis en ervaring de voortgang en afronding van dit onderzoek gevolgd. Dank aan: Faduma, Bedra, Hodo, Abeba, Hamda, Ruta, Eden, Hiriti, Aladdin, Jonathan, Suaad, Kassahun en Rahel. (Vanwege hun herkenbaarheid als geïnterviewde, bij deze enkel hun voornaam). Tot slot gaat nog meer dank uit aan de projectgroep die dit onderzoek op gang heeft gebracht en belangrijk in de uitvoering is geweest. Naast Sohal Ismail als trouwe meedenker en meeleezer en ondergetekende willen we hier vooral Layla Farah noemen en Semhar Gebreselasie. Hun bijdrage reikt verder dan hun inzet voor dit onderzoek. Net zoals dat voor de experts geldt, hebben hun kennis en inzicht in de doelgroep de resultaten van dit onderzoek juist verdiept. Het klinkt misschien vreemd om dat van onderzoek te zeggen, maar de inzichten die we hier met de lezer delen, kunnen niet tot stand komen zonder liefde voor de doelgroep, zonder vertrouwen in elkaar en het blijvend investeren in samenwerking.

Dick de Ruijter

## **Bijlagen:**

-bijlage1: Bio's geïnterviewden

-bijlage2: interview itemlijst, plus geraadpleegde literatuur

### **1. Bijlage: Geïnterviewde zorgverleners, patiënten en experts**

Profiel geïnterviewden en meest genoemde oplossing om de toegang tot de zorg van patiënten met een migratieachtergrond te bevorderen.

#### Bijlage 1b. Zorgverleners

(z12): huisarts, vrouw, 45 jaar (geboren in Nederland, Chileense moeder), werkt inmiddels 17 jaar in Rotterdam Zuid. Praktijk: 10.000 patiënten, 7 huisartsen; gemiddelde leeftijd patiëntenbestand 35 jaar, divers samengesteld: Midden-Amerika (Spaanssprekend), Turks, Marokkaans, Surinaams, Antilliaans, Oost-Europees, Afrikaans, Syrisch etc.

(z11): huisarts, man, 35 jaar (Nederlandse achtergrond), waarnemend huisarts in Den Haag sinds 2018. Praktijk van 3100 patiënten, veel studenten met migratieachtergrond, oudere patiënten van Arabische en Turkse origine, ook onverzekerden in de praktijk; aandeel oorspronkelijke Nederlandse patiënten: 20%.

(z10): huisarts, man (geboren in Suriname, 1968), sinds 2008 werkzaam in Den Haag en geeft leiding aan meerdere samengestelde praktijken (huisarts, apotheek, diëtist, fysiotherapie). Praktijk, totaal: 12 tot 13.000 patiënten, veel passanten en ongedocumenteerden; samenstelling praktijk: 90 tot 95% patiënten met een migratieachtergrond.

(z9): POH chronisch ziekenzorg, vrouw, 37 jaar, (geboren in Montenegro, als vluchteling naar Nederland gekomen), werkt in Rotterdam Zuid, woont in Spijkenisse. Praktijk: verantwoordelijk voor 200 tot 300 patiënten, gemiddeld 30 minuten per patiënt, taken: hartfilmpje maken, bloedonderzoek doen, herhaal bezoeken regelen, zorgformulieren invullen.

(z8): huisarts, man, 50 (?) jaar (Nederlandse achtergrond), werkt sinds 2000 in Rotterdam, Delfshaven, met een collega huisarts en twee POH's (somatiek en GGZ). Praktijk: 3.300 patiënten, waarvan de meerderheid Turkse achtergrond en verder van Marokkaanse, Surinaamse, Kaapverdische, Oost Europese en Oost Afrikaanse afkomst.

(z7): waarnemend huisarts, vrouw, 40 jaar (?), (Nederlandse achtergrond), werkt in een praktijk in de buurt van Rotterdam en op een huisartsenpost. Praktijk: 2.200 patiënten, samenstelling: 75% patiënten met een Nederlandse achtergrond, waaronder relatief veel patiënten met een lage SES en verder patiënten met een Marokkaanse, Molukse en Syrische achtergrond.

