

Allochtone kinderen op het spreekuur

Communicatie tussen huisarts en allochtone ouders

J.A.M. HARMSEN
M.A. BRUIJNZEELS
J.C. VAN DER WOUDEN
A.M. BOHNNEN

Harmsen JAM, Bruijnzeels MC, Van der Wouden JC, Bohnen AM. Allochtone kinderen op het spreekuur. Communicatie tussen huisarts en allochtone ouders. *Huisarts Wet* 1999;42(5): 211-5.

Doe Nagaan of er verschillen in arts-patiëntcommunicatie zijn tussen consulten met allochtone en met autochtone patiënten, en of deze verschillen van invloed zijn op de consultduur en de prescriptie.

Methode Exploratief en descriptief onderzoek aan de hand van 66 op video opgenomen consulten met kinderen in zeven huisartspraktijken in Rotterdam Charlois. Communicatie en consultduur werden gescoord volgens het Roter Interactional Analysis System (RIAS); de prescriptie werd bepaald met behulp van enquêtes na het consult.

Resultaten De huisartsen deden meer empathische uitingen en gingen vaker een gesprek over levensstijl aan bij allochtone patiënten. Zij stelden meer vragen over ‘iets anders’ bij autochtone patiënten. De communicatieaspecten hadden geen verband met de langere consultduur bij allochtone patiënten (13 versus 10 minuten). Wel schreef de arts vaker medicatie voor aan allochtone patiënten (50 versus 71 procent). Dit verschil werd deels veroorzaakt door verschillen in aangeboden problematiek; het was groter als werd gecorrigeerd voor het aantal empathische uitingen van de huisarts. De gevonden relaties waren statistisch niet significant ($p=0,06$).

Conclusie Er was een gering verschil in communicatie tussen consulten met allochtone en autochtone ouders. Er is mogelijk een gering verband tussen deze verschillen en het verschil in prescriptie.

Instituut Huisartsgeneeskunde, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

J.A.M. Harmsen, huisarts, dr. M.A. Bruijnzeels, gedragstherapeut, dr. J.C. van der Wouden, gedragstherapeut, dr. A.M. Bohnen, huisarts.

Correspondentie: J.A.M. Harmsen,
e-mail: harmsen@hag.fgg.eur.nl.

Inleiding

De afgelopen decennia is het aantal bewoners van allochtone afkomst in Nederland toegenomen, met name in de grote steden.¹ Dit heeft ook gevolgen voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo wordt het aantal allochtonen in de praktijk genoemd als een van de oorzaken van de toegenomen werkdruk van de huisarts.^{2,3} Communicatieproblemen spelen hierbij waarschijnlijk een belangrijke rol. Daarbij valt te denken aan een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal, beperkte kennis van ziekte en gezondheid, een andere beleving van ziekte en gezondheid, en andere opvattingen over de rol van de huisarts.

Uit eerder onderzoek is bekend dat consulten met allochtone patiënten gemiddeld langer duren dan consulten met autochtone patiënten, en dat huisartsen bij allochtone patiënten vaker medicatie voorschrijven.⁴⁻⁶ Ook zijn er duidelijke aanwijzingen dat de stijl van communiceren van invloed is op de uitkomst van een consult.^{7,8} Of de relatie tussen de etnische herkomst van een patiënt en voorschrijven en consultduur wordt beïnvloed door communicatieverschillen tussen arts en patiënt, is tot heden niet onderzocht. De vragen die wij willen beantwoorden, zijn:

- In hoeverre zijn er verschillen in arts-patiëntcommunicatie tussen consulten met allochtone en consulten met autochtone patiënten?
- In hoeverre spelen opleidingsniveau van de patiënt en diens beheersing van het Nederlands hierbij een rol?
- In hoeverre worden verschillen in consultduur en prescriptie tussen patiënten van diverse etnische afkomst verklaard door communicatieaspecten?

Methode

Wij voerden een onderzoek uit in zeven praktijken (zes solopraktijken en één duopraktijk, met ook een huisarts in opleiding) in de wijk Charlois in Rotterdam-Zuid. De populatie van deze praktijken is voor ruim 30 procent van allochtone herkomst. Wij beperkten ons tot consulten

voor kinderen van 0-12 jaar om meer homogeniteit te verkrijgen in de redenen van komst en omdat psychische problemen minder voorkomen bij consulten voor kinderen.

