

Gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten: een verademend vaccin?

Kwalitatief onderzoek naar de mogelijkheden van gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten in de huisartsenzorg.

Name	M. F. Doove
ANR	355465
Title	Gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten: een verademend vaccin? Kwalitatief onderzoek naar de mogelijkheden van gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten in de huisartsenzorg.
University	Tilburg University
Faculty	School of Humanities
Study name	Communication & Information Sciences Track I: Intercultural Communication Track II: Corporate Communication & Digital Media Track III: Communication Design
Study phase	Master
Place	Tilburg
Date	20 August, 2012
Supervisor	Dr. A. el Aissati
Second reader	Dr. P. J. F. J. Broeder

SAMENVATTING

Zowel zorgverleners als allochtone patiënten ervaren in de eerstelijns huisartsenzorg moeilijkheden. Deze hebben te maken culturele factoren zoals gedrag en verwachtingen, demografische kenmerken zoals taalvaardigheid en kennis van gezondheid, en specifieke zaken die tijdens consulten terugkomen, zoals het uitlopen van gesprekken en de hoge bezoekfrequentie. Aangedragen oplossingen waren vooral gericht op voorlichting bij zorgverleners. De vraag in dit onderzoek was daarom of en hoe gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten een bijdrage kan leveren aan het voorkomen van deze ervaren problemen.

Zowel de gezondheidszorg als voorlichting zijn op de massa gericht, wat impliceert dat de autochtone Nederlander hierbij de doelgroep vormt. Voorlichting specifiek voor allochtone patiënten is dus gewenst, maar zal wel aan een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden zijn het gevolg van de heterogeniteit van 'dé allochtoon', culturele achtergronden en demografische kenmerken van allochtonen, en mogelijkheden en het gebruik van verschillende media.

Het verkennende en inventariserende onderzoek in deze thesis bestond uit 24 semigestructureerde interviews met huisartsen, assistentes en praktijkondersteuners huisartsenzorg. Hierbij is gekeken naar de meningen en ideeën van deze zorgverleners over gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten.

Geconcludeerd kan worden dat gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten volgens de literatuur en de interviews zeker een positieve bijdrage kan hebben, maar dat hier veel voorwaarden aan verbonden zijn. De belangrijkste conclusies zijn dat de behoefte, motivatie, interesse en culturele achtergrond van de patiënten voorop moeten staan, verschillende mediakanalen en representaties waar mogelijk gecombineerd moeten worden voor een breed bereik, de onderwerpen eenvoudig en niet ambigue moeten zijn, en het doel kennis, bewustwording of begrip moet zijn. Verder is een duidelijk afgebakende doelgroep noodzakelijk, en moeten de gemeenschap, andere betrokken partijen en andere voorlichtingsmogelijkheden ook betrokken worden.

Discussie is er nog over onder meer de noodzaak van het gemedieerde aspect van voorlichting en de mogelijkheden van face-to-face groepsvoorlichting, de samenwerking met andere gezondheidsorganisaties en de financiering van de voorlichting. Bovendien vormen de afbakening in de interviews naar uitsluitend zorgverleners, de theoretische focus op Marokkanen en Turken en het exploratieve karakter van het onderzoek aanleiding voor vervolgonderzoek.

VOORWOORD

Ik kan het kort houden: iedereen die links- of rechtsom, subtiel of uitgebreid, met frisse of tegenzin en in stilte of hardop geholpen heeft, bedankt! Bij enkele bedankjes wil ik echter iets uitgebreider stilstaan.

Allereerst ben ik natuurlijk mijn begeleider Abder dankbaar voor de goede tips, kritische noten en grote vrijheid die ik heb gekregen bij het uitvoeren van mijn thesis. Ik denk dat je van zelf ervaren en proberen toch het meeste leert, en ik ben blij dat ik die kans gekregen heb.

Mijn tweede lezer Peter wil ik ook bedanken voor de aandacht en tijd, en natuurlijk voor het leukste vak uit mijn masterjaar ('Interculturele Communicatie voor Professionals', inclusief klompen en koetjesrepen). Beide docenten wil ik overigens ook bedanken voor de bij mij gewekte interesse in de 'interculturele communicatie'. Dat had ik aan het begin van mijn master niet gedacht!

Mijn grote dank gaat verder natuurlijk uit naar iedereen die bereid is geweest mij te woord te staan, in de vorm van een interview, telefonisch of schriftelijk. Ook voor de mensen die als 'netwerk' of 'schakel' hebben gefungeerd maak ik een diepe buiging. Degenen die mij niet te woord wilden of konden staan ben ik ook dankbaar, want anders had ik nog meer interessante citaten in mijn thesis moeten 'proppen'.

Mijn excuses wil ik aanbieden aan iedereen die ik tot vervelens toe lastig heb gevallen met mijn verhalen, twijfels en vragen. Mijn vrienden en in het bijzonder mijn vriendin ben ik excuses verschuldigd voor het ontbreken van gezellige avonden, leuke uitjes en goede films. Ik zal het goedmaken, als ik ooit de rust kan vinden!

Ook iedereen die een kritische blik op mijn tekst heeft geworpen of het transcriptieboek iets heeft weten te verlichten krijgt een fles wijn van mij (Lisa, schoonouders, hebben jullie een voorkeur?).

Ook mijn beste oude collega's van het Scriptorium en mijn beste huidige collega's van het communicatieteam wil ik natuurlijk bedanken voor hun getoonde interesse en betrokkenheid! Ook de flexibiliteit op de momenten dat ik met mijn werktijden of prioriteiten moest schuiven waardeer ik erg.

Ten slotte ben ik natuurlijk mijn ouders dankbaar voor de mentale (en financiële) steun. Ik weet dat ik geen 'nee' kan zeggen en prioriteiten kan stellen, maar zoals ik al jaren zeg: "het komt echt wel goed!"

Ik kon het toch niet kort houden. Ik heb veel geleerd tijdens mijn studie aan Tilburg University, maar sommige dingen leer ik schijnbaar nooit.

Michael Doove, augustus 2012

INHOUD

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inhoud	4
1. Inleiding.....	7
1.1. Probleemindicatie	7
1.2. Probleemformulering.....	8
1.3. Overzicht van de thesis	9
2. Theoretisch kader	10
2.1. De Nederlandse gezondheidszorg	10
2.1.1. Gezondheidsvoorlichting	11
2.1.2. Media en voorlichting	13
2.2. Interculturele gezondheidszorg	15
2.2.1. Oplossingen tot nu toe.....	15
2.3. Allochtonen en voorlichting: factoren van invloed.....	17
2.3.1. De heterogeniteit van ‘dé allochtoon’	19
2.3.2. Culturele achtergrond.....	20
2.3.3. Demografie.....	23
2.3.4. Gemedieerde voorlichting aan allochtonen	26
2.4. Concluderend	31
3. Methodologie.....	32
3.1. Methode en instrumentatie.....	32
3.2. Onderwerpen	33
3.3. Participanten en procedure	34
3.4. Dataverwerking en –analyse.....	35

4.	Resultaten en discussie	37
4.1.	Ervaringen van zorgaanbieders.....	37
4.2.	Oplossingen tot nu toe.....	44
4.3.	Vormgeving van de voorlichting	49
4.3.1.	Doel	50
4.3.2.	Doelgroep.....	52
4.3.3.	Onderwerp	54
4.3.4.	Taal.....	57
4.3.5.	Initiatief	58
4.3.6.	Medium	60
4.4.	Gemedieerde voorlichting: wel of niet?	64
4.4.1.	Is er interesse?	65
4.4.2.	Werkt het?	66
4.5.	Overige discussiepunten	68
4.5.1.	Een alternatief: face-to-face groepsvoorlichting	68
4.5.2.	Samenwerking en financiering.....	70
4.5.3.	Het is niet alleen 'kommer en kwel'	70
4.5.1.	Het <i>self limiting</i> aspect van interculturele consulten	71
5.	Conclusies en aanbevelingen	72
5.1.	Conclusie: mogelijkheden en voorwaarden.....	72
5.2.	Conclusie: aanbevelingen	74
5.3.	Beperkingen en aanbevelingen.....	78
	Literatuur	81
	Appendices.....	90
	Appendix I: topiclist interviews.....	90
	Appendix II: Uitnodiging interview	91

Appendix III: Toestemmingsverklaring en bevestiging deelname onderzoek	93
Appendix IV: Aanvraagformulier resultaten onderzoek	96
Appendix V: Transcripties van de interviews (digitaal).....	97

1. INLEIDING

Nederland vormt een mengelmoes van culturen, wat gevolgen heeft voor de gezondheidszorg. Huisartsen moeten werken in een interculturele setting die afwijkt van wat zij veelal geleerd hebben, en allochtone patiënten krijgen hulp van iemand die ze niet altijd begrijpen. Dit is het startpunt van het onderzoek dat hier wordt gepresenteerd. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt deze situatie uitvoeriger geïntroduceerd, wat vervolgens leidt tot de probleemformulering en bijbehorende subonderwerpen. Dit hoofdstuk eindigt met een overzicht van de rest van deze thesis.

1.1. PROBLEEMINDICATIE

De zogenaamde multiculturele samenleving in Nederland leidt tot maatschappelijke uitdagingen en is regelmatig punt van discussie. Denk aan online meldpunten voor overlast van migranten uit Midden- en Oost-Europa (Partij voor de Vrijheid, 2012), zwarte wijken en scholen, een groeiend aantal buitenlandse studenten (Rijksoverheid, 2011), camera's aan de grenzen (Koninklijke Marechaussee, 2012), hogere werkloosheid en lagere opleidingsniveaus onder allochtonen (Statline CBS, 2012) en ministers die discussie voeren over het al dan niet afschaffen van de term 'allochtoon' (Hankel, 2012).

De maatschappelijke uitdagingen zijn ook in de gezondheidszorg terug te zien (Harmsen & Bruijnzeels, 2005; Harmsen, 2008). Allochtone patiënten kampen met een gebrek aan kennis van het Nederlandse zorgsysteem of het menselijk lichaam, ervaren moeilijkheden tijdens de communicatie en verschillen in hun waarden van artsen (Kijlstra, Van Wieringen, & Schulpen, 2001). Ze voelen zich niet begrepen, gedragen zich passiever, ervaren minder kwaliteitsvolle gezondheidszorg, hebben moeite met het fenomeen huisarts en voelen zich significant ongezonder dan autochtonen (Harmsen & Bruijnzeels, 2005; Schinkel, Schouten, & Van Weert, 2010; Harmsen, 2008). Dit soort negatieve ervaringen komen niet alleen voor aan de patiëntzijde; ook huisartsen erkennen de moeilijkheden. Ze ervaren een hogere werkdruk, onduidelijke en oneigenlijke vragen, frequent praktijkbezoek buiten normale werktijden, therapieontrouw en slechte kennis van het menselijk lichaam (Harmsen & Bruijnzeels, 2005). In reactie hierop tonen artsen in interculturele gesprekken soms minder empathie (Schouten, Meeuwesen, Tromp, & Harmsen, 2007), wat tot misverstanden en onwenselijke situaties kan leiden.

Omdat allochtone en autochtone patiënten echter net zoveel recht hebben op goede gezondheidszorg, wordt er sinds de jaren negentig actief gezocht naar oplossingen voor de ervaren 'problemen' (Harmsen & Bruijnzeels, 2005). Huisartsen en assistentes worden via cursussen bewust gemaakt van deze groep patiënten en de hulpverleners wordt verteld hoe ze op de juiste manier kunnen omgaan met culturele

verschillen. Het bekendste model dat hierbij gebruikt wordt is waarschijnlijk Pinto's driestappenmethode, die zegt dat de huisarts zich eerst bezint op zijn culturele positie, vervolgens kennisneemt van de opvattingen van de patiënt en ten slotte kijkt hoe verschillen overbrugd kunnen worden (Pinto, 1994; Pinto, 2004). Deze en veel andere aangedragen oplossingen zijn voornamelijk gericht op de zorgaanbieders (Kijlstra, Van Wieringen, & Schulpen, 2001; Harmsen, 2008). Dit is niet vreemd, aangezien allochtone patiënten lastig te betrekken zijn bij onderzoeken vanwege taalproblemen en zij bovendien een extreem heterogene groep vormen. Bovendien wordt van hulpverleners verwacht dat zij zich professioneel gedragen en aanpassen aan de patiënt, wat hen in feite eindverantwoordelijke maakt. Aan de andere kant zijn er in een intercultureel gesprek minimaal twee gespreksdeelnemers, en wederzijdse inspanning en begrip is dan ook noodzakelijk voor een succesvolle afloop van een huisartsenconsult (Kijlstra, Van Wieringen, & Schulpen, 2001; Harmsen & Bruijnzeels, 2005; Schinkel, Schouten, & Van Weert, 2010).

Toch zijn oplossingen gericht op de andere partij, de zorgvragende allochtone patiënt, vooralsnog schaars. Om goede zorg te kunnen bieden of krijgen is het echter van belang beide partijen bij het (verbeterings-)proces te betrekken. Een veelgebruikt middel hierbij onder autochtone patiënten is voorlichting, en de vraag rijst dus of gemedieerde voorlichting speciaal gericht op allochtone patiënten ook een bijdrage kan leveren. Harmsen en Bruijnzeels (2005) hebben bijvoorbeeld aangetoond dat instructies aan patiënten over communicatie met de huisarts kunnen leiden tot meer wederzijds begrip, al zegt ander onderzoek aan dat hulpmiddelen de interactie tussen arts en patiënt niet kunnen vervangen (Avonts, Mathijs, De Maesschalck, & Deveugele, 2009). Over wat de meningen van zorgverleners op dit vlak zijn, is vooralsnog echter weinig bekend. Het blijft dus onduidelijk of gemedieerde voorlichting kan bijdragen aan succesvollere huisartsenbezoeken van allochtone patiënten.

1.2. PROBLEEMFORMULERING

In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat de huisartsenzorg voor verschillende interculturele uitdagingen staat, maar dat oplossingen vooralsnog vooral gericht zijn op voorlichting bij zorgverleners. De vraag is echter hoe gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten een bijdrage kan leveren aan het voorkomen van de ervaren problemen. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag;

Hoe kan gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten bijdragen aan het voorkomen van problemen tijdens interculturele huisartsenbezoeken?

Deze vraag omvat meerdere onderwerpen. Allereerst wordt aan de hand van een literatuurstudie gekeken hoe de Nederlandse gezondheidszorg is vormgegeven en wat de huidige stand van kennis met betrekking tot (gemedieerde) gezondheidsvoorlichting is. Hier wordt duidelijk wat voorlichting kan bieden, welke aannames aan het gebruik van voorlichting ten grondslag liggen en wat de voorwaarden voor succesvolle voorlichting zijn.

Ook kennis van de interculturele gezondheidszorg is uiteraard een belangrijk onderwerp, om te kunnen achterhalen welke ervaren problemen bekend zijn en wat hier volgens de huidige literatuur de oorzaak van is. Ook wordt gekeken naar de tot nu toe aangedragen oplossingen.

Hierna wordt gekeken naar de eigenschappen van de allochtonen in Nederland, de ervaren problemen en het mediagebruik, en krijgen we een eerste indruk in hoeverre dit een beperking of een kans kan zijn voor gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten.

Tijdens interviews met hulpverleners wordt ten slotte de mening van hen met betrekking tot gemedieerde voorlichting voor deze doelgroep duidelijk. Op basis van de uitkomsten van deze gesprekken en de informatie uit de literatuurstudie zal vervolgens een discussie plaatsvinden die een antwoord moet geven op de onderzoeksvraag.

1.3. OVERZICHT VAN DE THESIS

In hoofdstuk twee wordt de theoretische achtergrond behandeld die nodig is voor de te houden interviews. Hoofdstuk drie introduceert de methodologie van het praktijkgedeelte van dit onderzoek, en hoofdstuk vier behandelt de resultaten van deze interviews onder huisartsen, assistentes en praktijkondersteuners huisarts (PoH'ers). Op basis van de hoofdstukken twee en vier wordt vervolgens in hoofdstuk vijf een antwoord op de hoofdvraag gegeven, en worden de beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek behandeld.

2. THEORETISCH KADER

Dit hoofdstuk geeft de benodigde achtergrondinformatie voor de interviews die de kern van dit onderzoek vormen. Het begint met een introductie van de Nederlandse gezondheidszorg (§2.1.1) en gemedieerde gezondheidsvoorlichting (§2.1.2), om vervolgens allochtonen in Nederland en in de gezondheidszorg (§2.2) en de daarbij ervaren problemen en tot nog toe aangedragen oplossingen te behandelen (§2.2.1). Dit hoofdstuk wordt vervolgd met een aantal eigenschappen van allochtonen die van belang zijn bij het overwegen van voorlichting (§2.3). Dit heeft te maken met de heterogeniteit van de groep allochtonen (§2.3.1), culturele achtergrond (§2.3.2), demografische eigenschappen (§2.3.3), en het mediagebruik (§2.3.4). Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting (§2.4).

2.1. DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

De Nederlandse gezondheidszorg is een ingewikkeld systeem van vraag naar en aanbod van zorg, bestaande uit financiers, zorgaanbieders en zorgvragers (Boot & Knapen, 2005). Al deze groepen kennen verschillende spelers, met elk eigen wensen, eisen en plichten. Deze studie beperkt zich tot de allochtone patiënt aan de vraagzijde en de huisarts aan de aanbodzijde, maar ook hierin komen de verschillen al duidelijk naar voren.

De aanbodzijde bestaat globaal uit gezondheidsbevordering, cure en care (Hoek, 2007), waarbij de huisarts als eerste aanspreekpunt onder de groep cure valt. Taak van de huisarts is het behandelen, genezen en het stabiliseren van ziektes, en het doorverwijzen naar andere zorgaanbieders. Lang en Van der Molen (2004) onderscheiden hierbij vier rollen, namelijk die van vertrouwensfiguur (begrip tonen, stimuleren om te praten, duidelijkheid en rust scheppen), detective (gebreken zoeken door kritisch te luisteren), docent (uitleggen, informatie geven), en coach (begeleiden, suggesties geven en trainen). In deze rollen hebben huisartsen karakteristieken die anders zijn dan die van patiënten (Tabel 1; De Vocht, 2000). De patiënt is bijvoorbeeld vaak genoodzaakt een gesprek aan te gaan (onvrijwillig) en heeft maar een beperkte keuze met wie hij of zij dit doet. Bovendien heeft de patiënt een beperkte kennisachtergrond en kan hij of zij lastig beoordelen of de verstrekte informatie (een behandeling, recept of doorverwijzing) de juiste is.

Tabel 1

Karakteristieken van hulpverleners en hulpvragers (bron: De Vocht, 2000)

Hulpvrager	Hulpverlener
Ondeskundigheid	Deskundigheid
Gebondenheid (verandering; ziekenhuis, dieet)	Vrijheid (geen verandering in leefwijze)
Openheid (gegevens verstrekken)	Geslotenheid (hoeft zich niet bloot te geven)
Afhankelijkheid (advies of hulp)	Onafhankelijkheid (geen zorg en advies nodig)

Van de huisarts wordt verwacht dat hij op basis van professionele kennis een autonome beslissing kan nemen, maar de individuele invloed van de huisartsen op de zorg en behandeling van patiënten blijft groot. De kans dat een verkeerde diagnose wordt gesteld of dat een verkeerde behandeling wordt gestart, neemt bovendien toe naarmate de verschillen tussen de gesprekspartners groter worden of emotie en attitude een rol gaan spelen. Voor een succesvol consult waarbij een huisarts de vier hiervoor genoemde rollen kan uitvoeren is immers goede afstemming en communicatie tussen partners noodzakelijk (Wolffers & Van der Kwaak, 2004). Van invloed hierop zijn wederzijdse verwachtingen, wensen, achtergrondkennis en de opstelling tijdens het gesprek (Van Dijk, 1989), maar ook cultuur en taal. Cultuur bijvoorbeeld stuurt de uitvoering en effectiviteit van de rollen die interactiepartners hebben, en diversiteit kan het communicatieproces bemoeilijken.

Onderzoek naar interculturele gesprekken in de gezondheidszorg heeft inderdaad laten zien dat huisartsen en andere zorgverleners voor uitdagingen staan omdat interculturele gesprekken vaak moeizamer verlopen, en hulpverleners geven aan dat verschillen in achtergrond tot misverstanden leiden (Weide & Foets, 1998). Een aantal verschillen tussen zorgverleners en autochtone patiënten uit Tabel 1, waaronder het verschil in kennis, is voor een deel verkleind door middel van gezondheidsvoorlichting. In paragraaf §2.2 zal echter duidelijk worden dat deze voorlichting voor allochtone patiënten om meerdere redenen niet toereikend lijkt. Voordat we op de ervaren problemen en voorlichting aan allochtone patiënten ingaan, is het belangrijk eerst een aantal basisconcepten te behandelen. In de volgende paragraaf wordt daarom dieper ingegaan op de voorlichting aan patiënten in de gezondheidszorg.

2.1.1. GEZONDHEIDSVORLICHTING

Voorlichting is een vorm van communicatie waarbij een poging tot beïnvloeding wordt gedaan, met als doel zowel het opdoen van kennis en vaardigheden als het denken en gedragen op een bepaalde manier

(Nillesen, 2000; Van Gent & Katus, 2000; Weenig, 2000; Wolffers & Middelkoop, 2004). Specifieke gezondheidsvoorlichting gaat om “elke combinatie van leerervaringen die bedoeld zijn om vrijwillige gedragsveranderingen te bewerkstelligen welke leiden tot een betere gezondheid” (Green & Kreuter, 1999). Het is multidisciplinair, gericht op het herkennen en begrijpen van gezondheidsproblemen, het verklaren van (on)gezond gedrag, en het beïnvloeden van gedrag (Brug, Assema, & Lechner, 2007). Hierbij is niet alleen de overheid, maar ook de omgeving van invloed (Green & Kreuter, 1999).

De gedachte achter voorlichting is gebaseerd op verschillende theorieën. De theorie van *reasoned action* van Ajzen en Fishbein (1980) zegt dat kennis en attitude gedrag sturen. Naast het bijbrengen van kennis en het veranderen van attitudes, kan dus ook verandering van gedrag beïnvloed worden. Toch is er kritiek op dit model en lijkt ook de culturele context van invloed te zijn. De *copying theory* van Lazarus en Folkman (1984) stelt daarom dat er verschillende individuele manieren zijn om gedragsverandering te veroorzaken, zoals confronteren met problemen, verantwoordelijkheid nemen, afleiding en afstand nemen. Dit betekent dat er vele campagnes moeten ontstaan voor verschillende individuen. Om toch verschillende groepen aan te spreken, zegt de *reference group-based social influence* theorie van Fisher (1988) dat de directe omgeving (*peers*) gebruikt kan worden voor educatie en gedragsverandering.

De effectiviteit van voorlichting wordt gestuurd door attitude, zelfrepresentatie, sociale invloed en de eigen-effectiviteit, aangezien deze bepaald gedrag motiveren (Abraham, Sheeran, & Johnston, 1998). Motivatie is de wil om een relatie aan te gaan met de voorlichtende partij, en een noodzakelijke voorwaarde voor succes (Shadid, 2000). Het transtheoretisch model (TTM) van Prochaska en Veliver (1997) en McQuail (2000) herkennen verschillende motivatiestadia die aan gedragsverandering voorafgaan en begeleiding is door al deze fases nodig. Daardoor ligt de verantwoordelijkheid bij zowel de zender als de ontvanger, al blijft de (subjectieve) ervaring van de ontvanger het uitgangspunt (Miller, 1996). Je hebt dus inzet van beide kanten nodig, en een gebrek aan motivatie bij een van de partijen kan alsnog tot problemen leiden.

Personen hebben bovendien bepaalde verwachtingen en kunnen ook weerstand tonen. Weerstand kan volgens het model van Reijerse en Woldendorp (2000) veroorzaakt worden door een gebrek aan vertrouwen en een gebrek aan overeenstemming. Dat geldt voor het uiteindelijke doel van de voorlichting, maar zeker ook voor het medium, de afzender of de ontvanger.

2.1.2. MEDIA EN VOORLICHTING

Bij voorlichting wordt doorgaans gebruik gemaakt van (gemedieerde) communicatie. Voorlichting kan hierbij op verschillende niveaus plaatsvinden; massamediaal (grootschalig), interpersoonlijk, of via sociale netwerken (Weenig, 2000). De meest gebruikte gemedieerde massamediale kanalen door de overheid zijn radio, televisie, dagbladen, tijdschriften en brochures (Bakker en Scholten, 2009), en door de groei van het computer- en internetgebruik wordt ook dit kanaal steeds meer gebruikt (Hardey, 2001). Het is echter, mede door de onoverzichtelijkheid van de overheidsuitgaven, niet duidelijk wat de effectiviteit hiervan is. Recent onderzoek toont aan dat de herkenning (het bereik) en de herinnering tussen 2003 en 2007 nauwelijks zijn veranderd en respectievelijk rond de 90 procent liggen (Rijksvoorlichtingsdienst, 2008). Het aantoonbare effect is echter vele malen lager; 41 procent van de campagnes met kennisdoelstellingen had aantoonbaar effect, maar voor houding en gedrag was dit slechts 8 en 14 procent, respectievelijk.

Los van voorlichting zijn media de belangrijkste bron voor de productie en verspreiding van kennis, attitudes en ideologie (Verstraeten, 1998; Clark, 1994; Kozma, 1994). Bovendien gebruiken mensen deze media om een ideaalbeeld, een identiteit en een gemeenschappelijke cultuur te vormen en de wereld te begrijpen en interpreteren (Sterk, Top, & Toppert, 2000; Van Dijk, 2000a). Dit gebeurt aan de hand van getoonde normen en waarden, maar ook door onze perceptie te sturen (Hall, 1995). Voor minderheden is dit proces van identiteitsvorming extra belangrijk omdat het voor een groot deel afhangt van wat anderen (via de media) hun laat zien (Gandy, 1998), en vooral jongeren zijn hier volgens Gillespie (1995) gevoelig voor. Media kunnen namelijk de binding met een groep of zelfs samenleving versterken of verzwakken (ACB Kenniscentrum, 2010).

In het verleden betekende media vooral drukwerk, radio, en later televisie, maar tegenwoordig horen hierbij ook nieuwe (digitale) media zoals mobiele telefonie en het internet (SCP, 2004). De computer heeft inmiddels een vaste plaats verworven binnen het onderwijs (Sloep & Jochems, 2007), vooral ook voor het na-, her-, of bijscholen van lager opgeleiden (Van der Sanden, 2006; Oppenheimer, 2003). Sinds 1975 is het media-aanbod bovendien sterk gegroeid (Huysmans, De Haan, & Van den Brink, 2004), en hierdoor is er geen duidelijk overzicht meer van het informatieaanbod of het publiek dat hier gebruik van maakt (Van Driel, 2005). Ook heeft het naar elkaar groeien van media en ICT geleid tot meer interactieve mogelijkheden en worden media steeds meer verbonden (Bardoel & Van Cullenburg, 2003). Het mediabeeld is tegenwoordig dus steeds meer multimediaal, interactief en virtueel (Spoormans, 2005).

Media hebben dus steeds minder een monopoliepositie, maar moeten steeds meer de aandacht verdelen, het zogenaamde *multitasken* (D'Haenens, Van Summeren, Saeys, & Koeman, 2004). Van Dijk (2000b) heeft op basis van dit gegeven een mediamix van oude en nieuwe media in voorlichting opgesteld, waaruit vaak een combinatie moet worden gebruikt om alle delen van een doelgroep te bereiken (Tabel 2), al is ook dit overzicht inmiddels meer dan tien jaar oud. De verschillen tussen oude en nieuwe media leiden tot een verplaatsing van voorlichten naar informeren en communiceren, van collectief naar individueel, van actief naar reactief (initiatief bij de burger), en van statisch naar continue veranderend.

Volgens de *Uses & Gratifications*-benadering hangt het mediagebruik af van specifieke behoeften (*needs*) waarvoor een bevrediging wordt gezocht (*gratifications*; D'Haenens, Van Summeren, Saeys, & Koeman, 2004). Als een bepaald medium dus niet in een bepaalde behoefte voorziet, zal het medium ook minder snel gebruikt worden. Een uitbreiding is de *Information Seeking Approach*, welke stelt dat de behoefte aan bepaalde informatie het hoofdmotief is om specifieke media te gebruiken. Dit hangt samen met de eerder behandelde motivatie die nodig is om mensen ergens toe te bewegen.

