

# Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1 – Inleiding en verantwoording .....</b>	<b>3</b>
1.1 De vraagstelling .....	3
1.2 Doel van het onderzoek .....	3
1.3 Migranten die bij het onderzoek zijn betrokken .....	4
1.4 Vooronderzoek .....	5
1.5 De methodiek.....	6
1.6 De werkwijze.....	6
1.7 De begeleidingscommissie .....	8
1.8 De financiering.....	9
1.9 De indeling van het verslag.....	9
<b>Hoofdstuk 2 – De gezondheidszorg in Marokko, Turkije en Suriname .....</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding .....	11
2.2 De gezondheidszorg in Marokko.....	11
2.3 De gezondheidszorg in Turkije.....	14
2.4 De gezondheidszorg in Suriname .....	15
<b>Hoofdstuk 3 – De ervaringen van Marokkanen met de huisartsenzorg in Amsterdam .....</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding .....	17
3.2 Algemeen .....	18
3.3 De attitude van de huisarts .....	18
3.4 De communicatie met de huisarts.....	20
3.5 De wijze waarop het Nederlandse systeem van gezondheidszorg is georganiseerd .....	27
3.6 De attitude van de Marokkaanse patiënten .....	34
<b>Hoofdstuk 4 – De ervaringen van Turken met de huisartsenzorg in Amsterdam.....</b>	<b>37</b>
4.1 Inleiding .....	37
4.2 Algemeen .....	37
4.3 De attitude van de huisarts .....	38
4.4 De communicatie met de huisarts.....	40
4.5 De wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is georganiseerd .....	45
4.6 De attitude van de Turkse patiënten .....	51

<b>Hoofdstuk 5 – De ervaringen van Surinamers met de huisartsenzorg in Amsterdam .....</b>	<b>53</b>
5.1 Inleiding .....	53
5.2 Algemeen .....	53
5.3 De attitude van de huisarts .....	54
5.4 De communicatie met de huisarts.....	56
5.5 De wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is georganiseerd .....	60
5.6. De attitude van de Surinaamse patiënten.....	68
<b>Hoofdstuk 6 – Beleid ten aanzien van de huisartsenzorg aan migranten .....</b>	<b>69</b>
6.1 Inleiding .....	69
6.2 Beleid huisartsen en migrantenpatiënten .....	69
<b>Hoofdstuk 7 – Samenvatting .....</b>	<b>73</b>
7.1 Inleiding en verantwoording .....	73
7.2 De gezondheidszorg in Marokko, Turkije en Suriname .....	73
7.3 De ervaringen van migranten met de huisartsenzorg.....	74
7.5 Beleid ten aanzien van de huisartsenzorg aan migranten.....	80
<b>Hoofdstuk 8 – Conclusies en aanbevelingen .....</b>	<b>81</b>
8.1. Conclusies .....	81
8.2. Aanbevelingen .....	87
<b>Bijlage 1 – Geïnterviewden vooronderzoek.....</b>	<b>91</b>
<b>Bijlage 2 – Vragenlijst interviews .....</b>	<b>93</b>

# Hoofdstuk 1 – Inleiding en verantwoording

## 1.1 De vraagstelling

De bevolking van Amsterdam is de laatste decennia ingrijpend van samenstelling veranderd. Immigratiestromen hebben ertoe geleid dat op dit moment circa 37% van de bevolking van Amsterdam van niet-Nederlandse oorsprong is.

Het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP) heeft, als platform van patiëntenorganisaties, een eigen taak in de ontwikkeling van beleid in de gezondheidszorg. Om die eigen taak goed te kunnen vervullen is onder meer informatie van de achterban<sup>1</sup> nodig. Het APCP wil van patiënten en cliënten weten wat hun visie op de zorg is, wat hun behoeftes zijn, wat de knelpunten zijn, enzovoort. Het APCP krijgt die informatie deels via de aangesloten lidorganisaties. Via onderzoeken en specifieke projecten wordt ook de niet aangesloten achterban bereikt.

Het APCP kreeg signalen dat er problemen zouden zijn in de zorg die migranten van huisartsen krijgen. Deze signalen waren aanleiding voor een onderzoek naar de ervaringen van migranten met de huisartsenzorg in Amsterdam.

