



© Van Parys Media

## ALLOCHTONE PATIËNTEN

# Interculturele gespreksvoering: knelpunten en oplossingen in het ziekenhuis

In België en Nederland zijn de rechten van de patiënt via wetgeving geregeld. Deze wetgeving verplicht onder andere medische professionals om de patiënt – en uiteraard ook de allochtone patiënt – deugdelijk en in begrijpelijke taal te informeren over de verschillende behandelmogelijkheden om tot 'informed consent' te komen.

DOOR WILLIE SCHARWÄCHTER →

De verplichting om de patiënt deugdelijk en in begrijpelijke taal te informeren over de verschillende behandelmogelijkheden zorgt voor de medische professional in het contact met allochtone patiënten voor specifieke problemen. In het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam werd daarom onderzoek gedaan naar mogelijkheden

tot verbetering in de interculturele communicatie. Het onderzoek moet meer inzicht bieden in de vraag hoe communicatie plaatsvindt met allochtone patiënten in het AMC, in het kader van de genoemde wetgeving.

## DE AARD VAN DE PROBLEMEN ONDERZOEKEN

Uit eerder kwantitatief onderzoek in het AMC bleek dat hulpverleners het communiceren met allochtone patiën- >>>

>>>

Willie  
SCHARWÄCHTER



Is communicatie-deskundige voor de medische praktijk. Zij bekleedde onderwijs- en managementfuncties in verschillende ziekenhuizen. Momenteel is zij verbonden aan het Instituut voor Gezondheidswetenschappen van de Vrije Universiteit (VU) van Amsterdam. Verder geeft zij als freelancer communicatieadviezen en -trainingen.

w.h.scharwachter  
@zonnet.nl

ten moeilijk vonden. Voor de kwalitatieve onderzoekopzet is de methode van het exemplarische praktijkonderzoek gecombineerd met de zogenoemde incidentmethode<sup>1</sup>. Via de incidentmethode, bekend in de hulpverlening voor het oplossen van problemen op de werkvloer, werden onderzoeksgegevens verzameld. Hoe was het onderzoek opgezet? Op basis van de 'extreme case sample' techniek werd een selecte groep van dertien respondenten uit verschillende disciplines en met een verschillende culturele achtergrond samengesteld. Er werd gezocht naar hulpverleners die belangstelling hadden voor het thema en die sterk gemotiveerd waren om aan het onderzoek te participeren. Dat maakte hen geschikt om als voortrekkersgroep te fungeren.

De respondenten brachten tijdens interviewgesprekken door henzelf ervaren casussen in. Die casussen werden via de incidentmethode samen besproken. Daarbij was het de taak van de onderzoeker de redeneerpatronen die de hulpverleners tijdens de door hen ingebrachte casussen hanteerden, te analyseren. De methodiek,

