

Tabel Karakteristieken van 29 bij Lareb gemelde uterusperforaties

Parameter	Waarde	Bijzonderheden
Leeftijd	34,2 ± 6 jaar (gemiddelde ± standaardafwijking)	onbekend in 14 casussen
Tijdsduur tot ontdekken perforatie	38 weken, variërend van dezelfde dag (2 casussen) tot 150 weken na insertie	onbekend in 17 casussen
Pariteit	17 casussen post partum, 1 nulligravida	onbekend in 11 casussen
Tijdstip van insertie post partum	5-6 weken: 5 casussen 6-8 weken: 5 casussen ≥9 weken: 6 casussen	onbekend in 12 casussen, niet van toepassing in 1 casus
Verwijdering IUD	Laparoscopisch: 9 casussen, procedure niet vermeld: 8 casussen	onbekend in 12 casussen

perforatie en het feit dat perforaties laat na insertie kunnen optreden of opgemerkt worden, vragen om oplettendheid bij het optreden van buikklachten en menstruatiestoornissen bij vrouwen die de Mirena gebruiken. Een perforatie van de uterus moet dan in de differentiële diagnose worden opgenomen.

Literatuur

- 1 De Graaf L, Van Grootheest AC. Meldingen aan Lareb over mogelijke systemische effecten bij gebruik van een hormoon bevattend IUD (Mirena). Tijdschr Huisartsgeneeskd 2002;19:134-7.
- 2 De Graaf L, Van Grootheest AC. Geven levonorgestrel-bevattende iud's een verhoogd risico van veneuze trombo-embolieën? Ned Tijdschr Obstet Gynaecol 2003;116:204-5.
- 3 Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. I. Classification, complications, mechanism, incidence, and missing string. Obstet Gynecol Surv 1981;36:335-53.
- 4 Chen CP, Hsu TC, Wang W. Ileal penetration by a Multiload-Cu 375 intrauterine contraceptive device. A case report with review of the literature. Contraception 1998;58:295-304.
- 5 Zijlmans M, Van Vliet W, Schöls WA. Op zoek naar in de buikholte: laparoscopie bij een intra-abdominale levonorgestrel-houdende spiraal. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol 2004;116:200-3.
- 6 Harrison-Woolrych M, Zhou L, Coulter D. Insertion of intrauterine devices: a comparison of experience with Mirena and Multiload Cu 375 during post-marketing monitoring in New Zealand. N Z Med J 2003;116:U538.
- 7 Zhou L, Harrison-Woolrych M, Coulter DM. Use of the New Zealand Intensive Medicines Monitoring Programme to study the levonorgestrel-releasing intrauterine device (Mirena). Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2003;12:371-7.
- 8 Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odling V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. Contraception 1998;57:251-5.
- 9 Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? Contraception 2003;67:53-6.
- 10 Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications: can they be predicted? J Fam Plann Reprod Health Care 2003;29:227-31.
- 11 NHG. NHG-Standaard Het spiraaltje. <http://www.artsennet.nl> (Rubriek NHG-Standaarden); geraadpleegd op 4 november 2004.
- 12 IB tekst Mirena®. <http://www.cbg-meb.nl/IB-teksten/16681.pdf>, 2002; geraadpleegd op 5 januari 2004.

Beschouwing

Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit?

Hans Harmsen, Marc Bruijnzeels

Inleiding

Hoewel sinds eind jaren zestig van de vorige eeuw grote groepen migranten, destijds gastarbeiders genoemd, in ons land leven en

Auteursgegevens

Instituut voor beleid en management gezondheidszorg Erasmus MC Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam; dr. J.A.M. Harmsen, huisarts; dr. M.A. Bruijnzeels, universitair hoofddocent.

Correspondentie: j.harmsen@erasmusmc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

duis van de zorg gebruikmaken, geeft dit pas de laatste jaren steeds meer stof tot discussie.