(z6): huisarts, man, 34 jaar, Nederlandse achtergrond, geboren en getogen in Rotterdam (Zuid), werkt sinds 5 jaar in Rotterdam Zuid, een bewuste keuze. Praktijk: bestaat voor meer dan 70% uit niet-Nederlandse patiënten, waaronder relatief veel arbeidsmigranten uit Polen, Roemenië en Bulgarije.

(z5): diëtist, vrouw, 35 jaar, Eritrese achtergrond, vanaf 1987 in Nederland, sinds 2 jaar full time werkzaam als diëtist in Den Haag (2 jaar) samen met andere huisartsen, diëtisten en fysiotherapeuten. Praktijk: 90% van de patiënten met een niet-Nederlands, waaronder veel West-Afrika, Surinamers, Antillianen en Hindoestanen.

(z4): huisarts, vrouw, 39 jaar, geboren in Nederland, Turkse achtergrond, werkt sinds 2018 in een samengestelde praktijk in Rotterdam Zuid. Praktijk: diverse populatie: van Poolse afkomst, Nederlands, Turks, Marokkaans en expats uit Europa.

(z3): POH somatiek, vrouw, 52 jaar, Afghaanse achtergrond, in 2000 als vluchteling naar Nederland gekomen, opgeleid als arts; werkt nu een praktijk in Rotterdam (3 dagen) en Den Haag (1 dag), beide praktijken divers samengesteld, waaronder in verhouding veel oorspronkelijk Nederlandse patiënten.

(z2): huisarts, vrouw, 54 jaar, geboren in Nederland (Rotterdam), Turkse achtergrond, al 25 jaar als huisarts werkzaam. Praktijk: een gemêleerde patiëntenpopulatie met een zowel Nederlands-Westerse en niet-Nederlandse achtergrond, Nederlandstalig en Engelstalig, een oudere en jonge populatie, gemiddelde leeftijd van 45 jaar.

(z1): POH chronische zorg, vrouw, Turkse achtergrond, werkt 18 jaar als praktijkondersteuner en voert controles uit voor patiënten met diabetes klachten en long- en astmapatiënten. Praktijk: 250 patiënten, maakt afspraken op de praktijk, samenstelling, divers: Turks, Marokkaans, Pools etc en iets minder dan helft, oorspronkelijk Nederlandse patiënten.

#### Bijlage: 1b. Patiënten

(p13): vrouw, 51 jaar, 3 kinderen, geboren in Somalië en woont 28 jaar in Nederland; werkt in de zorg, nu als verpleegkundige (cardiologie) in het Erasmus MC, Rotterdam. Bezoek aan de arts is beperkt, in het verleden wel sprake van veel miscommunicatie: antidepressiva bij een blaasontsteking en een maatschappelijk werker als antwoord op constipatie.

(p12), man, geboren in Sudan, 1997 en opgegroeid in Eritrea, woont sinds 5 jaar in Nederland, Rotterdam, niet getrouwd, wel een dochter. Volgt MBO opleiding, heeft geen werk (vanwege Corona); bezoekt vaak de dokter, kan normaal met hem/haar communiceren.

(p11): vrouw, 39 jaar, getrouwd, drie kinderen (Ethiopisch achtergrond), woont vanaf 2009 in Nederland, Rotterdam; heeft Internationaal Bedrijfsmanagement gestudeerd (HBO), werkt nu voor diverse christelijke organisaties. Contact met de huisarts, vanwege de kinderen; heeft zelf een medicijnenallergie.

(p10): vrouw, 74 jaar, (Somalische achtergrond), woont nu 16 jaar in Nederland, waarvan de laatste 9 in Rotterdam, moeder van 5 kinderen, waarvan 3 nog in leven en daarvan 2 in Somalië. Geen opleiding gevolgd in Somalië, spreekt beperkt Nederlandse. Frequent doktersbezoek, veel persoonlijke ondersteuning.

(p9): man, 49 jaar, geboren in Eritrea, vader van 4 kinderen; gevlucht naar Nederland in 2009, woont nu in Rotterdam. In Eritrea opgeleid tot loodgieter. In Nederland taallessen gevolgd, geen werk gevonden. Spreekt de taal moeizaam, gaat liever niet naar de huisarts.