Tabel 2

Mediamix van oude en nieuwe media in voorlichting (bron: Van Dijk, 2000b)

Doelgroep	Complexiteit van onderwerp		Klein	
	Groot Oud medium	Nieuw medium	Oud medium	Nieuw medium
Groot	→ Brochure → Handleiding → Boek → Video	→ Algemeen beslissings- ondersteunend systeem	→ Omroep → Krant → Tijdschrift → Folder	→ Internet: websites voor algemeen publiek → Internet: elektronische pers → Email → Callcenters → P.I.S. → Informatiezuil
Klein	→ Face-to-face → Telefoon → Brochure → Handleiding → Video	→ Internet: specialistische websites → CD-ROM/DVD → Specialistisch beslissingsonder- steunend systeem → Virtual reality	→ Face-to-face → Telefoon → Lokale omroep → Lokale pers → Folder	→ Internet: websites voor deelpubliek → Email → CD-ROM en informatiezuil voor kleine groepen

2.2. INTERCULTURELE GEZONDHEIDSZORG

In de vorige paragrafen is duidelijk geworden dat zowel de gezondheidszorg als voorlichting hierover op de massa zijn gericht. Het merendeel van de inwoners in Nederland is autochtoon en voorlichting is dan ook vooral op hen gericht, maar ook de allochtonen vormen een belangrijke groep (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2010a). Verschillende migratiestromen als gevolg van globalisering en technologische ontwikkeling (Nierop, 1995) hebben ertoe geleid dat er inmiddels ruim 3.4 miljoen allochtonen in Nederland wonen, en komende jaren zal dit aantal naar verwachting stijgen tot vijf miljoen (28.7% van de bevolking tegen 19.6% nu; CBS, 2010a). Iemand wordt hierbij overigens als allochtoon gezien als diegene zelf of ten minste één ouder in het buitenland geboren is (“Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] – Begrippen”, z.j.).

Zowel zorgverleners als deze groeiende groep allochtone patiënten geven aan moeilijkheden te ondervinden tijdens een consult. Allochtonen hebben volgens huisartsen een ‘ongewone’ communicatiestijl, met vreemde vragen en een vreemde kijk op zaken. Ze grijpen daarnaast vaker terug op oude tradities, religies, bovennatuurlijke factoren en (bij)geloof (Van Es, 1995; Van der Velden, 2011). Bovendien hanteren sommige culturen een meer somatische aanpak met medicijnen, waar de Nederlandse huisarts regelmatig het nemen van rust en veel fruit adviseert. Daarnaast gebruiken allochtonen meer non-verbaal gedrag in hun communicatie. Als gevolg hiervan zijn artsen bang om fouten te maken, en willen zij respect tonen en niet discrimineren. Ze hebben het gevoel dat tolerantie en respect boven hun eigen professionele waarden en opvattingen komen te staan. Allochtone patiënten daarentegen ervaren de meeste problemen op het gebied van communicatie, informatie, toegankelijkheid en betaalbaarheid (Platform Allochtone Zorgvragers, in Hehalatu, 2012).

2.2.1. OPLOSSINGEN TOT NU TOE

Van de Wakker (2006) suggereert dat een deel van bovenstaande problemen zichzelf mogelijk oplost omdat tweede en derde generatie allochtonen de Nederlandse taal beter beheersen en meer geïntegreerd zijn, waardoor ze minder problemen ervaren. Dit is in de statistieken echter nog niet duidelijk terug te vinden, wat reden is geweest om toch naar oplossingen te zoeken. Huisartsen zijn zich daarbij steeds meer gaan richten op de wensen van de (allochtone) patiënt, die zichzelf meer als klant is gaan zien en gedragen (Hoek, 2007). De wensen van de patiënt zijn in grote mate afhankelijk van de (culturele) waarden, gedragingen, verwachtingen, het referentiekader en de kennis van de patiënt.

Verklaringen voor de meeste problemen zijn dus gezocht in de culturele discrepantie tussen allochtonen en autochtonen, en ook de oplossingen worden daardoor in deze hoek gezocht.

Hulpverleners zelf geven als oplossing aan dat zij graag een basiscursus interculturele communicatie krijgen (Van der Velden, 2011). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) raadt aan dat de gezondheidszorg interculturaliseert (RVZ, 2000), met behulp van het opdoen van (taal-) kennis en vaardigheden met betrekking tot cultuur. Ook Van Es (1995) geeft aan dat achtergrondkennis nodig is om goede zorg te kunnen verlenen, maar hierbij loop je het risico op stigmatisering. Een arts moet dus vragen naar gewoonten, gebruiken en wensen van de patiënt, en moet deze culturele achtergrond, persoonlijke eigenschappen en wensen respecteren, waardoor de patiënt zich eerder serieus genomen voelt. Die wens vertoont overeenkomsten met de aanpassing waar Shadid (2007) over spreekt, waarbij de arts zijn communicatiestijl in dit geval afstemt op de allochtone patiënt, en een meer ingetogen en nieuwsgierige houding aanneemt (De Vries, 2004). Dit ligt in het verlengde van Pinto's driestappenmethode, die zegt dat de huisarts zich eerst bezint op zijn culturele positie, vervolgens kennisneemt van de opvattingen van de patiënt, en ten slotte kijkt hoe verschillen overbrugd kunnen worden (Pinto, 1994; Pinto, 2004). Het gevolg is echter dat artsen bijvoorbeeld vaker medicijnen voorschrijven bij allochtone patiënten omdat zij hiermee aan de somatische wensen van de patiënt denken te voldoen, terwijl allochtonen hierdoor juist het gevoel krijgen niet serieus te worden genomen en te snel een recept uitgeschreven te krijgen (Kijlstra, Van Wieringen, & Schulpen, 2001). Bovendien werkt dit volgens Knipscheer en Kleber (2008) generaliserend, met als gevolg de nodige extra knelpunten in de hulpverlening.

Ook op communicatief vlak zijn verschillende oplossingen aangedragen, zoals het gebruik van een tolk of lichaamstaal, en om vooroordelen te voorkomen zijn open gesprekken in een vertrouwelijke sfeer nodig (Van der Velden, 2011). Kijlstra, Van Wieringen en Schulpen (2001) adviseren artsen concrete open vragen in plaats van ja/nee-vragen te stellen, omdat negatief antwoorden soms als onbeleefd wordt gezien en je dan bovendien niet kunt controleren of een vraag begrepen is. Verder moet een arts er niet vanuit gaan dat de patiënt medische kennis of kennis van het eigen lichaam heeft. Keirse (2005) geeft daarom aan dat de huisarts alle informatie moet geven die een patiënt nodig heeft om een goed beeld van zijn gezondheidstoestand te vormen, en de informatie moet zijn aangepast aan het niveau van de patiënt (verwoord of schriftelijk). Folders en brochures zijn volgens Keirse wel een aanvulling, maar kunnen mondelinge informatie niet zonder meer vervangen. Een arts moet bovendien interesse tonen

in de leefomgeving van de patiënt en veel gebruik maken van lichaamstaal, waarbij de verbale en non-verbale communicatie met elkaar overeen dienen te komen (Van Es, 1995).

Een laatste oplossing ten slotte kan gevonden worden in het koppelen van een hulpverlener en patiënt met dezelfde culturele achtergrond, maar volgens Piret (in Feys, 2005) is dat niet wenselijk; het zou leiden tot segregatie in plaats van integratie. Het is volgens Noordenbos (2007) dan ook een vergissing dat allochtonen het liefst geholpen willen worden door hulpverleners met dezelfde achtergrond.

Hulpmiddelen blijven dus vooral gericht op de huisarts, een homogene groep met een gelijke culturele achtergrond en een vergelijkbaar opleidingsniveau. Deze besproken oplossingen lijken echter niet voldoende. Ook aan de kant van de allochtone patiënt vallen waarschijnlijk successen te behalen. Communicatie is immers een proces waarbij zender en ontvanger boodschappen en feedback uitwisselen, en zij continue van rol wisselen (Pinto, 2007). Bovendien betekent multicultureel dat er per definitie verschillende culturen aanwezig zijn, waarbij tweezijdige inspanning noodzakelijk is. Dit wordt bevestigd door Shadid (2000; 2007), die stelt dat wederzijds begrip voortkomt uit motivatie, kennis, vaardigheden en daaraan gerelateerde beeldvorming, vooroordelen, verwachtingen en houding. Naast de huidige (culturele) aanpassing vanuit de huisarts, lijkt daarom ook inspanning van allochtone patiënten nodig, zodat een cultureel compromis of culturele synergie bereikt kan worden (Nunez, Nunez, & Popma, 2010).

Er is daarom al naar oplossingen bij de allochtone patiënt gekeken. Zo is er gezocht in de socioculturele hoek. Aandacht voor huisvesting, werkloosheid en migratie onder allochtonen blijkt belangrijk voor goede zorg (Palmer & Ward, 2007). Ook het in een vroeg stadium bewuster maken van de ideeën en gebruiken uit de westerse cultuur kan een bijdrage leveren (Van der Velden, 2011). Naast bewustwording van culturele verschillen zegt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat het bevorderen van gezond gedrag bij allochtonen ook een belangrijke bijdrage kan leveren (Jansen, Schuit, & Van der Lucht, 2002). Er worden daarom al regelmatig campagnes gehouden gericht op preventie en gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO, Thijs, Van Nuland, & Govaerts, 2005; Brug, Assema, & Lechner, 2007; Dahhan, 2007).

2.3. ALLOCHTONEN EN VOORLICHTING: FACTOREN VAN INVLOED

Met het oog op bewustwording, het opdoen van kennis en het bevorderen van gezond gedrag, allemaal doelen van gezondheidsvoorlichting, zou je denken dat voorlichting ook bij allochtone patiënten mogelijkheden biedt. Onderzoek naar sociaaleconomische informatiebehoefte heeft bovendien

aangetoond dat zowel Turken als Marokkanen interesse hebben in onderwijs (68 en 76%) en het leven in Nederland (66 en 65%; D'Haenens, Van Summeren, Saeys, & Koeman, 2004).

Er zijn echter op voorhand een aantal problemen die de effectiviteit van voorlichting onder allochtone patiënten kunnen beperken. Wolffers en Middelkoop (2004) geven ten eerste aan dat voorlichting en speciale campagnes voor minderheden in het buitenland veel gangbaarder zijn dan in Nederland, omdat hier lang de gedachte is geweest dat er 'niets aan de hand was'. De zogenaamde struisvogelpolitiek ontkende dat Nederland een immigratieland was geworden en negeerde problemen die door de multiculturele samenleving ontstonden (Schermer, 2008). De doelgroep bij huidige voorlichtingscampagnes is hierdoor doorgaans niet-etnisch, waardoor er voor allochtonen nog onvoldoende aandacht is (Jansen, Schuit, & Van der Lucht, 2002; Schermer, 2008). Dahhan (2007) voegt daaraan toe dat voorlichting te weinig is afgestemd op informatie- en communicatieproblemen bij specifieke doelgroepen. Overgoor (2003) wist dit goed te omschrijven;

Vergelijk een hoogopgeleide diabetespatiënt, met een normaal gewicht, dieet en bewegingspatroon met een analfabete diabeet die rookt, adipeus is en bovendien slecht Nederlands spreekt. De enige overeenkomst is de ziekte, die medisch op dezelfde manier kan worden behandeld. Een groot gedeelte van het gedrag, de gezondheid, de informatie en de vaardigheden van de patiënten is verschillend. (p 1)

Voorlichting is verder gebaseerd op het zogenaamde poldermodel, wat gezamenlijke verantwoordelijkheid en inzet vereist (Schedler & Glastra, 2000). In het verleden leek voorlichting het toverwoord, maar inmiddels is duidelijk geworden dat het geven van informatie en het veranderen van ingesleten (cultuurgebaseerd) gedrag moeilijk is. Leren is ingewikkeld en gedrag verander je niet zomaar, zeker niet als dit gedrag, zoals bij oudere generaties allochtonen, op jonge leeftijd is aangeleerd (Thijs, Van Nuland, & Govaerts, 2005). Culturele diversiteit zorgt daarnaast voor verschillende manieren waarop boodschappen kunnen worden geïnterpreteerd (Shadid, 2000). Zo *informeert* en *programmeert* cultuur de manier waarop we informatie *verschaffen* en *verwerken*. Bovendien kan gezondheidsvoorlichting volgens Guttman en Salmon (2004) negatieve gevolgen hebben omdat bewustwording kan leiden tot schuldgevoel en angst, stigmatisering en juist het vergroten van verschillen. Doel is echter om de discrepantie, dus de verschillen, tussen allochtonen en huisartsen te verkleinen.

Verder zijn er nog kanttekeningen gericht op het 'soort burger'. Deze kan volgens Bakker en Scholten (2009) variëren van buitenstaander tot afhankelijk, pragmatisch of verantwoordelijk. Allochtone patiënten lijken voornamelijk binnen de categorieën buitenstaander (weinig affiniteit) of afhankelijk te vallen, waarbij de patiënt de vaardigheden om mee te gaan in de samenleving mist, maar wel open staat voor overheidsinformatie. Echter is een bepaald niveau *health literacy* (geletterdheid op het gebied van gezondheid) nodig om gevonden informatie goed te kunnen begrijpen en toepassen (Adams & Boot, 2007). Er moet dus een basis zijn waarop gebouwd kan worden, en die basis verschilt onder allochtonen van persoon tot persoon.

Het is in paragraaf 2.1 ook gebleken dat voorlichting afgestemd moet worden op de doelgroep, maar allochtone patiënten verschillen dus in een aantal opzichten van autochtone patiënten. Dit zorgt enerzijds voor de ervaren problemen en is dus een onderwerp voor voorlichting, maar het heeft tegelijkertijd ook gevolgen voor de vormgeving van het voorlichtingsmateriaal. Kenmerken die specifiek zijn voor de allochtone populatie hebben te maken met de heterogeniteit van de allochtone bevolking (§2.3.1), de culturele achtergrond (§2.3.2), demografische kenmerken (§2.3.3) en het mediagebruik (§2.3.4). In de volgende paragrafen worden deze kenmerken nader besproken en wordt duidelijk waarom specifieke voorlichting nodig is en waardoor de mogelijkheden tegelijkertijd ook beperkt worden.

2.3.1. DE HETEROGENITEIT VAN 'DÉ ALLOCHTOON'

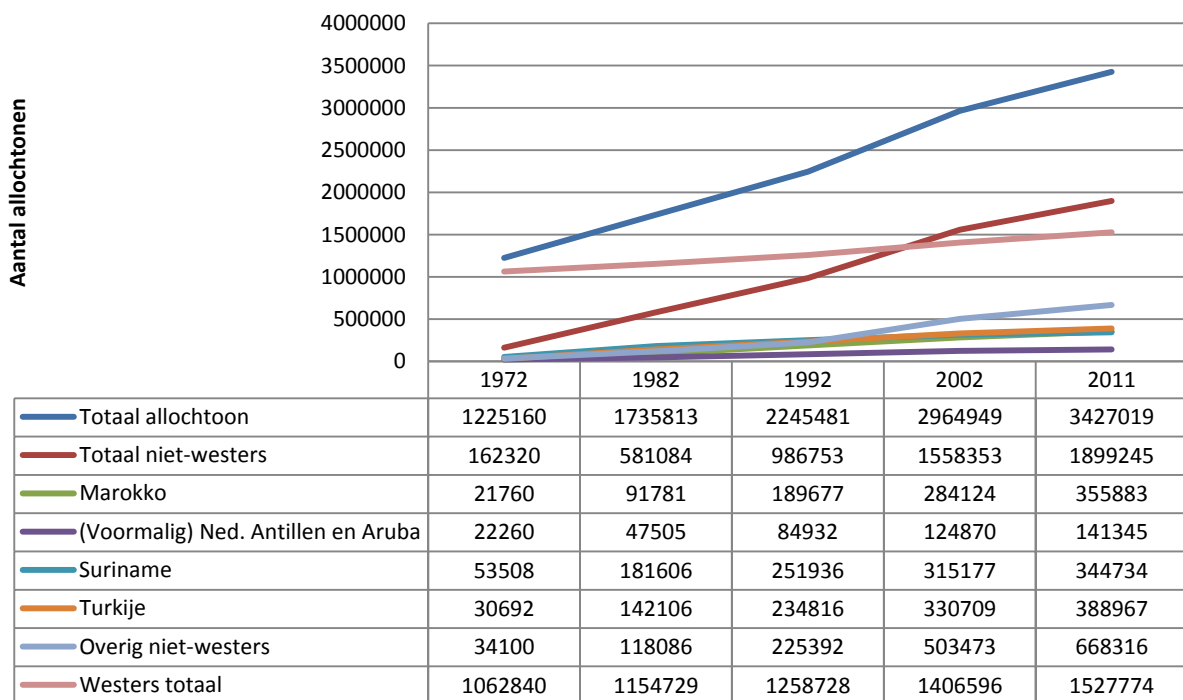
Allochtonen kunnen op verschillende manieren geïdentificeerd worden. Vier veelgebruikte technieken laten zien hoe heterogeen 'dé allochtoon' eigenlijk is. Zo is er allereerst een verschil tussen (1) eerste generatieallochtonen die in het buitenland geboren zijn (migrant en allochtoon; International Organization for Migration, 2004; Anderson & Blinder, 2011) en tweede generatieallochtonen die in Nederland geboren zijn, maar waarvan ten minste één ouder in het buitenland geboren is (allochtoon maar geen migrant; "CBS – Begrippen", z.j.). Daarnaast is er verschil in (2) de reden van migratie, waaronder arbeidsmigratie, asielzoekers, vluchtelingen, historische minderheden en koloniale migranten (Wolffers & Van der Kwaak, 2004; CBS, 2011). Nog een andere methode richt zich op (3) de migrantenstroom. De jaren zestig en zeventig werden gedomineerd door laagopgeleide arbeidsmigranten uit Zuid-Europa, Turkije en Marokko (White, 1993), gevolgd door de tweede migratiegolf van gezinshereniging (CBS, 2000) en daarna een stijging van het aantal asielzoekers (Massey, 2003; White, 1993). Ten slotte worden immigranten geïdentificeerd op basis van (4) land van

herkomst. Hierin maakt het CBS onderscheid tussen westerse allochtonen en niet-westerse allochtonen ("CBS – Begrippen", z.j.). Hieruit blijkt dat de Turkse gemeenschap de grootste groep allochtonen vormt, gevolgd door de Marokkanen (Figuur 1).

Deze verschillen in migratiereden, verblijfsduur in Nederland en het land van herkomst hebben, zoals in paragraaf 2.2.1 ook al duidelijk werd, invloed op de taalbeheersing, het kennisniveau en de mate van integratie, waardoor voorlichting aan verschillende eisen moet voldoen. Hier wordt dus al duidelijk hoe heterogeen 'dé allochtoon' is. Om het concept toch behapbaar te maken, wordt in de rest van dit hoofdstuk met het begrip 'allochtoon' gerefereerd aan niet-westerse eerste- en tweede generatieallochtonen van Turkse of Marokkaanse afkomst, de twee grootste groepen in Nederland.

Figuur 1

Allochtonen naar herkomstland (bron: Statline CBS, 2012)



2.3.2. CULTURELE ACHTERGROND

Een andere factor die interculturele consulten beïnvloedt is de culturele achtergrond, een concept dat gerelateerd is aan het land van herkomst. In de vorige paragrafen is al gezegd dat de culturele

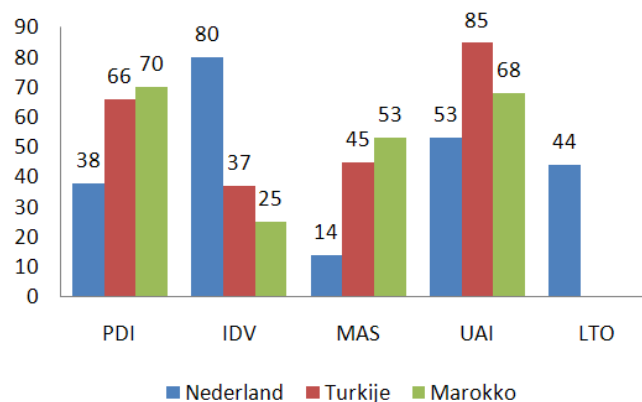
achtergrond van allochtonen één van de belangrijkste factoren is in de gezondheidszorg. Mensen interpreteren ziektes, ziektebeelden en ziektebeleving immers in het licht van hun culturele achtergrond, waardoor er discrepantie ontstaat tussen allochtone patiënten en zorgverleners.

Cultuur is in de literatuur de meest onderzochte manier om groepen mensen te identificeren, waardoor het even vaak wordt gebruikt als gedefinieerd (Shadid, 2007; Knipscheer & Kleber, 2008; Pinto, 2004). De definities hebben echter vergelijkbare kernwoorden en richten zich allemaal op de manier waarop mensen zich organiseren in groepen en met elkaar omgaan (Sarbouch, 1988), waarbij gebruik wordt gemaakt van een systeem van waarden (Oomkes, 2003) die leiden tot regels, een ander aspect van cultuur (Gudykunst, 1988). Deze regels zijn vanaf de geboorte aangeleerd, veelal door socialisatie en ervaringen, en zijn daarom vooral impliciet en lastig te expliciteren (Shadid, 2000). Cultuur is dus aangeleerd en “beïnvloedt de manier waarop we denken, ons voelen, en ons gedragen. Cultuur vormt zelfs onze waarneming en vervormt ons beeld over anderen” (Nunez, Nunez, & Popma, 2010).

Ondanks dat de culturen dus flexibel en individueel zijn en zuivere culturen daardoor niet lijken te bestaan, hebben verschillende onderzoekers toch geprobeerd culturen te classificeren (Hofstede, 1983, 2001; Pinto 1994, 2004). Hofstede heeft in verschillende onderzoeken vijf dimensies gevonden op basis waarvan culturen ingedeeld kunnen worden; (1; PDI) grote of kleine machtsafstand, (2; IDV) individualisme versus collectivisme, (3; MAS) masculiniteit versus femininiteit, (4; UAI) hoge of lage mate van onzekerheidsvermijding, en (5; LTO) lange- versus korte-termijnnoriëntatie (Hofstede & Bond, 1984). Een vergelijking van de Nederlandse cultuur met bijvoorbeeld de Turkse en Marokkaanse toont aan dat er aanzienlijke verschillen zijn (Figuur 2).

Figuur 2

Scores op de dimensies van Hofstede (bron: Geert Hofstede, z.j.)



Veel verschillen in de interculturele gezondheidszorg zijn het gevolg van culturele discrepantie, en kunnen verklaard worden aan de hand van de dimensies van Hofstede. Bij culturen met een grote machtsafstand kijken allochtonen vanwege hun gevoeligheid voor autoriteit bijvoorbeeld op tegen artsen die worden gezien als intelligent en verstandig, en zal de patiënt de arts niet snel tegenspreken maar eerder luisteren (Autar, in Hehalatu, 2012). Bij een kleine machtsafstand, zoals in Nederland, worden patiënten en huisartsen als gelijk beschouwd en hebben beiden een actieve houding. Allochtonen hebben vaak moeite met deze minder autoritaire en in hun ogen daardoor onzekere houding van de Nederlandse huisarts. Verder ervaren zij luid praten en oogcontact als een belediging (Shadid, 2000). Ze komen daardoor bescheiden en verlegen over, terwijl tweede en derde generatieallochtonen in reactie daarop juist mondig en assertief worden.

Wat betreft de dimensie van individualisme, blijkt dat patiënten in collectivistische culturen meer taboes kennen waarover niet gesproken wordt (Autar, in Hehalatu, 2012). Verzoeken worden op een beleefde manier afgeslagen. Naast deze terughoudendheid en bescheidenheid zijn sommige culturen ook minder assertief en mondig, en waarderen ze goede manieren. Communicatie is daardoor indirect en conflictvermijdend. Binnen een relatie is vertrouwen en een moraal belangrijk, en hier moet tijd in geïnvesteerd worden. Om die reden stemmen allochtone patiënten in met hun huisarts, ook als ze het niet eens zijn. In Marokko is deze trend van collectivisme nog verder doorgetrokken, en staat loyaliteit in veel gevallen boven de meeste andere maatschappelijke regels. De individualistische Nederlandse artsen interpreteren dit alles vaak verkeerd en denken dat patiënten geen interesse hebben in een diagnose of behandeling.

Masculiniteit leidt tot wisselende rollen van vrouwen tussen culturen, waardoor patiënten soms alleen geholpen mogen worden door iemand van hetzelfde geslacht (Autar, in Hehalatu, 2012). Ook het geven van handen aan personen van het andere geslacht leidt soms tot frustraties. Daarnaast reageren patiënten uit beleefdheid vaak positief op de vraag hoe het gaat, vooral bij sekseverschillen. In feminie culturen zoals de Nederlandse zijn affectie, medelijden en emotie belangrijker (Hecht, Andersen, & Ribeau, 1989). In Turkije zijn sympathie en consensus gewaardeerd, worden conflicten vermeden, en is de privésfeer belangrijk. Status wordt geuit, maar dit komt voornamelijk door de hoge machtsafstand. Marokko als samenleving is masculien, waardoor mensen 'leven om te werken', managers assertief en directief zijn, competitie en presteren hoog in het vaandel staan, en conflicten 'uitgevochten' worden.

Onzekerheidsvermijding ten slotte leidt er toe dat de gezondheidszorg in sommige culturen erg gestructureerd is (Autar, in Hehalatu, 2012). Er zijn (gedrags-)codes en afwijkend gedrag wordt niet getolereerd. Nederlanders hebben voor alles een regel, vinden dat tijd geld is, willen graag druk bezig zijn en werken hard. Turken hebben hier echter nog meer behoefte aan; veel wetten, regels en rituelen om onzekerheid te vermijden. Marokkanen zitten tussen de Nederlandse en Turkse cultuur in, maar ook zij vermijden onzekerheid het liefst. Patiënten verwachten dat artsen alles weten, en verschillen in mening worden niet geuit. Ten slotte is precisie en punctualiteit de norm in Nederland. Misverstanden ontstaan dan door het gebruik van tijd. In sommige culturen wordt gebruik gemaakt van de biologische tijd, waarbij een afspraak vooral een richtlijn is.

2.3.3. DEMOGRAFIE

Ook wat betreft demografie verschillen allochtonen en autochtonen. Dit is terug te zien in de ervaren problemen en vormt dus een onderwerp voor voorlichting, maar beïnvloedt ook de mogelijkheden van voorlichting (Brug, Assema & Lechner, 2007; Berkman & Kawachi, 2000; Pennix et al, 1997). Door het gemiddeld lagere opleidingsniveau en het hogere werkloosheidspercentage van vooral niet-westerse allochtonen van de eerste generatie (Statline CBS, 2012; ACB Kenniscentrum, 2011a, 2011b; Statline CBS, 2012) hebben zij bijvoorbeeld meer gezondheidsklachten (Keirse, 2005). Daarnaast leidt de migratieachtergrond ertoe dat de ervaren gezondheid onder allochtonen lager is dan onder autochtone Nederlanders, al geeft de tweede generatie niet-westerse allochtonen juist aan gevoelsmatig gezonder te zijn (Tabel 3). Reden hiervoor is de ervaren stress door aanpassingsproblemen, identiteitsverlies en sociaaleconomische problemen. Leed en frustraties worden vaak in de vorm van lichamelijke klachten geuit omdat emoties of stress moeilijk te accepteren zijn, en hierbij wordt regelmatig aan een ernstige of dodelijke ziekte gedacht. Deze klachten worden in de ogen van de Nederlandse huisarts wel eens overdreven geuit of op een indirecte manier uitgelegd, maar dit is voor de patiënt vaak de enige manier om duidelijk te maken wat het probleem is.

Tabel 3

Ervaren gezondheid (gegevens 2010) (bron: Statline CBS, 2012)

	Ervaren gezondheid	
	Zeer goed/goed	Minder dan goed
Autochtoon	81	19
Allochtoon		
-Westers, totaal	77,6	22,4
-Westers, 1e generatie	72,3	27,7
-Westers, 2e generatie	80,5	19,5
-Niet-westers, totaal	77,7	22,3
-Niet-westers, 1e generatie	69,5	30,5
-Niet-westers, 2e generatie	88,3	11,7

Bovendien hebben allochtonen vaker een gebrek aan geschooldheid en biologische basiskennis en weinig verstand van het menselijk lichaam en ziekten, waardoor ze zich uit onbegrip vaak niet aan een voorgeschreven therapie houden. Daarnaast wordt er door de directe omgeving nauwelijks druk uitgeoefend omdat ook die omgeving weinig kennis heeft, en zijn er weinig rolmodellen die gezondheidskennis hoog in het vaandel voeren (Dahhan, 2007). Dit leidt vooral tot problemen bij preventie, omdat bij campagnes vaak een bepaald kennisniveau wordt verondersteld. Daardoor nemen zij vaker contact op met de huisarts en hebben vooral niet-westerse allochtonen van de eerste generatie meer consulten dan andere groepen (Boomstra & Wennink, 2001). Verder nemen de meeste allochtonen vaker uit eigen initiatief contact op met de huisarts en verkiezen zij face-to-face contact boven een consult aan huis of via de telefoon (Tabel 4; Tabel 5; Tabel 6).