In 1982 schreef Dorrenboom als eerste huisarts over cultuurverschillen en afwijkende ziekteopvattingen waarmee hij in de praktijk te maken kreeg.¹ Tot midden jaren negentig bleef het onderwerp vrijwel onbesproken en werden incidenteel wetenschappelijke analyses uitgevoerd.^{2,3} Ook maakten zowel artsen als patiënten steeds vaker melding van problemen in de onderlinge relatie.^{4,5} Dat deze signalen nu pas naar voren komen, is niet alleen te verklaren uit de toename van het aantal allochtonen en het aantal landen van herkomst, maar ook vanuit veranderingen in

opvattingen en gedragingen bij latere generaties allochtone patiënten. Een gemiddelde praktijk in een zogenaamde achterstands- of aandachtswijk in de grote stad bestaat vaak voor meer dan de helft uit allochtone patiënten, afkomstig uit meer dan 30-40 verschillende landen. Dit aandeel zal de komende jaren in de grote steden naar verwachting nog sterk stijgen.⁶ Je zou verwachten dat latere generaties, die voor een belangrijk deel hier zijn opgegroeid en beter de taal spreken, ook beter geaccultureerd zijn zodat het patiënt-artscontact in betere onderlinge afstemming zal verlopen. Maar dat laatste is zeer de vraag. Laten we de problemen vanuit de patiënten- en huisartsenoptiek eens onder de loep nemen.

Patiëntenperspectief

Allochtone patiënten ervaren de zorg als minder dan autochtone patiënten; met name het conservatieve en afwachtende beleid is niet in overeenstemming met hun ervaringen uit het land van herkomst. Ook voelen ze zich in hun klachtenpresentatie vaak niet begrepen. Mede door gebrekkige communicatie voelen ze zich niet serieus genomen. Ze hebben sowieso vaak moeite met het fenomeen huisarts, een beroep dat in hun land van herkomst meestal niet bekend is. 'Nederland paracetamol' is dan ook een schampere kwalificatie van het afwachtend beleid (al of niet met paracetamol) voor kleine kwalen dat de meeste huisartsen als kwaliteit zien. Allochtonen voelen zich significant minder gezond dan Nederlandse patiënten,⁷ maar waarom is niet geheel duidelijk.

De gebrekkige communicatie kent een aantal oorzaken, waaronder natuurlijk de gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal en de andere cultureel bepaalde codes en communicatieregels, zeker bij de eerste generatie migranten. Maar ook de onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg en andere opvattingen over ziekten, gezondheid en ziekenzorg spelen een rol.

Cultuurverschillen in theorie

Kleinman heeft het belang hiervan onderkend en stelt dat iedere cultuur haar eigen opvattingen over ziekte en gezondheid kent.^{8,9} Zo is ziekte voor de patiënt de ervaren kwaal bij zichzelf of verwanten (in het Engels: *illness*) en voor de arts de biomedische afwijking zoals geleerd tijdens de opleiding (in het Engels: *disease*). Een argument voor Kleinmans theorie is dat er ook binnen de westerse medische cultuur internationale verschillen zijn in benadering en opvattingen.¹⁰ Zo staan bij de Britten darmproblematiek, de Fransen leverziekten en de Duitsers 'Kreislauf'-problemen van oudsher meer centraal. Maar ook in de benadering van medische problemen zijn er verschillen: zo is voor Britten het wetenschappelijk bewijs verkregen uit RCT's en daarmee de evidence-based geneeskunde het centrale uitgangspunt, waar voor de Fransen een goede wetenschappelijke theorie belangrijker is in de keuze voor het te adviseren medisch beleid.¹⁰ Kleinman noemt de cultureel bepaalde opvattingen over ziekte de 'klinische realiteit'. Hij stelt als voorwaarde voor een goed medisch beleid en therapietrouw van de patiënt dat arts en patiënt tot overeenstemming in verklaringmodellen van die klinische realiteit komen.¹¹

De kern

- ▶ Iedere arts dient rekening te houden met de culturele context van de patiënt.
- ▶ Het is noodzakelijk zich eerst op de eigen culturele context te bezinnen, alvorens zich in die van de patiënt te verdiepen.
- ▶ Tijdens de basisopleiding geneeskunde, de beroepsopleidingen en nascholing dienen cultuurverschillen uitgebreid aandacht te krijgen.
- ▶ Vooral bij latere generaties en enigszins geaccultureerde allochtone patiënten is er een grotere kans op wederzijds onbegrip tussen arts en patiënt.
- ▶ Arts en patiënt hebben een gedeelde verantwoordelijkheid voor de communicatie tijdens het consult: daarbij is het streven naar begrip belangrijker dan overeenstemming.