De gegevens werden verzameld in het voorjaar van 1996. De ouders van alle kinderen die zich bij de huisarts presenteerden, werd gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Na verkregen ‘informed consent’ werd de ouders een kort interview afgenoem. Daarna werd het consult op video opgenomen. Het aantal opnamedagen varieerde van twee tot vijf dagen per praktijk.

Om te bepalen of een kind in de allochtone dan wel autochtone onderzoeksgrond viel, is gebruik gemaakt van de BIZA-criteria.⁹ Volgens deze criteria wordt gesproken van ‘allochtoon’ bij iemand die in het buitenland is geboren of minimaal één allochtone ouder heeft. Autochtoon zijn uitsluitend die kinderen waarbij zowel de ouders als het kind zelf in Nederland zijn geboren. Voor het opleidingsniveau is de hoogst voltooide opleiding van de moeder (in het land van herkomst of in Nederland) gebruikt. De mate van beheersing van de Nederlandse taal werd gescoord op een vijfpuntsschaal aan de hand van de video-opname, op basis van de subjectieve indruk van de observator.

De zorgaspecten werden bepaald aan de hand van twee indicatoren: de consultduur in minuten en het al of niet voorschrijven van medicatie.

Voor de bepaling van de communicatie werden de opnamen door vier observatoren gescoord volgens de RIAS-methode.¹⁰ Hierbij worden alle verbale uitingen van arts en patiënt opgedeeld in de kleinste mogelijke eenheden en vervolgens gecategoriseerd op basis van aard van de uiting. Deze methode is een betrouwbaar instrument om de communicatie tussen arts en patiënt in beeld te brengen.^{11,12} De RIAS maakt onderscheid tussen affectieve en instrumentele uitingen. De instrumentele uitingen zijn gericht op het oplossen van het probleem, de affectieve uitingen op het opbouwen van een goede arts-patiëntrelatie.^{10,13} De inter-observerbetrouwbaarheid van de RIAS-score werd bepaald door tien

consulten door alle vier observatoren te laten scoren en uitgedrukt in een Pearson correlatiecoëfficiënt.

Om de uitingen voor verdere analyse hanteerbaar te maken, werden principale-componentenanalyses uitgevoerd op de affectieve en de instrumentele uitingen van afzonderlijk de huisarts en de patiënt. Deze datareductietechniek heeft als doel het terugbrengen van een grote hoeveelheid variabelen tot een klein aantal herkenbare en interpreteerbare factoren. Reductie tot drie factoren (met eigenwaarden >1) bleek tot goed interpreteerbare factoren te leiden, behalve bij de instrumentele uitingen van de arts, waarvoor vier factoren nodig bleken. De benoeming van de factoren geschiedde door de onderzoekers op basis van de variabelen die hoog laadden op de factoren.

Elk consult kreeg een score op elk van de factoren. Een negatieve score geeft aan dat deze uitingscategorie minder vaak voorkwam in consulten, gekarakteriseerd door de betreffende factor.

De RIAS kent, naast de score van arts- en patiëntuitingen, ook een beoordeling naar zogenaamde affectmaten van arts en patiënt. Het consult werd door de observatoren op een zespuntsschaal beoordeeld naar vijf affectmaten: woede en irritatie, angst en nervositeit, dominantie en assertiviteit, interesse en bezorgdheid, warmte en vriendelijkheid. Conform de RIAS-methodiek werd een subjectieve beoordeling gegeven voor de mate van voorkomen van deze affecten bij arts en ouder in het consult (1 – komt niet voor; 6 – komt veel voor).

Voor het bepalen van communicatieverschillen tussen allochtone en autochtone patiënten met hun huisarts werden de scores op de factoren en de affectmaten vergeleken en werden de verschillen getoetst met een t-test. De verschillen in prescriptie en consultduur voor beide groepen werden bepaald en getoetst met respectievelijk een chi-kwadraattoets en een t-toets.

De invloed van de communicatiekenmerken op de relatie tussen etnische afkomst en consultduur en voorschrijfge-

drag werd bepaald door respectievelijk een multivariate lineaire regressie en een logistische regressie.