Tabel 4

Contact met de huisarts in de afgelopen 12 maanden (gegevens 2010) (bron: Statline CBS, 2012)

	% Personen met minimaal 1 contact	Gemiddeld aantal contacten (bevolking)	Gemiddeld aantal contacten (patiënt)
Autochtoon	71,9	4,2	5,8
Allochtoon			
-Westers, totaal	75,4	4,2	5,6
-Westers, 1e generatie	77,7	4,1	5,3
-Westers, 2e generatie	74,1	4,2	5,7
-Niet-westers, totaal	73	4,7	6,5
-Niet-westers, 1e generatie	75,6	5,2	6,9
-Niet-westers, 2e generatie	69,7	4,1	5,9

Tabel 5

Initiatief tot contact met de huisarts (gegevens 2010) (bron: Statline CBS, 2012)

	Eigen initiatief	Initiatief van de huisarts	Herhalingsconsult of oproep	Doorverwijzing
Autochtoon	76,7	8	13,4	1,9
Allochtoon				
-Westers, totaal	80,2	8,1	10,5	1,2
-Westers, 1e generatie	77,6	8	11,8	2,5
-Westers, 2e generatie	81,8	8,2	9,6	0,4
-Niet-westers, totaal	79,1	6,3	12,3	2,2
-Niet-westers, 1e generatie	75,7	7	14,4	2,9
-Niet-westers, 2e generatie	85	5,1	8,7	1,1

Tabel 6

Wijze van contact met de huisarts (gegevens 2010) (bron: Statline CBS, 2012)

	Bij de arts	Thuis bij patiënt	Telefonisch	Overig
Autochtoon	74,5	4,7	15,7	5,1
Allochtoon				
-Westers, totaal	78	4,2	12,5	5,3
-Westers, 1e generatie	78,2	5	12,4	4,4
-Westers, 2e generatie	78	3,7	12,5	5,8
-Niet-westers, totaal	76,5	1,4	14,5	7,6
-Niet-westers, 1e generatie	77,9	1,7	13,6	6,9
-Niet-westers, 2e generatie	74,1	0,8	16,2	8,8

Andere problemen komen voort uit analfabetisme en een gebrek aan Nederlandse taalvaardigheid, wat de noodzaak van een tolk vergroot. Zeker bij de eerste generatie allochtonen is dit een bekend probleem. Als gevolg hiervan spreekt veertig procent van de Turken niet voldoende Nederlands om met de huisarts te kunnen communiceren (CBS, 1991), en kan 34 procent van de Marokkanen niet zelfstandig met de huisarts praten (Bleeker & Reelick, 1998). Volgens Van de Wakker (2006) betekent dit voor de huisartsen bovendien dat hulpverlening aan allochtonen als extra belastend wordt ervaren. Als noodoplossing worden vaak kinderen als tolk ingezet, die minder kennis hebben van gezondheid. Daarnaast wordt het proces bemoeilijkt als de hele familie betrokken wordt bij ziekte of het bezoek aan de huisarts.

Allochtonen ervaren ten slotte door verschillen in zorgvoorzieningen tussen landen meer problemen bij het krijgen van een antwoord op hun vraag (Hendriks, 1993), wat vaak een gevolg is van een gebrek aan kennis van het Nederlandse zorgsysteem. Specifiek voor Turken geldt bijvoorbeeld dat zij geen huisartsen kennen zoals ze in Nederland bekend zijn; daar spreken ze van een specialist of niet-gespecialiseerd arts (Van Es, 1995), die veel status hebben, hebben gestudeerd, en veel vertrouwen genieten.

2.3.4. GEMEDIEERDE VOORLICHTING AAN ALLOCHTONEN

De heterogeniteit, culturele achtergrond en demografische kenmerken beïnvloeden dus consulten, maar daarnaast ook de mogelijkheden van voorlichting. Bij face-to-face voorlichting bijvoorbeeld moet je kunnen communiceren, maar culturele aspecten als taal, waarden, opvattingen, gewoonten en gebruiken verschillen doorgaans tussen de zorgverlener en de allochtone patiënt (dit zijn immers ook de ervaren problemen; Wapenaar, Röling, & Van den Baan, 1989). Een alternatief is in dit geval de in paragraaf 2.1.2 geïntroduceerde gemedieerde voorlichting.

Voor succesvolle communicatie en voorlichting is het noodzakelijk dat aan de culturele regels (zoals waarden en normen) wordt voldaan, en de boodschap overeen moet komen met de culturele waarden van de doelgroep. Door tussen de voorlichter en ontvanger van de voorlichting (de allochtone patiënt) een mediakanaal te plaatsen, kan de discrepantie tussen de zender en ontvanger worden verkleind (Wapenaar, Röling, & Van den Baan, 1989). Zo kunnen taalproblemen, kenniskloven en culturele verschillen worden opgelost door de gemedieerde communicatie aan te passen aan de ontvanger. Hier kan in dat geval vooraf naar worden gekeken door interculturele hulpverleners en andere instanties die kennis hebben van communicatie met allochtonen, omdat diversiteit het communicatieproces

bemoeilijkt en dat hierdoor afneemt. Bovendien kunnen de emotie en attitude van de zorgverlener hierbij buiten beschouwing worden gelaten.

Naast de voorlichtingsonderwerpen en voorlichtingsmogelijkheden uit de vorige paragrafen, is echter ook het mediagebruik van invloed op de mogelijkheden van gemedieerde voorlichting. Zo zijn bepaalde mediakanalen meer of minder populair bij verschillende groepen gebruikers, zal in deze paragraaf blijken. Bovendien hebben de verschillende media elk hun eigen eigenschappen (radio is bijvoorbeeld uitsluitend auditief, televisie auditief en visueel, en internet multimediaal), waardoor de mogelijkheden voor voorlichting ook variëren.

Kennis hiervan is van belang omdat in paragraaf 2.1.2 duidelijk is geworden dat een medium in een behoefte moet voorzien, en de gebruiker bovendien gemotiveerd moet zijn. Mediagebruik onder allochtonen is een onderwerp waar veel auteurs zich aan hebben gewaagd, maar over specifiek mediagebruik met betrekking tot (gezondheids-)voorlichting is vooralsnog weinig bekend. Haghebaert (2005) onderscheidt in mediagebruik vier perspectieven, namelijk mediagebruik onder allochtonen, berichtgeving over allochtonen, participatie van allochtonen in de media, en het begrijpen van berichten onder allochtonen. In dit onderzoek wordt alleen het mediagebruik onder allochtonen uit Marokko en Turkije meegenomen.

MEDIAGEBRUIK ONDER ALLOCHTONEN

Allochtonen en autochtonen lijken vergelijkbare mediavorkeuren te hebben als wordt gekeken naar mediakeuze, de duur van het gebruik, en de frequentie van het gebruik Haghebaert (2005). Toch zijn er ook onderzoeken waaruit blijkt dat allochtonen en autochtonen wel degelijk verschillen in mediavorkeuren en -gebruik. Allochtonen kijken bijvoorbeeld naar zowel Nederlandse zenders als zenders in hun eigen taal, maar een groeiend aanbod in hun eigen taal leidt tot een stijging van het gebruik hiervan (Dragt, Heuvelman, Lohmann, & De Jong, 2002). Nieuwe media worden bovendien als eerste door de hogere sociale klassen geadopteerd, en mensen met lagere inkomens of opleidingen volgen later (Van Dijk, 2007). Volgens Van Dijk (2005) hangen deze demografische verschillen vaak samen met verschillen in vaardigheden en interesses en moet er een onderscheid worden gemaakt tussen motivatie om een medium te gebruiken, bezit hiervan, de vaardigheden om het te gebruiken, en het daadwerkelijke gebruik hiervan.

Voor gedrukte media is geletterdheid een vereiste, en dit kan vooral bij oudere generaties allochtonen voor problemen zorgen. Geprinte media zijn als gevolg van deze afhankelijkheid van taalvaardigheid

minder populair dan audiovisuele media, maar jongeren lezen door hun tweetaligheid meer Nederlandstalige kranten dan volwassenen (Schakenbos & Marsman, 1988).

Mainstream audiovisuele media zoals televisie en video zijn daarentegen wel erg populair onder allochtonen, en hierbij worden zowel informatieve als amusementsprogramma's gewaardeerd. De taalbarrière leidt er echter wel toe dat allochtonen bepaalde media wel of juist niet gebruiken (Schakenbos & Marsman, 1988; Schelfhout, 1998). Er is een negatief verband tussen taalvaardigheid en het kijken naar amusement (Schakenbos & Marsman, 1988; Schelfhout, 1998). Een tweede factor is de mate van integratie, waarbij minder geïntegreerde allochtonen sneller geneigd zijn televisie te kijken (Dragt et al., 2002). Jongeren hebben bovendien een meer divers en rijker kijkgedrag (Tsagarousianou, 2001). Vooral jongere generaties allochtonen maken gebruik van een combinatie van media, en laten het mediagebruik bovendien afhangen van het aanbod vanuit het land van herkomst en Nederland (D'Haenens, Van Summeren, Saeys, & Koeman, 2004).

Naast de *mainstream* programma's zijn ook specifieke programmeringen voor allochtonen populair. Schakenbos en Marsman (1988) geven aan dat vooral niet-westerse migranten hier vaker gebruik van maken voor drie redenen, namelijk taalvaardigheid, interesse en beeldvorming. Allereerst ligt hun taalvaardigheid meestal lager. 85% van de allochtone jongeren heeft geen problemen met de Nederlandse taal tijdens gesprekken, maar het lezen levert meer problemen. De eerste generatieallochtonen kiezen vooral voor media uit hun moederland vanwege gebrekkige kennis van de Nederlandse taal. De tweede en derde generatie beheersen het Nederlands beter, waardoor zij sneller voor Nederlandstalige media kiezen. Wel zijn er hier verschillen tussen herkomstlanden zichtbaar; Marokkaanse jongeren spreken bijvoorbeeld beter Nederlands dan Turken maken daardoor minder gebruik van media in hun eigen taal (31 en 41%, respectievelijk; ACB Kenniscentrum, 2011a).

Daarnaast kiezen allochtone jongeren ondanks de goede taalbeheersing toch vaak voor de media in de taal van hun moederland, uit onvrede over de veelal negatieve beeldvorming over allochtonen, waardoor vooroordelen die in de maatschappij bestaan worden bevestigd (Ross, 2001). Er is volgens hen geen ruimte voor etnische minderheden, wat leidt tot onderrepresentatie (Tsagarousianou, 2001). Ook zijn er culturele spanningen en verschillende normen en waarden die hierbij meespelen (ACB Kenniscentrum, 2010). Om dit gat te compenseren gebruiken allochtonen vaak media uit het land van herkomst, om zo toch objectieve informatie over hun eigen cultuur te vinden (Tsagarousianou, 2001). Ook richten zij hun eigen mediakanalen op, zoals Mira Media (www.miramedia.nl). Overigens blijkt uit

onderzoeken van de Universiteit Nijmegen en de VU dat “het gebruik van media uit het land van herkomst niet ten koste gaat van het volgen van het Nederlandse nieuws” (ACB Kenniscentrum, 2011b).

Ten slotte zijn allochtonen benieuwd naar de situatie in hun moederland, en de afstand tussen de Nederlandse en eigen cultuur is hierdoor positief gerelateerd aan specifiek kijkgedrag. Daardoor kijken vooral niet-Westerse allochtonen naar programma’s gericht op hun moederland.

Wat betreft het specifieke gebruik van de audiovisuele media blijkt dat de radio onder allochtone jongeren minder populair is dan onder Nederlandse jongeren (ACB Kenniscentrum, 2010). Oudere allochtonen luisteren ook minder radio, vooral door een gebrek aan taalvaardigheid (Tsagarousianou, 2001). De radio wordt wel gebruikt voor zogenaamde migrantenprogramma’s, die worden uitgezonden op de korte golf of lokale zenders (Dragt et al, 2002), maar de voornaamste reden om naar de radio te luisteren blijft de muziek.

Allochtonen hebben verder net als autochtonen bijna allemaal een televisie met kabelaansluiting in huis (91%), en de meeste Turken en Marokkanen van de eerste generatie hebben daarnaast ook een schotel (88 en 65%, respectievelijk; ACB Kenniscentrum, 2010). Allochtonen kijken Nederlandstalige programma’s, maar vooral Turken en Marokkanen kijken ook naar niet-Nederlandse zenders. Het kijken naar zenders uit de eigen cultuur gaat ten koste van de Nederlandse zenders, en de reden hierachter is volgens Veldkamp Marktonderzoek (1996) de behoefte aan eigen taal en cultuur. Interessant is wel dat allochtone ouderen en lager opgeleiden meer tv kijken dan jongeren en hoger opgeleiden (ACB Kenniscentrum, 2010). Ouderen, vrouwen, lager opgeleiden en allochtonen die moeite hebben met het Nederlands kijken bovendien vaker naar zenders uit het land van herkomst (Huysmans & De Haan, 2008).

Pc- en internetgebruik onder subgroepenallochtonen ten slotte vertoont overeenkomsten met autochtonen. De zogenaamde digitale kloof, die zegt dat verschillende groepen achterlopen in hun ICT gebruik vergeleken met andere demografische groepen, ook terug is te zien bij allochtonen. Volgens De Haan (2003) is leeftijd dan ook meer bepalend voor het bezit van computers en internet dan opleiding, inkomen of sekse. Toch bleek uit onderzoek in 2004 dat internetgebruik onder allochtonen lager lag dan onder autochtonen. Recenter onderzoek van het CBS heeft echter aangetoond dat de verschillen inmiddels kleiner zijn geworden (CBS, 2010b). Het internetgebruik van westerse allochtonen bleek nauwelijks te onderscheiden van autochtonen, en waar het aantal niet-westerse allochtonen met een internetverbinding in 2005 met tachtig procent achterbleef bij autochtonen (83%), hebben zij inmiddels

vaker een internetverbinding (96% versus 93%). Dit wordt echter verklaard door het relatief grote aandeel jongeren onder allochtonen, die beduidend vaker internet hebben dan allochtonen boven de 45 jaar (77%). Allochtone jongeren gaan verder naar dezelfde websites (CBS, 2010b), maar bezoeken daarnaast ook sites met als doelgroep hun eigen etnische of religieuze achtergrond (ACB Kenniscentrum, 2010).

Ook de internetvaardigheid blijkt onder allochtonen hoger te liggen dan onder autochtonen, maar dit is ook hier het geval van het grote aantal jongere allochtonen. Twintig procent van de respondenten hier bleek vaardig te zijn, en veertig procent viel in de categorie 'doorsnee', en dit komt gecorrigeerd naar leeftijd grotendeels overeen met autochtonen.

Allochtonen kunnen uiteindelijk, op basis van hun mediagebruik, worden ingedeeld in drie groepen; *homelanders* (Turks- of Arabischstalige media), *adapters* (Nederlandstalige media), of *omnivoren* (beide media even veel; Tabel 7; D'Haenens, Van Summeren, Saeys, & Koeman, 2004).

Tabel 7

Verdeling van Turkse/Marokkaanse jongeren naar niet-gebruikers, homelanders (h), omnivoren (o) en adapters (a) per mediumtype (in procenten van het totaal; bron: D'Haenens, Van Summeren, Saeys, & Koeman, 2004)

Mediumtype	Turks				Marokkaans			
	Niet	H	O	A	Niet	H	O	A
Kranten	15	17	43	25	18	2	10	71
Tijdschriften	19	10	34	37	14	2	14	70
Radio	0	37	31	32	0	23	25	52
Televisie	0	21	61	19	0	7	46	47
Internet	60	13	23	5	51	14	30	5
Totaalgemiddelde	19	20	38	24	17	10	25	49

2.4. CONCLUDEREND

In dit hoofdstuk is duidelijk geworden dat de ervaringen van zorgverleners en allochtone patiënten in de eerstelijns gezondheidszorg reden geven om te zoeken naar middelen die de consulten beter kunnen laten verlopen. Oplossingen tot nog toe waren voornamelijk gericht op zorgverleners, maar dit lijkt niet toereikend. Voorlichting onder autochtonen heeft aangetoond kennis of gedragsverandering teweeg te kunnen brengen. Mogelijk kan voorlichting specifiek voor allochtone patiënten daarom ook een positieve bijdrage hebben op huisartsenconsulten.

Toch zijn er een aantal zaken waar rekening mee gehouden moet worden. Zo is uit de literatuur gebleken dat motivatie en interesse noodzakelijk zijn om voorlichtingsdoelen te behalen. Bovendien zijn de oorzaken van moeizame consulten onderwerpen voor voorlichting, maar stellen deze oorzaken tegelijkertijd ook eisen aan de voorlichting. Voorbeelden zijn onder meer de kennis- en taalbarrière, culturele achtergrond, en het mediagebruik.

Wat betreft het gemedieerde aspect van de voorlichting is het verder belangrijk rekening te houden met de media-eigenschappen (zoals de dimensies) en het gebruik van bepaalde media onder allochtonen. Met betrekking tot het mediagebruik van allochtone patiënten bij gezondheidsvoorlichting is in de literatuur echter nog weinig bekend.

Het is dus de vraag in hoeverre gezondheidsvoorlichting aan allochtone patiënten een bijdrage kan leveren aan consulten, wat de eisen van eventueel voorlichtingsmateriaal zouden zijn, en welk medium hier in mindere of meerdere mate voor geschikt is. In een poging hier een antwoord op te vinden, zijn gesprekken met huisartsen, doktersassistenten en praktijkondersteuners gevoerd. In het volgende hoofdstuk wordt dit onderzoek verder toegelicht, en in Hoofdstuk 4 wordt duidelijk wat de meningen en ideeën van de zorgverleners met betrekking tot dit onderwerp zijn.

3. METHODOLOGIE

De vorige hoofdstukken hebben een beeld geschetst van de situatie die het startpunt vormen voor het praktijkonderzoek. Dit hoofdstuk beschrijft de methodologische achtergrond van het onderzoek, waarvan de resultaten in het volgende hoofdstuk worden gepresenteerd. Paragraaf 1 start met de gehanteerde onderzoeksmethode, waarna paragraaf 2 ingaat op het verzamelen en analyseren van de data. Paragraaf 3 ten slotte geeft een beeld van de specifieke vragen waarover data verzameld is.

3.1. METHODE EN INSTRUMENTATIE

Dit onderzoek had als doel een overzicht geven van de meningen van eerstelijns zorgverleners met betrekking tot ervaren problemen bij interculturele huisartsenbezoeken, en de mogelijke oplossingen aan de patiëntzijde door middel van gemedieerde voorlichting. Door een gebrek aan kennis over dit onderwerp was het onderzoek vooral verkennend en inventariserend. Hiervoor zijn semigestructureerde interviews met huisartsen, doktersassistentes, en praktijkondersteuners huisartsenzorg (PoH'ers) gehouden. Het houden van semigestructureerde interviews houdt in dat alle respondenten (afhankelijk van de functie; patiënt, huisarts of PoH'er) dezelfde vragen kregen die in een discussievorm besproken werden (Gillham, 2005). Naast de kernvragen werd er dieper ingegaan op de gegeven antwoorden, en de duur van de interviews varieerde daardoor al naar gelang de kennis van en interesse in het onderwerp.

Door het verkennende karakter van het onderzoek zijn de antwoorden vooraf lastig te bepalen, wat de mogelijkheden voor het gebruik van een enquête beperkt ('t Hart, Boeije, & Hox., 2005). Bovendien zou dit de verscheidenheid aan antwoorden van zowel huisartsen als assistentes en PoH'ers beperken, wat ook een reden was om het interview semigestructureerd te maken. Extra argument voor het afnemen van interviews was de mogelijkheid om door te vragen en interactie en discussie te creëren tijdens het gesprek (Gillham, 2005).

Onderzoek naar visies, attitudes en meningen dienen zo min mogelijk gestructureerd te worden, maar dit maakt de data minder vergelijkbaar (Bryman, 2008). Bij semigestructureerde interviews hebben respondenten ruimte om hun eigen antwoorden en richtingen te formuleren, maar kan het gesprek door middel van een topiclist toch gestuurd worden, zodat de hoeveelheid niet-relevante informatie en afdwalingen beperkt bleef. Zonder een zogenaamde topiclijst is het moeilijk om verschillende interviews als een geheel te analyseren en vergelijken.

Een mogelijk gevaar van interviews zijn de vooroordelen van de onderzoekers (Gillham, 2005). Voordeel is dat de interviewer in dit onderzoek geen praktijkervaring had met de besproken onderwerpen, wat de neutraliteit ten goede komt. Toch staat het onderwerp 'allochtonen' bekend om de vele vooroordelen, wat voor de onderzoeker reden was vooraf de vragen te stellen wat hij verwachtte te vinden, hoopte te vinden, en hoopte niet te vinden. Zo was hij zich bewust van zijn eigen beeldvorming, verwachtingen en vooroordelen.

3.2. ONDERWERPEN

Belangrijke eigenschap van semigestructureerde interviews is volgens Gillham (2005) dat de vervolgvragen open zijn, zodat respondenten verplicht zijn hun mening te onderbouwen. Globaal waren de interviews op te delen in drie onderwerpen: een korte introductie om achtergrondinformatie te achterhalen, een gesprek over interculturele consulten, en ten slotte een aantal vragen over gemedieerde voorlichting aan allochtonen. De centrale vragen bij de onderwerpen zijn als open vraag geformuleerd, en naar aanleiding van de gegeven reactie zijn vervolgvragen gesteld die ook een open karakter hadden. De onderwerpen worden hieronder kort toegelicht, maar de complete topiclist is te vinden in Appendix I.

Het eerste gedeelte van het gesprek duurde ongeveer vijf minuten en ging in op de functie, ervaring en werkomgeving van de geïnterviewde. Zo kon de interviewer een beeld schetsen van de ervaringen met de gezondheidszorg en interculturele consulten. Dit was het kortste onderdeel van het gesprek en diende vooral als introductie.

Het tweede onderdeel van het interview ging in op de ervaringen met interculturele consulten. Zorgverleners werd allereerst gevraagd of zij verschillen ervoeren tussen contacten met autochtone en allochtone patiënten. Afhankelijk van het antwoorden werd vervolgens ingegaan op de oorzaken en gevolgen van de ervaren problemen, en de tot nog toe gebruikte oplossingen. De informatie die in dit gedeelte van het interview is achterhaald, kwam voor een deel overeen met de onderwerpen besproken in Hoofdstuk 2.

Het laatste gedeelte van het interview focuste vervolgens op de mogelijkheden van gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten. De geïnterviewde werd gevraagd naar zijn of haar mening hierover en het eventuele nut en gebruik hiervan. Onderdeel van dit gedeelte van het interview was ook een 'brainstormsessie', waarbij is besproken hoe het voorlichtingsmateriaal vormgegeven zou moeten worden.

3.3. PARTICIPANTEN EN PROCEDURE

De respondenten in dit onderzoek bestonden uit drie groepen, huisartsen, assistentes en PoH'ers. In totaal zijn 24 personen geïnterviewd, waarvan tien huisartsen, acht assistentes en vier PoH'ers (Tabel 8). Eén van de andere respondenten was werkzaam bij het Uitvoeringsinstituut Werknemerszekeringen (UWV) en was zodoende geen huisarts maar indiceerde de arbeidsgeschiktheid van (allochtone) patiënten. Een andere geïnterviewde was werkzaam bij de zorg- en dienstverleningsorganisatie Thebe in de functie van oudste verpleegkundige (nachthoofd) bij een woonzorgcentrum in Goirle. De andere 22 zorgverleners waren werkzaam bij vijf huisartsen- en gezondheidscentra in Tilburg-Noord (Beethoven en Cheiron), Rotterdam-Noord (Ommoord) en Rotterdam-Zuid (Randweg en Tarwezig).

Tabel 8

Overzicht van geïnterviewde personen en karakteristieken.

Gesprek	Functie	Geslacht	Praktijk	Plaats	Duur
1	Oudste verpleegkundige (nachthoofd)	V	Thebe woonzorgcentrum	Goirle	28.01
2	Huisarts	V	Beethoven	Tilburg	24.27
3	Doktersassistente	V	Cheiron	Tilburg	18.33
4	Huisarts	V	Cheiron	Tilburg	14.51
5	Huisarts	M	Cheiron	Tilburg	27.20
6	Praktijkondersteuner	V	Ommoord	Rotterdam	16.07
7	Doktersassistente	V	Ommoord	Rotterdam	11.30
8	Huisarts	M	Beethoven	Tilburg	29.37
9	Praktijkondersteuner	V	Cheiron	Tilburg	26.04
10	Doktersassistente	V	Ommoord	Rotterdam	19.17
11	Praktijkondersteuner	V	Ommoord	Rotterdam	24.57
12	Huisarts	M	Ommoord	Rotterdam	19.42
13	Huisarts	V	Ommoord	Rotterdam	16.22
14	Huisarts	V	Ommoord	Rotterdam	18.38
15	Doktersassistente	V	Ommoord	Rotterdam	20.01
16	Doktersassistente	V	Randweg	Rotterdam	24.02
17	Praktijkondersteuner	V	Randweg	Rotterdam	17.58
18	Huisarts	M	Ommoord	Rotterdam	9.35
19	Doktersassistente	V	Beethoven	Tilburg	15.21
20	Huisarts	V	Randweg	Rotterdam	23.01
21	Doktersassistente	V	Randweg	Rotterdam	15.42
22	Doktersassistente	V	Tarwezig	Rotterdam	19.27
23	Huisarts	V	Tarwezig	Rotterdam	17.03
24	Huisarts	M	UWV	Tilburg	43.02

De interviews duurden gemiddeld twintig minuten, met als kortste interview 9.35 minuten en als langste gesprek 43.02 minuten. De respondenten zijn hierbij individueel geïnterviewd, en er is voor een rustige omgeving gekozen zodat de betrouwbaarheid toeneemt ('t Hart et al., 2005). Daarnaast zijn de interviews met huisartsen en assistentes afgenomen op de werkplek (spreekkamer of gezondheidscentrum), met uitzondering van de gesprekken zes en zeven die om logistieke redenen elders plaatsvonden.

Voor de procedure van de interviews is gebruik gemaakt van de vijf stappen van Gillham (2005); de voorbereiding, het eerste contact, de oriëntatiefase, het inhoudelijke gedeelte, en de afronding. Tijdens de eerste stap, de voorbereiding begon bij het benaderen van de respondenten. Voor de centra in Rotterdam is hiervoor contact gezocht met Zorg op Noord, welke "actief is in het ondersteunen en ontwikkelen van eerstelijns samenwerkingsverbanden in de regio Rijnmond" ("Zorg op Noord", z.j.). Onderdeel hiervan zijn vijf gezondheidscentra waarbij ruim 30.000 patiënten zijn ingeschreven, waarvan bij drie centra interviews zijn afgenomen. Voor de regio Tilburg is contact opgenomen met Thebe Thuiszorg en de individuele praktijken. Nadat respondenten hun medewerking hadden toegezegd, werd een afspraak gemaakt.

De tweede en derde stap, het eerste contact en de oriëntatie, vonden plaats op de locatie van het interview. Het bestond uit een kort welkomstwoord en een informeel gesprek. Vervolgens heeft de interviewer een korte tekst voorgelegd met achtergrondinformatie en een lijst met onderwerpen die behandeld gingen worden. Dit werd voor het interview ook mondeling besproken, waarna de respondent gevraagd werd een consentformulier te ondertekenen (Appendices III en IV).

Het inhoudelijke gedeelte bestond uit het daadwerkelijke interview, waarvoor de vragenlijst zoals gepresenteerd in paragraaf 3.2 en Appendix I is gebruikt. Ten slotte is tijdens de afronding van het interview gevraagd of de respondent nog iets wilde vertellen wat eerder niet of onvoldoende behandeld was volgens de geïnterviewde. Ten slotte is gevraagd of de respondenten een transcript wilden hebben ter inzage, en is gecontroleerd of alle formulieren zijn behandeld en ingevuld. Na afloop is de rest van de onderzoeksprocedure uitgelegd, en werd het gesprek informeel afgerond.

3.4. DATAVERWERKING EN –ANALYSE

Bij het selecteren van de zorgverleners is geprobeerd medewerkers te interviewen die werken op een gezondheidscentrum met een cultureel diverse groep patiënten. De interviews zijn opgenomen met een voice recorder (Olympus WS-311M), en de geluidsbestanden zijn vervolgens volledig getranscribeerd in

Microsoft Excel. Dit is zo snel mogelijk na afloop van de interviews gebeurd, zodat ook de context van het interview nog genoteerd kan worden. Voor het afspelen van de fragmenten is het programma Express Scribe (“Transcription Software, Foot Pedal Software Player”, z.j.) gebruikt. De informatie van de verschillende interviews zijn vervolgens in een datamatrix gecategoriseerd naar verschillende onderwerpen die vooraf in de topiclist bepaald zijn. Zo kon de vergaarde data eenvoudig worden geanalyseerd voor de resultaten. Overigens is het analyseren van interviews per definitie interpretatief, maar als dit met beleid gebeurt, hoeft dit volgens Gaskell en Bauer (2000) niet tot een subjectieve analyse te leiden.