Gemeten cultuurverschillen

In een onderzoek in 1998 toonden we aan dat wederzijds begrip tussen arts en patiënt de beste voorspeller van de therapietrouw is.¹² Daarmee is wederzijds begrip in de spreekkamer ook een belangrijk kwaliteitsaspect van het consult. We stelden dit begrip objectief vast door drie deskundigen die geblindeerd waren voor patiëntkenmerken, antwoorden te laten vergelijken op identieke vragen die zowel aan arts en patiënt over het consult waren gesteld. Allochtone patiënten hadden vaker een slecht wederzijds begrip met hun huisarts dan autochtone patiënten (respectievelijk 33% en 13%). Ter verduidelijking: het begrip over en weer en niet de overeenstemming van de ideeën werd bepaald; arts en patiënt hoefden het niet eens te zijn als men elkaars zienswijze maar begreep.

Ten aanzien van de communicatie tussen huisarts en allochtone patiënt doet zich bovendien een merkwaardig verschijnsel voor. Het ligt in de verwachting dat latere generaties allochtone patiënten door acculturatie en aanpassing aan de Nederlandse (westerse) cultuur een beter begrip met hun huisarts zouden hebben. In het eerder genoemde onderzoek uit 1998 bleek echter dat de meest traditioneel levende allochtone patiënten een beter wederzijds begrip met hun huisarts hadden dan de deels traditioneel, deels westers levende patiënten.¹³ Hetzelfde effect werd ook gevonden bij ons interventieonderzoek dat we in 2000 uitvoerden.¹⁴ Bij deze tussengroep van deels traditioneel en deels westers levende patiënten gaat het vooral om langer in Nederland verblijvende of tweede en derde generatie allochtone patiënten, van wie men zou verwachten dat ze meer geaccultureerd zijn. Dit vertoont parallellen met de maatschappelijke problemen met groepen allochtone jongeren van de tweede en derde generatie die het met aanpassing aan de Nederlandse samenleving moeilijk hebben.¹⁵ Mogelijk is ook de manier van hulpvragen bij latere generaties anders.

Leeftijd onderscheidde verschillende type hulpvragers onder zijn Turkse onderzoekspopulatie, waarvan met name de 'opstandige hulpvragers' met een meer eisend hulpvraaggedrag als problematisch in het contact worden ervaren.⁵

Al met al vinden allochtone patiënten de huisartsenzorg van min-

dere kwaliteit dan de Nederlandse patiënten en verwachten zij dat de arts met hun culturele achtergrond rekening houdt.^{14,16}

Huisartsenperspectief

Querido heeft de specifieke kenmerken en knelpunten van de grote-stadspraktijk al in 1988 beschreven.¹⁷ Luiten et al. hebben de ervaren problemen van huisartsen in achterstandswijken in kaart gebracht.⁴ Allochtone patiënten werden en worden als een van de oorzaken van gepercipieerde hoge werkdruk beschouwd. Het gaat dan met name om onduidelijke en oneigenlijke hulpvragen, frequent praktijkbezoek en vaak buiten de normale tijden, therapie-ontrouw (vooral bij chronische ziekten) en slechte kennis van het lichaam. Meer recent kon worden aangetoond dat het beroep op de praktijk onder allochtone patiënten hoger ligt dan voor groepen Nederlandse patiënten die vergelijkbaar zijn in leeftijd, geslacht en sociaal-economische positie.^{7,18,19} Hiermee was er bewijs dat de verhoogde gepercipieerde of subjectieve werkdruk ook in werkelijkheid hoger was dan voor vergelijkbare autochtone patiëntengroepen en dat bovendien in wijken waar door de samenstelling van de populatie (vooral bewoners met een lage sociaal-economische positie) de werkdruk van oudsher hoog was.^{15,17} Deze verhoogde subjectieve en objectieve werkdruk in wijken met veel allochtone patiënten¹⁹ zal naar verwachting verder stijgen, voornamelijk door de vergrijzing van de bevolking.²⁰ Een recent onderzoek naar het benodigde aantal toekomstige huisartsen geeft aan dat er mede daardoor aanzienlijk meer huisartsen nodig zullen zijn.⁶ Maar ook hier zal de zorgvraag in achterstandswijken met veel allochtone patiënten naar verhouding hoger uitvallen: het is immers bekend dat alle niet-westerse allochtone groepen ouderen een hogere consultfrequentie hebben dan de autochtone ouderen.¹⁸

Probleemstelling

Een slechte taalbeheersing van patiënten en verschillen in culturele achtergrond van arts en patiënt staan een goede communicatie in de weg. Bovendien verloopt de communicatie met langer in Nederland verblijvende of tweede en derde generatie allochtone patiënten niet vanzelfsprekend beter ondanks hun betere taalbeheersing.¹³ Ook is de verwachting dat in tegenstelling tot de eerste generatie migranten, de huidige (en toekomstige) generaties allochtonen na hun pensionering zeer waarschijnlijk niet meer zullen remigreren naar het land van herkomst en hier in toenemende mate hun oude dag zullen 'slijten' en sterven.