## COMMUNICATIE OP DE AGENDA

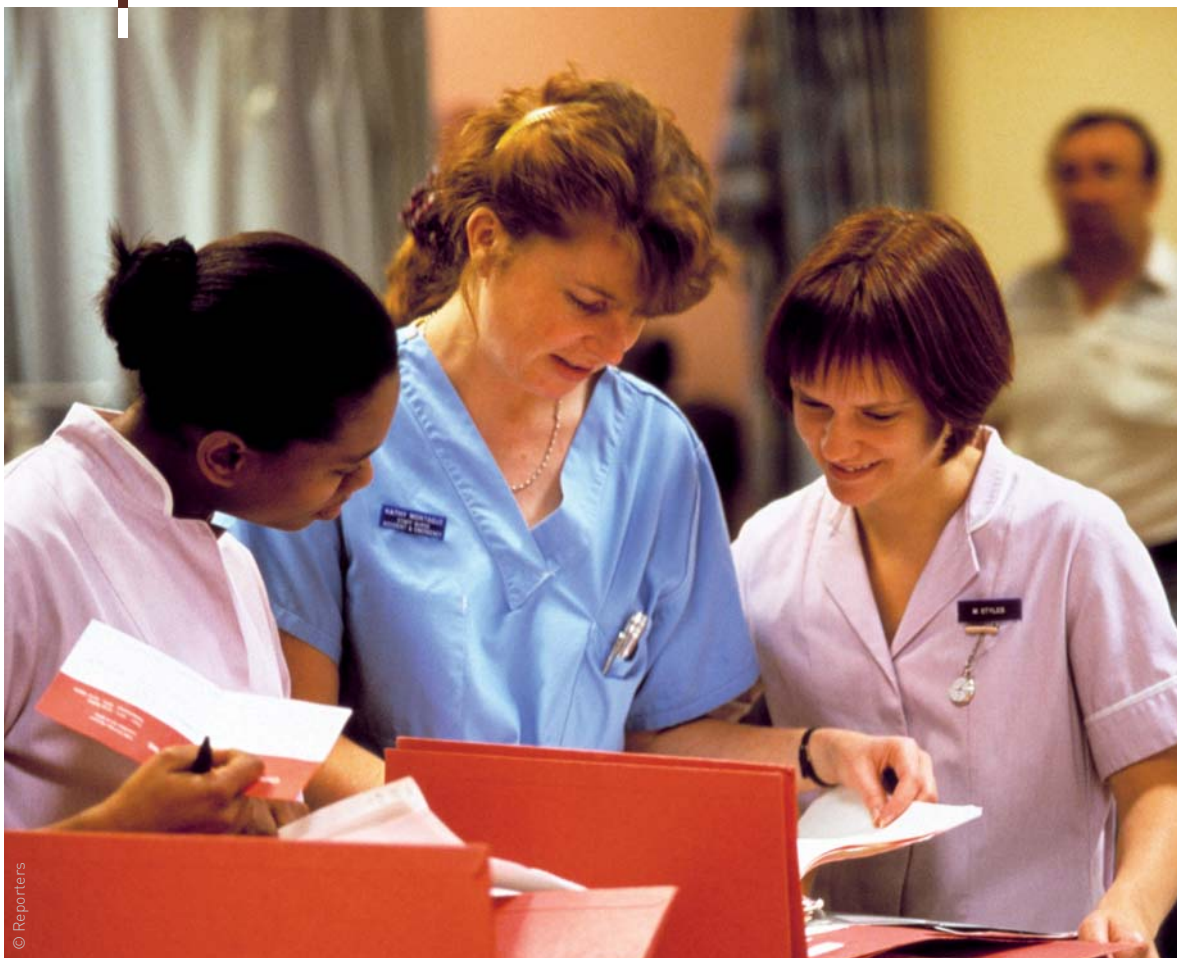
Er wordt vaak gedacht dat de problemen in de interculturele hulpverleningsrelatie vooral verband houden met cultuurverschillen, maar onderzoek wijst uit dat zij vooral liggen in de sfeer van de communicatie. Andere onderzoeken bevestigen het belang van

// **Professionele hulpverlening houdt niet op bij het correct hanteren van medische kennis, zoals het onderzoeken van de klachten en het stellen van de juiste diagnose** //

die goed werkte, maakte een aantal kernproblemen duidelijk. Bovendien bracht de methode bij de deelnemers een aantal leerprocessen op gang, zo bleek uit de analyses.

goede communicatie. Zo zien patiënten hun arts eerder als competent wanneer hij zich in hen verplaatst<sup>2</sup>. Verder concludeert een Israëliësch onderzoek dat goede communicatie ertoe bij- >>>

Er wordt vaak gedacht dat de problemen in de interculturele hulpverleningsrelatie vooral verband houden met cultuurverschillen, maar onderzoek wijst uit dat zij vooral liggen in de sfeer van de communicatie.



© Reporters

>>> draagt dat patiënten tevredener en gezonder zijn<sup>3</sup>.

### OPBOUWEN VAN EEN VERTROUWENSRELATIE

Professionele hulpverlening houdt niet op bij het correct hanteren van medische kennis, zoals het onderzoeken van de klachten en het stellen van de juiste diagnose. Een belangrijke vraag is steeds hoe de hulpverlener zijn kennis in het contact met deze individuele patiënt dient toe te passen. Het gaat uiteraard om de klacht en de diagnose, maar om misverstanden te voorkomen en de patiënt zo goed mogelijk te kunnen helpen, is belangstelling voor zijn achtergrond noodzakelijk. Overigens het is zonder die interesse ook moeilijk om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is nimmer een automatisme. Daarbij komt dat ziekenhuizen grote en complexe organisaties zijn geworden, waarin een belangrijke plaats is ingeruimd voor het managen en controleren van processen. Verder heeft het denken in kosten en baten ook in de gezondheidszorg een sterker accent gekregen. In een dergelijke context is het extra belangrijk om (naast het uitvoeren van analyses en ander kwantitatief onderzoek) bewust aandacht te besteden aan kwalitatieve aspecten van hulp- en zorgverlening, waaronder goed communiceren met de patiënt. Een belangrijk aspect hiervan is dat hulpverleners zich verplaatsen in de belevingswereld van hun patiënten. Dat kan, zeker in het geval van zorgvragers met een niet-westerse achtergrond, moeilijk zijn. Er zijn voor de hulpverlener vele redenen om bruggen te slaan naar de patiënt.