(p8): vrouw, 65 jaar, Somalische achtergrond, sinds 1990 in Nederland, altijd in Rotterdam gewoond, 8 kinderen, waarvan 4 in Nederland geboren. Haar man woont nog steeds in Somalië. Middelbare school gevolgd in Somalië; werkt nu als vrijwilliger en als gastvrouw. Gaat naar de dokter, voelt zich gezond, voert zelf bloed- en suikerspiegel controles uit.

(p7): vrouw, 44 jaar, moeder van 2 kinderen, gevlucht uit Ethiopia, woont bijna 27 jaar in Nederland, Rotterdam-Alexander. Opgeleid als horeca-assistent, (1-jarige mbo) en werkt als kantine medewerker (sinds 15 jaar). Heeft 4 verschillende huisartsen gehad.

(p6): vrouw, 29 jaar, geboren en getogen in Rotterdam, Eritrese achtergrond, alleenstaand; HBO Opleiding maatschappelijk werk afgerond, werkt in de hulpverlening. Frequentie huisarts, een paar keer per jaar. Voelt zich gezond.

(p5), vrouw, 35 jaar, Eritrese achtergrond, moeder van een dochter van 11 jaar, woont sinds 3 jaar in Nederland, Rotterdam, afgestudeerd in Educational Psychology (2010), gewerkt bij de Nationale Bloedbank van het Ministerie van Gezondheid in Eritrea. Frequent doktersbezoek, teleurgesteld in de zorg.

(p4): man, 50 jaar, Eritrese achtergrond, twee kinderen; met zijn ouders in 1988 als vluchteling naar Nederland gekomen; opgeleid als elektricien, geen werkervaring, woont nu in Rotterdam (Vreewijk);. Leidt een repatriërings- en begrafenisonderneming, die ook als uitvaartverzekering fungeert met inmiddels 3.000 betalende leden. Frequent doktersbezoek: vooral voor derden.

(p3): vrouw, 40 jaar, Somalische achtergrond en op haar 13<sup>de</sup> jaar naar Nederland gekomen, getrouwd en kinderen; werkt als verzorgende IG op een gesloten afdeling, volgt vervolgopleiding HBO psychologie. Gaat zelden naar de dokter, ook niet voor haar kinderen; is twee jaar geleden van huisarts veranderd vanwege onenigheid over een behandelplan.

(p2): man, 43 jaar, Eritrese achtergrond, 5 jaar geleden als vluchteling naar Nederland gekomen. Getrouwd, geen kinderen, woont in Rotterdam. Asielverzoek van zijn vrouw is afgewezen. Volgt Nederlandse les en geeft als vrijwilliger computerles. Veel contact met de huisarts, geen goede ervaring, praat wel de dokter.

(p1): vrouw, 38 jaar, Eritrese achtergrond, was 8 jaar toen zij naar Nederland kwam; twee kinderen, woont in Rotterdam. Opleiding: sociaal-juridische dienstverlening (HBO) en werkervaring in het maatschappelijk werk, wijkteams, werken met statushouders etc. Gaat niet vaak naar de dokter, alleen voor de kinderen een paar keer per jaar.

#### Bijlage 1c, experts:

(e1), man, 27 jaar, geboren en getogen in Rotterdam, Eritrese achtergrond, PhD geneeskunde, volgt opleiding specialisme plastisch chirurgie; relatie met het Eritrese gemeenschap via ouders, geïnteresseerd in Eritrea: 'uiteindelijk toch je land van herkomst'; verder familie in Zweden en Amerika; is gezond, gaat zelden naar de huisarts; wordt ook niet veel geraadpleegd als 'dokter' door de familie: 'dat wordt netjes door mijn ouders afgehouden', eigenlijk meer door (Nederlandse) vrienden, 'eentje belt heel vaak'.