Dit heeft consequenties voor de zorg, waarbij volgens ons de meeste nadruk op het verschil in culturele achtergrond tussen arts en patiënt komt te liggen en veel minder op de taalvaardigheid van patiënten.

Een ander probleem is dat huisartsen steeds meer te maken krijgen met een cultureel meer diverse patiëntengroep door de toenemende etnische diversiteit van zich hier vestigende nieuwkomers.²¹ Begrip en kennis van de context van de patiënt nemen hierdoor af.

Het is juist de bekendheid met de context van de patiënt die het werken van de huisarts versoepelt en een extra dimensie aan het

arts-patiëntcontact geeft.²² De veelheid van culturen maakt daarom algemene kennis over cultuurverschillen noodzakelijk en sociologische en antropologische onderwijs over cultuurverschillen is daarom ook voor artsen gewenst.^{8,11} Kennis over cultuurverschillen geeft de arts niet alleen inzicht in de context van de patiënten, maar ook in de eigen culturele context, wat voor de interactie tussen arts en patiënt belangrijk is.²³

Theoretisch kader

Over de verscheidenheid in culturen en verschillen tussen culturen bestaan verschillende onderzoeken.²⁴⁻²⁷ De verschillen tussen culturen zijn te beschrijven als verschillen op dimensies^{24,26} of in structuur.²⁷ De belangrijkste dimensie is collectivisme versus individualisme (groepsoriëntering versus individuele geaardheid); veel niet-westerse culturen zijn groeps culturen waar het groepsbelang primair staat. Westerse culturen zijn meer individualistisch en hechten het meeste belang aan persoonlijke ontplooiing. Hofstede benoemt nog vier andere dimensies (masculien-feminien, grote-kleine machtsafstand, wel of geen onzekerheidsvermijding, lange- kortetermijngerichtheid).²⁶ Pinto stelt dat het aantal dimensies er niet toe doet; ze wijzen bijna altijd in dezelfde richting en zijn afhankelijk van een onderliggende structuur.²⁷ Deze structuur van dichtheid van regelgeving is bepalend voor de plaats op iedere dimensie. Wel onderschrijft hij het onderscheid tussen collectivisme en individualisme als een belangrijk kenmerk van cultuurverschillen.

De consequenties van dit alles voor de gezondheidszorg zijn onderzocht, waarbij het verschil op de dimensie individualisme-collectivisme als het meest belangrijke naar voren komt.^{24,28-30} Het leren positioneren van een patiënt op deze dimensie geeft een belangrijke inschatting van de culturele achtergrond van de patiënt. Maar kennis alleen is niet voldoende.^{8,11} De (huis)arts zal nieuwe vaardigheden moeten ontwikkelen voor de communicatie en omgang met cultureel andere patiënten. De huisarts heeft immers de plicht zich in de context van de patiënt te verdiepen en zo nodig haar beleid erop af te stemmen. Maar ook de patiënt is er verantwoordelijk voor om in het contact met de arts mee te werken aan een zo groot mogelijke doelmatigheid bij onderzoek en behandeling.³¹ Gegeven de asymmetrie in opleiding, medische kennis en macht in een consult ligt het voor de hand dat de huisarts in dit proces de eerste stappen zet.

Mogelijke oplossingen en gewenste ontwikkelingen

Wanneer de huisarts rekening houdt met de hierboven beschreven cultuurverschillen en weet dat deze consequenties hebben voor de communicatie en relatie met de patiënt, zal zij zich moeten bekwaamen in nieuwe communicatie en benaderingswijzen. Maar ook aan patiënteneducatie zal het nodige moeten gebeuren. Communiceren doe je niet alleen en goede communicatie in het consult is de verantwoordelijkheid van beiden, arts en patiënt.