De complete transcripties van de interviews zijn te vinden in Appendix V (digitaal).

4. RESULTATEN EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de gesprekken die zijn gehouden met de zorgverleners centraal. Deze worden vergeleken met de informatie uit de bestaande literatuur zoals deze in Hoofdstuk 2 is gepresenteerd, en op basis van al deze gegevens vindt een discussie plaats rondom de centrale vraag van deze thesis. Het hoofdstuk begint met de ervaringen van zorgaanbieders (§4.1) en de tot nog toe aangedragen oplossingen (§4.2). Paragraaf 4.3 behandelt vervolgens de opzet van gemedieerde voorlichting aan allochtonen, waarna wordt bediscussieerd of deze voorlichting wel of niet gegeven zou moeten worden (§4.4). In paragraaf 4.5 worden ten slotte nog enkele discussiepunten behandeld, en het hoofdstuk besluit met een conclusie (§4.6).

In dit hoofdstuk zijn de citaten uit de interviews cursief en tussen aanhalingstekens geplaatst.

4.1. ERVARINGEN VAN ZORGAANBIEDERS

Voordat de mogelijkheden van gemedieerde voorlichting bekeken konden worden, was het nodig eerst de verschillen en moeilijkheden die zorgverleners ervaren op een rij te krijgen. De genoemde punten worden kort behandeld in deze paragraaf. Het zal blijken dat veel ervaringen met elkaar samenhangen en ook in de literatuur al zijn genoemd.

TAALBARRIÈRE

Eén van de demografische moeilijkheden waar zorgverleners in hun ogen vaak mee te maken krijgen, is de taalbarrière. Uit de literatuur was ook al gebleken dat een aanzienlijk deel van de allochtone patiënten (40% van de Turken en 34% van de Marokkanen) inderdaad niet goed met de huisarts kan communiceren. Dit leidt tot langere consulten, omdat je *“echt niet goed een gesprek kunt voeren”*. Assistentes ervaren dit overigens al voorafgaand aan een consult: *“Dat is gewoon schiet mij maar lek. Ik weet niet wat er aan de hand is, echt niet”*. Het gevolg is dat zij moeilijk kunnen inschatten wat de noodzaak van een consult is, en dat ze er *“via via achter moeten komen wat er dan precies aan de hand is”*.

Eén van de taken van de zorgverlener die in de literatuur werd genoemd, die van ‘detective’, wordt hierbij bemoeilijkt. Het werk wordt bovendien extra lastig vanwege de stress en frustraties. Ook tijdens het consult blijven taalproblemen terugkomen, omdat meer begeleiding, uitleg en herhaling nodig is, zo gaf een van de artsen aan. Bovendien is het vaak de vraag of de gegeven uitleg inderdaad (op de juiste

manier) begrepen is, want *“ze begrijpen dingen toch anders dan jij ze vertelt”*. Volgens artsen is het dan vaak maar hopen dat het begrepen is.

KENNIS

Volgens veel artsen is er verder wel degelijk een kenniskloof, die vaak een culturele of psychosociale oorsprong kent. Een van de huisartsen vergeleek het kennisniveau van allochtone patiënten met dat van Nederlanders een generatie geleden;

“Als ik naar mijn eigen ouders kijk, die zijn in de tachtig. Je moet je eigenlijk een beetje voorstellen dat het voor heel veel Turken en Marokkanen ook zo ligt. Dus met bepaalde klachten ga je niet naar de dokter, of bepaalde klachten worden op een bepaalde manier geduid, en dat was bij mijn ouders ook. Je moet het als het ware een generatie terug zien.”

Een gebrek aan kennis maakt het uiteraard lastiger om bepaalde zaken uit te leggen of te bespreken. Ook komen patiënten langs met klachten waarvoor geen hulpverlening nodig is: *“Diezelfde mevrouw een hele tijd geleden, vorig jaar, kwam ze en ooh zo'n pijn in mijn been, zo zeer! Dus ik kijk, is het gewoon een ordinaire blaar”*. In Nederland hebben mensen volgens een PoH'er meer kennis van bijvoorbeeld dit soort zaken, maar allochtone patiënten weten volgens haar *“van toeten noch blazen”* en komen daardoor onvoorbereid naar spreekuren. Ook leggen de patiënten soms rare verbanden tussen klachten die geen verbandingen hebben, net *“als opa en oma die bij een dokter kwamen”*.

Het blijken vooral de ouderen te zijn die een kennisachterstand hebben. De kinderen weten veel zaken al veel beter en snappen ook wat er gebeurt en verteld wordt, zo zeiden de huisartsen. Het gevolg hiervan is waarschijnlijk dat ouderen vaker een beroep doen op de gezondheidszorg, dacht ook een van de artsen;

“We vroegen ons wel eens af waarom een allochtoon bijvoorbeeld vlugger met zijn kind naar het spreekuur komt met koorts dan een autochtoon. Dat zou kunnen zijn omdat je gewend bent dat als ze koorts hebben in Afrika, dat je denkt 'oeh mijn kind heeft een hele ernstige ziekte, kan dood gaan, dus ik moet naar die dokter toe'.”

De verschillen tussen generaties kunnen dus een verklaring geven voor de hogere bezoekfrequentie onder ouderen, maar anderen zeggen echter dat het eerder aan de wijk en psychosociale achtergrond ligt dan de opleiding in het land van herkomst;

“Het ligt er een beetje aan welk opleidingsniveau ze hebben. Als dat redelijk is dan leren ze het wel snel, en als dat niet heel hoog is of ze hebben bijvoorbeeld geen werk, dan is dat wel een probleem soms. Dan merk je ook dat het verwerven van kennis over taal ook een beetje stil staat.”

BEGRIP

Een gebrek aan kennis en een taalbarrière kan ook leiden tot begrips- of communicatieproblemen. Met het oog op de functie van ‘coach’ en ‘docent’ is het voor de huisarts lastiger zijn of haar functie naar wens uit te voeren. Het vragen om een extra bevestiging bij uitleg is in dit geval niet altijd toereikend. Mogelijk vanwege de machtsafstand en de indirecte en conflictvermijdende houding, een cultureel aspect, zullen allochtonen eerder zeggen dat ze iets begrepen hebben, terwijl dit niet per se zo hoeft te zijn. Hier liepen meerdere zorgverleners tegen aan, want *“mensen knikken gewoon van ja ja ik snap het, maar eigenlijk snappen ze er helemaal niets van”*.

Soms leidt dit ertoe dat zorgverleners het maar laten voor wat het is: *“Ze zeggen altijd ja, ja, ja, ja. Dan denk ik van snap je het wel? Kan je me dat uitleggen? Ja ja ja. Dan denk ik, oké laat maar”*. Wat het hierbij nog lastiger maakt, is dat uit schaamte of beleefdheid niet altijd duidelijk wordt gemaakt dat iets niet begrepen is;

“Ik had voorheen een hindoestaanse patiënt, sprak gewoon Nederlands, en ik dacht dus al die tijd dat ze het snapte. Totdat mijn hindoestaanse collega mij overnam tijdens mijn zwangerschapsverlof, en toen dus eigenlijk bleek dat ze er eigenlijk helemaal niet zo veel van snapte. Als ik wat vroeg, 'snapt u het?'. Ja, ja. Ik denk aan een soort beleefdheid, dat ze niet durven te zeggen van 'ik snap het niet'.”

Dat is natuurlijk niet alleen vervelend voor de zorgverleners, maar ook zeker voor de patiënt want *“ze doen hartstikke hun best om je te begrijpen, en je ziet gewoon bij allebei frustratie als het echt niet lukt”*. Bovendien mist je de diepgang, die je bij consulten met autochtonen wel bereikt: *“Je merkt natuurlijk wel dat er in Jip-en-Janneke taal wat minder diepgang komt”*. Hierdoor blijven gesprekken oppervlakkig en kan niet alles besproken worden.

CULTUURVERSCHILLEN

Naast bovenstaande (grotendeels) demografische verschillen, leiden ook cultuurverschillen soms tot moeilijke consulten. Zo hebben huisartsen en assistentes moeite met de rollen van mannen en vrouwen,

en het gedrag dat daaruit voorkomt. Deze verschillen waren ook in de literatuur al bekend en hebben te maken met het geven van handen en de voorkeur voor een zorgverlener van hetzelfde geslacht: *“Mannen willen bij mannen, vrouwen willen bij vrouwen. En ja, als de vrouwelijke arts dan op vakantie is, dan willen ze niet bij een man. Ja, zo werkt het niet”*. Het werd dus direct duidelijk dat artsen hier niet op in gaan. Op een enkele uitzondering na, afhankelijk van het onderwerp, vinden artsen en assistentes dat hier geen rekening mee gehouden kan worden.

Een ander gevolg van cultuur is een verschil in pijn- en ziektebeleving. Vaak wordt ziekte door allochtone patiënten anders beleefd dan door autochtone patiënten en dan *“komen ze met hele families hier naartoe omdat één van de gezinsleden ziek is”*. Ook uiten zij mentale pijn vaak op een fysieke manier, zo wist een van de assistentes te vertellen;

“Wat je bij Marokkanen bijvoorbeeld heel vaak ziet is dat ze de ziekte die ze hebben wijten aan de kou in Nederland. Ze hebben dan het idee ‘ik moet een vuurbehandeling hebben in Marokko’. Dan zeg je ‘nou, ik denk dat het wel goed voor u is’. In feite is het gewoon de heimwee die speelt waardoor ze wel opknappen als ze naar Marokko gaan, maar die beleving is totaal anders.”

Daarnaast liggen de pijngrenzen bij allochtonen doorgaans lager, zo is de ervaring in de gezondheidszorg. Het beeld dat huisartsen dit als overdreven ervaren, kwam ook tijdens een van de interviews naar voren;

“Jaa. Turken hebben altijd heel veel pijn. Heeeeel veel pijn! Vreselijke pijn! Je hebt van die hele nuchtere Nederlanders, ja dat is wel lastig, het doet wel pijn, ik heb er last van, maar Turken hebben altijd vreselijke pijn. En dat zie je weer minder bij Antilliaanse, die hebben weer een ander patroon. Ze hebben allemaal een eigen patroon van klachten brengen.”

Ook de (over)bezorgdheid is een bekend onderwerp in de interculturele gezondheidszorg. Dit is mogelijk het gevolg van een lagere biologische basiskennis of kennis van het menselijk lichaam: *“Als je daar dan koorts hebt bijvoorbeeld, dan gaat dat meestal over iets ernstigers dan zoals koorts hier gezien wordt”*. Dit leidt ertoe dat ze eerder gezien willen worden en gerustgesteld moeten worden, wat uiteindelijk meer werk kost.

Ander punt is het somatiseren, wat betekent dat zij psychosociale problemen uiten in de vorm van lichamelijke klachten. Als zorgverlener kan het lastig zijn om hier mee om te gaan, en moet je hier alert op zijn want het is *“heel moeilijk om doorheen te prikken, om uit te leggen dat niet elk pijntje een ziekte*

is". De factor stress op klachten bijvoorbeeld is in Nederland geaccepteerd, maar allochtonen *"zijn daar wat minder mee bezig, of zijn daar minder aan gewend dan de autochtone Nederlanders"*. Het gevolg is dan toch *"nog een onderzoek en nog een pilletje"*.

Ook bepaalde gewoontes worden door zorgverleners soms als vervelend ervaren. Het uit zich op verschillende manieren. Zo houden mensen zich bijvoorbeeld niet aan de regels die in de Nederlandse gezondheidszorg of cultuur gelden. Wat bijvoorbeeld opvalt is *"dat mensen gewoon zonder af te bellen niet op komen dagen"* of *"gewoon te laat komen want dat zijn ze zo gewend"*. In de literatuur sprak men verder over de factor (bij)geloof, en een PoH'er zei inderdaad dat *"Insha'Allah toch een hele bekende is"*. Het kost volgens haar vervolgens heel veel moeite om te vertellen dat je toch zelf ook nog wel iets kunt doen om het te voorkomen.

Naast cultuur ligt aan het gedrag overigens ook vaak een taal- en kennisachterstand ten grondslag, *"dus dat ze niet begrijpen waarom in Nederland iets wel gebeurt en bij hun niet"* of *"een andere benadering van medische problemen"*.

GEVOLGEN IN DE PRAKTIJK

Alle bovengenoemde punten hebben invloed op de dagelijkse gang van zaken in de praktijk. Zo duren consulten vaak langer en lopen ze geregeld uit. Hier proberen zorgverleners wel rekening mee te houden, want *"je weet gewoon, bij sommige patiënten moet je meer tijd inplannen. Je moet altijd navragen of ze je begrepen heeft, en of de boodschap die je hebt overgebracht ook duidelijk is overgekomen"*.

Naast dat een consult langer duurt, komen allochtone patiënten ook sneller en vaker naar een arts toe. Deze hogere zorgvraag is inderdaad iets waar veel zorgverleners over begonnen en wat ook in de literatuur werd genoemd;

"Het is bij elk pijntje, dingetje, iets, dan staan ze bij die dokter. Bij een normale praktijk in de Achterhoek komt de gemiddelde Nederlander twee of drie keer per jaar bij de huisarts, en hier komen onze patiënten zeven tot tien keer per jaar bij een huisarts. Aan patiënten hebben we te weinig, maar aan spreekuren staat het prop- en propvol."

Uit onderzoek bleek dat dit onder andere te maken heeft met het opleidingsniveau, werkloosheid en sociaaleconomische problemen. Toch heeft een aantal doktersassistentes het idee dat patiënten op den duur minder gaan bellen, vooral als het vertrouwen in hen toeneemt: *"dus als wij ze advies geven, dat ze*

daar sneller akkoord mee gaan. En eerst was het de dokter, de dokter moet het doen". Toch is ook gewoonte uit het moederland een reden voor de hogere bezoekfrequentie denkt een van de assistentes;

"Ik was een paar jaar geleden in Turkije op vakantie, en toen zei die reisleidster van goh, als je hier een keer diarree hebt, dan moet je de dokter bellen, die komt een infuus aansluiten en je krijgt antibiotica, en je bent er zo bovenop. Die mensen die bijvoorbeeld uit Turkije komen zijn gewend voor iedere scheet een dokter te bellen, en ja, hier is het beleid gewoon heel anders. En daar moeten ze aan wennen."

Ten slotte komen allochtonen gemiddeld vaker langs omdat de problematiek in sommige gezinnen ingewikkelder is dan bij autochtone patiënten;

"We zien nogal wat incest, wat mishandeling. Allochtonen komen hier met 'ik wil een pilletje omdat ik mijn kinderen sla". Dan moet je dus uitleggen dat het daar niet in zit, en dat kost natuurlijk wat meer consulten."

Vooraf in de ketenzorg voor bijvoorbeeld diabetes zijn allochtone patiënten verder oververtegenwoordigd merken de PoH'ers. Dit heeft voor een deel met hun genetische aanleg voor diabetes te maken, maar daarnaast ook met hun levensstijl, lagere opleidingsniveau en hogere werkloosheid, zo bleek uit de literatuur en de interviews;

"Als je alleen al kijkt wat ik bijvoorbeeld voor werk heb aan mensen met diabetes instellen voordat de ramadan begint. Dan moeten heel hun medicijnen aangepast worden, en dan hoop je dat dat goed over komt, en na de ramadan begint het hele circus weer van voren af aan."

Ook de verwachtingen van wat in een praktijk kan of waarvoor je langs kunt komen zijn volgens een aantal zorgverleners anders. Allochtone patiënten komen bijvoorbeeld *"op de bonnefooi hier naartoe met hun problemen of met hun klachten, en vinden het dan zo ernstig dat het maar gelijk gezien moet worden."* Ze verwachten soms bijvoorbeeld direct en uitsluitend door een arts geholpen te kunnen worden omdat *"je maar een assistent bent"*. Dit geldt ook voor (in westerse ogen) kleinigheden;

"Ik had net na de middag een jongen van 23 jaar aan de lijn, die wilde gelijk bij de dokter komen. Hij had gedoucht, en sinds een kwartiertje had hij uitslag op zijn arm. Heel goed geïntegreerd, maar wel naar de dokter. Niet bij machte om te bedenken dat het wel eens een allergische

reactie kon zijn, of dat hij misschien te heet heeft gedoucht. Nee, dat gaat jammeren als een klein kind. Allemaal uitleggen, heb je dit gedaan, heb je dat gedaan? Nee, nee, nee. Maar toch alvast een afspraak willen maken voor morgen.”

Verder verwachten sommige patiënten dat ze beter worden als ze gewoon even langskomen en ‘een pilletje’ krijgen want *“dat is hun wens; ze worden beter gemaakt”*. Zelf hoeven ze er dan weinig aan te doen;

“Daar waar de Nederlandse patiënt graag geïnformeerd wil worden, merken we dat bij die groep veel minder. Ze zijn ook veel minder bereid zelf door verandering van levenswijze of zo de regie een beetje in handen te nemen over die ziekte. Leggen de verantwoordelijkheid en de behandeling echt heel erg bij ons neer. Zo van ‘dit heb ik, los jij het maar op’.”

Bovendien blijkt dat bepaalde behandelmethodes een duidelijke voorkeur genieten, zoals *“een pilletje ja, een wonderpil, en dan is het over”*. Ook vinden ze lichamelijk onderzoek prettiger, terwijl een arts dat *“wetenschappelijk gezien niet nodig vindt. Dat je die telescoop in je oor hebt gehad. Ja, die hechten toch nog wel meer aan die symbolische handelingen”*.

Als aan de verwachtingen niet kan worden voldaan, wordt dat uiteraard als vervelend ervaren. Door de verschillen in behandelmethodes, regels en kennis, ontstaat er nog wel eens weerstand bij patiënten. Vaak is die weerstand bij bepaalde onderwerpen als seksualiteit terug te zien. Ook bepaalde behandelmethodes kunnen weerstand oproepen, en dit leidt er soms toe dat de behandelmethode van de huisarts niet wordt gevolgd;

“Japanse mensen hebben een ontzettende aversie tegen het gebruik van zepillen. Iedere vorm van anaal contact is een taboe, dus bijvoorbeeld bij hun kind de koorts opmeten, dat moet je aan een Japanner niet vragen. Het is zo ongeveer het smerigste wat je kunt doen.”

Hierbij kan ook geloof een factor zijn. Zo volgen islamitische diabeten volgens een PoH’er de ramadan terwijl dat volgens de koran niet hoeft: *“Ze zeggen wel dat ze niet meedoen, maar ze doen het toch. Ik weet dat nu wel, en dan merk je ook gewoon dat ze dan meteen zoiets hebben van ‘oké, wij begrijpen elkaar, we hoeven het daar niet over te hebben”*. Daarnaast blijkt motivatie een factor die leidt tot gedragsproblemen: *“Op een gegeven moment waren we er ook klaar mee omdat die mensen gewoon niet gemotiveerd worden. Het wordt betaald, dus moet je dan heel veel moeite doen?”* Bekend is ten

slotte ook dat veel allochtone patiënten tijdens hun vakantie in het moederland alsnog de behandeling laten uitvoeren die zij graag willen maar in Nederland niet krijgen;

“We zien ze na de zomervakantie met allerlei scans, echo's en foto's terugkomen, want dan zijn ze weer in Turkije geweest. Daar kunnen ze gewoon een poli bezoeken en hoppetee. Dat is allemaal laagdrempeliger, dus ik snap dat best dat ze daar langs gaan.”

4.2. OPLOSSINGEN TOT NU TOE

In dit onderzoek is gekeken naar de mogelijkheden van gemedieerde voorlichting, maar de toegevoegde waarde hiervan hangt natuurlijk ook af van de nu al gebruikelijke hulpmiddelen die consulten soepeler kunnen laten verlopen. Een aantal genoemde oplossingen is ook een vorm van voorlichting, maar er is ook een aantal middelen dat geen voorlichting aan patiënten geeft. Verschillende zorgverleners gaven verder ook aan dat er weinig tot niets gebeurt om de door hen ervaren problemen op te lossen: *“Een cursus, nee helemaal niet. Je zult zelf op het internet moeten opzoeken wat je wilt weten”*. Soms wordt er dus geen oplossing aangeboden, maar dat blijkt ook niet gewenst door een zorgverlener: *“Dan moet je hier een Turkse dokter neerzetten. Ik word nooit een Turkse dokter, dat gaat nu eenmaal niet”*.

Het gevolg is in beide gevallen dat zij allochtone patiënten hetzelfde benaderen als autochtone patiënten. Lastig is echter dat allochtone patiënten vaak andere wensen hebben en dat de consulten anders verlopen;

“Wij zijn een protocollenland. Wij hebben voor iedere ziekte een protocol bedacht en zo moet de behandeling verlopen, en dat zou het einddoel moeten zijn. Ja, dat kun je niet zomaar loslaten op een allochtoon, dat gaat niet. En dan moet je je doelen ook vaak bijstellen en blij zijn met het maximaal haalbare.”

MEEGAAN MET WENSEN

Veel artsen, assistentes en ondersteuners blijken in dat geval toch mee te gaan met de wensen van de patiënt, omdat dit waarschijnlijk de eenvoudigste oplossing (de weg van minste weerstand) is voor een zorgverlener;

“Iemand met rugklachten, daar hoef je echt nooit een foto van te maken, zelden, maar dat je dat toch doet, omdat je weet dat de patiënt dan tevreden is. En die uitslag weet je eigenlijk al, die is goed.”

In de literatuur was men hier echter kritisch over, omdat je het risico loopt op generaliseren, waardoor patiënten zich juist minder serieus genomen voelen. Tijdens de gesprekken werd overigens duidelijk dat het toegeven aan de wensen van de allochtone patiënt vaak op een subtiele manier plaatsvindt. Je zou kunnen zeggen dat dit valt onder het afstemmen van de communicatiestijl en het respecteren van gebruiken, wensen en gewoonten. Ook het geven van aangepaste (extra) informatie, aangepast aan het niveau van de patiënt, werd in de literatuur als nuttig genoemd;

“Soms een beetje extra, of nog wat uitgebreider, dat ze toch gewoon het idee hebben dat de dokter goed heeft gekeken. Maar dat is op zich ook wel bij autochtone patiënten hoor, maar ik heb het idee bij de allochtone bevolking dat het nog wat meer waarde heeft of zo.”

In dat geval blijkt het wel nuttig te zijn. De grens tussen wat generaliserend is en wat gewenst en misschien zelfs noodzakelijk is, is dus lastig te trekken.

MONDELING UITLEGGEN

Het geven van extra uitleg kan mondeling plaatsvinden. Dit lijkt een oplossing van ‘de lange adem’, de tijd nemen, blijven uitleggen, vereenvoudigen en accepteren dat mensen soms ongerust zijn of zich niet houden aan regels;

“Je vertelt het natuurlijk normaal gesproken al makkelijker dan dat het daadwerkelijk is, maar dan moet je er eigenlijk nog meer rekening mee houden. Dus echt Jip-en-Janneketaal en ook niet alles in één keer, maar kleine beetjes. Anders dan komt het niet aan denk ik.”

“Dan leg je natuurlijk wel uit dat ze in het vervolg even moeten bellen zodat je ze ergens in kunt plannen. Je probeert wel de huisregels aan te houden, want anders is het natuurlijk een zootje. Je kunt niet iedereen zomaar ongevraagd zien.”

Het lijkt gebaseerd op begrip, service en respect. Hier valt volgens de zorgverleners weinig op aan te merken, omdat in hun optiek wederzijdse inspanning noodzakelijk is. Toch heeft ook dit nadelen voor de patiënt, want *“ze missen ook gewoon een stukje informatie. Wat ik wel graag zou willen geven, maar wat hen niet bereikt”*.

Het probleem hierbij is ook de lengte van consulten en in het verlengde daarvan de kosten die het met zich meebrengt. Artsen gaven al aan dat consulten vaak uitlopen, en dit lijkt dus geen ideale oplossing te zijn. Bovendien zullen patiënten in deze situatie minder snel de behoefte hebben om kennis op te doen

of gedrag te veranderen. De vraag is verder hoe ver je hierin mee moet gaan. Aan de andere kant creëer je volgens een aantal artsen ook vertrouwen door vol te houden. Dit lijkt voor zowel de artsen als de patiënten erg belangrijk, zo bleek ook uit de literatuur: *“zodra mensen je zorg proeven, je ze serieus neemt en de tijd voor ze neemt, dan kun je alles, dan is alles haalbaar”*.

INTERCULTURELE HULPVERLENING

Soms is het voordeel dat (collega-)zorgverleners de taal en cultuur van de patiënt begrijpen. In de meeste gevallen bleek dit eerder toeval dan opzet te zijn;

“We maken ook gebruik van onze collega's die de taal spreken. We hebben een Marokkaanse, Turkse, een aantal collega's die Frans of Duits spreken, en ja Engels moet je allemaal natuurlijk een beetje spreken.”

Het is volgens de literatuur belangrijk om er voor te waken dat dit inderdaad toeval blijft. Het koppelen van de (culturele) achtergrond van een patiënt aan die van een zorgverlener is niet wenselijk en zal eerder leiden tot segregatie dan integratie. Naast deze 'meevallers', werd er echter ook regelmatig professionele, interculturele hulpverlening ingeschakeld die bijvoorbeeld in wijkcentra gingen uitleggen: *“Hoe je een klacht het best kunt verwoorden bij de huisarts. Zij gingen ook dingen uitleggen, wat is suikerziekte, wat is keelpijn, zulke basale dingen”*. Het verschil hiervan met het koppelen van zorgverleners en patiënten met dezelfde achtergrond, wat voorkomen moet worden, schuilt in het feit dat het hierbij om een extra 'service' gaat en niet om een kerntaak als huisarts of PoH'er. Daarom leidt het waarschijnlijk niet tot segregatie, maar is het juist als voordelig ervaren door de zorgverleners. Zo waren er gezondheidsvoorlichters in Rotterdam die spreekuren meedraiden en in de moedertaal uitleg konden geven.

Ondanks dat de zorgverleners hier positief over waren, hebben ook hier de bezuinigingen toegeslagen en blijken veel van dit soort initiatieven niet meer gesubsidieerd te worden: *“We hadden hier een Turkssprekende zorgconsulent van de GDD. Ja, dat heeft wel een aantal jaren gedraaid, maar toen werd het gewoon wegbezuinigd”*. De vraag is echter of kostenbesparing die interculturele hulpverleners realiseren dankzij bijvoorbeeld kortere consulten opwegen tegen de extra kosten.

TOLKENTELEFOON

Een veelgebruikte oplossing voor de taalproblemen werd gezocht in de vorm van een tolk, wat volgens de zorgverleners soms echt noodzakelijk is. Een mooie uitkomst hier is de tolkentelefoon;

“Dan grijp ik de telefoon, die leg ik hier tussenin. Ik heb regelmatig van die vrouwen, die komen dan heel vaak met allerlei dingen. Ik heb ook wel een beetje geleerd dat als ik dan een keer gewoon zeg van kom 20 minuten terug, dan gaan we dat en dat en dat bespreken, ik zorg dat de tolkentelefoon dan werkt, en dan gaan we gewoon het rijtje af.”

Er zijn echter drie problemen met de tolkentelefoon. Allereerst wordt de tolkentelefoon niet meer vergoed door de verzekeraars, wat het een kostbaar hulpmiddel maakt. Een tweede beperking is de tijd die het kost en de logistieke organisatie voordat het gebruikt kan worden, want *“met de patiënt moet een afspraak gemaakt worden, bij de tolkentelefoon moet het uitkomen, en hier moet het uitkomen”*. Ten slotte kan het gebruikt worden door huisartsen, maar niet aan de balie bij doktersassistentes: *“Beneden moet je gewoon met handen en voeten werken”*.

FAMILIE OF KENNISSEN ALS TOLK

In plaats van de professionele tolkentelefoon komen daarom tegenwoordig vaak familieleden of kennissen mee. Soms wordt hierom gevraagd, en soms nemen *“ze dan een vriendin mee, die beter Nederlands spreekt, en zo staan ze dan met z'n tweeën een afspraak te maken”*.

“Islamitisch spreek ik niet, of hoe heet dat, Arabisch. Sommigen nemen dan hun dochter mee. Katendrecht is natuurlijk tachtig procent allochtoon, ja daar hoef je echt geen Nederlands te spreken om boodschappen te kunnen doen bij de groenteboer.”