Resultaten

Geen van de 82 uitgenodigde ouders weigerde deelname aan het onderzoek.

Slechts 66 video-opnamen waren geschikt voor analyse (34 met allochtone en 32 met autochtone kinderen); de andere – waaronder alle opnamen met allochtone patiënten van huisarts 5 – waren technisch slecht. Het aantal opgenomen consulten per huisarts liep uiteen van één tot dertien, gemiddeld 7,3.

De belangrijkste landen van herkomst van de allochtone ouders waren: Suriname, Turkije, Marokko en Nederlandse Antillen (samenv 70%). Slechts vier allochtone kinderen waren niet in Nederland geboren. De allochtone kinderen waren gemiddeld 3,9 jaar oud (standaarddeviatie 3,6), de autochtone kinderen 4,2 jaar (standaarddeviatie 4,3).

Geen van de autochtone ouders had een slechte taalbeheersing; elf allochtone ouders hadden een minder goede taalbeheersing. Qua opleidingsniveau van de ouders was er geen significant verschil tussen beide groepen.

De kinderen van allochtone afkomst presenteerden meer maagdarm- en luchtwegproblemen en minder oorklachten en problemen van het bewegingsapparaat.

De Pearson-correlatiecoëfficiënt voor de interobserverbetrouwbaarheid van de verschillende categorieën varieerde voor de artsuitingen van 0,69 tot 0,79 en voor de patiëntuitingen van 0,55 tot 0,77.

Verschillen in communicatie

De affectieve factoren van de arts zijn betrokkenheid, geruststelling en empathie. De verklaarde variantie in uitingen tijdens het consult van deze drie factoren was 62 procent. De instrumentele uitingen van de arts zijn samen te vatten in vier factoren: levensstijl, gevoelens, therapie en anders (46% verklaarde variantie – tabel 1).

Voor de ouders werden drie affectieve factoren benoemd: bevestiging, sociale

conversatie en bezorgdheid (58% verklaarde variantie). De drie instrumentele factoren voor de ouders noemen we: therapie, gevoelens en gesloten vragen (47% verklaarde variantie).

De arts deed meer empathische uitingen in de consulten met allochtone ouders en allochtone ouders stelden vaker gesloten vragen, maar deze verschillen zijn niet significant ($p=0,06$ – tabel 2). Omdat het aantal empathische uitingen artsafhankelijk kan zijn, is de mediaanscore voor de artsfactor empathie afzonderlijk berekend voor allochtonen en autochtone patiënten (figuur). Hoewel de absolute hoeveelheid empathische uitingen per arts duidelijk verschilt, deden zeven van de negen huisartsen meer empathische uitingen in consulten met allochtone ouders dan in consulten met autochtone ouders.

De apart gescoorde affectmaten voor zowel ouder als huisarts toonden weinig verschillen tussen de consulten met allochtone en met autochtone kinderen; alleen lieten de autochtone ouders significant ($p<0,05$) meer gevoelens van interesse/bezorgdheid zien (gemiddeld 4,8 op de zespuntsschaal) dan de allochtone ouders (gemiddeld 4,2).

Taalvaardigheid en opleidingsniveau

De vaardigheid ten aanzien van de Nederlandse taal verschildde weinig tussen beide groepen; het gemiddelde opleidingsniveau van de moeder verschildde niet voor beide groepen.

Consultduur en prescriptie

Consulten met allochtone kinderen duurden gemiddeld drie minuten langer dan consulten met autochtone kinderen (gemiddeld 10 versus 7 minuten; t-test $p=0,027$). In consulten met allochtone kinderen werd vaker een medicijn voorgeschreven dan in consulten met autochtone patiënten (71 versus 50 procent), maar het verschil is niet significant (chi-kwadraattoets $p=0,09$).