Wij voerden in Rotterdam in 38 praktijken een RCT uit naar verbetering van de communicatie tussen de huisartsen en hun niet-westerse patiënten. De interventie resulteerde in een verbetering

van wederzijds begrip tussen arts en patiënt in het consult en ook van gepercipieerde kwaliteit van zorg 6 maanden na de interventie.¹⁴ Onze interventie was gericht op artsen én patiënten: de artsen ontvingen een training in interculturele communicatie en patiënten ontvingen een video-instructie (met als boodschap op een meer westerse manier te communiceren). De training van de artsen was gebaseerd op de theorie van Pinto en zijn driestapenmethode.²⁷ In stap 1 bezint de huisarts zich eerst op de eigen culturele normen en verklaringsmodellen; in stap 2 neemt zij kennis van de opvattingen en verklaringsmodellen van de patiënt en in stap 3 probeert men tot een vergelijk te komen en indien dit niet mogelijk is, communiceert de huisarts dat duidelijk met aandacht voor een goede onderlinge relatie. Opvallend was dat de patiënten die deels traditioneel en deels modern waren, ook nu weer aanvankelijk het slechtste wederzijds begrip met hun huisarts hadden, maar ook de sterkste verbetering toonden op de interventie. Een training aan huisartsen gecombineerd met een instructie aan patiënten over de communicatie met de huisarts lijkt dus effectief en vooral voor de groep die het slechtst scoorde in het consult, namelijk de groep die tussen twee culturen leeft (tweede- en derdegeneratieallochtonen).

Hoewel de huisartsinterventie meer invloed lijkt te hebben dan de patiënteninterventie (2½ dag training tegen 10 minuten video-instructie) is deze laatste zeker niet zonder betekenis. Patiënteneducatie over ziekten, gezondheid en het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg is nodig, evenals het demystificeren van opvattingen zoals: alle kwalen zijn met een pilletje of behandeling op te lossen en de dokter ziet vanzelf wat er aan de hand is. Ook de essentie en het nut van een kort adequaat antwoord op anamnestiche vragen moet aan allochtone patiënten worden geleerd, waarbij de arts zich moet realiseren dat het een cultureel vreemde vorm van communicatie is voor veel patiënten. Hulp van tolken en migrantenvoorlichters kan daarbij behulpzaam zijn. Zeker bij patiënten met chronische ziekten, die vaak diep ingrijpen op het dagelijks leven, heeft de migrantenvoorlichter (of VETC: vertaler eigen taal en cultuur of allochtone zorgconsulent) zijn nut bewezen.^{32,33}

Maar inschakeling van een migrantenvoorlichter verandert niets aan de eigen communicatiestijl van de huisarts en kennis van andere culturen en zij zal – met of zonder tolk of migrantenvoorlichter – moeten communiceren met de patiënt. Men kan de migrantenvoorlichter dan ook beschouwen als ondersteuning in de communicatie met de patiënt, maar niet als een alternatief voor interculturele communicatie van de huisarts.

Implicaties voor de praktijk

De culturele achtergrond van de patiënt is een belangrijk patiëntenkenmerk dat consequenties heeft voor de kwaliteit van zorg.^{13,14} Het gebrek aan inzicht bij de arts in etnisch-culturele achtergrondkenmerken beperkt haar kennis van de context van de patiënt en daarmee de effectiviteit van de zorg.²²

Ten aanzien van bovengenoemde kwaliteitskenmerken zijn inzicht en communicatie cruciaal. Omdat de communicatie sterk wordt

beïnvloed door de culturele achtergrond van de patiënt, dient de arts hiervoor sensitief te zijn.¹¹ Daarvoor is het essentieel dat de arts zich op de eigen culturele positie bezint: hoe bepalen eigen normen en opvattingen het zicht op de culturele positie van de patiënt? Een misvatting is dat culturele verschillen in opvattingen binnen de spreekkamer altijd overbrugd moeten worden. Ze zullen in onderling respect besproken moeten worden en desondanks zijn niet alle culturele verschillen overbrugbaar. Maar het is beter echt belangstelling en contact te hebben dan vanwege een vermeende goede relatie of tijdsdruk toe te geven aan niet-begrepen wensen.