Het meenemen van kennissen of familie lijkt echter eerder noodzaak dan een prettige bijkomstigheid. Er is hier namelijk een aantal kanttekeningen bij te plaatsen. Zo loopt een consult nog altijd uit, en het is bovendien de vraag in hoeverre het verhaal van de arts goed vertaald wordt. Zoals in de literatuur ook al aangegeven werd, ontbreekt het kinderen ook vaak aan medische kennis, waardoor de betrouwbaarheid van de vertaling in het gedrang kan komen: *“Als ik zeg ‘uw moeder heeft suikerziekte’, dan zal die dochter dat niet zo zeggen”*. Bovendien kan de vertaling niet gecontroleerd worden. Daarom gaan zorgverleners er vaak maar *“van uit dat er een vaag verhaal komt”*. Een professionele tolk zou dus een goede optie blijven, maar sommige praktijken hebben zo veel buitenlandse patiënten dat ze dan *“gewoon drie tolken continu moeten stationeren”*. Daarnaast wordt het bij gevoelige onderwerpen lastig, omdat je dan de informatie met meer mensen moet delen, want *“als het om wat delicate dingen gaat, dan krijg je natuurlijk de informatie van de patiënt zelf, die moet je delen met degene die erbij is, en dat geeft natuurlijk soms wel eens te denken”*.

GEPRINTE VOORLICHTING

Bij een aantal praktijken worden folders, flyers en poster aangeboden in de moedertaal van de patiënt. Vaak heeft deze vorm van voorlichting te maken met een actualiteit (*“als jij met de ramadan mee doet, kan dat consequenties hebben als je diabetes hebt”*), of is het speciaal toegespitst op voor allochtonen relevante onderwerpen (zoals diabetes of COPD). Dit komt volgens een aantal artsen dus vooral van de praktijkondersteuners, die daar mee bezig zijn. Verder hebben sommige praktijken mappen met voedingsadviezen waar bij behoefte hieraan informatie uit gehaald kan worden. Ook wordt informatie soms in de wachtkamers geplaatst;

“Ik weet dat ze hier in de praktijk, als er iets nieuws komt, dan wordt het ook gelijk in het Arabisch, in het Turks, en dat soort dingen wordt het uitgedraaid en in de wachtkamers opgehangen.”

Toch blijkt de beschikbaarheid van geprinte voorlichting opvallend genoeg vaak vergeten te worden, als zorgverleners al weten of het beschikbaar is. Er komen dan antwoorden als *“dat durf ik niet met zekerheid te zeggen, volgens mij ligt er wel wat”* of *“ik moet zeggen dat ik het eigenlijk heel vaak vergeet, maar het is er wel”*. Bovendien is niet bekend hoe uitgebreid het aanbod vanuit organisaties of farmaceutische bedrijven is, al weten sommigen wel dat er aan wordt gewerkt: *“ja, ik denk dat er al een hoop folders ook in moslimtaal is. Het wordt steeds vaker aangepast, dat zie je overal”*. Er zijn ook veel misverstanden over het aanbod, omdat praktijken elkaar aanwijzen als voorbeeld van een centrum waar folders in andere talen worden aangeboden omdat het daar ‘harder nodig is’, terwijl dat niet altijd (meer) het geval is;

“Daar [Tarwezig] werd het wel gebruikt, ja. Daar moesten we wel. Dan merk je dat het niveau van de mensen toch wat lager ligt. Ja, niet lullig bedoeld, maar Tarwezig moet je zien als de boeren. Ja, hoe moet je dat uitleggen, toch wat lager geschoold.”

Een veelgebruikte vorm van geprinte voorlichting is de patiëntenbrief. Vroeger waren dit gedrukte flyers met uitleg, maar tegenwoordig is dit online beschikbaar gesteld door het NHG en kan het geprint worden door de zorgverlener. Dit blijkt een populaire vorm van voorlichting te zijn maar is uitsluitend in het Nederlands beschikbaar. Allochtone patiënten die de taal niet machtig zijn krijgen dit dus helemaal niet (*“dat is een beetje flauw want die kunnen dat niet lezen”*) of in het Nederlands mee;

“Ik gebruik heel veel van die NHG patiëntenbrieven, maar dat is dan echt dus voor mensen die Nederlands kunnen lezen of die een familielid hebben die dat kan lezen, en dan geef ik het vaak wel mee.”

Ook de algemene folder met praktijkinformatie blijkt alleen in het Nederlands beschikbaar te zijn, en volgens sommigen met een reden;

“Dan zou je alles inderdaad dubbeltalig uit moeten brengen, en daar krijg je weer problemen mee met de Nederlandse patiënten, want die vinden dat mensen Nederlands moeten leren en dat ze het gewoon in het Nederlands moeten kunnen begrijpen.”

Naast de taalproblemen heb je overigens meer laaggeletterdheid (of analfabetisme) onder allochtone patiënten, zo bleek uit de literatuur en de interviews. Dit maakt geprinte, tekstuele voorlichting volgens de zorgverleners minder geschikt, zelfs als het in de moedertaal beschikbaar is.

VOORLICHTINGSBIJEENKOMSTEN

Verschillende centra hebben ten slotte, vaak met behulp van de GGD en/of wijkcentra, bijeenkomsten georganiseerd voor specifieke groepen. Het lijkt echter niet in een behoefte te voorzien, want de opkomst blijft achter bij de verwachtingen. Als oorzaak gaf een van de zorgverleners een gebrek aan interesse;

“We hadden ook al een informatieavond voor diabetes, dan krijgt iedere diabeet in ons centrum een uitnodiging. Nou, je ziet ze dus niet. Dan vraag je altijd, begrijpen ze die brief niet of is de interesse er niet? Dat weet je niet.”

Het gebrek aan interesse kan ook voor andere voorlichting vervelend zijn, aangezien interesse een noodzakelijke voorwaarde is voor voorlichting om nut te hebben. Mogelijk kosten voorlichtingsbijeenkomsten te veel tijd en moeite of is de drempel te hoog. Persoonlijke voorlichting of voorlichting die naar de patiënt ‘gebracht’ wordt is in dit geval mogelijk een alternatief.

4.3. VORMGEVING VAN DE VOORLICHTING

Een ander belangrijk onderdeel van de interviews vormde het brainstormen over gemedieerde voorlichting. Hierbij is gekeken naar het doel, de doelgroep, het onderwerp, de taal, de initiatiefnemer en uiteraard het medium. Er is tijdens dit gedeelte van het gesprek even afstand genomen van de vraag

of gemedieerde voorlichting voor allochtone patiënten inderdaad een mogelijkheid is, wat in paragraaf 4.4 ter sprake komt.

4.3.1. DOEL

Welk doel dient de voorlichting te hebben? Voorlichting is primair gericht op beïnvloeding, met als doel het opdoen van kennis en vaardigheden en het denken en gedragen op een bepaalde manier. Je kunt je, zeker bij de oudere doelgroepen, echter afvragen of een verandering van houding of gedrag haalbaar is of nagestreefd moet worden. Bewustwording of informeren (het opdoen van kennis) is volgens zorgverleners wel zeer goed mogelijk en toereikend: *“Het is niet zo zeer dat je nou wilt dat ze zich maar aan onze regeltjes moeten houden, maar het werkt voor hun natuurlijk ook gewoon veel makkelijker in plaats van dat ze honderd keer teruggestuurd worden”*. Een huisarts voegt toe dat het gaat om algemene adviezen die ook in Nederlandse patiëntenbrieven staan.

Gerelateerd aan bewustwording is misschien ook acceptatie van pijn (*“dat pijn soms pijn is”*) en hoe er in Nederland mee om wordt gegaan een interessant onderwerp. Het gaan vooral om somatiserende patiënten: *“Daar zou ik blij mee zijn, als die groep een stuk minder op het spreekuur zou komen. Of wat makkelijker te helpen is. Daar zou je wel iets mee kunnen doen. Ja, dan zouden we jou dankbaar zijn”*.

Als je nog een stap verder gaat, spreek je volgens zorgverleners over het opdoen van kennis *“van hoe dingen werken, hoe de Nederlandse dokter werkt en hoe je lijf werkt”*. Dit blijkt als doelstelling voor voorlichting voorkeur te hebben, omdat kennisdoelstellingen meer aantoonbaar effect hadden (in 41% van de gevallen) dan verandering van houding of gedrag (8 en 14% van de gevallen). Ook dat is in de optiek van een aantal respondenten een belangrijk doel, maar het gaat dan wel om algemene, basale onderwerpen;

“Als je uitlegt dat je dat tabletje bij het ontbijt wilt, en wat het belang is van dat tabletje, en wat dat tabletje in je lijf doet. Dan hoop je dat mensen zelf inzien wat het belang is van therapietrouw en op de voeding letten. En dat honing overal echt heel goed voor kan werken, maar net niet voor suikerziekte. Hoe zuiver die ook is en hoe hoog die ook uit de bergen komt. Ja, je hoopt dat je dat uit kunt leggen, van donder geen suiker in je thee en eet geen drie Marsen.”

“Suikerziekte, ga maar vertellen wat suikerziekte is. Ze denken ‘nou, geen suiker in je thee, that’s it’. En als ik over mijn Chinese populatie praat, iedereen drinkt zoete thee. Of Marokkaanse thee, dat is ook zoet. Probeer dat maar uit te leggen!”

Zelfredzaamheid is ook een onderwerp dat bij een aantal zorgverleners en in het bijzonder PoH'ers naar voren kwam: *“Diabetes, ik ben er voor de controles, ik kan ze adviezen geven, maar uiteindelijk moeten ze het zelf doen. En door zelf kennis te hebben, kunnen ze zichzelf helpen”*.

In eerste instantie zal kennis dus tot meer begrip kunnen leiden over waarom zorgverleners sommige dingen zeggen en vragen, waar ze moeten zijn, en waarom ze bepaalde formulieren krijgen. Artsen zijn bovendien van mening dat kennis *“als ze dat eenmaal weten”* ook tot gedragsverandering kan leiden. Dan ‘moeten’ ze niet meer uitsluitend van de huisarts, maar begrijpen ze ook waarom iets beter is. Een aangehaald voorbeeld door een huisarts ging over stoppen met roken: *“Waarom het belangrijk is dat je niet rookt. Wat ze moeten is het zelf willen in feite. En probeer dat maar eens op je beste Turks uit te leggen”*.

Enkele zorgverleners denken dat vooral onder jongeren gedragsverandering na te streven valt. Media zijn geschikt gebleken voor het veranderen van normen en waarden onder (allochtone) jongeren. Nadeel is wel dat uit de literatuur is gebleken dat voorlichting gericht op gedragsverandering in minder dan vijftien procent van de gevallen succesvol was. Het blijft dus onduidelijk of gedragsverandering nastreven realistisch is;

“Mensen veranderen dat duurt heel lang. En dat kan je met hier de jonge doelgroep wel doen, maar met de oude doelgroep niet. Die ga je niet meer veranderen, daar kun je alleen maar verduidelijken en voorlichting geven. En de jongere mensen zou je wel wat meer kunnen insteken op eerst voorlichting, en daarna dat die verschillen wel overbrugd kunnen worden. Beetje van jou, beetje van mij.”

Ondanks dat de literatuur weinig positief is over gedragsverandering door voorlichting, kun je je ook voorstellen dat kennisvoorlichting wel tot verandering van gedrag kan leiden. Als een patiënt weet dat niezen of koorts bij kleine kinderen niet direct gevaarlijk is, zullen zij op termijn wellicht minder snel contact opnemen. Toch is niet iedereen hier van overtuigd;

“Kijk, als je tegen een Nederlandse patiënt zegt 'ga even naar de Etos', haal eventjes een hoestdrankje en een paracetamol' en je geeft algemene adviezen, dan is dat natuurlijk veel makkelijker dan tegen een allochtone patiënt.”

De beperking zit hem in dit verhaal echter in het overbrengen van de informatie. Goed opgestelde voorlichting is waarschijnlijk effectiever dan een zorgverlener die de taal niet spreekt en cultuur niet kent.

4.3.2. DOELGROEP

Voorlichtingsmateriaal is geschikt voor grotere groepen mensen, maar zij dienen wel overeenkomsten te hebben. Bij te grote verschillen binnen groepen loop je namelijk het risico dat informatie verkeerd wordt geïnterpreteerd omdat (onder meer) cultuur de verwerking hiervan stuurt. Daarom is met de geïnterviewden gesproken over een specifieke subgroep waar voorlichting op gericht kan worden. Hier kwamen verschillende groepen naar voren die in meerdere of mindere mate geschikt lijken te zijn voor gemedieerde voorlichting.

GESLACHT

Subgroepen op basis van geslacht zijn volgens een aantal zorgverleners zeker een optie. Waar de een echter sprak over de mannen, had de ander juist weer betere gevoelens bij voorlichting voor vrouwen;

“Wat mij veel irriteert zijn de mannen. Als ik dan zie hoe zij op een vrouwelijke arts reageren, dan denk ik ‘nou, da’s knap’. Het niet accepteren van het behandelplan. Als een arts zegt ‘we gaan het zo en zo doen’, dan hebben zij zoiets van ‘nee’.”

“Nou, we hebben natuurlijk wel wat moeite met vrouwen van een bepaalde cultuur die dan niet door een mannelijke huisarts geholpen kunnen worden.”

Dit reflecterende op voorlichting, betekent dat niet alle communicatiekanalen hiervoor geschikt zijn. Een publiekelijk medium als televisie of radio is lastig omdat selecteren op geslacht niet eenvoudig kan. Andere media, zoals internet of folder, zijn daarvoor wel meer geschikt. Sekserollen zijn echter lastig te veranderen onder de oudere generatie, al is bewustwording volgens een aantal zorgverleners wel een optie.

GENERATIE

Ook blijken verschillende generaties verschillende wensen te hebben. Zo lijkt de jeugd geen belangrijke groep te zijn voor speciale voorlichting. Zij spreken doorgaans de Nederlandse taal goed en kunnen het Nederlandstalige voorlichtingsmateriaal dus gebruiken: *“Ze verstaan je en weten ook wat je bedoelt en waar ze precies naartoe moeten”*. Bovendien lijken de jongeren meer weet te hebben van de

(Nederlandse) gezondheidszorg, dus ook voorlichting met aangepaste onderwerpen is minder noodzakelijk. Daarnaast zijn jongeren vaardig en *“hip met hun iPhone, die hebben het al drie keer bekeken en vaak komen ze al met de goede diagnose”*. Wel nemen ze gewoontes over van ouders, waarin ze wel begeleid kunnen worden, zo is de mening van een huisarts. Een assistente voegde toe dat *“je hooguit met een cultureel verschil zit, dat zij hun ziekte op een andere manier beleven”*.

“Wat je heel veel ziet is dat de kinderen alles regelen voor de ouders, omdat die makkelijker de taal oppakken. De meesten zijn hier geboren, dus dat is tweede generatie, derde generatie.”

De oudere generaties daarentegen kennen de Nederlandse taal vaak minder, hebben minder kennis van de gezondheidszorg, en doen vaker een beroep op de gezondheidszorg. Als je gerichte voorlichting wilt geven moet je je dus op de ouderen richten;

“De ouderen die zijn eigenlijk achtergesteld in het weten, leren of zoeken naar dingen. En vaak hebben ze het gevoel van als ze niks voelen, dan is er ook niks aan de hand. Dan hoeven ze ook geen medicatie te nemen. Op het moment dat je dan een controle gaat uitvoeren hebben ze torenhoge waardes. Dan denk ik ‘ja, maar dit en dit is aan de orde’. ‘Ja, maar ik voel niks.’ Dus de informatie komt toch niet waar het moet zijn haha.”

Over oudere generaties is echter ook bekend dat kennis bijbrengen of gedrag veranderen onder die groep lastig is, omdat dit op jonge leeftijd is aangeleerd en veelal impliciet en lastig te expliciteren is. Bovendien is het aandeel analfabeten onder deze groep hoger, wat meer eisen stelt aan geschikt voorlichtingsmateriaal.

Overigens zijn er ook artsen en assistentes die van mening zijn dat bij beide groepen winst te behalen valt met behulp van voorlichtingsmaterialen. Sommige jongeren zijn namelijk *“nooit geworteld in de Nederlandse samenleving, en hebben weer een partner uit het land van herkomst, zodat er eigenlijk in drie generaties tijd heel weinig veranderd is”*.

CHRONISCHE ZIEKEN

Een andere groep die volgens zorgverleners interessant is, is die van de chronisch zieken. Alloctonen zijn oververtegenwoordigd onder de COPD- en diabetesgroepen, en hiervoor is specifieke informatie beschikbaar in het Nederlands. Aangezien het vaak ook om voedingsadvies gaat, is het wellicht een idee dit aan te passen aan het voedings- en eetpatroon van allochtone patiënten. Deze voorlichting is dan vooral preventief van aard;

“Rokers zie ik vaak voorbij komen, mensen die al bloeddruktabletten slikken, te hoog cholesterolgehalte. Toch om dat hartinfarct te voorkomen op tijd. En niet achteraf als ze hem al gehad hebben.”

OVERIGE DOELGROEPEN

Een enkele zorgverlener keek naar nog andere criteria om doelgroepen mee te maken. Hierbij kwam de herkomst vaak ter sprake, waarmee dan vooral bedoeld werd op de culturele achtergrond. Zo blijkt de groep somatiserende en niet-Nederlands sprekende patiënten interessant te zijn;

“Wat de lastigste groep is zijn de niet Nederlands sprekende, niet goed geïntegreerde somatiserende Marokkaanse en Turkse mensen. Ja, dat vind ik ook lastiger dan bijvoorbeeld de Surinamers of Antillianen, want die hebben het taalprobleem niet zo. En ja dat is ook de grootste groep. En daar zal ik denk ik ook niet de enige huisarts in zijn.”

“Dan kom je toch in de groep die al of niet goed de taal beheerst of niet. Degenen die het minste de taal beheersen, hebben misschien de meeste zorg daaromtrent nodig. Maar ja, dat is misschien ook de groep die het slechtst leest en het minst leest. Dan zou je veel meer met beelden moeten werken misschien zelfs.”

Een andere belangrijke groep is de zogenaamde ‘nieuwkomer’. Ze komen vaak op middelbare leeftijd naar Nederland, en hebben op dat moment geen weet van Nederland en de gezondheidszorg: *“We hebben nog steeds die huwelijken, dan komt ineens de Turkse vrouw die toeters noch blazen weet. Uit de klei, dan denk je van ‘oh ja daar gaan we weer’”*. Met het oog op de eerdergenoemde generaties is het dus moeilijk om hier rekening mee te houden, maar ook binnen de groep nieuwkomers zit variatie: *“De ene die hier al vijf jaar aanwezig is die spreekt een aardig woordje Nederlands, en de ander nog geen woord”*. De nieuwkomers zijn sowieso een lastige groep, omdat ze doorgaans weinig affiniteit hebben met Nederland, erg afhankelijk zijn en vaardigheden om mee te gaan in de samenleving missen, zo is uit de literatuur gebleken. Toch geven zorgverleners ook aan dat zij vaak snel de taal leren en dat ze *“misschien toch meer hun best doen om te integreren dan dat de generatie daarvoor”*.

4.3.3. ONDERWERP

Uiteraard is ook het onderwerp van voorlichting ter sprake gekomen. Vaak lagen de ervaringen hiermee in het verlengde van de in paragraaf 4.1 behandelde ervaringen. Hier kwamen verschillende specifieke

onderwerpen in terug, al vonden sommigen dat alle onderwerpen even belangrijk en het bespreken waard zijn en dat er lastig een keuze gemaakt kan worden;

“Misschien wel alles haha. Ja, eigenlijk een soort programma waar je van alles een beetje vertelt. Dus bijvoorbeeld over diabetes gewoon de basisprincipes, over de gezondheidszorg hoe het in zijn werking gaat, als er veranderingen zijn binnen het ziekenfondssysteem. Dat is voor die mensen denk ik belangrijk om te weten.”

Toch lijkt voorlichting over verschillende onderwerpen niet haalbaar en zullen er keuzes gemaakt moeten worden. De literatuur geeft aan dat het belangrijk is dat de voorlichting aan een behoefte voldoet, en dat er een bepaald niveau van *health literacy* nodig is om informatie te kunnen begrijpen en toepassen. Het kennisniveau is afhankelijk van onder meer de migratiereden, verblijfsduur en het land van herkomst en is dus divers. Bij de keuze voor een bepaald onderwerp moet dus ook naar de doelgroep gekeken worden.

GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

Een eerste onderwerp dat de interesse van zorgverleners wekte, was de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen, dus *“meer uitleg over hoe de Nederlandse gezondheidszorg in elkaar zit”*. Het kan echter ook meer instructief zijn, waarbij je zegt dat iemand *“van tevoren even een vragenlijst moet invullen”*. Andere onderwerpen van voorlichting over de gezondheidszorg in Nederland zijn verzekeringen en vergoedingen of verwijfsbriefjes van de dokter. Voor dat laatste is echter al een oplossing in Rotterdam, het zogenaamde ‘verwijskompas’.

DE PRAKTIJK

Een aantal zorgverleners ziet verder graag voorlichting over de eigen praktijk. Het blijken vooral doktersassistentes te zijn die aan de balie of telefoon tegen problemen omtrent de voorlichting aanlopen: *“Nu hoor je ‘ja ik heb dit niet gehoord, ik heb dat niet gehoord’”*. Uit de gesprekken bleek wel dat er al folders zijn waarin *“heel eenvoudig staat wanneer je wel of niet langs mag komen of moet bellen, of wat je mee moet nemen, of misschien dat je eerst voor jezelf al wat vragen van tevoren moet beantwoorden, dat het bij de arts of aan de balie wat makkelijker gaat”*. Echter, deze folders zijn er uitsluitend in het Nederlands: *“Als dat in meerdere talen wordt gedrukt wordt het denk ik wel makkelijker. Nu geef je een Nederlands foldertje mee, maar ja, dat schiet weinig op”*.

Het gaat dus voornamelijk om *“weten hoe de praktijk werkt”* en *“voorbereiden als je naar de huisarts gaat”*. Als deze informatie bekend is, houden patiënten zich sneller aan de regels, is het vermoeden van de zorgverleners: *“Als je dat inderdaad in eigen talen zou gaan verzenden, dat dit wel sneller doorkomt, en dat dan ook de regels weer sneller worden toegepast”*.

ALGEMENE EN VEELVOORKOMENDE ZIEKTEN

In het Nederlands is naast praktijkinformatie al veel basismateriaal beschikbaar over algemene en veelvoorkomende ziekten. Deze worden aangeboden door het NHG in de vorm van patiëntenbrieven of op het internet. Dit kan volgens zorgverleners ook relatief eenvoudig speciaal voor allochtone patiënten beschikbaar worden gesteld: *“Als je een bepaalde diagnose stelt, dan vertel je een heel verhaal erbij, dan geef je het op papier nog mee, dan kun je het thuis nog eens nalezen. De helft van wat ik vertel wordt toch niet opgepakt.”*

Het gaat dan om basale informatie, *“gewoon de hele simpele dingen”* en *“achtergrondinformatie over ziektes of over psychosociale klachten”*. Ook zijn er onder allochtonen ziekten die vaker voorkomen dan onder autochtonen. Dit zijn eerder besproken zaken zoals diabetes of COPD, maar ook een vitaminegebrek. Ook hier kan speciale voorlichting over worden gemaakt;

“Als ik heel erg denk in termen van waar haal je de meeste winst uit, dan denk ik toch dat je het zou moeten richten op voorlichting over suikerziekte, stoppen met roken, de grote boosdoeners van ernstige ziektes.”

Aan de andere kant kan algemene informatie volgens een huisarts riskant zijn, dus het is belangrijk hier secuur bij te werk te gaan;

“Ik ben altijd voorzichtig met dat soort informatie, want het moet zich niet als een boemerang tegen je keren zeg maar. Mensen passen informatie toe op zichzelf, terwijl het misschien niet voor hun bedoeld is. Patiëntenbrieven en informatie in de huisartsenzorg voegen iets toe, maar ze zijn nooit vervangend bedoeld.”

PREVENTIE

Kijkend naar volksgezondheid is preventie volgens een van de artsen het belangrijkste. Onderwerpen die hieronder vallen zijn onder meer voeding en leefstijl. Dit kan voor allochtone patiënten net zo veel waarde hebben als voor autochtonen, maar het dient wel aan hun leefstijl en voedingspatroon te worden aangepast: *“Nederlands voorlichtingsmateriaal gaat over aardappelen, en over bruine bonen. En*

een Turk eet veel liever couscous of pasta, en die eet bij elke maaltijd brood, bijvoorbeeld". Een van de assistentes opperde wat betreft leefstijl om vaker naar buiten te gaan, want *"vaak is alleen het gezicht bloot, dus de vitamine D die van het zonlicht komt maar op een klein oppervlak"*.

Er zijn ook huisartsen die vinden dat de focus juist meer op preventie moet liggen dan op voorlichtingsmateriaal achteraf, dus nadat er een diagnose is gesteld. Een goed voorbeeld in deze situatie is seksualiteit. Voorlichting hierover moet volgens de artsen vooral constructief zijn, dus *"al voordat er geslachtsverkeer is of voordat ze kinderen kunnen gaan krijgen of wat dan ook"*. Dit onderwerp richt zich vooral op jongeren, zo specificeert een van de artsen: *"Heel veel jonge meiden die al heel vroeg zwanger zijn, of seksueel overdraagbare aandoeningen"*. Deze onderwerpen zijn redelijk concreet, maar huisartsen bevestigen dat dit juist de bedoeling is.

Toch is er ook een aantal beperkingen bij preventieve voorlichting. Zo zijn de patiënten lastig te bereiken als ze geen problemen hebben, *"en als de klacht voorbij is blijven ze ook weer weg. Dus daar is best een hoop gezondheidswinst te behalen, als dat goed uitgelegd kan worden"*. Bovendien hebben sommigen het idee dat het voorlichtingsmateriaal er al is, terwijl andere zorgverleners hier juist geen weet van hebben: *"Ik denk dat de diëtisten best al materiaal hebben over gezonde voeding gericht op bepaalde culturen"*. In de literatuur is ten slotte duidelijk geworden dat preventie bij een gebrek aan kennis (*health literacy*) geen zin heeft. Bij het geven van preventieve voorlichting is het dus noodzakelijk ook aandacht te besteden aan het kennisniveau. Dit maakt preventie in eerste instantie dus minder geschikt voor gemedieerde voorlichting aan allochtonen met een kennisachterstand, maar kan wellicht een vervolgstap zijn.

4.3.4. TAAL

De taal waarvoor gekozen moet worden, bleek een heikel punt. Er zijn verschillende redenen om allochtone patiënten in hun moedertaal te benaderen. Zo geven zorgverleners aan dat je *"wel de illusie kunt hebben dat die mensen Nederlands moeten leren, maar dat is denk ik toch heel lastig. Ik denk dat het een illusie is dat dat zou werken"*. Zeker als de voorlichting gericht is op oudere generaties, waarbij de kennis van de Nederlandse taal vaak slechter is, zal het in hun eigen taal moeten: *"Echt, materiaal of informatie om te lezen in het Nederlands gaan ze niet lezen"*. Bovendien is de groep mensen die *"de taal niet kennen, en waarvan hun wereldje zo klein wordt dat ze in hun eigen cultuurtje blijven zitten en niet open staan voor mensen in hun omgeving"* interessant vanwege hun gebrek aan interactie met de samenleving.

Materiaal in de moedertaal kan ook voordelig zijn tijdens consulten. Zo kan na afloop van een (Nederlands) gesprek de informatie ook in de eigen taal worden uitgedraaid en meegegeven. Een aantal artsen heeft hier ook al positieve ervaringen mee;

“Ik geef ook voorlichtingsmateriaal in het Turks mee. Als mensen dan Turks kunnen lezen, in het Arabisch, dan geef ik daar wel ook soms voorlichtingsmateriaal mee. Omdat ik dat toch prettiger vind.”

Het is een groot nadeel dat je de informatie dan in verschillende talen beschikbaar moet stellen. Zeker met het uitgebreide aanbod aan onderwerpen kan dit een *“hell of a job”* zijn, zo zegt een van de artsen. Aan de andere kant hoeft het in veel gevallen slechts eenmalig vertaald te worden, en kan het vervolgens op internet geplaatst worden. Toch is het ook in dit geval lastig om te zeggen hoe ver je hierin moet gaan, want *“als je het in het Turks doet, waarom dan niet in het Arabisch. En we hebben een hoop mensen van Chinese afkomst, dus waar trek je de grens?”*

Om deze en andere redenen pleit een aantal zorgverleners toch voor materiaal in het Nederlands. Inhoudelijk kan het wel worden aangepast aan het niveau of de perceptie van de patiënt, maar het moet met het oog op de integratie wel in het Nederlands: *“Het integreren. En je maakt het ze anders zo makkelijk. Laat ze er maar eens iets voor doen”*. Het risico is dan natuurlijk dat de patiënt voorlichting niet begrijpt of er niets mee kan, maar *“meestal hebben ze toch wel een dochter of een zoon. Dus ik zie er niet echt een probleem in”*.