Communicatieverschillen waren niet van invloed op de consultduur en hadden ook geen invloed op de relatie tussen etniciteit en consultduur. Ofschoon deze relatie niet significant was, bleek dat in con-

ONDERZOEK

Tabel 1 Ladingen >0,30 van de affectieve en instrumentele uitingen. Uitkomsten van principale componentenanalyse met varimaxrotatie met gedwongen 3- of 4-factoroplossing

Affectieve uitingen	Ouder			Arts		
	Bevestiging	Sociale conversatie	Rest/bezorgdheid	Betrokkenheid	Geruststelling	Empathie
Vraagt bevestiging	0,76				0,78	
Is het eens/heeft er begrip voor	0,69			0,62		
Keurt goed	0,60				0,44	0,53
Parafraseert	0,47	0,44		0,87		
Maakt persoonlijke opmerkingen		0,87				
Maakt grap/lacht	0,33	0,58				
Legitimeert			0,93			
Toont bezorgdheid	0,55		0,60	0,81		
Bevestigt					0,82	
Doet uiting 'wij'-gevoel						0,79
Toont medeleven						0,77
Verklaarde variantie (%)	29,4	16,1	12,6	24,8	21,1	15,8
Cumulatief (%)		58,2			61,7	
Instrumentele uitingen	Therapie	Gevoelens Anders Levensstijl	Gesloten	Levensstijl	Gevoelens	Anders Therapie
Geeft informatie over therapie	0,85				0,47	0,32
Gesloten vraag over therapie	0,74					0,49
Open vraag over therapie	0,65				0,37	0,68
Geeft medische informatie	0,49			0,32		0,41
Open vraag medisch	-0,33	0,71			-0,63	
Open vraag over iets anders		0,70	-0,35		-0,48	
Geeft informatie over levensstijl		0,50				
Raadgeving medisch/therapeutisch		-0,39			-0,34	0,68
Geeft informatie over gevoelens		0,35				0,43
Gesloten vraag over iets anders			0,66			0,67
Gesloten vraag over levensstijl			0,58	0,89		
Gesloten vraag medisch	0,44		0,51			-0,58
Raadgeving over levensstijl				0,80		
Open vraag over levensstijl				0,66		
Gesloten vraag over gevoelens					0,63	
Open vraag over gevoelens					0,50	
Geeft informatie over iets anders						0,73
Verklaarde variantie (%)	21,0	14,3	11,3	14,0	11,5	11,0
Cumulatief (%)		46,6			45,7	9,3

Tabel 2 Verschillen tussen consulten met allochtone en autochtone kinderen. Verschil in lading op de gevonden factoren in consulten met enerzijds allochtone kinderen en anderzijds autochtone kinderen

	Gemiddelde waarden allochtone	Gemiddelde waarden autochtone	Absolute verschil	p-waarde verschil
<i>Ouder affectief</i>				
Bevestiging	-0,003	0,003	0,006	0,98
Sociale conversatie	-0,024	0,025	0,049	0,84
Bezorgdheid	-0,179	0,190	0,369	0,13
<i>Arts affectief</i>				
Betrokkenheid	0,179	-0,191	0,370	0,13
Geruststelling	0,039	-0,042	0,081	0,75
Empathie	0,224	-0,238	0,462	0,06
<i>Ouder instrumenteel</i>				
Therapie	0,048	-0,051	0,099	0,69
Gevoelens/anders/ levensstijl	-0,083	0,088	0,171	0,49
Gesloten vragen	0,222	0,236	0,458	0,06
<i>Arts instrumenteel</i>				
Leven	0,176	-0,187	0,363	0,14
Gevoelens	0,025	0,027	0,052	0,83
Anders	-0,158	0,168	0,326	0,19
Therapie	0,082	-0,087	0,169	0,50

sulten waarin de huisarts meer empathische uitingen deed, minder vaak medicatie werd voorgeschreven (odds ratio 0,5).