Conclusie

Etnisch culturele verschillen maken wat uit! Van artsenzijde is meer aandacht nodig in het consult voor de culturele achtergrond als belangrijk aspect van de context van patiënten. Dit lukt alleen als men zich eerst op de eigen culturele context en de effecten daarvan op visie en handelen bezint. Zij zouden meer moeten weten van cultuurverschillen en inzicht moeten hebben in het belang ervan voor het verloop van het medisch consult. Dit kan bereikt worden door cultuurverschillen een meer prominente rol te laten spelen in medische opleiding en nascholing. Ook zouden aankomende en gevestigde artsen meer getraind moeten worden in interculturele communicatie. Patiëntgerichtheid betekent in dit opzicht vooral dat de huisarts haar communicatiestijl afstemt op de culturele achtergrond van de patiënt en niet zonder meer toegeeft aan onbegrepen, cultureel bepaalde wensen. Hierbij is Pinto's cultuurmodel van fijn- en grofmazige structuur, die verwijst naar de fijnheid van regelgeving op alle levensterreinen, zeer bruikbaar. Fijnmazige culturen (niet-westerse of traditionele culturen) hebben een grote dichtheid van regelgeving die bovendien vaak situatief bepaald is. Grofmazige of westerse culturen kennen minder regels die bovendien meer algemene geldigheid hebben. Pinto's model is inzichtelijk en handzaam voor het medisch consult met zijn diverse, veelvuldige en vaak korte contacten. De driestapenmethode ter overbrugging van cultuurverschillen is bruikbaar in de praktijk en doet recht aan de opvattingen van patiënt en arts en kan daarom gebruikt worden voor medisch onderwijs en nascholing.

Maar ook aan de patiëntenkant moet aandacht gegeven worden. Educatie over mogelijkheden en onmogelijkheden van het medisch zorgaanbod is dringend gewenst. Het is daarbij belangrijk in te gaan op de verschillen in zorg met het land van herkomst. Dan kan ook worden uitgelegd dat het vaak afwachtende beleid van Nederlandse artsen kwaliteitsbeleid betekent. Het belang van preventie en verantwoordelijkheid van de patiënt voor leefstijl en risicogedrag moet (bij herhaling) worden benadrukt en de almachtigheid die veelal aan artsen wordt toegedicht, ontmythologiseerd. Dit proces van adaptatie aan het Nederlandse gezondheidssysteem dat vreemd is voor deze patiënten komt niet vanzelf; het verdient onder andere een plaats in het inburgerings-traject en zal keer op keer in de spreekkamer beleefd moeten worden.

Ten slotte zal de interactie tussen arts en patiënt ook voor het voetlicht moeten komen. Wanneer beiden met geduld kennisnemen van elkaars verklaringenmodellen, kunnen er mogelijkheden tot overbrugging worden geëxploreerd. Wederzijds respect en vertrouwen zijn daarvoor noodzakelijk. De inzet van een intermediair, zoals een migrantenwerker (allochtone zorgconsulent) kan hierbij behulpzaam zijn.

Voor een goede interculturele communicatie is er dus aandacht nodig voor verschillen in opvattingen en gewoonten vanuit alle bovengenoemde invalshoeken – die van arts, patiënt en hun interactie – maar het tekort aan (huis)artsen en de oplopende werkdruk in achterstandswijken zetten dit proces onder druk. Het is daarom noodzakelijk ondersteunend personeel in te zetten dat kennis heeft van cultuurverschillen en getraind is in interculturele communicatie in achterstandswijken. Deze voorziening zou dan 24 uur per dag beschikbaar moeten zijn. Tevens zullen ook de (huis)artsen zich meer op samenwerking met deze gezondheidswerkers moeten richten. Deze samenwerking kan ertoe bijdragen dat artsen sensitiever worden voor cultureel anders beleefde klachten en verwachtingen waardoor zij anders met deze patiënten om kunnen gaan. Het zal nooit een substituut kunnen zijn voor de communicatie mét de patiënt.

Bij de verbreding van cultuurkennis en communicatieve vaardigheden gaat het vooral om een verandering in attitude. De bereidheid van artsen om zich in de positie van de ander te verdiepen zonder de eigen autonome waarden uit het oog te verliezen is volgens ons zonder meer nodig om tot een kwalitatief gelijkwaardige zorg voor allochtone en autochtone Nederlanders te komen.