### BRUGGEN SLAAN

Wij communiceren elke dag; het lijkt zo eenvoudig. Maar professioneel communiceren in een hulpverleningsrelatie is niet gemak-



kelijk. Daarbij leert dit onderzoek dat communiceren met hulpvragers met een niet-westerse achtergrond een aantal specifieke valkuilen kent. Vaak lijkt op het eerste gezicht dat zorgverlener en zorgvrager elkaar begrijpen, terwijl dat in wezen niet het geval is. Het grootste struikelblok voor goede communicatie is vaak de medische professional zelf.

### EEN STEREOTIEPE OPVATTING

Een bekende valkuil is dat de zorgverlener blijft steken in een stereotiepe opvatting over de achtergrond van de zorgvrager. Het is duidelijk dat het moeilijk is een patiënt enigszins te leren kennen als er bij de zorgverlener al een vaststaand idee bestaat van de groep waarin hij volgens hem past, de groep Turken of de groep Marokkanen. Als de hulpverlener vooraf denkt dat aids bij patiënten die afkomstig zijn uit Afrika in de taboesfeer ligt, kan het hem moeilijk vallen dit bij de patiënt te

Uiteraard kunnen er ook belemmeringen zijn die meer van de kant van de hulpvrager afkomstig zijn. Mogelijk verwacht de patiënt van de hulpverlener een autoritair - hiërarchisch of asymmetrisch gestructureerd - communicatiepatroon.

verifiëren. Hij zou dan over het hoofd kunnen zien dat dit taboe wellicht voor deze patiënt niet geldt; de belevingswereld van de individuele zorgvrager is nooit automatisch terug te voeren op zijn achtergrond. Het gaat altijd om het verkennen van de grondhouding van de individuele zorgvrager.

### RISICO VAN MISCOMMUNICATIE

Het referentiekader van de medische professional is het in het westen gehanteerde evidence based medicine-model. Dat kader kan de hulpverlener echter ook beperken in het correct beoordelen van de patiënt. Door er zonder meer van uit te gaan dat de patiënt bekend is met dit referentiekader, vergroot de hulpverlener het risico van miscommunicatie. Wil

>>>

>>> de zorgverlener bijvoorbeeld dat de zorgvrager zijn adviezen opvolgt en de voorgeschreven medicijnen inneemt ('compliance'), dan is het zinvol dat hij zich verplaatst in de opvattingen van de patiënt hierover. Het begrip 'referentiekader' van de patiënt dient ruim te worden opgevat<sup>4</sup>. Het gaat hier namelijk niet alleen om cognities, maar ook om emoties, lichamelijke percepties en levenservaringen. Heeft een patiënt bijvoorbeeld geen biologische kennis, dan kan de hulpverlener niet volstaan met een korte uitleg, zo illustreerde het onderzoek. Als een patiënt niet bekend is met het feit dat bloed opnieuw wordt aangemaakt, dan kan hij of zij last krijgen van een reële angst die voor de hulpverlener zonder achtergrondinformatie niet invoelbaar is.

### COMMUNICATIESTIJL

Een andere belemmering voor goede communicatie kan verband houden met de, door de patiënt wellicht als direct ervaren, communicatiestijl van de hulpverlener. Vele patiënten, onder wie allochtonen, kunnen die stijl als onbeleefd of zelfs bot ervaren. Het gevaar bestaat dat de patiënt zich van de zorgverlener afsluit op het moment dat die bezig is gegevens te verzamelen om de juiste diagnose te kunnen stellen. Allochtone patiënten zijn vaak meer vertrouwd met een indirecte of relationele communicatiestijl; zij hanteren die stijl dikwijls zelf. Verpleeghuisarts Bert Keizer (Trouw, 21-3-2000) verwoordde het verschil tussen directe en indirecte communicatie als volgt: "Nederlanders willen nogal eens recht op de dood afkoersen [---]" "Deze recht-

// **Het is dus belangrijk om niet alleen aandacht te besteden aan de inhoud van de communicatie, maar ook aan de aard van de relatie** //

lijnigheid vind je niet zo gauw in andere culturen [---]". "Als je een Nederlandse zoon vraagt rond een sterfbed wat zijn vader eigenlijk wil, dan zal hij antwoorden: "Dat moet u aan mijn vader vragen"." "Maar als je een Japanse vader op zijn sterfbed vraagt wat hij eigenlijk wil, dan zal hij antwoorden: "Dat moet u aan mijn zoon vragen"."