(e2), vrouw, Eritrese afkomst, 35 jaar, op jonge leeftijd naar Nederland gekomen, ouders laag opgeleid, beiden werkend; moeder ziek, vader overleden; de oudste van drie kinderen; zelf alleenstaande moeder van 2 kinderen; opleiding HBO-voorlichting en communicatie; werkt (32 uur) als arbeidsbemiddelaar voor zorgverleners vanaf niveau 2 tot niveau 5/6; heeft al op jonge leeftijd ouders en anderen begeleid naar de zorg; voorheen politiek betrokken op Eritrea, nu meer afstand.

(e3), vrouw, Somalisch, 40 jaar, kwam als 12 jarige naar Nederland, gevlucht zonder vader; van verzorgende IG doorontwikkeld tot anesthesiste en research coördinator; volgt nu een master zorg en ethiek, werkt nu in een Rotterdams ziekenhuis; altijd financieel verantwoordelijk geweest voor familie in Somalië en elders; moeder is ziek, een broer overleden, een broer werkt als beveiliging, een zus werkt in de verpleging en een als maatschappelijk werkster (beide in de USA); is zelf actief betrokken bij de (clan)ontwikkelingen in Somalië.

(e4), vrouw, 25 jaar, Eritrese achtergrond (sinds haar 3de in Nederland met moeder en twee broertjes, vader toentertijd overleden (1989); opgegroeid in Brabant, woont in Rotterdam, opleiding:

HBO maatschappelijk werk, volgt integratieve therapie (2<sup>e</sup> jaar); werkt als toezichthouder van ex-gedetineerden; is vrijer opgegroeid dan broertjes en moeder (een broer, MBO logistiek, ander woont weer thuis); vroeg het huis uit: “zag bij vrienden dat het ook anders kan”; partner werkt in de evenementenbranche en komt uit Duitsland.

(e5), Somalische vrouw, 26 jaar, ouders rond 1991 voor de oorlog gevlucht, vader gewond geraakt, later overleden; 7 kinderen, twee na jongste, geboren en getogen in Amsterdam, gestudeerd in de biomedische wetenschappen en later public health; gewerkt aan een onderzoek over mensen met een chronische ziekte; start binnenkort een promotietraject over zelfmanagement voor laaggeletterde mensen met diabetes type twee en hoe kan het contact met een huisarts en praktijkondersteuners verbeterd kan worden; woont thuis bij moeder met zus en broer; allen een opleiding genoten, van MBO tot WO.

(e6), man, arts, promovendus, 29 jaar, woont in Zoetermeer, ouders in 1991 vanuit Sudan naar Nederland gekomen; geboren in Sudan (6 maanden), in Nederland opgegroeid, Islamitische van achtergrond; twee broers, de oudste volgt de politieacademie, jongste broer het VWO; vader rechter in Sudan, moeder werkte in de zorg; vader werkt nu als bijstandsadviseur bij de gemeente, moeder werkt nog steeds in de zorg; ouders gevlucht vanwege burgeroorlog die 40 jaar heeft geduurd.

(e7), vrouw, in de 50 jaar, Somalisch, woont in Hilversum, (Nederlands) getrouwd, een zoon; in Nederland werkend als seksuoloog en psychotherapeut. Zeer ervaren en bekend in de gemeenschap in Nederland, werkt in dienstverband en heeft een eigen praktijk.

(e8), vrouw, 31 jaar, getrouwd twee kinderen, Somalisch van achtergrond, sinds 2008 in Nederland; vanwege de burgeroorlog met mijn moeder, broertje en zussen gevlucht; vader in Somalia gebleven, was al oud en met pensioen. Is de oudste van de kinderen, alle anderen studeren; is zelf doktersassistent (MBO 4) en werkt in een huisartsenpraktijk van twee artsen en twee assistenten, een cultuurdiverse praktijk: “allerlei mensen, van elke kleur, van elk niveau, van klein tot groot, van wie de taal niet spreekt of niets snapt en wie zorg vermijdt, wie iets wil of denkt dat we alles moeten oplossen”.