## 1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is tweeledig. Enerzijds gaat het om het verkrijgen van informatie om tot een betere onderbouwing van het beleid met betrekking tot de huisartsenzorg te komen.

Anderzijds gaat het om het vergroten van de participatie van niet-georganiseerde migranten-cliënten bij het werk van het APCP.

Het uiteindelijke resultaat moet leiden tot instrumenten voor huisartsen en migranten om de huisartsenzorg aan migranten te verbeteren en tot het zich verbinden van migranten aan het APCP.

---

<sup>1</sup> De achterban wordt gevormd door alle in Amsterdam en Diemen wonende patiënten en cliënten die gebruikmaken van de (geestelijke) gezondheidszorg.

### **1.3 Migranten die bij het onderzoek zijn betrokken**

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen vier groepen migranten<sup>2</sup>:

- migranten uit de voormalige koloniën;
- arbeidsmigranten;
- onvrijwillige migranten: vluchtelingen en asielzoekers;
- illegalen.

Voor het onderzoek is noodzakelijkerwijze een keuze gemaakt uit de groepen die wel of niet bij het onderzoek betrokken zouden worden. Uitgaande van bovenstaande indeling is ervoor gekozen om bij het onderzoek migranten uit de voormalige Nederlandse koloniën en arbeidsmigranten te betrekken. De reden hiervoor is de vooronderstelling dat de extra problematiek van onvrijwillige migranten en van illegalen<sup>3</sup> een apart onderzoek naar hun ervaringen met de huisartsenzorg vergt.

Uit gegevens van het Bureau Onderzoek en Statistiek (O+S) van de gemeente Amsterdam blijkt dat op 1 januari 2001 de grootste groepen migranten in Amsterdam afkomstig waren uit de volgende landen:

Suriname	71.941
Marokko	57.093
Turkije	35.074
Nederlands-Indië	21.657
Duitsland	17.149
Ned. Antillen en Aruba	12.033
Ghana	9.187

---

<sup>2</sup> Zie hiervoor: Van Es, D.: De migrant als patiënt; Elsevier Gezondheidszorg, 2000.

<sup>3</sup> Hoewel de druk op alle migrantengroepen groot is (aanpassingsproblemen, identiteitsverlies, problemen met huisvesting, werk, inkomen, discriminatie etc.), is die op onvrijwillige migranten, volgens S. Meteku van de Adviesraad Vluchtelingen, Chinezen, Pakistanen extra groot. Zij komen, vaak alleen, met een heel andere bagage naar Nederland toe. Er is voor vluchtelingen, anders dan voor bijvoorbeeld arbeidsmigranten, vaak geen vangnet. Vluchtelingen hebben vaak ernstige psychotrauma's. Voor illegalen geldt eveneens dat een apart onderzoek gerechtvaardigd is. Naar verwachting hebben zij te maken met een extra problematiek, zoals bijvoorbeeld een hoge mate van bestaansonzekerheid en slechte arbeidsomstandigheden.

Marokkanen en Turken vormen de grootste groepen arbeidsmigranten, Surinamers vormen in Amsterdam veruit de grootste groep migranten uit voormalige koloniën. Er is besloten deze groepen in het onderzoek te betrekken. Het onderzoek onder Surinamers is beperkt tot de twee grootste etnische groepen in Amsterdam, de creoolse en de hindostaanse Surinamers.

## **1.4 Vooronderzoek**

Ten behoeve van het onderzoek is een uitgebreid vooronderzoek gedaan. Hiervoor is gebruikgemaakt van literatuur en gesprekken met zogenaamde sleutelpersonen. Er hebben gesprekken plaatsgevonden met mensen van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Ghanese migrantenorganisaties en met 'individuele mensen' van met name Turkse en Marokkaanse komaf.<sup>4</sup> Deze gesprekken hebben meerdere doelen gehad:

- inzicht krijgen in welke groepen bij het onderzoek betrokken zouden moeten worden;
- inzicht krijgen in de wijze waarop de gezondheidszorg in de diverse landen van herkomst is georganiseerd;
- inzicht krijgen in de wijze waarop de mensen uit de diverse landen de huisartsenzorg in Nederland ervaren;
- inzicht krijgen in de thema's die bij het onderzoek van belang zijn;
- opbouwen van een netwerk van mensen die zich op de een of andere manier met migranten en de gezondheidszorg bezighouden.

Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met onder andere huisartsen, de adviserend geneeskundige van ZAO Zorgverzekeringen<sup>5</sup> en een beleidsmedewerker van de Amsterdamse Huisartsenvereniging (AHV). Doel van deze gesprekken was:

- achterhalen welke problemen huisartsen eventueel ondervinden in de zorg aan migranten;
- achterhalen welk beleid ZAO Zorgverzekeringen en de AHV eventueel voeren ten aanzien van de verschillende groepen.

---

<sup>4</sup> De sleutelpersonen waarmee is gesproken worden vermeld in bijlage 1.

<sup>5</sup> In dit verslag wordt nog gesproken over ZAO Zorgverzekeringen. Na een fusie is de naam ZAO Zorgverzekeringen gewijzigd in AGIS Zorgverzekeringen.

Sommige gesprekken hebben bovendien als doel gehad mensen te vinden die zitting wilden nemen in de begeleidingscommissie van het onderzoek.

## **1.5 De methodiek**

Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van een methodiek die in 1995-1996 is ontwikkeld door het APCP en het Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid (IGPB). Belangrijkste kenmerk van deze methodiek is dat cliënten/patiënten, in dit geval migranten, een belangrijke rol hebben in het opzetten en uitvoeren van het onderzoek. Een tweede belangrijk kenmerk van de onderzoeksmethodiek is dat de ervaringen van mensen uit de werkgroep die het onderzoek opzet en uitvoert, uitgangspunt zijn bij het maken van de vragenlijst en bij de interpretatie en verwerking van de onderzoeksresultaten.

In dit onderzoek zijn niet alleen de ervaringen van de mensen van de werkgroep als referentiekader gebruikt. Het vooronderzoek leverde informatie op die het raamwerk vormde voor het onderzoek. Daarnaast is veel (achtergrond)informatie verkregen via groeps gesprekken met de in totaal 18 interviewers. De informatie van mensen die deelnamen aan het onderzoek is verkregen via interviews.

Bij de onderzoeksmethodiek die is gehanteerd, is geen sprake van wetenschappelijk getoetste waarnemingen. Ook is niet getoetst of de deelnemers aan het onderzoek representatief zijn voor de hele onderzoeksgroep. Het onderzoek moet gezien worden als een explorerend onderzoek. De resultaten geven duidelijke signalen over de ervaringen van migranten met de huisartsenzorg.

## **1.6 De werkwijze**

Tijdens dit onderzoek is zeer intensief gewerkt aan het opbouwen van een netwerk. Er is contact gelegd met migrantenorganisaties en met 'individuele' sleutelpersonen. Via deze werkwijze is het uiteindelijk gelukt een werkgroep samen te stellen en interviewers te vinden.

De leden van de werkgroep hadden in dit onderzoek een belangrijke rol. Zij hebben, onder leiding van een stafmedewerker van het APCP, interviewvragen geformuleerd, een deel van de interviews afgenomen en contacten met migranten gelegd. Zij hebben een belangrijke rol gespeeld bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens en zijn intensief betrokken geweest bij de verwerking van de onderzoeksresultaten.

In het onderzoek is gekozen voor interviews. De interviews hebben plaatsgevonden in de eigen taal van de migrant. Er waren in totaal 18 interviewers (waaronder de leden van de werkgroep) van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse herkomst. Zij hebben, vóór de interviews van start gingen, een korte interviewtraining gekregen.

De interviewers is gevraagd om, voor de individuele interviews, mensen in hun eigen omgeving te benaderen. De reden daarvoor was de verwachting dat de geïnterviewden op die manier minder drempelvrees zouden hebben om hun ervaringen met de huisarts te vertellen.