© Reporters

### COMMUNICATIEPATROON

Uiteraard kunnen er ook belemmeringen zijn die meer van de kant van de hulpvrager afkomstig zijn. Mogelijk verwacht de patiënt van de hulpverlener een autoritair - hiërarchisch of asymmetrisch gestructureerd - communicatiepatroon. Een dialoog van een Turkse arts en zijn Turkse patiënt is een goede illustratie van een dergelijke communicatie (Contrast, november 2005): "Kom op uit die stoel, een beetje bewegen". "Ja, maar ik heb pijn". "Ja, je hebt pijn, maar je gaat doorzetten en je zal geen zwakheid vertonen." Het is dus belangrijk om niet alleen aandacht te besteden aan de inhoud van de communicatie, maar ook aan de aard van de relatie. Gaat de hulpverlener uit van gelijkwaardigheid en de patiënt van hiërarchie, dan is het risico

van communicatieproblemen groot. Houdt de hulpverlener op dit punt rekening met mogelijke discrepanties tussen hem en de patiënt, dan kan hij alert zijn en er eventueel een punt van gesprek van maken. Slaagt de hulpverlener er niet in bruggen te slaan, dan kan dat een professionele behandeling bemoeilijken. De

casussen die de respondenten in het onderzoek inbrachten, waren hiervan duidelijke illustraties.

Overigens gaat het bij het slaan van bruggen (en bij het tonen van empathie) altijd om het zoeken naar evenwicht<sup>5</sup>. Als de hulpverlener zich te veel identificeert met de patiënt, kan dat net zo goed een gevaar zijn voor de hulpverlening als gebrek aan empathie. Een te sterke identificatie met een allochtone patiënt kan bovendien gepaard gaan met cultuurrelativisme<sup>4</sup>. Evenals ethnocentrisme kan dat de professionaliteit van de hulpverlening in de weg staan.

### WETTELIJKE VERPLICHTING

De hulpverlener heeft geen keuze; de wet draagt hem op een behandelingsovereenkomst met de patiënt te sluiten. De patiënt consulteert hem in verband met zijn kennis, maar in juridische zin zijn zorgverlener en zorgvrager gelijkwaardige partijen. Grondslag is het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. In dit verband gaat de wet uit van een autonome, actieve, assertieve zorgvrager die zelf verantwoordelijkheid draagt, participeert aan het behandelplan en op basis van adviezen van de hulpverlener zijn eigen beslissingen neemt.

Daaruit vloeit onder meer voort dat de hulpverlener verplicht is om zijn patiënt zodanig te informeren dat hij op basis van adequate informatie daadwerkelijk

>>>

>>> zijn eigen beslissing kan nemen. Het zal duidelijk zijn dat het hier om meer gaat dan het louter formeel voldoen van de zorgvrager aan de vereiste van toestemming voor de behandeling. Wat bijvoorbeeld niet conform de bedoeling van de wet is, is dat de hulpverlener de patiënt in de richting van een bepaalde behandeling 'stuurt'. Hij dient alle relevante informatie te geven en de zorgvrager ruimte te geven voor zijn eigen besluitvormingsproces. De communicatie moet eerlijk zijn en een authentiek karakter hebben. De zorgvrager heeft recht op eerlijke en adequate informatie van de door hem ingeroepen deskundige. Die dient hem op een empathische en respectvolle wijze te bejegenen.

### ■ EEN TWEESPORENBELEID OVEREENKOMEN

Een empathische houding biedt onder meer de mogelijkheid dat zorgverlener en zorgvrager een zogenoemd tweesporenbeleid overeenkomen. Dat kan in concreto bijvoorbeeld tot uiting komen in het compromis dat de patiënt zijn medicijnen inneemt en daarnaast bijvoorbeeld naar een handoplegger gaat. Het is hierbij uiteraard zaak dat de hulpverlener binnen de grenzen van zijn professionele verantwoordelijkheid blijft handelen. Worden er goede afspraken gemaakt, dan biedt empathie de mogelijkheid tot leren van elkaar, tot wat men zou kunnen noemen 'interculturele kennisdeling'. Een positief aspect is dat zorgverlener en zorg-

vragers hier zijn ontkomen aan de valkuil van het ethnocentrisme, de neiging de eigen etnische groep en de daarin gehanteerde normen, waarden en opvattingen als enig ideaal te beschouwen. Mijn onderzoek wijst uit dat ethnocentrisme een falende hulpverlening tot gevolg kan hebben.