(e9), Somalische vrouw, 29 jaar, geboren in Rotterdam, ouders komen uit Somalië; moeder al meer dan 29 jaar in Nederland; haar vader is twee keer naar Nederland gekomen; werkte in het MO; komt uit een groot gezin van 8 kinderen, ‘ik ben nummer 6’; zelf getrouwd en heeft een zoontje van een jaar; werkt als zelfstandig verloskundige in Rotterdam; een broer met problemen, oudste zus woont in Engeland; andere zus is accountant; een broer werkt (vmbo), een zus heeft helpende zorg gedaan; een andere broer volgt een HBO opleiding in Rotterdam; jongste broertje is geëmigreerd, woont nu in Somalië, 19 jaar oud en met een van mijn zussen meegegaan.

(e10), vrouw, Eritrea, 68 jaar; sinds 1977 in Nederland, beroep verpleegkundige en verloskundige, gewerkt in het ziekenhuis, in de wijkzorg, als wijkverpleegkundige; getrouwd; drie kinderen; nu werkzaam bij CNG, een klein project van FSAN en Pharos over VGV; kinderen: zoon, werkloos; dochter, zingt; dochter, ambtenaar (HBO); gescheiden, ex man woont wel in Nederland; na de bevrijding voor vier jaar teruggekeerd naar Eritrea; toen in 1998 de oorlog zich hernam weer gevlucht, toen van Eritrea naar Ethiopia en via Soedan (op kamelen) naar Nederland. Opgeleid als Amerikaanse nurse in Eritrea, wat de accreditatie in Nederland bevorderde: “Ik kon gelijk binnen dagen beginnen. Men vroeg mij altijd: ben je doctor. Onze educatie was hoger.

(e11), Eritrese vrouw, 43 jaar, verpleegster; vanaf 10<sup>de</sup> jaar in Nederland, “ben hier dus min of meer opgegroeid; eertijds gevlucht met haar moeder, broer en zusje. Vader kwam later. Die was al gevlucht. Vlucht via auto en lopen naar Sudan. Heftig. Middelste van het gezin. Na middelbare school

in de zorg gaan werken. Opgegroeid in Limburg. Woont nu in Rotterdam, ouders ook. Eerst verzorgende IG, daarna opleiding verpleegkundige, werkt in Rotterdams ziekenhuis. Niet getrouwd.

(e12). vrouw, Eritrese achtergrond, huisarts, in 1981 in Nederland geboren, vader huisarts, moeder huisvrouw; kort in Nederland gewoond, verhuisd naar de VS, naar Malawi en via Nederland naar Eritrea; ouders vanwege de burgeroorlog gevlucht; vader in 1977, moeder in 1980; toen Eritrea onafhankelijk werd (1993) dacht men terug te gaan, tot 2000, toen de oorlog (opnieuw) uitbrak; beide ouders inmiddels overleden; woont nu met broers in Den Haag; in Asmara dierwetenschappen gestudeerd, daarna AI in Amsterdam en geneeskunde gaan studeren op 23, 24 jarige leeftijd; werkt nu 11 jaar als waarnemend huisarts en op huisartsenposten; getrouwd, Nederlandse man, twee kinderen.

(e13), man, 55 jaar; Ethiopische achtergrond (Amhaar), huisarts, In 1990 (25 jaar) naar Nederland gekomen; in 1984 gevlucht vanwege de militaire dictatuur; ruim 5 jaar in Rusland gewoond; wilde geneeskunde studeren in het buitenland en kreeg een beurs voor Rusland; in Nederland opnieuw (tweede jaar) met artsenopleiding gestart; in 1994 afgestudeerd als basisarts en coschappen gedaan; daarna gewerkt in asielzoekerscentrum, als Arboarts, ook in Engeland gewerkt; uiteindelijk uit concurrentie overwegingen militaire opleiding geneeskunde gedaan in Breda om specialist te worden; daarna specialisme huisartsopleiding in Rotterdam gedaan; 36 jaar toen ik afstudeerde; huisarts zijn geeft voldoening en continuïteit, van pediatrie tot geriatrie; eerst als waarnemer gewerkt, nu een eigen praktijk met een collega arts: "Een allochtone dokter met autochtone patiënten".

## **Bijlage 2: Interview itemlijst, plus geraadpleegde literatuur**

(zie bijlage 2)