Er zijn in totaal 98 mensen geïnterviewd: 36 Marokkanen, 35 Turken en 27 Surinamers. Bij de Marokkanen zijn Arabische Marokkanen en een aantal Berbers geïnterviewd. Bij de Surinamers zijn zowel creolen als hindostanen geïnterviewd. Er is bij de Surinamers één javaanse vrouw geïnterviewd.

Er zijn zowel individuele als groepsinterviews afgenomen. De individuele interviews vonden bij mensen thuis plaats. Voor de groepsinterviews is vooral aangesloten bij bestaande initiatieven. Zo hebben interviews plaatsgevonden bij de Stichting Mimoza<sup>6</sup> en in moskeeën. Mensen die individueel zijn geïnterviewd hebben niet ook meegedaan aan groepsinterviews.

Bij de Marokkanen zijn 12 vrouwen en 6 mannen individueel geïnterviewd. Er vond één groepsinterview met 8 vrouwen plaats, één groepsinterview met 4 vrouwen en 4 mannen, en één interview met een stel (man en vrouw). De leeftijd van de geïnterviewden varieerde van 22 tot 73 jaar. De mensen die zijn geïnterviewd zijn mensen uit de eerste generatie en (hoog- en

---

<sup>6</sup> De Stichting Mimoza geeft Marokkaanse en Turkse vrouwen gezondheidsvoorlichting. Daarnaast worden, in de eigen taal, diverse cursussen gegeven op het gebied van gezondheid. In samenwerking met reguliere instellingen worden diverse cursussen gegeven zoals zwangerschapsbegeleiding, pijncursussen etc.

laagopgeleide) mensen die in het kader van gezinshereniging naar Nederland zijn gekomen. Slechts een enkele geïnterviewde is in Nederland opgegroeid.

Bij de Turken zijn 14 vrouwen individueel geïnterviewd en 2 mannen. Er vonden in totaal vier groepsinterviews plaats. Eén met 5 vrouwen, één met 4 vrouwen en twee interviews met elk 5 mannen.

De leeftijd van de geïnterviewden varieerde van 21 tot 55 jaar. De mensen die zijn geïnterviewd zijn mensen uit de eerste generatie en (hoog- en laagopgeleide) mensen die in het kader van gezinshereniging naar Nederland zijn gekomen. Slechts een enkele geïnterviewde is in Nederland opgegroeid.

Bij de Surinamers zijn 14 vrouwen en 13 mannen individueel geïnterviewd. Er hebben geen groepsinterviews plaatsgevonden. De reden daarvoor was dat de Surinaamse interviewers aangaven dat Surinamers niet geneigd zijn hun problemen (met in dit geval de huisartsenzorg) in een groep te vertellen. De leeftijd van de Surinamers varieerde van 24 tot 77 jaar.

Nadat de interviews waren afgerond zijn groepsgesprekken georganiseerd waarvoor de interviewers zijn uitgenodigd. Er hebben afzonderlijke groepsgesprekken plaatsgevonden voor respectievelijk de Marokkaanse, Turkse en Surinaamse interviewers. Tijdens deze groepsgesprekken is vooral gesproken over hoe de uitkomsten van de interviews geïnterpreteerd zouden moeten worden.

Na het trekken van de conclusies is een bijeenkomst georganiseerd om over de aanbevelingen te discussiëren. Voor deze bijeenkomst zijn alle tijdens het vooronderzoek geïnterviewde sleutelpersonen, de interviewers en de leden van de begeleidingscommissie uitgenodigd. In totaal 12 mensen hebben aan de uitnodiging gehoor gegeven.

### **1.7 De begeleidingscommissie**

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld. Deze had tot taak om de kwaliteit en de voortgang van het onderzoek te bewaken.



De begeleidingscommissie was als volgt samengesteld:

- Paul van Dijk, adviserend geneeskundige ZAO Zorgverzekeringen;
- Renée Elsas, huisarts;
- Urmy D. MacNack, consulent Algemene Zaken SSA, partner in interculturele vraagstukken;
- Hwa Tjoa, directeur van het APCP, voorzitter van de begeleidingscommissie;
- Raci Topal, Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC-er) en als coördinator van het diabetesproject werkzaam bij ZAO Zorgverzekeringen.