Beschouwing

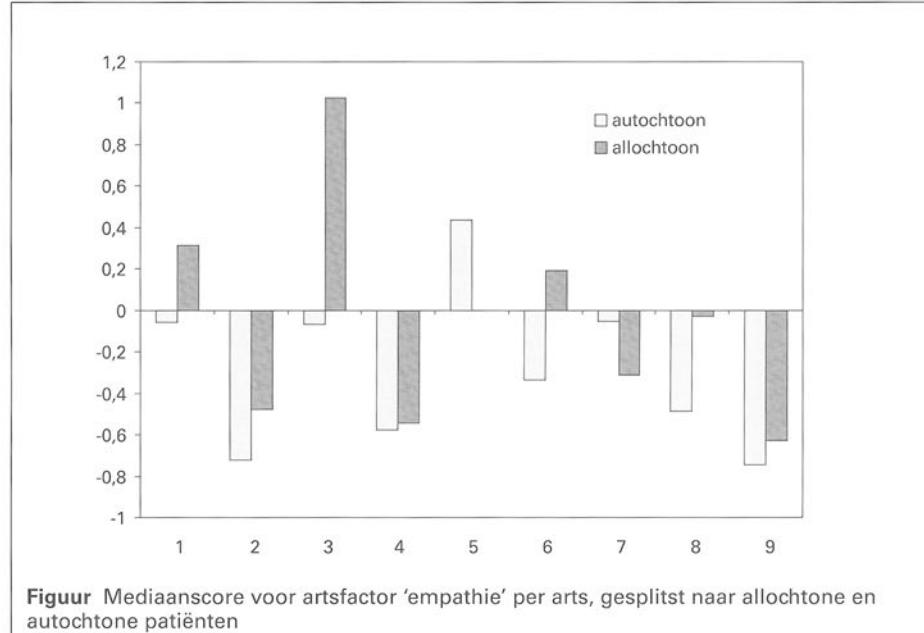
De resultaten van dit onderzoek mogen niet worden gegeneraliseerd, maar geven wellicht wel een indicatie voor de richting van diverse verbanden.

Op het punt van de communicatie tussen huisarts en patiënt waren er niet veel verschillen. De huisarts deed wat meer empathische uitingen en stelde meer gesloten vragen bij allochtone ouders. Het eerste heeft waarschijnlijk minder te maken met achterliggende gevoelens dan met een extra inspanning om een goede arts-patiëntrelatie te bereiken,^{10,14} het tweede kan verklaard worden uit een ander begrip van ziekte en gezondheid van allochtonen. Mogelijk speelt ook een andere houding ten opzichte van de huisarts een rol. Opleidingsniveau en taalbeheersing van de moeder leverden geen onafhankelijke bijdrage aan de gevonden verschillen.

Achteraf valt te betwijfelen of de toegepaste operationalisatie van etniciteit wel de meest valide is geweest. Etniciteit is mogelijk een te grove maat; allochtonen verschillen onderling veel in achtergrond, en de belangrijkste maat voor deze achtergrond lijkt de cultuur. Voor de communicatie in de spreekkamer is, naast taal, vooral het verschil in cultuur van belang. Mogelijk biedt de indeling van *Pinto* in grofmazige en fijnmazige cultuurpatronen hierbij een bruikbaarder model.^{15,16}

Het vaker voorschrijven van medicamenten en een langere consultduur bij allochtone patiënten zijn bevindingen die overeenstemmen met de uitkomsten van ander onderzoek.⁴⁻⁶ *Versluis-van Winkel* vond echter geen verschil in consultduur,¹⁷ en ook de invloed van de arts-patiëntcommunicatie op de zorg is niet altijd even duidelijk.^{7,8,13,18,19,20}

Op basis van de samenhang tussen etniciteit van de patiënt, het voorschrijfgedrag van de huisarts en empathische uitingen van de huisarts, formuleren we de volgende hypothese: het doen van meer empathi-



Figuur Mediaanscore voor artsfactor 'empathie' per arts, gesplitst naar allochtone en autochthonous patiënten

sche uitingen in het consult met allochtone patiënten leidt tot minder voorschrijven. Deze hypothese zou getoetst kunnen worden in vervolgonderzoek.

Er was geen verband tussen de artsfactor empathie en de consultduur. De langere consultduur bij allochtone kinderen lijkt moeilijk te verklaren. De hoeveelheid gepresenteerde klachten speelde geen rol; deze was voor beide groepen patiënten gelijk. Mogelijk verloopt de communicatie bij allochtonen toch moeilijker en/of duurt het lichamelijk onderzoek bij hen wat langer.

Dankbetuiging

Met dank aan E. van Driel, N.M. Rus, L.A. Edelman en D.J.D. Koek, destijds medisch studenten, voor hun rol bij de gegevensverzameling en -bewerking, en aan de deelnemende huisartsen en patiënten van Hagro-Charlois.