Ook het Nederlands kent echter nadelen. Vooral van de ouderen kun je volgens sommigen niet meer verwachten dat zij Nederlands gaan leren *“met terugwerkende kracht”*. De jongeren daarentegen kun je wel gewoon in het Nederlands benaderen, zo gaven de zorgverleners aan. Jongere generaties die echter niet in Nederland geboren zijn maar naar Nederland zijn gehaald, vormen ook een lastige groep: *“We hebben hier een collega gehad. Ergens uit de bergen van Turkije had ze een verloofde, getrouwd daar, en dat is hierheen gekomen. Maar geen spetter Nederlands hoor, echt niet”*.

4.3.5. INITIATIEF

Omdat het lastig lijkt om de allochtone doelgroep te bereiken, hebben we ook gesproken over wie het initiatief moet nemen. Het was de vraag of de voorlichting ‘op verzoek’ beschikbaar moet zijn, of dat het materiaal aangereikt moet worden. Een enkeling dacht inderdaad dat patiënten zelf het materiaal pakken als zij daar behoefte aan hebben;

“We hebben beneden rondom de balie sowieso folders liggen. Dat wordt regelmatig bekeken en meegenomen. En als het dan ook nog eens in hun eigen taal staat, dan is het helemaal goed. Daar zijn ze hier wel makkelijk in. Ze pakken wel zelf dingen.”

Een kanttekening is echter dat *“de mensen die het nodig hebben juist niet op die plekken kijken of zoeken”*. De overgrote meerderheid denkt echter dat de voorlichting naar de patiënt moet in plaats van andersom, omdat ze zelf het initiatief niet nemen;

“We zouden dus eigenlijk naar ze toe moeten gaan, dan toch de patiënt persoonlijk benaderen tijdens een huisbezoek, of we nodigen ze uit naar de praktijk. En dat je ze dan vertelt waar het over gaat, en dan die informatie geven.”

Een aantal artsen geeft aan dat zij zelf de voorlichting kunnen overhandigen, zeker bij de oudere generaties: *“Ik denk dat het wat meerwaarde heeft als de dokter het gegeven heeft”*. Bij de jongeren is het aanbieden van voorlichting op internet waarschijnlijk voldoende, omdat zij zelf sneller op zoek gaan naar informatie. Een alternatief is dat de voorlichting via wijkcentra of moskeeën wordt aangereikt. Voordeel is dat de sociale omgeving dan ook betrokken wordt bij de voorlichting, wat het effect door de sociale druk en het hebben van *peers* positief kan beïnvloeden.

Bij de nieuwe media, zo bleek uit de literatuur, komt het initiatief meer bij de patiënt te liggen omdat deze kanalen reactiever zijn. Maar zoals een van de assistentes aan wist te geven, wordt het dan twijfelachtig of de voorlichting wel gevonden gaat worden: *“Ik denk dat het moeilijk is om ze te bereiken. Je kunt wel zeggen van ‘ik maak een internetsite’, maar als ze daar niet op kijken. Of ze zijn analfabeet, dan lukt dat niet”*. Iemand anders reageerde daar op door te zeggen dat je patiënten wel naar een medium kunt verwijzen. Deze begeleiding tijdens het hele proces bleek ook in de literatuur als belangrijk onderdeel genoemd te worden: *“Als ik moeite heb om iets uit te leggen, dan is het handig om te zeggen ‘kijk eens op thuisarts.nl, en klik even de Turkse variant aan’”*.

De keuze om voorlichtingsmateriaal aan te reiken en niet op voorhand beschikbaar te stellen heeft vooral te maken met interesse. Dat is een noodzakelijke voorwaarde voor succesvolle voorlichting. Hier blijkt bij patiënten niet per definitie sprake van te zijn;

“We hadden een heleboel folders van de meest uiteenlopende zaken. En dat hebben we bewust niet meer. We hebben nog wel folders, achter ons bij de assistentes. We geven dan bewust

folders mee. Waarom? Mensen nemen het mee en het gaat thuis weer in de klinko, dus wij zijn wel meer van en voor gericht meegeven.”

4.3.6. MEDIUM

Of een bepaald medium geschikt is voor voorlichting, hangt onder meer af van het gekozen onderwerp en de doelgroep waar de voorlichting voor bedoeld is. Analfabetisme, wat vooral onder oudere generaties allochtonen vaker voorkomt, heeft bijvoorbeeld een grote invloed;

“Ik denk er ook wel eens over na, van welke poster hang je nou op. En er staat dan wel tekst op, maar kan iemand die dat niet kan lezen ook zien waar dat over gaat? En ook mensen die wel kunnen lezen zijn trouwens veel meer op beelden gericht.”

Voor de laatste opmerking is interessant, want dit impliceert dat beelden wellicht voor alle doelgroepen interessanter zijn dan geschreven media. Je zou hier op aan kunnen sluiten door gebruik te maken van visuele kanalen waarop animaties of afbeeldingen kunnen worden geplaatst. Veel zorgverleners waren het hier mee eens: *“Wij werken zelf ook veel met plaatjes om instructie te geven, dus ik denk als je beeld het beste zou zijn”*. Een andere huisarts gebruikt een ‘plaatjesklapper’ om organen aan te wijzen en is hier erg over te spreken. Bovendien ervaren de zorgverleners tekst als saai, waardoor ze zelf sneller afhaken. Tekst aangevuld met beeld met geluid maakt het *“spannender, makkelijker leesbaar en blijft het langer hangen”*. Bovendien komen plaatjes van bijvoorbeeld de hypo overeen volgens huisartsen, waardoor het sneller herkend wordt dan tekst.

Aan de andere kant blijkt het begrijpen van plaatjes voor analfabeten ook lastig: *“Een echte analfabeet die een torzo ziet ‘denkt dat kan niet goed gaan want ze hakken mijn benen eraf’. En dat is serieus waar.”* Het is bovendien niet zo dat plaatjes altijd eenvoudig te maken en verduidelijkend zijn;

“Dan leggen ze allerlei folders neer waar veel tekst op stond maar ook plaatjes, dan moest je net doen alsof je niet kon lezen, en dan bedenken waar die folder over ging. Heel vaak klopte dat helemaal niet, of dan stond er iemand lachend op terwijl het om iets heel ernstigs ging of zo.”

PRINTMEDIA

Het overgrote gedeelte van de zorgverleners had toch een voorkeur voor gedrukt materiaal zoals patiëntenbrieven, folders en brochures. Vooral de praktijkfolder met openingstijden en telefoonnummers lijken populair, zeker als ze in verschillende talen worden uitgegeven. Het grote

probleem is echter de grote verscheidenheid aan talen en onderwerpen die je kunt bespreken, *“te meer omdat je dan een enorme hoeveelheid aan folders krijgt natuurlijk. En ja, waar laat je dat weer allemaal?”* Je zult dus moeten kijken waar behoefte aan is onder de groep.

De grote hoeveelheid folders kan opgelost worden door het te combineren met andere media als het internet. Zo kan het op aanvraag geprint worden door de huisarts of balie, en voorkom je bergen voorlichtingsmateriaal in de praktijk. Sommigen pleiten er zoals eerder aangegeven voor om het in het Nederlands te houden, maar dit heeft waarschijnlijk als gevolg dat de groepen die de voorlichting het hardste nodig hebben er het minste mee doen;

“Ik weet dat ze in Rotterdam zuid wel veel meer folders hebben in andere talen. Aan de andere kant, het klinkt een beetje arrogant, maar je maakt het ze natuurlijk heel makkelijk. Nu dwing je ze door het allemaal in het Nederlands te doen om de taal te begrijpen. Ik weet dat het toen ik daar in opleiding was in Rotterdam zuid, toen waren er artsen die cursussen Turks en Marokkaans deden. Dat was natuurlijk wel praktisch voor ze in de praktijk, maar die mensen gingen helemaal achterover zitten. Zo, mijn dokter spreekt Turks!”

De vraag is verder of er iets wordt gedaan met het materiaal dat wordt uitgedeeld. Wil je hiervan verzekerd zijn, dan komt de één-op-één voorlichting toch weer aan de orde. Folders zullen worden meegenomen, maar het is volgens zorgverleners de vraag of er iets mee wordt gedaan. Er zijn artsen die in het verleden folders hebben meegegeven, die ze vervolgens *“buiten op straat zagen liggen”*. Je zult dus ook energie moeten steken in de overdracht van de folder, *“bij wijze van spreken door hem helemaal door te nemen. Alleen maar folders hier neerleggen of meegeven, daar ben je er eigenlijk niet mee”*.

AUDIOVISUELE MEDIA

Radio, wat onder allochtonen weinig en voornamelijk voor de muziek beluisterd wordt, bleek ook onder de zorgverleners weinig populair. Geen van de geïnterviewden stelde voor dit kanaal te gebruiken. Televisie bleek onder allochtonen echter wel populair, *“al is het maar om hun eigen vaderland te ontvangen”*. Dit medium kent dus een relatief groot bereik. Zorgverleners waren hier van op de hoogte, en gaven zodoende aan dit als oplossing te zien. Toch waren er veel opmerkingen over de vormgeving van de voorlichting. Korte spotjes lijken niet populair: *“Ik zou algemene tv-spotjes van Postbus 51 nou niet zo heel erg denderend vinden”*. Voorlichting in programmavorm kon echter wel op positieve reacties

rekenen. Zo kun je een programma maken waarin een arts eenvoudige dingen verteld, zoals *“als u nou een snotneus heeft dan kunt u dat doen”*.

De vraag is vervolgens echter hoe de informatie aanboden moet worden, want veel allochtonen hebben zowel een kabel- als satelliet aansluiting. De zorgverleners zijn er niet uit op welke zender of welk kanaal de voorlichting dan moet worden aangeboden. De voorkeur lijkt echter uit te gaan naar buitenlandse (satelliet)zenders;

“Je kunt het op een Nederlandse zender uitzenden, maar ik vraag me af of dat daar heel veel naar gekeken wordt. Je hebt natuurlijk Turkse zenders op tv. Ik denk dat je daar meer mensen in de doelgroep bereikt dan wanneer je dat op de Nederlandse tv doet. Hoewel ik weet dat RTV Utrecht bijvoorbeeld ook taallessen doet op tv, dus er zal best naar gekeken worden.”

Uit de literatuurstudie bleek inderdaad dat de oudere allochtonen veel naar de publieke omroep kijken, waarop ook programma's worden uitgezonden die op deze groep gericht is. Wellicht kan dit soort programmeringen uitgebreid worden.

PC EN INTERNET

Internet staat erom bekend dat je er eindeloos veel informatie kunt vinden. Ook de gezondheidszorg maakt hier al gebruik van, bijvoorbeeld in de vorm van www.thuisarts.nl, een website onderhouden door het Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG]. Zorgverleners waren over deze website erg te spreken: *“Daar kun je van alles in opzoeken, en dat is gericht op de patiënt. Nou, als je die vertaalt naar het Turks, Roemeens en Afghaans, dan kom je een heel eind”*. Bovendien kan dit handig zijn als een arts tijdens een consult tegen taalproblemen aanloopt. Nog een voordeel is dat het openbaar toegankelijk is, dus dat iedereen het kan downloaden. Omdat het op de doelgroep de patiënt is gericht, is het in leekentaal geschreven: *“Dus als dat vertaald zou worden bijvoorbeeld, dan hoeven wij dat maar uit te printen”*. Zo kunnen mensen zelf informatie opzoeken als zij daar behoefte aan hebben, maar kan de huisarts zijn of haar verhaal ook ondersteunen met voorlichting die op het internet staat, mocht dat nodig zijn;

“Het ligt er maar helemaal aan of iemand daar nieuwsgierig naar is. Sommige mensen hebben zoiets van de dokter vertelt het wel en verder wil ik er niks van weten. Andere mensen willen het juist begrijpen en die stellen vragen.”

Bovendien kan het zowel tekst als filmpjes en afbeeldingen bevatten, dus iedereen kan er zijn of haar favoriete vorm van voorlichting uit halen. In de filmpjes legt een dokter iets uit, *“en dat zou bijvoorbeeld ook een Turkse of een Marokkaanse dokter kunnen zijn”*.

Daarnaast zouden praktijken of gezondheidscentra zelf een website kunnen bijhouden met informatie over hun eigen praktijk: *“Volgens mij zijn ze ook bezig een website te bouwen, dus misschien is het wel handig inderdaad als je op verschillende talen kunt klikken”*.

Internet leek echter ook op beperkingen te stuiten. Zo hebben veel allochtone gezinnen nog geen toegang tot internet in huis, en bovendien zijn de oudere generaties vaker ‘digibeeft’, was de opvatting van de zorgverleners;

“Mensen kijken ontzettend veel op internet, maar of dat bij allochtonen ook zo is weet ik niet. Dat zal vooral bij de jongeren zijn. De ouderen niet. Maar de jongeren zitten natuurlijk ook alles op te zoeken. Dan komen ze met uitdraaitjes op het spreekuur. Nou, van welke site heb je dat gehaald, dan zullen we eens naar de betrouwbaarheid kijken.”

Toch is uit de literatuur gebleken dat het aantal personen met een internetverbinding de laatste jaren is gestegen tot ruim negentig procent, en de internetvaardigheid ligt hoog, ook onder allochtonen. Ook hier bestaat de digitale kloof wel degelijk, maar begeleiding kan hier een oplossing bieden. Bovendien hoeft een lage internetvaardigheid niet in alle gevallen een bezwaar te zijn; de huisarts kan tijdens een consult helpen, en vrienden of kinderen kunnen thuis een helpende hand bieden.

OVERIGE MOGELIJKHEDEN

Aangezien allochtone patiënten vaker langskomen op de gezondheidscentra of praktijken, is het verder wellicht een goed idee om hier voorlichting aan te bieden. Voorbeelden die met name doktersassistenten noemden was een tv-scherm in de wachtkamer, *“maar dat zou weer betekenen dat je dat dus in de taal moet doen van de mensen zelf”*. Enkele praktijken maakten hier al gebruik van, wat goed leek te bevallen.

Het probleem hiermee is de mogelijke weerstand vanuit autochtone groepen patiënten (*“ze moeten maar gewoon Nederlands spreken”*) en het feit dat je dit in verschillende andere talen aan moet bieden. Er is ten slotte nog een aantal communicatiemiddelen genoemd. Zo sprak een van de geïnterviewden over een tolk, en blijft de tolkentelefoon voor een van de artsen nog steeds een uitkomst.

4.4. GEMEDIEERDE VOORLICHTING: WEL OF NIET?

Een van de hoofdvragen van de interviews was of gemedieerde voorlichting gericht op allochtone patiënten wel of niet gebruikt moet worden. Een deel van de zorgverleners antwoordde positief op de vraag of gemedieerde voorlichting uitkomst kan bieden. Opvallend is echter dat men dit niet onderbouwde in termen van de problemen die zij ervaren, maar vooral in termen van oplossingen voor de patiënt: *“Het zou goed zijn als dat er is. Voor mij niet specifiek, maar wel voor de patiënt”*. Zeker materiaal dat specifiek voor allochtone patiënten is ontwikkeld biedt mogelijkheden;

“Er is geen voorlichtingsmateriaal over bijvoorbeeld impotentie. Nou, dat is toch wel jammer. Er is niks in het Turks over voeten en voetverzorging, en ook niet in het Arabisch, terwijl dat juist het met 7 of 5 keer voeten wassen in de moskee toch wel heel praktisch is als je heel veel weet van voetverzorging. Dus daar is nog wel wat winst te behalen ja.”

Een aantal andere zorgverleners leek echter weinig te zien in gemedieerde voorlichting aan allochtonen. Soms pleitte de geïnterviewde ervoor allochtone patiënten niet anders aan te spreken. Hij noemde echter ook direct de beperkende consequentie van zijn idee;

“Het is de vraag of dat allemaal toegesneden moet worden, dat is gewoon niet te doen. En ja, gezonde voeding is gezonde voeding. Dat maakt niet zo heel veel uit, dat geldt voor alle culturen. Alleen het overbrengen van en wat ze ermee doen, dat wordt lastig.”

“De mensen die hier opgroeien, die moet je denk ik in principe niet anders benaderen dan de autochtone populatie. Het gaat met name om mensen met een taalbarrière en die net hier aankomen. Denk ik.”

Anderen waren niet zo zeker van het nut of doel van voorlichting in het algemeen of voor allochtonen, omdat zij denken dat het probleem zichzelf op den duur oplost, al betekent dit niet dat je *“je kop in het zand moet steken”*. Blijven investeren is nodig, zo gaf de arts aan. Sommige zorgverleners vroegen zich af of je van de mensen die de voorlichting het hardst nodig hebben nog wel kunt verwachten dat ze er iets mee doen: *“Je kunt denk ik niet van ouderen verwachten dat ze heel makkelijk de taal nog leren. Dus als ze dan een tolk meenemen, dan vind ik dat eigenlijk heel goed”*.

4.4.1. IS ER INTERESSE?

De mening van de hulpverlener is natuurlijk niet het belangrijkste. Aangezien het doel van voorlichting wordt gedefinieerd als een vrijwillige gedragsverandering, is het de vraag of het aanbieden van materiaal zin heeft. Als de motivatie ontbreekt, zo bleek uit de literatuur, heeft voorlichting weinig zin. Niet alle zorgverleners waren hier positief over: *“Ik denk met name onwetendheid en analfabetisme. Ja, en misschien ook niet zo'n interesse om zelf dingen uit te zoeken, maar het van een dokter te horen. Dus misschien dat het gezag ook”*.

Vooraf een gebrek aan interesse blijkt funest te zijn. In de literatuur werd al aangegeven dat de motivatie om aandacht te besteden aan het voorlichtingsmateriaal noodzakelijk is, maar een aantal zorgverleners heeft hier zijn twijfels bij: *“Ik vraag me af of het gelezen wordt. Lees jij het? Nee, ik niet! Ik heb wel eens een folder gehad. Ik denk, nou het zal wel, hup in de prullenbak”*. Anderen voegden toe dat patiënten zodra ze iets moeten doen geen animo meer hebben. Ze verwachten volgens hen dat je *“naar de dokter gaat en dat hij het wel regelt”*. Het gebrek aan interesse komt volgens enkele zorgverleners in het bijzonder terug onder de allochtone ouderen, en zij verwachten niet dat *“het bij zulke mensen helpt als je met de media daar voorlichting aan gaat geven”*.

Het bleek voor veel respondenten lastig om in schatten of mensen ‘in het algemeen’ de voorlichting zouden gebruiken. Het varieerde volgens hen van patiënt tot patiënt, afhankelijk van de taalvaardigheid, interesse en bereikbaarheid. Gemiddeld genomen bleek echter dat de mensen die de voorlichting het hardst nodig hebben, het lastigst te bereiken zijn;

“Wij hebben hier natuurlijk heel veel oudere Turkse patiënten die ook gewoon zes maanden in Turkije of Marokko zitten. Ja, daar ben je gewoon blij dat ze begrijpen wat er is, en ik heb niet het gevoel dat ze een week langer in Nederland blijven omdat er een voorlichtingsbijeenkomst wordt georganiseerd. Dan ben ik blij dat ik ze naar de oogarts en naar de pedicure en het hele rondje heb in de tijd dat ze hier zijn. De jongere generaties staan er overduidelijk meer voor open, maar daar is ook het taalprobleem beduidend minder.”

Wat betreft interesse heeft onderzoek aangetoond dat Turken en Marokkanen interesse hebben in onderwijs en het leven in Nederland, wat veronderstelt dat zij inderdaad open zouden staan voor voorlichting. Toch zal, los van de interesse of motivatie, (subtiele) begeleiding nodig zijn en is het uitsluitend beschikbaar stellen van het voorlichtingsmateriaal niet voldoende: *“Ik denk dat als de voorlichting toegankelijk is voor die mensen, dat ze best bereid zijn te luisteren en te kijken. Het is geen*

onwil bij die mensen". Dat bereiken van de patiënt en het begeleiden lijkt lastig. Vanwege de heterogeniteit van allochtone patiënten heb je het eerder over individuele begeleiding dan groepsbegeleiding, wat de efficiëntie niet ten goede komt;

"Misschien is er daarom weinig voorlichting voor ze, want het is veel lastiger om het naar iemand toe te brengen dan wanneer jij het op één punt centraliseert, je daar je informatie plaatst op tv of in een folder of wat dan ook. En als je ze moet benaderen dan moet dat bijna individueel of groepsgewijs, dus dat is altijd in kleine aantallen, maar dat zijn wel juist de mensen waarvoor je het denk ik dan doet."

Toch waren veel artsen, assistentes en praktijkondersteuners er van overtuigd zijn dat de mensen interesse hebben in voorlichting. Vooral attitude, wat in de literatuur van invloed op de effectiviteit van voorlichting bleek te zijn, is volgens deze zorgverleners eerder positief dan negatief;

"Ze willen natuurlijk heus wel weten wat ik te vertellen heb, en daarom nemen ze iemand mee. En dan hoop ik dat die het goed vertaalt, want dat kan ik ook niet controleren. En dat gaat met achtergrondinformatie beter, dat weten we ook van de Nederlanders."

Belangrijk is echter dat je *"het goed brengt, als iets dat een verrijking is en niet om iemand aan te sturen"*. Het is voor hen immers ook vervelend als de communicatie niet goed verloopt, zo gaf een van de respondenten aan: *"Vanochtend had ik een mevrouw, en bij ons waren toevallig de prikbuizen op. Toen moest ik dus gaan uitleggen dat we de buizen niet meer hadden, dus dat ze alleen vandaag niet kon komen prikken. Nou, die snapte er helemaal niks van."*

4.4.2. WERKT HET?

Zelfs als patiënten interesse of motivatie tonen en aandacht besteden aan voorlichting, is er nog geen zekerheid dat het effectief is. Zo kun je diepgewortelde kennis of gewoonten die op jonge leeftijd zijn aangeleerd, moeilijk aanpassen. Ook de respondenten waren het hiermee eens, maar lijken toch gematigd positief;

"Nu komt misschien de helft van de patiënten die niet weten hoe iets werkt, en als je dat allemaal uitlegt, en gewoon de basisregels als je bloed komt prikken tussen 8 en 10 en tussen 2 en 4, uitslagen drie dagen later na 2 uur, dan weten mensen gewoon waar ze aan toe zijn, en dan staat het gewoon allemaal zwart op wit. Dan kunnen ze het terugvinden, en nu gaan ze

dagelijks bellen, ja mijn bloed zou ergens deze week, ja na 2 uur, ja oké, en dan bellen ze de volgende dag. Het blijft terugkomen.”

“Je hebt bijvoorbeeld farmaceuten, die hebben dependances in bijvoorbeeld Turkije of Marokko. Die geven mij het adres van de site van de Turkse dependance, en dan kan ik het filmpje via de Turkse site opzetten, met dus Turkse teksten daaronder, en dat werkt gewoon. Dus ik heb geen enkele reden om aan te nemen dat het niet zou werken.”

Aan de andere kant zijn de mensen die er echt voor open staan eerder bereid om *“gewoon face-to-face te praten, die snappen dat en geef je uitleg en dat komt goed over”*, zo denkt een van de artsen. Daarbij lijkt voorlichting dus minder noodzakelijk. Ook andere collega's zijn minder positief. Deze twijfel heeft enerzijds te maken met het effect van gezondheidsvoorlichting in het algemeen, maar ook met het gedrag van patiënten: *“Natuurlijk hebben zij ook ervaring, dan zijn ze geweest met hun kindje en dan zien ze dat het in het algemeen meestal goed gaat. Maar toch blijven ze komen”*. Ze blijven, zo denken de zorgverleners, toch vasthouden aan hun oude gewoontes en begrijpen het voorlichtingsmateriaal vaak niet volledig;

“Voorlichting is altijd goed, maar ja, iedereen weet dat 'ie niet mag roken en toch blijven ze roken. Iedereen weet dat je niet overgewicht moet krijgen, en iedereen blijft maar eten. Ja, soms denk ik ook wel eens, voorlichting helpt dat nou echt?”

“Veel mensen nemen foldermateriaal mee en komen dan toch nog gewoon met hun vragen. Dan denk je ‘ja, lees de folder eens’. Maar dan wordt het nog niet helemaal goed begrepen, er blijven twijfels, of ze willen het inderdaad van een arts horen. Dus ik denk inderdaad dat altijd een deel van de informatie toch niet helemaal volledig terechtkomt bij de mensen.”

Overigens werd ook duidelijk dat zorgverleners in praktijken met een grote populatie allochtone patiënten eenvoudiger (grote) doelgroepen voor gemedieerde voorlichting konden aanwijzen. In Ommoord, waar het aantal allochtone patiënten relatief laag ligt, bleek dit lastiger en werd door een aantal zorgverleners de voorkeur gegeven aan persoonlijke voorlichting: *“Als we dan zo weinig allochtonen hebben, zoals Chinezen, dat ik ze misschien persoonlijk moet benaderen”*.

Op het moment dat we gaan kijken naar de oudere leeftijdsgroepen, die een belangrijke doelgroep zijn, lijken de positieve verwachtingen nog verder af te zwakken. Zorgverleners vragen zich af of je de 60+'ers nog wel iets bij moet brengen, en of je daar nog wel gedragsverandering bij teweeg moet willen

brenge: *“Ik ben geneigd om nee te zeggen”*. Een andere huisarts valt zijn collega bij: *“Ze zijn zo lang al gewend om het te doen zoals het ze vroeger altijd geleerd is. Nou ja, kijk naar jezelf, een aantal gewoontes die je hebt”*.

4.5. OVERIGE DISCUSSIEPUNTEN

Los van de onderwerpen die in de vorige paragrafen zijn geschreven, kwamen tijdens de interviews ook nog een aantal andere punten ter sprake die de moeite van het bespreken waard zijn. In de volgende paragrafen worden achtereenvolgens face-to-face groepsvoorlichting (§4.5.1), samenwerking met andere betrokken partijen en financiering van de voorlichting (§4.5.2), de (onterechte) negativiteit (§4.5.3) en het *self limiting* aspect van de interculturele ‘problematiek’ (§4.5.4) behandeld.

4.5.1. EEN ALTERNATIEF: FACE-TO-FACE GROEPSVOORLICHTING

De meesten hadden niets tegen voorlichting, maar het gemedieerde gedeelte hiervan leidde wel tot discussie. Zorgverleners dachten veelal dat persoonlijk contact of groepsvoorlichting meer bij kan dragen. Ook in de literatuur is dit ter sprake gekomen. Groepsvoorlichting leidt tot meer druk vanuit de sociale omgeving, en bovendien kunnen zogenaamde *peers* ervoor zorgen dat de boodschap eerder wordt opgepikt door patiënten;

“Misschien ben ik beïnvloed door artikelen, maar het schijnt zo te zijn dat het in groepen effectiever is dan individueel. Dus dan neig ik nu dat serieus te nemen en te zeggen ‘oké, dus misschien is dat in groepen beter’.”

Een ander argument is dat familie in een aantal culturen belangrijker is dan in Nederland. Volgens een van de artsen zijn ze daardoor meer gewend in groepen te leven en dingen door te vertellen. Bovendien creëer je op deze manier meer sociale controle. Ook kun je mensen die geïsoleerd raken door bijvoorbeeld chronische ziekte ook beter betrekken bij de voorlichting.

De locaties zijn voor de meesten duidelijk: *“Ik roep gelijk moskee, want altijd als daar weer iets uitgelegd is, word ik helemaal gek”*. De moskee blijkt in hun optiek een centrale plek, waar perfect in groepsverband voorlichting gegeven kan worden. Bovendien zijn patiënten eerder geneigd daar naartoe te komen dan naar een praktijk en hebben de bezoekers vertrouwen in de *“centrale personen daar”*, zo denken de zorgverleners. Ook andere centrale ontmoetingsplaatsen zoals buurtcentra en theehuizen werden genoemd. Het is belangrijk de face-to-face voorlichting te laten plaatsvinden op plaatsen waar allochtone patiënten komen, want anders wordt deze groep niet gevonden of bereikt.

Toch heeft ook face-to-face of groepsvoorlichting ook een aantal beperkingen. Zo zijn er de hogere kosten hiervan, aangezien het arbeidsintensief is. Eerdere vergelijkbare projecten zijn in de meeste gevallen gestopt vanwege het dichtdraaien van de subsidiekraan. Bovendien dienen meerdere partijen hierbij betrokken te worden, wat het proces niet vereenvoudigt. Hierbij zijn de grotere gezondheidscentra met meerdere instanties in één gebouw in het voordeel;

“Als je een gezondheidscentrum hebt waarin ook de thuiszorg zit en de GDD bij wijze van spreken spreekuren doet, dan zou dat denk ik heel effectief zijn, want dan is het ook niet meer anoniem. De patiënten die komen, en de dokter zit er ook, hun dokter zit er ook, hun verpleegkundige of wat dan ook, en dan wordt de waarde denk ik groter.”