## **1.8 De financiering**

Het onderzoek is gefinancierd door ZAO Zorgverzekeringen.

## **1.9 De indeling van het verslag**

Na deze Inleiding en verantwoording volgt hoofdstuk 2, 'De gezondheidszorg in Marokko, Turkije en Suriname'. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillen tussen de gezondheidszorgsystemen in de genoemde landen en dat in Nederland. In hoofdstuk 3, 4 en 5 komen achtereenvolgens de ervaringen van Marokkanen, Turken en Surinamers die in Amsterdam wonen met de huisartsenzorg ter sprake. Hoofdstuk 6 gaat kort in op problemen die huisartsen tegenkomen in hun werk met migranten en op beleidsmaatregelen die zijn genomen om de werkdruk van huisartsen te verlichten. Hoofdstuk 7 bestaat uit een samenvatting van het onderzoek. In hoofdstuk 8 ten slotte staan de conclusies van het onderzoek en de aanbevelingen vermeld



## **Hoofdstuk 2 – De gezondheidszorg in Marokko, Turkije en Suriname**

### **2.1 Inleiding**

In Nederland is de huisartsengeneeskunde een belangrijk fundament van het gezondheidszorgsysteem.

In de huisartsengeneeskunde wordt als eerste uitgegaan van gezins- of levensloopgeneeskunde. Voor mensen die in Nederland wonen houdt dat in dat zij in principe voor een langere periode een huisarts hebben en dat zij voor gezondheidsvraagstukken altijd degene, die op dat moment hun huisarts is, consulteren. Het tweede is dat de huisarts de functie van poortwachter heeft. Dat betekent dat, om van het systeem van gezondheidszorgvoorzieningen gebruik te kunnen maken, doorverwijzing van de huisarts noodzakelijk is.

De huisartsengeneeskunde in Nederland berust op een aantal pijlers. De eerste pijler is een biopsychosociaal denkmodel. In dat model worden klachten niet alleen benaderd vanuit een (puur) fysieke invalshoek. Er wordt bij bepaalde klachten ook nagegaan of eventueel psychische of sociale factoren een rol spelen. De tweede pijler is een stap-voor-stapbeleid. Eerst wordt gekeken of een klacht op een bepaalde manier opgelost kan worden. Lukt dat niet, dan wordt een volgende stap geprobeerd, enzovoort. De derde pijler ten slotte is een terughoudend medicatiebeleid. In Marokko, Turkije en Suriname is de gezondheidszorg anders georganiseerd dan in Nederland. Hieronder zal achtereenvolgens worden ingegaan op het gezondheidszorgsysteem in Marokko, Turkije en Suriname.<sup>7</sup>

### **2.2 De gezondheidszorg in Marokko**

In Marokko bestaat geen huisartsengeneeskunde.

Marokkanen gaan, als ze gezondheidsklachten hebben, naar een generalist of rechtstreeks naar een specialist. Als een Marokkaan niet of niet zo goed weet wat hij mankeert gaat hij naar een

---

<sup>7</sup> De informatie over de verschillende gezondheidszorgsystemen is afkomstig van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse sleutelpersonen.

generalist.<sup>8</sup> Deze onderzoekt de patiënt en stelt onmiddellijk een diagnose. In 95% van de gevallen wordt door de generalist medicatie voorgeschreven en indien nodig wordt doorverwezen naar een specialist. De generalist biedt dus altijd een oplossing: hij verwijst ofwel naar de apotheek, ofwel naar een specialist. Weet iemand voor zichzelf wel wat er aan de hand is, dan gaat hij naar een specialist. Iemand met bijvoorbeeld maagklachten gaat rechtstreeks naar een internist.