### ■ GEEN WONDEROLIE BESCHIKBAAR

Bij problemen zijn wij vaak geneigd allereerst te zoeken naar technologische oplossingen. Al is het voor professionele communicatie nodig om een aantal technieken aan te leren, hier kunnen we nooit op de 'automatische piloot' varen; de concrete situatie dient telkens uitgangspunt te zijn.

### ■ ZELFBESCHIKKING

Zelfbeschikking is in dit verband onze richtingwijzer. Dit concept biedt de mogelijkheid om de betuttelende en patriarchale hulpverlening van vroeger te doorbreken, maar is nog geen garantie voor goede communicatie. Een sterk individualistische aanpak bijvoorbeeld kan het risico inhouden dat hulpverlener en hulpvrager tegenover elkaar komen te staan en dat het niet lukt om over die situatie te communiceren. Er kan dan gemakkelijk een sfeer ontstaan waarin de hulpverlener op basis van zijn kennis en status 'de medische waarheid' over de patiënt samenstelt. Al kan aan de formele eisen van zelfbeschikking van de patiënt en de informatievereiste zijn voldaan, als machtsverschillen de doorslag geven in de communicatie is er in feite niets veranderd ten opzichte van de patriarchale hulpverlener van vroeger.

### ■ DE ZORGVRAGER RUIMTE BIEDEN

Een sociale, relationele (in plaats van een sterk individualistische) kijk op zelfbeschikking biedt betere mogelijkheden om het emancipatorische karakter van dit grondrecht tot zijn recht te

>>>



De hulpverlener heeft geen keuze; de wet draagt hem op een behandelingsovereenkomst met de patiënt te sluiten. De patiënt consulteert hem in verband met zijn kennis, maar in juridische zin zijn zorgverlener en zorgvrager gelijkwaardige partijen. Grondslag is het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

© Reporters

<sup>1</sup> Scharwächter, W., Communiceren met allochtone patiënten en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Een praktijkonderzoek. Dutch University Press, 2002.

<sup>2</sup> Stroeken, H., Psychologie van het gesprek. Boom, 1988.

<sup>3</sup> Niederer, A., Die Bedeutung von Pausen beim Überbringen schlechter Nachrichten. Kommunikation in der Medizin – worauf

Ärzte im Gespräch mit ihren Patienten achten sollten. Neue Zürcher Zeitung, 18 Januar 2006. Nr 14-31.

<sup>4</sup> Crebas, A., Handboek coaching aanstaande ouders. Van Gorcum, 2006.

<sup>5</sup> Ferrucci, P., Vriendelijkheid als levenshouding en helende kracht. Servire Utrecht/Antwerpen, 2004.

<sup>6</sup> Desmet, M., Grommen, G., Moe van het moeten kiezen. Lannoo, 2005.

<sup>7</sup> Kleinman, A., Patients and Healers in the context of culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. University of California Press, 1980.

>>> laten komen. Dat is niet alleen in overeenstemming met de bedoeling van de wet, maar het is bijvoorbeeld ook van belang omdat dan duidelijk wordt dat medische kennis enerzijds en de door de zorgvrager te maken keuzes anderzijds verschillende categorieën zijn. De door de zorgvrager te maken keuzes vloeien niet automatisch voort uit de medische informatie die de zorgverlener dient te verstrekken. Het gaat erom de zorgvrager ruimte te bieden, zodat hij in alle rust zijn eigen afwegingen kan maken en in overleg met de zorgverlener tot zijn eigen besluit kan komen. In dit verband wordt wel gesproken van zelfbeschikking-in-verbinding<sup>6</sup>.

Is een dergelijke sfeer gecreëerd, dan zal het de zorgverlener niet gemakkelijk overkomen dat hij vergeet na te gaan of hij de door de patiënt verstrekte informatie heeft begrepen. Uit het onderzoek bleek dat zorgverleners wel de patiënt vragen of zij door hen verstrekte informatie hadden begrepen, maar zich niet afvragen of zij de van de patiënt verkregen informatie hadden begrepen.