Daarnaast kun je je afvragen of hier wel interesse in is. Bij de bijeenkomsten die eerder al georganiseerd werden, bleek de opkomst vaak erg laag. Kleine groepjes kunnen in dit geval mogelijk een uitkomst bieden;

“Niet te groot, want dan zijn ze misschien weer bang voor die groep of durven ze niks te zeggen, of durven ze niet eens te verschijnen. Maar dan misschien kleinere clubjes, dan hebben die mensen toch wel meer durf om iets te vragen.”

“Ik heb een opleiding in Gouda gedaan en daar hadden ze ook groepsvoorlichting door maatschappelijk werk georganiseerd. En ja, dan kwam bijvoorbeeld de hele oudere generatie Marokkanen met suikerziekte bij elkaar, en dan werd daar echt met iemand die dan ook vertaald voorlichting gegeven. Ja, en ook gelijk een soort van gezellig, er was koffie en thee, en ja dat werkte altijd wel.”

Ten slotte was er nog een aantal zorgverleners die wel wat zag in een combinatie van gemedieerde en groepsvoorlichting, omdat ze elkaar kunnen aanvullen: *“Het is natuurlijk wel zo dat een boekje of folder ook nog eens gepakt kan worden, en dat face-to-face eenmalig is”*. Aan de andere kant is het bij gemedieerde voorlichting lastig om doortastend te zijn:

“Als je een voedings- of bewegingsadvies moet geven, dan kun je mooi een folder geven. Maar het gaat er natuurlijk om dat je probeert uit te leggen hoe klachten ontstaan, waarom zij die klachten hebben, en of er misschien een psychosociale component in zit. En dat is veel moeilijker met folders.”

Gemedieerde voorlichting zal dus gericht moeten zijn op ‘alledaagse’ en eenvoudige gezondheidskwesties, en de ingewikkelde onderwerpen zijn wellicht geschikter voor face-to-face voorlichting.

4.5.2. SAMENWERKING EN FINANCIERING

Los van de vorm van de inhoudelijke kant van de voorlichting (zoals de doelgroep, het onderwerp en het medium), kwam in enkele gevallen ook de financiering ter sprake. In dit hoofdstuk is al duidelijk geworden dat veel projecten die eerder liepen zijn opgehouden vanwege het stopzetten van de financiering. Als de verschillende partijen echter de handen ineen zouden slaan, zou voorlichting efficiënter georganiseerd kunnen worden en op termijn eerder geld besparen in plaats van kosten:

“Het is het potje waar het geld uit moet komen. Voorlichting komt uit potje A, B, C of D. Potje A is leeg, en dan doen we het potje C, en dan gaat iedereen weer opnieuw hetzelfde bedenken. Zo'n project kost wel geld, maar het bespaart ook enorm veel voor de zorgverzekeraar. Dus de GGD bekostigt het, en de zorgverzekeraar bespaart. Die zouden veel meer moeten investeren in dit soort dingen. Het is peanuts voor die zorgverzekeraar! Nee, doen ze niet.”

Uit de interviews bleek dat er al verschillende projecten met en voor allochtone patiënten liepen, waar andere praktijken of zorgverleners geen weet van hadden: *“De website huisarts-migrant.nl bijvoorbeeld, het bestaat al hartstikke lang, maar op een of andere manier wist ik het niet”*. Door als huisartsenpraktijk samen op te trekken met bijvoorbeeld de GGD, verloskundigen, wijkcentra, zorgverzekeraars en andere hulpverleners kun je van elkaar adviseren, samen (voorlichtings-)materiaal opstellen en efficiënter werken. Zeker dat laatste is interessant, omdat eerdere projecten, zo werd duidelijk, in de meeste gevallen zijn stopgezet vanwege het wegvallen van de financiering of subsidie.

4.5.3. HET IS NIET ALLEEN ‘KOMMER EN KWEL’

Tijdens de interviews vertelden verschillende zorgverleners ten slotte dat het niet allemaal *“kommer en kwel”* is. We moeten er volgens deze doktersassistente voor waken dat het onderwerp geen te negatieve lading krijgt, omdat dit mogelijk ook een uitwerking kan hebben op het gedrag van patiënten en zorgverleners. Vaak staan ze er namelijk niet eens bij stil, zo bleek uit de reactie van een geïnterviewde: *“Nu ik er met jou over praat zie ik ineens allemaal beren komen, denk ik god ook dat nog, dat nog, dat nog.”* Een aantal zorgverleners was in eerste instantie daarom sceptisch tegenover voorlichting voor allochtone patiënten. Het zou niet nodig zijn, kost alleen maar extra geld, tijd en

moeite, en zou te ingewikkeld zijn. Gemedieerde voorlichting speciaal voor allochtonen was in de optiek van een andere huisarts ook niet noodzakelijk. Het creëren van een vertrouwensband en is in zijn optiek minstens net zo belangrijk. Voorlichting kan wat hem betreft dus een toevoeging zijn, maar staat absoluut niet op zichzelf:

“Wat leuk is aan langdurig huisarts zijn is dat je mensen leert kennen, ook met de moeilijker dingen. Dus ook de communicatie, dat je mensen leert kennen en dat je dan aan twee woorden genoeg hebt. Dus de boodschap is wel dat het niet één grote pot ellende is. Dat moet je wel even meenemen.”

Naarmate de gesprekken vorderden, bleek echter dat deze voorlichting misschien toch wel mogelijkheden biedt. De interculturele consulten blijken in deze gevallen niet als een probleem ervaren te worden, maar ze kunnen mogelijk wel soepeler verlopen met behulp van voorlichting. Het ontbreken van een echte probleemsituatie hoeft dus geen reden te zijn om niet naar procesverbetering te kijken.

4.5.1. HET SELF LIMITING ASPECT VAN INTERCULTURELE CONSULTEN

Verder gaven verschillende huisartsen aan dat de ‘problemen’ die in dit onderzoek aan de orde kwamen *self limiting* zijn. Ook uit recent promotieonderzoek aan onder meer Tilburg University (2012) blijkt dat allochtonen en autochtonen steeds meer op elkaar gaan lijken. Migratie is echter van alle tijden, en buiten het feit dat de groep allochtonen die op dit moment baat zou hebben bij speciale voorlichting voorlopig niet verdwijnt, zullen nieuwe groepen allochtonen naar Nederland blijven komen. Individuele probleemgevallen zullen inderdaad opgelost worden, maar je kunt je afvragen of interculturele consulten ooit gelijk zullen worden aan intraculturele consulten. In mijn optiek is dit niet het geval en blijft voorlichting specifiek voor allochtone patiënten relevant en noodzakelijk.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt op basis van de in Hoofdstuk 2 behandelde literatuur en de resultaten en discussies uit de interviews in Hoofdstuk 4 een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag van deze thesis. De mogelijkheden en voorwaarden waar rekening mee moet worden gehouden (§5.1) zijn gebaseerd op de literatuur en discussie, en in paragraaf 5.2 wordt een overzicht met aanbevelingen met betrekking tot gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten gegeven. Vervolgens worden de beperkingen van dit onderzoek gepresenteerd (§5.3), gevolgd door aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

5.1. CONCLUSIE: MOGELIJKHEDEN EN VOORWAARDEN

De vraag die in de introductie van deze thesis werd gesteld luidde als volgt;

Hoe kan gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten bijdragen aan het voorkomen van problemen tijdens interculturele huisartsenbezoeken?

Geconcludeerd kan worden dat (gemedieerde) voorlichting aan allochtone patiënten volgens de gebruikte literatuur en de interviews die in dit onderzoek zijn afgenomen zeker een positieve bijdrage kan hebben, maar dat hier veel voorwaarden aan verbonden zijn. Deze voorwaarden komen enerzijds voort uit bepaalde karakteristieken van allochtone patiënten en ervaringen van zorgverleners. De zorgverleners kaarten ten eerste een aantal zaken aan van demografische aard, zoals de taalbarrière, kenniskloof of begripsproblemen en de uiting hiervan. Ook de gevolgen van cultuurverschillen, zoals andere sekserollen, pijn- en ziektebeleving, pijnbeleving, (over)bezorgdheid en het somatiseren werden door zorgverleners genoemd. Ten slotte spraken verschillende geïnterviewden over de lengte van consulten, bezoekfrequentie en de verwachtingen van de gezondheidszorg.

Deze door de zorgverleners en de literatuur genoemde punten geven voldoende aanleiding om naar oplossingen te zoeken. De meeste bestaande oplossingen bleken, zoals in de literatuur ook werd aangegeven, primair gericht te zijn op de zorgverleners. Denk hierbij aan het aanpassen aan de wensen van de patiënt, het blijven uitleggen en herhalen van informatie, de tolkentelefoon of een kennis of familielid als tolk. Er waren verder in het verleden wel verschillende projecten gericht op allochtone patiënten, zoals interculturele hulpverlening of voorlichtingsbijeenkomsten. Tot spijt van de zorgverleners zijn deze projecten grotendeels stopgezet door het dichtdraaien van de geldkraan. Daarnaast bleken een aantal oplossingen gericht op allochtone patiënten niet altijd bekend onder de artsen, assistenten en praktijkondersteuners. Zo was er in een aantal praktijken specifieke voorlichting

in de vorm van flyers, en werd er informatie in de wachtruimte gelegd. Ook werden voorlichtingsbijeenkomsten voor specifieke groepen patiënten niet altijd druk bezocht, wat twijfel doet ontstaan over de interesse of het vertrouwen in deze vorm van voorlichting.

Gemedieerde voorlichting werd dus nog niet of nauwelijks gebruikt. Een aantal ervaren discrepanties tussen allochtone patiënten en zorgverleners, zoals de taalbarrière en verschillen in normen, waarden en verwachtingen kunnen door het gebruik van een extra kanaal echter worden verkleind. Doordat deze voorlichting vooraf wordt opgesteld, kan extra aandacht worden besteed aan de punten die de discrepantie tussen zorgverleners en patiënten veroorzaken. Je kunt de voorlichting zo dus afstellen op de wensen en voorwaarden van allochtone patiënten. Hierdoor nemen de interesse en motivatie toe, zal het voorlichtingsmateriaal eerder gebruikt worden, en wordt de kans op het succesvol behalen van de doelen (kennis, bewustwording, begrip of gedragsverandering) ook groter. Overigens werd ook duidelijk dat niet alle doelen van voorlichting even succesvol zijn. Gedragsverandering in het bijzonder blijkt lastig te verwezenlijken, zeker bij oudere (allochtone) patiënten, bij wie gedrag is ingesleten, net als de normen en waarden waarop dit gedrag is gebaseerd.

Naast deze redenen voor voorlichting zijn er ook beperkingen die de mogelijkheden van (gemedieerde) voorlichting beïnvloeden. Zo zijn de heterogeniteit van 'de allochtone patiënt' en de eerdergenoemde culturele achtergrond en demografische factoren van invloed op de vorm en inhoud van de voorlichting, en is ook het mediagebruik een factor waarmee rekening gehouden moet worden. Bovendien werd in de literatuur aangegeven dat media slechts gebruikt worden als ze in een bepaalde behoefte voorzien, en weerstand kan ontstaan als niet aan de verwachtingen wordt voldaan of er geen vertrouwen is in de zorgverlener.

Er zijn dus veel mogelijkheden, maar karakteristieken van allochtone patiënten en de media beperken de vormgeving van de gemedieerde voorlichting. De huidige focus op de zorgverleners die in de introductie en de literatuur naar voren kwam, zal dus noodzakelijk blijven. Toch kan voorlichting specifiek voor allochtonen tot een betere wederzijdse inspanning leiden, wat de kans op een succesvol(ler) verloop van een consult vergroot. Interculturele gezondheidszorg zal voorlopig een maatschappelijke uitdaging blijven, en gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten zal dit niet eenvoudig veranderen.

5.2. CONCLUSIE: AANBEVELINGEN

Ondanks dat gemedieerde voorlichting dus niet de 'ultieme' of enige oplossing is, biedt het wel degelijk mogelijkheden om de ervaren moeilijkheden in de interculturele gezondheidszorg aan te pakken en kan het dus een goede aanvulling zijn naast de bestaande middelen. Hier zijn zoals in de vorige paragraaf vermeld voorwaarden aan verbonden, maar op basis van de mogelijkheden en deze voorwaarden zijn verschillende aanbevelingen te formuleren;

- **Borduur voort op bestaande voorlichting:** begin met bestaande voorlichting en pas dit aan de wensen en behoeften van allochtone patiënten. Er is al uitgebreid voorlichtingsmateriaal beschikbaar voor patiënten, zoals de website www.thuisarts.nl en patiëntenbrieven. Dit materiaal is beschikbaar voor verschillende kennisniveaus, en door dit materiaal in eerste instantie aan te passen aan de wensen en behoeften van allochtone patiënten (bijvoorbeeld de gebruikte taal), kan het bruikbaar worden voor deze doelgroep. In een later stadium kan nieuw voorlichtingsmateriaal ontwikkeld kunnen worden dat voor autochtone patiënten niet beschikbaar of relevant is.
- **Probeer motiverende redenen te vinden om voorlichting te gebruiken:** voor succesvolle voorlichting is interesse en motivatie noodzakelijk. Door de focus te leggen op hoe de patiënt beter geholpen kan worden in plaats van te benadrukken 'wat zij anders of fout doet', wordt de voorlichting constructiever. De positieve benadering zorgt voor meer motivatie om inderdaad met het voorlichtingsmateriaal aan de slag te gaan. Bovendien voorkom je zo negatieve gevolgen als angst, schuldgevoel, stigmatisering en het vergroten van de discrepantie tussen allochtone patiënten en autochtone zorgverleners.
- **Speel in op behoeften van patiënten:** als zorgverlener kun je ideeën hebben over wat je met de voorlichting wilt bereiken en wat de onderwerpen zouden moeten zijn, maar als de ontvanger van de voorlichting deze behoeften niet herkent, is de kans dat de voorlichting gebruikt gaat worden klein. Besteed daarom aandacht aan bijvoorbeeld normen en waarden en probeer de perceptie te sturen. De media zijn belangrijk voor identiteitsvorming, en dat geldt in het bijzonder voor allochtonen. Door hier op in te springen, zal voorlichtingsmateriaal beter in de smaak vallen bij de patiënt.

- **Pas de voorlichting aan de cultuur van de patiënt aan:** de culturele achtergrond en daaruit ontstane normen, waarden en gedragingen zijn impliciet en onbewust, en als hier geen rekening mee wordt gehouden zal de voorlichting niet aan de verwachtingen voldoen. Het gevolg is dan dat de voorlichting niet aanslaat en het gewenste effect niet bereikt. Voorbeelden van aspecten waar rekening mee moet worden gehouden zijn sekserollen, machtsafstand, ziekte- en pijnbeleving en onzekerheidsvermijding.
- **Maak de voorlichting waar mogelijk tweetalig:** zeker als bestaande Nederlandstalige voorlichting wordt vertaald, is het verstandig om ten minste de belangrijke termen (namen van ziektes en organen bijvoorbeeld) ook in het Nederlands noemen. De kennis die zo wordt opgedaan, kan ook tijdens consulten of gesprekken aan de balie van pas komen. Probeer echter niet stug Nederlandstalige voorlichting aan te houden, want de groepen die de meeste moeilijkheden ondervinden hebben hier veelal het minst aan. Probeer dus op basis van de doelgroep een taal te kiezen, en maak tot doel van de voorlichting niet het opdoen van Nederlandse taalvaardigheid, maar het opdoen van kennis over gezondheid of een ander 'gezondheidsdoel'.
- **Neem waar mogelijk samen voorlichtingsmateriaal door:** zo wordt het initiatief minder bij de (mogelijk weinig geïnteresseerde of gemotiveerde) patiënt gelegd, maar wordt de voorlichting aangereikt en gelijk ook behandeld. Zo weet je zeker dat de voorlichting is gezien, en weten patiënten ook later nog wat ze kunnen hierin terug kunnen vinden. Extra reden hiervoor is dat voorlichting de mondelinge communicatie niet kan vervangen en voornamelijk als aanvulling dient. Op deze manier kun je beide communicatievormen combineren.
- **Maak de voorlichting eenvoudig vindbaar:** reik de voorlichting dus persoonlijk aan, of zorg ervoor dat patiënten het voorlichtingsmateriaal (eenvoudig) weten te vinden. Zelf voorlichting zoeken is een drempel en bij weinig interesse of gebrekkige motivatie is dit al snel te veel gevraagd. Geef dus na een gesprek (consult) voorlichtingsmateriaal mee of wijs patiënten of de plek waar het materiaal gevonden kan worden. Als familie of kennissen aanwezig zijn bij een consult om als tolk te fungeren, leg hun dan ook duidelijk uit waar de voorlichting te vinden is en waarom dit interessant is voor de patiënt.

- **Pc/internet en geprinte media hebben de voorkeur:** het gebruik, de gebruiksvaardigheid en de gebruiksmogelijkheden van deze kanalen bieden de meeste potentie. Het internetgebruik en internetvaardigheid onder allochtonen doen niet of nauwelijks onder voor autochtonen (en ligt dus hoog), en printmedia zijn eenvoudig (uit te draaien en) mee te geven. Bij andere media zoals televisie ligt het initiatief volledig bij de patiënt en bovendien is het materiaal hierop niet te personaliseren. Overigens moet voor alle mediakanalen goed bekeken worden in hoeverre het initiatief puur en alleen bij de patiënt ligt, en of hier waar mogelijk druk vanuit de gezondheidszorg of liever de sociale omgeving nodig is.

- **Combineer representaties en media:** allochtone patiënten met een taalachterstand hebben meer baat bij visuele representaties, analfabeten die ook moeite hebben met plaatjes kunnen meer met filmpjes, en de patiënten met meer (Nederlandse) taalkennis hebben wellicht een grotere voorkeur voor geschreven voorlichting. Bovendien kunnen de representaties elkaar ondersteunen en het voorlichtingsmateriaal als geheel aantrekkelijker maken om te gebruiken. Geprinte media om mee te geven kun je voorzien van tekst en afbeeldingen (plaatjes of iconen), en media die opgezocht kunnen worden, kun je voorzien van beeld en geluid (animaties, filmpjes en geschreven uitleg).

- **Focus op eenvoudige, niet-ambigue onderwerpen:** persoonlijke toelichting geven bij gemedieerde voorlichting is lastig (of moet voorafgaand aan de voorlichting plaatsvinden), dus de voorlichting moet in principe op zichzelf kunnen staan. Voorbeelden van bruikbare onderwerpen zijn praktijkinformatie, algemene informatie over de Nederlandse gezondheidszorg, of de zogenaamde huis-, tuin- en keukenziektes. Voor ingewikkelde onderwerpen leent face-to-face of groepsvoorlichting zich eerder, omdat hierbij meer interactie en diepgang bereikt kan worden.

- **Richt je primair op kennis, bewustwording en begrip:** gedragsverandering is het minst effectieve voorlichtingsdoel, waarschijnlijk omdat gedrag op impliciete en op jonge leeftijd aangeleerde normen en waarden gebaseerd is. Bovendien is gedragsverandering via gemedieerde voorlichting lastig te bewerkstelligen. Kennis, bewustwording en begrip zijn eenvoudiger te realiseren en daarom een beter streven. Onder jongeren zou gedragsverandering wel sneller een mogelijkheid zijn. Zij hebben doorgaans minder taalproblemen en meer basiskennis, dus kun je in de voorlichting een stap 'verder' gaan.

- **Kies een duidelijk afgebakende doelgroep** en pas de voorlichting aan het kennis- en taalniveau van de doelgroep aan: doelgroepen die veel zijn genoemd zijn de oudere generaties, de nieuwkomers en de chronisch zieken. Dit zijn groepen die relatief vaak een beroep doen op de gezondheidszorg en de meeste ervaren moeilijkheden met zich meebrengen. Bovendien hebben zij doorgaans het minste affiniteit hebben met de 'algemene' voorlichting.
Voor voorlichting gericht op uitsluitend mannen of vrouwen leent face-to-face groepsvoorlichting zich sneller vanwege seksespecifieke problematiek en het moeilijk kunnen *targetten* van gemedieerde voorlichting naar geslacht.
- **Start geen kleinschalige, losse voorlichtingsprojecten:** bestaande projecten vinden op kleine schaal plaats en zijn vaak niet bekend gebleken onder zorgverleners, waardoor het effect verdwijnt en de voorlichting haar nut niet kan bewijzen. Bovendien zijn zulke kleinschalige projecten kostbaar omdat ze door één of enkele partijen worden bekostigd. Breed opgezette voorlichting die door meerdere organisaties wordt ondersteund kan professioneler, efficiënter en tegen relatief lagere kosten worden opgezet.
- **Kijk verder dan de eerstelijns gezondheidszorg:** ook andere partijen, zoals de GGD, ziekenhuizen, verloskundigenpraktijken en overheden kunnen baat hebben bij gezondheidsvoorlichting. Door de kosten en moeite te verdelen wordt schaalvergroting mogelijk en kunnen de relatieve kosten gedrukt worden (kosten bleken een belangrijke reden om voorlichtingsprojecten stop te zetten). Bovendien kunnen verschillende onderwerpen dan gecombineerd worden aangeboden.
- **Betrek de gemeenschap bij de voorlichting:** door *peers* en anderen uit de sociale omgeving te betrekken bij de voorlichting, neemt de sociale druk om de voorlichting te gebruiken toe en raken patiënten eerder gemotiveerd om met voorlichting aan de slag te gaan. Naast de overheid is namelijk ook de omgeving van invloed op het effect van voorlichting. Contact zoeken via plaatsen waar allochtone patiënten komen, zoals moskeeën, wijkcentra en buurthuizen, is belangrijk om je de doelgroep eerder te bereiken, en hier zijn zij sneller geneigd de voorlichting aan te nemen.
- **Beperk je niet tot gemedieerde voorlichting:** ook andere vormen van communicatie en voorlichting hebben in het verleden hun nut bewezen. Voorbeelden hiervan zijn groepsvoorlichting, face-to-face voorlichting met interculturele hulpverleners en bijeenkomsten voor patiënten met

overeenkomstige ziektebeelden of vragen. Ook als gemedieerde voorlichting geen mogelijkheid is (bijvoorbeeld vanwege het onderwerp, de doelgroep of het doel), kan face-to-face voorlichting alsnog een goed alternatief zijn. Bovendien lijken allochtone patiënten behoefte te hebben aan face-to-face contact, aangezien zij hiervoor bij contact met de huisarts vaker voor kiezen dan autochtonen.

5.3. BEPERKINGEN EN AANBEVELINGEN

Uiteraard kent dit onderzoek beperkingen die aanleiding geven tot een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. De grootste beperking van dit onderzoek is het feit dat uitsluitend zorgverleners zijn geïnterviewd. In de introductie werd al genoemd dat allochtone patiënten lastig te betrekken zijn bij onderzoeken, en dat is hier niet anders gebleven. Toch loont het om toekomstig onderzoek te richten op allochtonen, zodat vragen die zijn ontstaan tijdens dit onderzoek of punten die onduidelijk zijn gebleven, alsnog beantwoord of verduidelijkt kunnen worden. Voorbeelden waarover gesproken kan worden zijn het voorkeursmedium, de interesse in voorlichting of specifieke onderwerpen en de motivatie hier iets mee te doen, of de voorkeur voor face-to-face of gemedieerde communicatie. De *reference group-based social inflence* theorie sprak bovendien over het betrekken van de directe omgeving (*peers*) bij voorlichting, zodat naast kennis en gedrag ook culturele factoren meegenomen kunnen worden.

Bovendien is de theorie in paragraaf 2.1 afgebakend naar de vraagzijde (allochtone patiënt) en aanbodzijde (huisartsen), en zijn financiers buiten beschouwing gelaten. Toch is gedurende de interviews duidelijk geworden dat financiers een belangrijke rol kunnen spelen en ook betrokken zijn en baat kunnen hebben bij voorlichting aan allochtonen. Vervolgonderzoekers of eventuele mensen die betrokken zijn bij voorlichtingsprojecten zouden dus moeten overwegen om andere partijen zoals financiers ook te betrekken en het onderzoeksgebied zo breed mogelijk te maken.

Daarnaast kwam in de literatuur naar voren dat voorlichting aan allochtone bevolkingsgroepen in het buitenland gangbaarder is dan in Nederland. In dit onderzoek is niet gekeken naar de middelen die in andere landen gebruikt worden. Toch is het te verwachten dat de kennis en ervaring die daar is opgedaan een toevoeging kan zijn aan de conclusies van dit onderzoek. Interessant is dus om te kijken naar (succesvolle) projecten in het buitenland en welke aspecten daarvan ook in de Nederlandse gezondheidszorg gebruikt kunnen worden.

In Nederland lopen of liepen ook al verschillende voorlichtingsprojecten voor allochtone patiënten. In de bestaande literatuur kwam dit niet expliciet naar voren, en zodoende werd pas tijdens de interviews

duidelijk dat er al verschillende vormen van (gemedieerde) voorlichting beschikbaar waren. Bij vervolgonderzoek is het van toegevoegde waarde om de kennis en ervaringen die bij het maken en gebruiken van dit voorlichtingsmateriaal is opgedaan, ook mee te nemen in deze onderzoeken en aanbevelingen.

In de literatuur over 'de allochtone patiënt' is in deze thesis verder vooral gefocust op Marokkaanse en Turkse patiënten. Er is echter ook duidelijk geworden dat 'de allochtoon' niet bestaat, en naast deze twee grootste groepen allochtonen zijn er ook vele andere minderheden die in dit onderzoek niet expliciet terugkomen. Toch is het in toekomstig onderzoek belangrijk ook te kijken naar allochtonen met een andere herkomst, aangezien voorlichting wellicht ook bij deze kleinere groepen een positieve bijdrage kan hebben. Hierbij is het vervolgens ook van belang te kijken of er overeenkomstige eigenschappen zijn waarop voorlichting gericht kan worden. Het idee van (gemedieerde) voorlichting is immers dat het gericht is op grote groepen, en als blijkt dat dit niet mogelijk is zal wellicht naar andere oplossingen gezocht moeten gaan worden.

De meningen bij een aantal discussiepunten die in het onderzoek behandeld zijn, lijken erg persoonlijk te zijn. Zo zijn de argumenten over de taalvoorkeur niet altijd gebaseerd op objectieve feiten, maar hebben deze vaak een subjectieve onderbouwing. Voor toekomstig onderzoek is het belangrijk te kijken of bepaalde keuzes gebaseerd zijn op feiten of meningen. Als dit onderscheid niet duidelijk te maken is, biedt experimenteel onderzoek wellicht een uitkomst.

In het verlengde hiervan bleken ook een aantal discussiepunten niet uitgebreid besproken zijn. Zo zijn de verschillende meningen omtrent andere voorlichtingsmethodes, financiering, en het *self limiting* aspect van de interculturele gezondheidszorg wel aangestipt, maar is van een discussie tussen de respondenten geen sprake geweest. Wat hieromtrent dus de beste conclusie is, blijft onduidelijk. Als in het vervolg meer duidelijk moet worden over onderwerpen waar nog geen sterke visie over bestaat, bieden groepsdiscussies mogelijk een uitkomst. Zo kunnen de respondenten naar elkaars argumenten luisteren en zo tot een conclusie komen.

Ten slotte zorgt het exploratieve, verkennende karakter van dit onderzoek ervoor dat vooraf onduidelijk was waar gelet op moest worden, waardoor er geen scherp geformuleerde conclusie is. Het is dus lastig om harde beweringen te doen. Wat aan de andere kant wel duidelijk is geworden, is dat dit onderzoeksgebied meer en diepgaander onderzoek verdient. Vervolgonderzoek kan verder gaan waar

dit onderzoek is geëindigd, en bijvoorbeeld de bestaande literatuur over voorlichting uitvoeriger behandelen en de eerder genoemde andere partijen betrekken bij het onderzoek.