Literatuur

- Tas RFJ. Verdere groei van het aantal Turken en Marokkanen in Nederland. Maandstatistiek bevolking 1989;7:4-6.
- Aulbers BJM, Aulbers LPJ, Van der Wouden JC. Werkers in de grote stad. Rotterdam: Instituut Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit, 1995.
- Luijten MCG, Tjadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken. Leiden: Research voor Beleid, 1995.
- Van Wieringen JCM, Leentvaar-Kuijpers A, Brouwer HJ, et al. Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groepen. Tijdschrift Soc Gezondheidszorg 1987; 65:587-92.
- Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1997;75:4-12.
- Slegt AC, Van Kessel-Al HA, Brouwer HJ. Ziektegedrag van allochtone patiënten. Huisarts Wet 1985;28:289-93.
- Mokkink HGA, Van der Lisdonk EH, Smits AJA. Het woord bij de daad gevoegd. Huisarts Wet 1991;34:340-5.
- Mokkink HGA, Schellekens CMAM, Tiemens VCL. Consultduur in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1993;36:285-90.
- Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO). Beter meten I. Rotterdam: ISEO, 1987.
- Rotter DL. The Roter Method of Interaction Process Analysis. Baltimore: Department of Health Policy and Management, The Johns Hopkins

- University, 1989.
- 11 Inui TS, Carter WB, Kukull WA, Haigh VH. Outcome based doctor patient interaction analysis 1. Comparison of techniques. *Med Care* 1982;20: 525-49.
 - 12 Carter WB, Inui TS, Kukull WA, Haigh VH. Outcome based doctor patient interaction analysis 2. Identifying effective provider and patient behavior. *Med Care* 1982;20:550-65.
 - 13 Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of doctor-patient communication. Second European Conference on Health Services Research an Primary Health Care. Keulen, 1990.
 - 14 Roter DL. The influence of patient characteristics on communication between the doctor and the patient. *Huisarts Wet* 1991;34:295-301.
 - 15 Pinto D. Interculturele conflicten. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
 - 16 Pinto D. Interculturele communicatie. 2e druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
 - 17 Versluis-van Winkel SY, Bruijnzeels MA, Lo Fo Wong SH, et al. Geen verschil in frequentie van huisartsbezoek door Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen van 0-14 jaar en door Nederlandse, maar wel in contactreden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:980-4.
 - 18 Bensing JM. Wie zegt dat dit een goed consult is? *Huisarts Wet* 1991;34:21-9.
 - 19 Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Med Care* 1992;30:283-296.
 - 20 Van den Brink A. Gender and communication style in general practice. Differences between women's healthcare and regular health care. *Medical Care* 1998;36:100-6. ■

Abstract

Harmsen JAM, Bruijnzeels MC, Van der Wouden JC, Bohnen AM. GP consultation of allochthonous children. Communication between parents and general practitioner. *Huisarts Wet* 1999;42(5):163-7.

Aims To find out if communication in general practice differs between native patients and patients from other ethnic origin and to assess whether these differences affect the prescription of medication and the length of consultation.

Design Exploratory and descriptive investigation in seven general practices in Rotterdam-Charlois. There were 66 consultations with children (34 of non-native and 32 of Dutch origin) recorded on videotape. The communication (between doctor and the children's parents) and the duration of consultation were scored according to the Roter Interactional Analysis System. Whether drugs were prescribed was asked after the consultation.

Results The analysis showed that the general practitioner did more empathic utterances and had more often a conversation about lifestyle with non-native patients. He (or she) asked more questions about 'something else' in Dutch patients. Communication aspects had no influence on the duration of consultation. The consultations with non-Dutch patients lasted longer (thirteen versus ten minutes). The doctor prescribed more often medication to

non-Dutch patients (50% versus 71%). This difference in prescription was partly caused by differences in presented morbidity, it increased after correction for the number of empathic utterances of the general practitioner. The relations we found were statistically not significant ($p=0,06$).

Conclusion There is a small difference in communication between consultations with non-Dutch parents and their general practitioner compared to Dutch parents. There might be a relation between these differences and the difference in prescription rate between both groups.

Correspondence J.A.M. Harmsen, MD, Department of General Practice, Erasmus University Rotterdam, Room Ff314, PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam, Netherlands; e-mail harmsen@hag.fgg.eur.nl.