Generalisten en specialisten hebben praktijk in alle vier de voorzieningen die Marokko kent<sup>9</sup>. Deze voorzieningen zijn:

- Publieke ziekenhuizen (universiteitsziekenhuizen en 'gewone' ziekenhuizen). In publieke ziekenhuizen in de grote steden in Marokko werken over het algemeen de beste specialisten. Voor de behandeling van bepaalde aandoeningen hebben de publieke ziekenhuizen de beste apparatuur. De staat van de ziekenhuizen en de verzorging die wordt geboden verschilt echter van regio tot regio. Mensen die niet verzekerd zijn (en dat zijn veel Marokkanen) en een bewijs van onvermogen kunnen overleggen, kunnen in een publiek ziekenhuis terecht. Voor hen is de behandeling gratis. Wel verzekerde Marokkanen die in een publiek ziekenhuis worden behandeld moeten een klein bedrag bijbetalen.
- Poliklinieken. Er zijn veel meer poliklinieken dan ziekenhuizen. Ze zijn over het algemeen kleiner dan ziekenhuizen en hebben over het algemeen minder capaciteit. In een polikliniek zijn alle specialismen aanwezig en mensen kunnen ook in een polikliniek worden opgenomen. Poliklinieken zijn semi-overheidsinstellingen, die vaak verbonden zijn aan en gefinancierd worden door bijvoorbeeld een ministerie of een bedrijf. Omdat er veel poliklinieken zijn,

---

<sup>8</sup> De generalist is financieel gezien in principe voor iedereen toegankelijk. Het probleem is echter dat een generalist veel medicijnen voorschrijft. Dat betekent dat mensen wel de arts kunnen betalen, maar niet de medicijnen.

De cultuur in Marokko is er een van solidariteit: iedereen geeft geld om een persoon zijn of haar medicijnen te kunnen laten betalen. Bovenstaande leidt ertoe dat vooral vrouwen nogal eens een afweging moeten maken: 'moet ik medicijnen betalen of eten voor de kinderen betalen'.

<sup>9</sup> Daarbij moet aangetekend worden dat veel mensen, die niet in de grote steden wonen, van bepaalde voorzieningen amper of soms zelfs helemaal geen gebruik kunnen maken.

is het niet altijd duidelijk dat ze aan een ministerie of aan een bedrijf gelieerd zijn.

De poliklinieken worden vooral bezocht door mensen met een basisverzekering, maar zijn ook toegankelijk voor mensen zonder verzekering. Mensen met een basisverzekering kunnen ook in een publiek ziekenhuis terecht.

- Privé-klinieken. De behandeling in deze klinieken is duur. In privé-klinieken is niet zozeer de medische behandeling anders, maar vooral de zorg eromheen. Mensen die het zich kunnen permitteren gaan naar een privé-kliniek, omdat ze in zo'n kliniek veel meer luxe hebben. Arme mensen proberen geld bijeen te schrapen om in een privé-ziekenhuis behandeld te worden. Ook mensen met een basisverzekering gaan soms naar een privé-kliniek. Zij betalen dan bij.
- Parallel aan bovenstaande voorzieningen bestaan er zogenaamde 'cabinets of doctors'. Dit is een praktijk van een groep generalisten of specialisten. De specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis, polikliniek of privé-kliniek.

In Marokko ontbreken dus de twee bovengenoemde fundamenteën van de Nederlandse huisartsengeneeskunde: de levensloop- of gezinsgeneeskunde en de poortwachtersfunctie van de huisarts.

Niet alleen de fundamenteën van het Nederlandse systeem zijn anders, ook de pijlers waarop de Nederlandse geneeskunde berust zijn anders dan die in Marokko. Het belangrijkste verschil is dat in Marokko altijd en veel medicijnen worden verstrekt en dat er dus niet, zoals in Nederland, sprake is van een terughoudend medicatiebeleid. Ook bij psychosomatische klachten worden medicijnen verstrekt, onder andere vanuit de overweging dat mensen pijn hebben en dat de pijn bestreden moet worden.

Een tweede verschil is dat mensen in Marokko (door de generalist) snel worden doorverwezen. Ook wordt er, en dat is het derde verschil, snel onderzoek gedaan en onmiddellijk een diagnose gesteld. Een vierde verschil is dat de arts in Marokko veel gebruikmaakt van zijn gezag. Hierop zal in paragraaf 3.3 nader worden ingegaan.

## **2.3 De gezondheidszorg in Turkije**

Evenmin als in Marokko bestaat er in Turkije huisartsengeneeskunde.