LITERATUUR

- Abraham, C., Sheeran, P., & Johnston, M. (1998). From health beliefs to self-regulation: theoretical advances in the psychology of action control. *Psychology and Health*, 13, 569-591.
- ACB Kenniscentrum (2010). *Allochtone jongeren: Mediagebruik en mediawijsheid*. Ontleend aan <http://www.acbkenniscentrum.nl/public/Publicatie/42/download1/2011-16-01%20Allochtonen%20jongeren%20Mediagebruik%20en%20mediawijsheid.pdf>
- ACB Kenniscentrum (2011a). *Factsheet Marokkanen in Nederland*. Ontleend aan <http://www.acbkenniscentrum.nl/public/Publicatie/53/download1/2011-31-08%20Factsheet%20Marokkanen%20in%20Nederland.pdf>
- ACB Kenniscentrum (2011b). *Factsheet Turken in Nederland*. Ontleend aan <http://www.acbkenniscentrum.nl/public/Publicatie/48/download1/2011-03-18%20Turken%20in%20Nederland%20factsheet.pdf>
- Adams, S.A., & Boot, C.R.L. (2007). ICT en de gezondheidszorg. In: J. Steyaert & J. De Haan (red.), *Jaarboek ICT en samenleving* (pp. 189-205). Amsterdam, Nederland: Sage.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding and predicting social change*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Anderson, B., & Blinder, S. (2011). *Who counts as a migrant? Definitions and their consequences*. Ontleend aan <http://migrationobservatory.ox.ac.uk/briefings/who-counts-migrant-definitions-and-their-consequences>
- Avonts, M., Mathijs, L.L., De Maesschalck, S., & Deveugele, M. (2009). Wat verwachten Turkse en Marokkaanse vrouwen van hun huisarts? Resultaten van een focusgroepenonderzoek. *Huisarts Nu*, 38(9), 370-76.
- Bakker, P., & Scholten, S. (2009). *Communicatiekaart van Nederland: overzicht van media en communicatie*. Amsterdam, Nederland: Kluwer.
- Bardoel, J., & Van Cuilenburg, J.J. (2003). *Communicatiebeleid en communicatiemarkt. Over beleid, economie en management voor de communicatiesector*. Amsterdam, Nederland: Cramwinckel.
- Berkman, L.F., & Kawachi, I. (2000). *Social epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Bleeker, J.K., & Reelick, N.F. (1998). *De gezondheid van Marokkanen in de Randstad*. Rotterdam, Nederland: GGD Rotterdam e.o..
- Boot, J.M., & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

- Boomstra, R., & Wennink, J. (2001). Intercultureel kwaliteitsbeleid voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. *Migrantenstudies*, 17(2), 85-97.
- Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. Oxford, Groot-Brittannië: Oxford University Press.
- CBS (1991). De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland 1989/1990. Den Haag, Nederland: Sdu.
- CBS (2000). *Allochtonen in Nederland 2000*. Ontleend aan <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/9D8EBA47-C6AC-4AA0-AD5D-6459D98CF6A4/0/2000b52pub.pdf>
- CBS (2010a). *Jaarrapport Integratie 2010*. Ontleend aan <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/publicaties/archief/2010/2010-b61-pub.htm>
- CBS (2010b). *Internetgebruik onder niet-westerse allochtonen*. Ontleend aan <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/E1E15FF9-76B7-4717-93A1-34A0C92D05B8/0/2010k2v4p61art.pdf>
- CBS (2011). *De Nederlandse Migratiekaart*. Ontleend aan <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/2C023D63-66E6-4E51-BFB5-D899B63B34B0/0/2012denederlandsemigratiekaartpub.pdf>
- CBS - Begrippen (z.j.). Ontleend aan <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=37>
- Clark, H.H. (1994). Media will never influence learning. *Educational technology research and Development*, 42 (2), 21-29.
- D'Haenens, L., Van Summeren, C., Saeys, F., & Koeman, J. (2004). *Integratie of identiteit? Mediamenu's van Turkse en Marokkaanse jongeren*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Dahhan, N. (2007). *Gezondheidszorg en etnische diversiteit in Nederland; naar een betere zorg voor iedereen*. Ontleend aan <http://mighealth.net/nl/images/e/e0/Pace.pdf>.
- De Haan, J. (2003). Sociale ongelijkheid en ICT. In: J. de Haan & J. Steyaert (red.), *Jaarboek ICT en samenleving 2003. De sociale dimensie van technologie*. Amsterdam, Nederland: Boom
- De Vocht, H.M. (2000). *Menswetenschappen en communicatie - de interactie in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten/Diegem, Nederland: ohn Stafleu Van Loghum
- De Vries, D. (2004). *Allochtonen en migranten bij de huisarts*. In: I Wolffers & A van der Kwaak (red), *Gezondheidszorg en cultuur* (pp. 151-166). Amsterdam, Nederland: VU University Press

- Dragt, E., Heuvelman, A., Lohmann, E., & De Jong, M. (2002). Media en etnische publieksgroepen in Nederland. Het aanbod en het gebruik van media. *Tijdschrift voor Communicatiewetenschap*, 30(2), 5-25
- Feys, J. (2005). Multiculturaliteit en de uitdagingen inzake geestelijke gezondheid. Sint Joost-ten-Node, België: Clinique Sanatia.
- Fisher, J. (1988). Possible effects of reference group-based influence on AIDS prevention. *American Psychologist*, 43, 914-920
- Gandy, O.H.J. (1998). *Communication and race. A structural perspective*. Londen, Groot-Brittannië: Arnold.
- Gaskell, G., & Bauer, M.W. (2000). Towards public accountability: beyond sampling, reliability, and validity. In: M.W. Bauer and G. Gaskell (Eds.), *Qualitative researching with text, image and sound*. Londen, Groot-Brittannië: Sage.
- Gillespie, M. (1995). *Television, ethnicity and cultural change*. Londen, Groot-Brittannië: Routledge.
- Gillham, B. (2005). *Research interviewing: the range of techniques*. Maidenhead, Groot-Brittannië: Open University Press.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). *Health Promotion and Planning: An Educational and Ecological Approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Gudykunst, W.B. (1998). *Bridging differences Effective Intergroup Communication*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Guttman, N., & Salmon, C.T. (2004). Guilt, fear, stigma and knowledge gaps: Ethical issues in public health communication interventions. *Bioethics*, 18, 531-552
- Haghebaert, W. (2005). *Allochtonen en Media. Verwachtingen en percepties* (Master's thesis, Universiteit Gent, België). Ontleend aan http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/000/972/365/RUG01-000972365_2010_0001_AC.pdf
- Hall, S. (1995). The whites of their eyes. Racist ideologies and the media. In Dines, G. & Humez, J. (Eds.), *Gender, race and class in media* (pp. 18-22). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hankel, A. (2012) *Minister Gerd Leers wil term 'allochtoon' afschaffen*. Ontleend aan <http://www.elsevier.nl/web/Nieuws/Politiek/329252/Minister-Gerd-Leers-wil-term-allochtoon-afschaffen.htm>
- Hardey, M. (2001). E-health: the internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Information, Communication and society*, 4(3), 388-405
- Harmesen, H. (2008). Interculturele communicatie. *Bijblijven*, 24, 20-25

- Harmsen, H., & Bruijnzeels, M. (2005). Etnisch-cultureel verschillende patienten op het spreekuur, maakt het wat uit? *Huisarts & Wetenschap*, 48(4), 166-70
- Hart, H. 't, Boeije, H. & Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden en Technieken*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Hecht, M.L., Andersen, P.A., & Ribeau, S.A. (1989). The cultural dimensions of nonverbal communication. In: M.K. Asante, & W.B. Gudykunst (Eds.), *Handbook of international and intercultural communication* (pp. 163-185). Thousand Oaks, CA: Sage
- Hehalatu, S. (2012). *Interculturele communicatie in de huisartsenpraktijk* (Master's thesis, TilburgUniversity, Nederland).
- Hendriks, A. (1993). Discriminatie in de gezondheidszorg: een reële zorg?. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 17(5), 76-85.
- Hoek, H.(2007). Governance & Gezondheidszorg; Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland (proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, Nederland). Ontleend aan http://repub.eur.nl/res/pub/8822/070222_Hoek%2C%20Hans.pdf
- Hofstede, G. (z.j.). "National Culture". Ontleend aan <http://geert-hofstede.com/national-culture.html>
- Hofstede, G. (1983). Dimensions of national cultures in forty countries and three regions. In: J.B. Deregowski, S. Dziurawiec, and R.C. Annis (Eds), *Explications in cross-cultural psychology*. Lisse, Nederland: Swets and Zeitlinger
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hofstede, G., & Bond, M.H. (1984). Hofstede's culture dimensions. An independent validation using Rokeach's value survey. *Journal of cross-cultural psychology*, 15(4), 417-433
- Huysmans, F., & De Haan, J. (2008). *Dagbladen, televisie en internet in: Het dagelijks leven van allochtone stedelingen*. Den Haag, Nederland: SCP.
- Huysmans, F., De Haan, J., & Van den Brink, A. (2004). *Achter de schermen. Een kwart eeuw lezen, luisteren, kijken en internetten*. Den Haag, Nederland: Sociaal en Cultureel Planbureau
- International Organization for Migration (2004). *International Migration Law no1 – Glossary on Migration*. Ontleend aan http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&products_id=198
- Jansen, J., Schut, A.J., & Van der Lucht, F. (2002). *Tijd voor gezond gedrag: Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keirse, M. (2005). *Patiëntenzorg en –begeleiding*. Leuven, België: Acco.

- Kijlstra, M.A., Van Wieringen, J.C.M., & Schulpen, T.W.J. (2001). Cultuur en communicatie. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 69, 46-50
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2008). De rol van cultuur in de psychologie: centrale begrippen. In: J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (Red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 12-26). Den Haag, Nederland: Boom Lemma
- Koninklijke Marechaussee (2012). *Factsheet gebruik @migoboras*. Ontleend aan <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2012/02/09/factsheet-gebruik-migoboras.html>
- Kozma, R. (1994). Will media influence learning: Reframing the debate. *Educational technology research and Development*, 42 (2), 7-19.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer.
- Lang, G., & Van der Molen, H.T. (2003). *Psychologische gespreksvoering*. Soest, Nederland: H. Nelissen B.V.
- Massey, D.S. (2003). *Patterns and processes of international migration in the 21st century*. Paper ter voorbereiding van de conferentie 'African Migration in Comparative Perspective', Johannesburg, Zuid-Afrika, 4-7 juni.
- McQuail, D. (2000). *McQuail's Mass Communication Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, W.R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive behavior*, 21(6), 835-42
- Nierop, T. (1995). Globalisering, internationale netwerken en de regionale paradox. In J. Heilbron & N. Wilterdink (red.), *Mondialisering: De wording van de wereldsamenleving* (pp. 36-60). Groningen, Nederland: Wolters-Noordhoff
- Nillesen, A.B. (2000). Voorlichting: een bijzondere vorm van openbare communicatie. In: B. van Gent & J. Katur (red), *Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven* (pp. 57-74). Alphen aan den Rijn, Nederland: Samsom.
- Noordenbos, G. (2007). *Aandacht voor sekse- en cultuurspecifieke aspecten in de behandeling van depressie: een aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. Utrecht, Nederland: MOVISIE.
- Nunez, C., Nunez, R., & Popma, L. (2010). *Interculturele communicatie: van ontkenning tot wederzijdse integratie*. Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- Oomkes, F.R. (2003). *Communicatieleer*. Leusden, Nederland: Boom.

- Partij voor de Vrijheid (2012). *Meldpunt Midden en Oost-Europeanen*. Ontleend aan <http://www.meldpuntmiddenenoosteuropaeanen.nl/>
- Oppenheimer, T. (2003). *The flickering mind. The false promise of technology in the classroom and how learning can be saved*. New York, NY: Random House
- Overgoor, A.G. (2003). Zorg en welzijn bijeen. *Medisch Contact*, 23, 1-9
- Palmer, D., & Ward, K. (2007). 'Lost': listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine Conflict and Survival*, 23(3), 198-212.
- Partij voor de Vrijheid (2012). *Meldpunt Midden en Oost-Europeanen*. Ontleend aan <http://www.meldpuntmiddenenoosteuropaeanen.nl/>
- Pennix, B.W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D.M., Deeg, D.J., Boeke, A.J., & Van Eijk, J.T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The longitudinal aging study, Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146(6), 510-519
- Pinto, D. (1994). *Interculturele communicatie: dubbel perspectief door de drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen van cultuurverschillen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pinto, D. (2004). *Interculturele communicatie, conflicten en management*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pinto, D. (2007). *Interculturele communicatie: een stap verder*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Ontleend aan http://rvz.net/uploads/docs/Interculturalisatie_van_de_gezondheidszorg.pdf
- Reijerse, C.H., & Woldendorp, H. (2000). *Prestaties en competenties managen: organisatieverandering en gedragsverandering*. Assen, Nederland: Van Gorcum
- Rijksoverheid (2011). *Beantwoording kamervragen over de groei van het aantal buitenlandse studenten in het hoger onderwijs*. Ontleend aan <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/09/26/beantwoording-kamervragen-over-de-groei-van-het-aantal-buitenlandse-studenten-in-het-hoger-onderwijs.html>
- Rijksvoorlichtingsdienst (2008). *Totaalevaluatie 2007*. Den Haag, Nederland: Rijksvoorlichtingsdienst.
- Ross, K. (2001). White media, black audience: diversity and dissonance on British television. In: K. Ross & P. Playdon (Eds.). *Black marks: minority ethnic audiences and media* (pp. 3-16). Burlington, Groot-Brittannië: Ashgate.

- RVZ (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Ontleend aan http://rvz.net/uploads/docs/Interculturalisatie_van_de_gezondheidszorg.pdf
- Sarbaugh, L.E. (1988). *Intercultural Communication*. New Brunswick, NJ: Transaction Books
- Schakenbos, E., & Marsman, G. (1988). *Migranten en media. Een literatuurstudie naar trends in het mediagebruik van etnische minderheden in West-Europese landen*. Nijmegen, Nederland: Masusa.
- Schelfhout, E. (1998). 'Een onmiskenbaar zwak punt'. Bedenkingen over racisme in België, één jaar na het commissieverslag. In Schelfhout, E. & Verstraeten, H. (Eds.). *De rol van de media in de multiculturele samenleving* (pp. 207-224). Brussel, België: VUBpress.
- Schedler, P.E., & Glastra, F.J. (2000). Voorlichting en veldtheorie: van het 'poldermodel' naar een reflexieve benadering. In: B. van Gent & J. Katur (red), *Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven* (pp. 27-40). Alphen aan den Rijn, Nederland: Samsom.
- Schermer, K. (2008). *Interculturele samenwerking en communicatie*. Groningen, Nederland: Wolters-Noordhoff.
- Schinkel, S., Schouten, B., & Van Weert, J. (2010). Communicatie met Nederlandse en Turkse patiënten in de huisartsenpraktijk. Een exploratief onderzoek naar verschillen in informatie- en participatiebehoeften. *Tijdschrift voor Communicatiewetenschap*, 38(1), 63-79
- Schouten, B., Meeuwesen, L., Tromp, F., & Harmsen, H. (2007). Cultural diversity in patient participation: The influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient Educ Couns*, 67, 214-223
- SCP (2004). *Achter de schermen. Een kwart eeuw lezen, luisteren, kijken en internetten*. Den Haag, Nederland: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Shadid, W.A. (2000). Voorlichting in een multiculturele samenleving. In: B. van Gent & J. Katur (red), *Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven* (pp. 147-162). Alphen aan den Rijn, Nederland: Samsom.
- Shadid, W.A. (2007). *Grondslagen van interculturele communicatie. Studieveld en werkterrein*. Alphen aan den Rijn, Nederland: Kluwer.
- Sloep, P.B., & Jochems, W.M.G. (2007). De e-lerende burger. In: J. Steyaert & J. De Haan (red.), *Jaarboek ICT en samenleving* (pp. 171-187). Amsterdam, Nederland: Sage
- Spoormans, G. (2005). Een digitale cultuur. In: H. van Driel (red.), *Digitale communicatie* (pp. 17-34). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Statline. CBS (2012). Tabellen per thema [dataset]. Ontleend aan <http://statline.cbs.nl>

- Sterk, G., Top, B., & Toppert, M. (2000). *Media en allochtonen: journalistiek in de multiculturele samenleving*. Den Haag, Nederland: Sdu.
- Thijs, G., Van Nuland, M., & Govaerts, F. (2005). Op de grens tussen 'cure' en 'care'. Begeleiding van gedragsverandering door de huisarts. *Huisarts Nu*, 34(4), 186-191.
- Tilburg University (2012, 24 april). Turkse en Marokkaanse Nederlanders lijken steeds meer op autochtonen. Ontleend aan http://uvtapp.uvt.nl/fsw/spits.npc.ShowPressReleaseCM?v_id=1936466906259082
- Transcription Software, Foot Pedal Software Player (z.j.). Ontleend aan <http://www.nch.com.au/subscribe/index.html>
- Tsagarousianou, R. (2001). Ethnic minority media, community and identity: the case of London's South Asian and Greek-Cypriot communities. In K. Ross & P. Playdon (Eds.), *Black marks: minority ethnic audiences and media* (pp. 17-32). Burlington, Groot-Brittannië: Ashgate.
- Van de Wakker, A. (2006). *Wederzijds onbegrip: Je hoeft me niets te geven, als je me maar begrijpt!*. Tilburg, Nederland: PON.
- Van der Sanden, J. (2006). Ergens goed in worden: een leerpsychologische analyse. In: J. Franchamps (red.), *Ergens goed in worden. Johan van der Sanden en zijn beroepsonderwijs* (pp. 51-65). Apeldoorn, Nederland: Garant
- Van der Velden, V. (2011). *Communicatie tussen autochtone hulpverleners en allochtone cliënten in de Geestelijke Gezondheidszorg* (Master's thesis, Tilburg University, Nederland).
- Van Dijk, R. (1989). Cultuur als excuus voor falende hulpverlening. *Medische Antropologie* 1(2), 131-43
- Van Dijk, T. (2000a). New(s) racism: a discourse analytical approach. In: Cottle, S. (Ed.), *Ethnic minorities and the media* (pp. 33-49). Buckingham, England: Open University Press.
- Van Dijk, J.A.G.M. (2000b). Voorlichting en ICT. In: B. van Gent & J. Katur (red), *Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven* (pp. 163-178). Alphen aan den Rijn, Nederland: Samsom.
- Van Dijk, J.A.G.M. (2005). *The deepening divide. Inequality in the information society*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Van Dijk, J.A.G.M. (2007). De e-surfende burger: is de digitale kloof gedicht? In: J. Steyaert & J. De Haan (red.), *Jaarboek ICT en samenleving* (pp. 31-50). Amsterdam, Nederland: Sage
- Van Driel, H. (2005). Een veranderend medialandschap. In: H. van Driel (red.), *Digitale communicatie* (pp. 35-68). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

- Van Es, D. (1995). *De migrant als patiënt: een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Amsterdam, Nederland: Reed Business Information.
- Van Gent, B., & Katus, J. (2000). Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij: enige achtergronden. In: B. van Gent & J. Katus (red), *Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven* (pp. 1-8). Alphen aan den Rijn, Nederland: Samsom.
- Veldkamp Marktonderzoek (1996). *Invloed schotelantennes op kijkgedrag Turken en Marokkanen*. Amsterdam, Nederland: Veldkamp Marktonderzoek.
- Veldkamp Marktonderzoek (1999). *Mediagebruik etnische publieksgroepen 1998*. Amsterdam, Nederland: Veldkamp Marktonderzoek.
- Verstraeten, H. (1998). Media, publieke sfeer en interculturele communicatie: enkele onderzoeksperspectieven. In: Schelfhout, E. & Verstraeten, H. (Eds.). *De rol van de media in de multiculturele samenleving* (pp. 13-31). Brussel, België: VUBpress.
- Wapenaar, H., Röling, N.G., & Van den Ban, A.W. (1989). *Basisboek voorlichtingskunde*. Amsterdam, Nederland: Boom Meppel
- Weenig, W.H. (2000). Voorlichting aan het individu: de sociale-netwerkbenadering. In: B. van Gent & J. Katur (red), *Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven* (pp. 76-92). Alphen aan den Rijn, Nederland: Samsom.
- Weide, M.G., & Foets, M. (1998). Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 4
- White, P.E. (1993). The social geography of immigrants in European cities: The geography of arrival. In: R. King (red.), *The new geography of European migrations* (pp. 47-66). Londen: Belhaven.
- Wolffers, I., & Van der Kwaak, A. (Red.). (2004). *Gezondheidszorg en cultuur*. Amsterdam, Nederland: VU University Press.
- Wolffers, I., & Middelkoop, B. (2004). *Publieke gezondheidszorg en allochtonen*. In: I Wolffers & A van der Kwaak (red), *Gezondheidszorg en cultuur* (pp. 151-166). Amsterdam, Nederland: VU University Press
- Zorg op Noord (z.j.). Ontleend aan <http://www.zorgopnoord.nl>

APPENDICES

APPENDIX I: TOPICLIST INTERVIEWS

Onderwerp	Subonderwerpen	Centrale vraag
Achtergrondinformatie (+-5 min)		
- persoonlijk	functie tijd werkzaam werkervaring	Kunt u uzelf kort introduceren?
- werkomgeving	functie organisatie werkomgeving patiënten allochtone patiënten	Kunt u wat meer vertellen over uw werk, werkgever en werkomgeving?
Interculturele consulten (+- 10 min)		
- ervaringen	positief of negatief redenen kennis belang van cultuur	Bent u zich bewust van of wordt u wel eens geconfronteerd met zaken die specifiek zijn voor allochtone patiënten?
- problemen	omschrijving situatie groep oorzaken gevolgen	Ervaat u wel eens problemen tijdens interculturele gesprekken, of komen de verschillende achtergronden duidelijk naar voren?
- oplossingen	soorten oplossingen nut zorgverlener of patiënt	Van welke oplossingen bent u zich op dit moment bewust?
Gemedieerde voorlichting (+- 15 min)		
- voorlichting	wel/niet verwachte houding weerstand nut doel doelgroep gebruik	Zou gemedieerde voorlichting onder allochtonen kunnen bijdragen aan succesvolle interculturele consulten?
- vorm	medium onderwerp, soort bericht taal initiatiefnemer vorm waar en wanneer	Hoe moet de voorlichting in uw optiek worden vormgegeven?
Toevoegingen		
		Wilt u nog iets toevoegen wat niet ter sprake is gekomen?

APPENDIX II: UITNODIGING INTERVIEW



Onderzoeksaanleiding

Onderzoek heeft aangetoond dat huisartsen, assistentes en allochtone patiënten tijdens interculturele consulten regelmatig moeilijkheden ervaren. De oorzaken hiervan worden veelal gevonden in de culturele verschillen (zoals de posities van vrouwen, de macht van artsen, of collectivisme), een gebrek aan kennis (van Nederlands, de gezondheidszorg en het eigen lichaam), of houding en gedrag van zowel zorgverlener als patiënt.

De aangedragen oplossingen zijn tot nu toe vooral aan de kant van de zorgverleners gezocht, meestal in de vorm van cursussen of protocollen voor interculturele consulten. De vraag is echter of dit voldoende is. Mogelijk kan ook aan de zijde van de allochtone patiënt hulp geboden worden, bijvoorbeeld in de vorm van voorlichting. Voorlichting via verschillende media draagt namelijk bij aan het opdoen van kennis, maar kan daarnaast ook houding en gedrag beïnvloeden of bewustwording creëren.

Wat met betrekking tot de gezondheidszorg voor allochtone patiënten de mogelijkheden zijn, is echter nog niet bekend. Voorlichting was tot nu toe nauwelijks op allochtone groepen gericht, en het is onduidelijk op welke onderwerpen deze voorlichting het beste gericht kan zijn. 'De allochtone patiënt' is bovendien een heterogene groep en dus lastig te bereiken, en het is onduidelijk in hoeverre zij open staan voor voorlichting en gemotiveerd zijn of hier juist weerstand tegen bieden.

Doel van het onderzoek

Uiteindelijk doel is om aan de hand van anonieme interviews van maximaal dertig minuten te bekijken of voorlichting aan (vooral eerste generatie niet-westerse) allochtone patiënten kan bijdragen aan het voorkomen van problemen tijdens contacten met de praktijk. De hierbij behorende onderzoeksvraag is als volgt geformuleerd;

Hoe kan gemedieerde voorlichting aan allochtone patiënten bijdragen aan betere ervaren interculturele huisartsenbezoeken?

De interviews worden gehouden met zorgverleners die vaak in een interculturele context werken (huisartsen, assistentes en praktijkondersteuners). Focus van het interview is dus de vraag in hoeverre media en voorlichting kunnen bijdragen aan succesvolle interculturele gesprekken, en hoe dit vormgegeven kan worden. Hierbij is het doel om niet naar de beperkingen te kijken, maar juist naar de mogelijkheden die er zijn. De interviews daarom zijn verkennend en gericht op het creëren van ideeën (brainstormen). Onderwerpen die worden besproken zijn ervaringen, problemen, meningen en mogelijke oplossingen met betrekking tot bovenstaande vraag.

Aan de hand van al deze gesprekken wordt ten slotte de onderzoeksvraag beantwoord, worden aanbevelingen met betrekking tot voorlichting aan allochtone patiënten gedaan, en worden richtingen voor toekomstig onderzoek geformuleerd.

Contact

Michael Doove

M.F.Doove@tilburguniversity.edu

06-47.937.757

APPENDIX III: TOESTEMMINGSVERKLARING EN BEVESTIGING DEELNAME ONDERZOEK



Introductie

Mijn naam is Michael Doove (24) als masterstudent Communicatie- en Informatiewetenschappen aan Tilburg University ben ik bezig met een afstudeeronderzoek naar interculturele huisartsengesprekken. Doel is achterhalen hoe ervaren problemen tussen huisartsen en assistentes en allochtone patiënten aan de patiëntenzijde door middel van verschillende media opgelost kunnen worden.

Doel van het interview

Ik neem interviews af met huisartsen, assistentes en allochtone patiënten. Hierbij spreek ik over ervaringen, problemen, meningen en mogelijke oplossingen. Focus van mijn interview met u is in hoeverre u denkt dat media kunnen bijdragen aan succesvolle gesprekken, en waar de media vooral op gericht dienen te zijn. De uiteindelijke probleemstelling van mijn onderzoek is als volgt;

Hoe kunnen verschillende media door voorlichting aan allochtone patiënten bijdragen aan het voorkomen van problemen tijdens interculturele huisartsenbezoeken?

Het gesprek

Het gesprek wordt opgenomen en anoniem getranscribeerd. Uw echte naam komt dus niet terug in de analyse en resultaten.

De antwoorden van u, andere huisartsen, assistentes en patiënten worden gebruikt om de hierboven geformuleerde vraag te beantwoorden. Het onderzoek wordt uiteindelijk besproken en beoordeeld in het kader van mijn afstuderen, en wordt na afloop door Tilburg University op het internet geplaatst

Toestemming geven

Voor het interview moet u toestemming geven door onderaan dit formulier uw naam en handtekening te plaatsen. U ondertekent in tweevoud, zodat u en ik beiden een exemplaar hebben.

Resultaten ontvangen

Bent u benieuwd naar de uitkomsten van dit onderzoek? Ik kan u na afloop het verslag toesturen. Hiervoor kunt u uw naam en adres of e-mailadres op een ander formulier invullen, zodat de resultaten van het interview anoniem blijven.

Vragen of klachten

Als u vragen of klachten heeft, kunt u dit zeggen tegen de interviewer. De contactgegevens staan onderaan dit formulier. Uw opmerkingen worden serieus genomen.

De afspraken

- U neemt vrijwillig deel aan dit onderzoek.
- Het interview duurt ongeveer 30 minuten.
- Als u een vraag niet wilt beantwoorden kunt u dat zeggen.
- U kunt het interview te allen tijde stoppen.
- Het interview wordt opgenomen.
- De opnamen worden getranscribeerd en daarna gewist.
- De verzamelde informatie wordt anoniem en vertrouwelijk behandeld.

Als u dit formulier ondertekent, betekent dit dat u;

- Toestemming geeft voor dit interview.
- Het doel van het onderzoek begrijpt.
- Begrijpt wat er in dit formulier staat.
- Begrijpt wat de interviewer heeft verteld.
- Toestemming geeft dat dit interview wordt opgenomen.

	Geïnterviewde	Interviewer
Naam		
Handtekening		

Contact m.f.doove@tilburguniversity.edu

Zuid-Oosterstaat 69, 5014 BC, Tilburg

06-47.937.757

Datum en tijd _____ Plaats _____

APPENDIX IV: AANVRAAGFORMULIER RESULTATEN ONDERZOEK



Bent u benieuwd naar de uitkomsten van dit onderzoek of naar het uitgetypte gesprek? Ik kan u na afloop het transcript, een samenvatting of het hele verslag, toesturen. Hiervoor kunt u uw naam en adres of e-mailadres hieronder invullen.

Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
E-mailadres	

Ik ontvang graag;

- een transcript van het interview
- het complete rapport
- een samenvatting

Ik ontvang de gegevens graag;

- digitaal
- op papier

Hartelijk bedankt voor uw interesse!

APPENDIX V: TRANSCRIPTIES VAN DE INTERVIEWS (DIGITAAL)