Literatuur

- 1 Dorrenboom G. Arts en buitenlandse werknemer. Utrecht: Bunge, 1982.
- 2 Weide M, Foets M. Migranten en de huisarts. Bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht. *T Soc Gezondheidsz* 1997;75:4-12.
- 3 Van Wieringen JCM, Leentvaar-Kuijpers A, Brouwer HJ, Slegt AC, Van Kessel-Al HA. Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen. *T Soc Gezondheidsz* 1987;65:587-92.
- 4 Luijten MCG, Tjadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken. Leiden: Research voor Beleid, 1995.
- 5 Leeftang RLI. Zoeken naar gezondheid: hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse herkomst. Leiden: LIDESCO, 1994.
- 6 Van der Velden LFJ, Kenens RJ, Hingstman L. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003:60.
- 7 Van Lindert H, Droomers M, Westert G. Een kwestie (wereld) van verschil. Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 8 Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978;88:251-8.
- 9 Kleinman MA. Patients and Healers in the Context of Culture. London: University of California Press, 1980.
- 10 Payer L. *Medicine & Culture. Notions of health and sickness in Britain, the U.S., France and West Germany.* London: Victor Gollancz, 1990.
- 11 Kleinman A. The cultural meanings and social uses of illness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *J Fam Pract* 1983;6:539-45.
- 12 Van Wieringen JC, Harmsen JA, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health* 2002;12:63-8.
- 13 Harmsen JAM, Meeuwesen L, Van Wieringen JCM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA. When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns* 2003;51:99-106.
- 14 Harmsen J. When cultures meet in medical practice. Improvement in intercultural communication evaluated [Proefschrift]. Erasmus MC Rotterdam, 2003:153.
- 15 Tesser PTM, Merens JGF, Van Praag CS. Rapportage minderheden. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 1999.
- 16 El Fakiri FS, Weide HJ, Weide MG. Kwaliteit van huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument. Utrecht: NIVEL, 2000.
- 17 Querido J. In een stadspraktijk. In: Van Es JC, Colette C, Heyerman J, Sips AJBI, Smits P. *Practicum huisartsgeneeskunde*, Utrecht: Bunge, 1988.
- 18 COS en ISEO. Minderheden monitor. Rotterdam: ISEO/EUR & COS, 2000.
- 19 Bruijnzeels MA, De Hoop T, Swart W, Voorham AJJ. Etnische herkomst van patiënten en werkbelasting van de huisarts. *Huisarts Wet* 1999;42:254-8.
- 20 Harmsen JAM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA, Bohnen AM. Werkbelasting van huisartsen: objectieve toename in 9 praktijken in Rotterdam en omgeving, 1992-1997 en een extrapolatie naar 2005. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1114-8.
- 21 CBS. Allochtonen naar land van herkomst 2000-2050. Heerlen/Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2004. www.cbs.nl/Statline (StatLine).
- 22 Hobus P. Expertise van huisartsen. Praktijkervaring, kennis en diagnostische hypothesevorming [Proefschrift]. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1994.
- 23 Pinto D. Intercultural communication. A three-step method for dealing with differences. Leuven: Garant, 2000.
- 24 Eppink AE. Cultuurverschillen en Communicatie. Problemen bij hulpverlening aan migranten in Nederland. Alphen aan de Rijn/ Brussel: Samson, 1982.
- 25 Hall ET. *Beyond culture.* Garden City (NY): Doubleday Anchor, 1976.
- 26 Hofstede G. *Allemaal andersdenkenden.* Amsterdam: Contact, 1998.
- 27 Pinto D. Interculturele communicatie. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
- 28 Kim U, Triandis HC. *Individualism & collectivism.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 1996.
- 29 Triandis HC. Where is culture in the acculturation model? *Appl Psychol* 1997;46:55-8.
- 30 Phinney J-S. When we talk about American ethnic groups, what do we mean? *American Psychologist* 1996;51:918-27.
- 31 KNMG en NP/CF. Modelregeling arts-patiënt. Utrecht: KNMG/NP/CF, 1998.
- 32 Uitewaal P. Type 2 Diabetes Mellitus and Turkish immigrants: an educational experiment in general practice [Proefschrift]. Erasmus MC Rotterdam, 2003:135.
- 33 Bruijnzeels MA, Voorham AJJ, De Hoop T. Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk. Een procesevaluatie. *Huisarts Wet* 1999;42:307-10.