Turken kunnen, als ze gezondheidsklachten hebben, een generalist of een specialist consulteren. Zij bepalen zelf naar welke arts ze gaan. Mond-tot-mondreclame speelt daarbij een belangrijke rol.

Er zijn in Turkije vier soorten voorzieningen:

- staatsziekenhuizen.

Er zijn drie soorten staatsziekenhuizen:

- staatsziekenhuizen die voor iedereen toegankelijk zijn. De behandeling in deze ziekenhuizen, waarvan er in iedere stad meerdere staan, is gratis. De wachtlijsten zijn er echter lang en de zorg die gegeven wordt is beperkt. Vooral mensen die weinig geld hebben gaan naar deze ziekenhuizen toe;
  - staatsziekenhuizen die toegankelijk zijn voor mensen die verzekerd zijn via de SSK, een verzekering voor arbeiders;
  - universiteitsziekenhuizen; deze zijn voor iedereen toegankelijk.
- poliklinieken. In de poliklinieken werkt een groep specialisten. De poliklinieken worden niet door de overheid gesubsidieerd.
  - particuliere ziekenhuizen. Daarvan zijn er in Turkije veel.
  - specialisten met een eigen praktijk.

Als je in Turkije geld hebt is bezoek aan artsen geen probleem.

Je gaat particulier naar een arts, die je behandelt of doorverwijst naar een polikliniek of particulier ziekenhuis.

Net als in Marokko ontbreken ook in Turkije de twee fundamenteën van de Nederlandse huisartsengeneeskunde: de levensloop- of gezinsgeneeskunde en de poortwachtersfunctie van de huisarts.

Ook de pijlers waarop de Nederlandse geneeskunde rust zijn anders dan die in Turkije. Het belangrijkste verschil is opnieuw dat artsen vaak meteen medicijnen voorschrijven. Mensen in Turkije zijn ook geneigd om zelf voor van alles medicijnen (paracetamol, pijnstillers, hoestdrink etc.) te kopen. Je hoort van iemand dat een bepaald medicijn bij een bepaalde kwaal goed werkt, en je koopt het vervolgens ook zelf.

Een tweede belangrijk verschil is dat in Turkije, net als in Marokko, veel sneller allerlei onderzoeken worden gedaan dan in

Nederland. Net als Marokkanen krijgen ook Turken meteen een diagnose (en medicijnen).

## **2.4 De gezondheidszorg in Suriname**

Suriname kent, als voormalige kolonie van Nederland, wel een gezondheidszorgsysteem waarin huisartsengeneeskunde een rol speelt.

De fundamenten waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem berust – levensloop- of gezinsgeneeskunde en de huisarts als poortwachter – vormen ten dele ook het fundament van het Surinaamse gezondheidszorgsysteem. Desondanks zijn er grote verschillen tussen de beide systemen.

Het belangrijkste verschil is dat de huisartsenzorg niet eenduidig is georganiseerd. Huisartsen kunnen zowel verbonden zijn aan een groter bedrijf (zoals bijvoorbeeld Billiton) als aan een ziekenhuis. Dat betekent dat de huisarts iemand in principe altijd naar dat ziekenhuis doorverwijst. Er zijn in Suriname drie ziekenhuizen waarnaar doorverwezen kan worden: het Academisch Ziekenhuis, 's Lands Hospitaal (nu nog een overheidsziekenhuis) en het Diaconessenziekenhuis.

Het al dan niet hebben van een vaste huisarts is afhankelijk van de maatschappelijke positie die iemand heeft:

- Werknemers van betere bedrijven in Suriname, zoals bijvoorbeeld Billiton, hebben via dat bedrijf een vaste huisarts.
- Werkenden die niet bij een dergelijk bedrijf werken, zoals bijvoorbeeld kooplieden, hebben geen vaste huisarts.
- On- en minvermogenden gaan naar een polikliniek in de wijk. Zij hebben een vaste polikliniek waar ze naartoe gaan en hebben in principe een vaste arts. Als de vaste arts er niet is, krijgen ze een waarnemer, die ook in de polikliniek werkt. De artsen die praktijk hebben in de polikliniek zijn basisartsen.