#### ■ IEDER HEEFT ZIJN EIGEN KIJK

Een hulpmiddel voor zorgverleners in de communicatie met de allochtone patiënt kan het zogenoemde Explanatory Model (EM) van Kleinman vormen<sup>7</sup>. Volgens hem hebben zowel de zorgverlener als de zorgvrager hun eigen 'clinical reality'; ieder heeft zijn eigen kijk op het ontstaan van ziekte en op manieren om weer gezond te worden. In dit verband kan het model de zorgverlener helpen te ontdekken

vanuit welk perspectief de zorgvrager zijn ziekte beredeneert. Zijn methode, die de hulpverlener richtingwijzers geeft in zijn communicatie met allochtone zorgvragers, biedt ook ruimte om compromissen te sluiten met de patiënt zonder dat de zorgverlener zijn professionele grenzen uit het oog verliest.

#### LOGISTIEKE EN ANDERE OPLOSSINGEN

Andere randvoorwaarden die goede communicatie bevorderen, liggen meer op het terrein van de logistiek. Zo bleek uit het onderzoek dat de kwantiteit, de tijdsduur en de diversiteit van de contacten per discipline en vakgebied verschillen. De verschillen in diversiteit maken dat een verpleegkundige in een aidspolikliniek mogelijk intensiever te maken heeft met patiënten uit Afrika dan een verpleegkundige in een diabetespolikliniek. Het zal duidelijk zijn dat de problemen deels per vakgebied verschillen. Zo heeft de diabetesverpleegkundige mogelijk problemen als de patiënt geen biologische kennis heeft, terwijl de verpleegkundige in de aidspolikliniek gemakkelijker te maken kan krijgen met taboes rond de ziekte. Er is dus vaak per discipline sprake van een zich herhalende problematiek. In dit verband kan het handig zijn dat de hulpverlener in zijn eigen (sub)discipline inventariseert of

### // De door de zorgvrager te maken keuzes vloeien niet automatisch voort uit de medische informatie die de zorgverlener dient te verstrekken //

is dergelijke informatie wellicht niet van belang. De hulpverlener kan zijn werk vergemakkelijken door voor zijn eigen (sub)discipline een vragenlijst samen te stellen van zaken die belangrijk zijn om vooraf voor de behandeling van de patiënt te weten. Die vragenlijst kan een leidraad of checklist zijn bij het anamnese- of intakegesprek. Ten slotte leverde de onderzoeksmethodiek de respondenten in de werkgroep zeer bruikbare gegevens over interculturele communicatie op. Om hun deskundigheid op het gebied van interculturele communicatie te vergroten, kunnen andere ziekenhuizen wellicht eveneens multidisciplinaire en interculturele intervisiebijeenkomsten organiseren. ○

en zo ja welke problemen zich herhaaldelijk voordoen. Indien er zich dergelijke problemen blijken voor te doen, kan het verstandig zijn dat hij samen met zijn directe collega's een handelingsprotocol opstelt.

#### ■ EEN CHECKLIST MAKEN

In het kader van de grote verschillen in specialismen leert het onderzoek verder dat ook de informatie die de zorgverlener nodig heeft bij het afnemen van de anamnese per (sub)discipline verschilt. Soms kan het nodig zijn te weten of een patiënt kan tellen en lezen in verband met het voorschrijven van medicijnen. In het kader van een ander specialisme

## COMMUNICATION INTERCULTURELLE: PROBLÈMES ET SOLUTIONS À L'HÔPITAL

**E**n Belgique et aux Pays-Bas, les droits des patients sont fixés par la loi. Cette législation oblige le corps médical entre autres à bien informer, et ce dans un langage à sa portée, le patient – et bien entendu aussi le patient allochtone – des différentes possibilités de traitement afin d'obtenir son consentement éclairé. Cette obligation pose des problèmes spécifiques au corps médical en contact avec des patients allochtones. C'est ce qui a motivé l'Academisch Medisch Centrum

d'Amsterdam à étudier les possibilités d'amélioration de la communication interculturelle. Avec comme objectif de mieux évaluer la façon dont se déroule la communication avec les patients allochtones à l'AMC dans le cadre de la législation en question. Cette étude a débouché sur des recommandations, qui peuvent servir de points de référence pour le corps médical et infirmier et les autres prestataires de soins, afin de doper la communication avec les patients allochtones.