Een deel van de Surinamers heeft te maken met levensloop- of gezinsgeneeskunde. Een deel heeft zoals aangegeven geen vaste huisarts. De huisarts vervult in Suriname wel de rol van poortwachter.

De pijlers waarop de Nederlandse geneeskunde berust zijn ten dele anders dan die in Suriname. Het - opnieuw – grootste

verschil is dat je in Suriname altijd medicijnen voorgeschreven krijgt.

Het grote probleem is dat Suriname economisch in een slechte situatie verkeert en dat veel Surinamers armlastig zijn. Dat betekent dat in Suriname niet dezelfde faciliteiten en middelen aanwezig zijn als in Nederland.

Surinamers krijgen ook lang niet altijd de medische zorg en de medische middelen die ze nodig hebben<sup>10</sup>. Zelfs de allerarmsten moeten bijbetalen als ze zorg of middelen nodig hebben.

Voor Surinamers die zijn verzekerd bij het SZF<sup>11</sup> en voor gepensioneerden is weliswaar de huisartsenzorg gratis, maar voor ziekenhuisopname, medicijnen en verbandmiddelen moet wel geld bijbetaald worden. Als een Surinamer in het ziekenhuis terechtkomt betaalt hij per dag 80.000 Surinaamse guldens (circa 36 euro) zelf bij. Mensen die niet verzekerd zijn hebben een zogenaamde 'sociale kaart'. Voor hen betaalt de overheid ongeveer de helft van de opnamekosten. Dat betekent dat (arme) familieleden financieel moeten bijspringen als iemand in het ziekenhuis terechtkomt. Niet-verzekerden mogen maximaal drie maanden in het ziekenhuis verblijven.

Mensen die bij het SZF zijn verzekerd krijgen medicijnen in principe gratis. Surinaamse apothekers hebben echter een 'klapper' waarin staat welke medicijnen wel en welke medicijnen niet vergoed worden. Staan de medicijnen niet in de 'klapper', dan moet je terug naar de huisarts om een zogenaamd particulier recept te vragen. Met dat recept kunnen de medicijnen vervolgens worden gekocht. Soms hebben mensen niet genoeg geld bijeengesprokkeld om alle medicijnen die zijn voorgeschreven te betalen. Zij kopen dan de helft van de voorgeschreven hoeveelheid. Als mensen antibiotica gebruiken moeten ze bij familieleden aankloppen om geld bij te leggen.

---

<sup>10</sup> Tijdens het onderzoek is een oudere Surinaamse vrouw geïnterviewd die tijdelijk in Nederland verbleef. Zij had een beenprothese, die zij al 15 jaar had. De stomp was in die tijd sterk geslonken, wat tot gevolg had dat deze mevrouw, ondanks allerlei zwachtels om de stomp, steeds in de prothese zakte. Zij liep daardoor waggelend en kreeg allerlei andere klachten. In Suriname wordt een nieuwe prothese niet vergoed en de vrouw heeft zelf geen geld om er een te kopen. Bedelacties in Suriname leverden niets op, omdat iedereen financiële problemen heeft.

<sup>11</sup> SZF is het Surinaamse ziekenfonds



## **Hoofdstuk 3 – De ervaringen van Marokkanen met de huisartsenzorg in Amsterdam**

### **3.1 Inleiding**

In de Inleiding en verantwoording (hoofdstuk 1) is aangegeven dat er een uitgebreid vooronderzoek heeft plaatsgevonden naar de problemen van migranten met de huisartsenzorg in Amsterdam.

Tijdens dat vooronderzoek kwam naar voren dat de problemen van Marokkanen met de huisartsenzorg voortvloeien uit:

- bepaalde aspecten van de attitude van de huisarts;
- communicatieproblemen;
- de wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, in vergelijking met dat in het land van herkomst, is georganiseerd.

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op het feit dat er grote verschillen bestaan tussen de Marokkanen die in Amsterdam wonen (3.2). Paragraaf 3.3 gaat over de attitude van de huisarts. De communicatie met de huisarts en met name de communicatieproblemen komen ter sprake in paragraaf 3.4. In dit onderdeel worden communicatieproblemen gesplitst in taalproblemen, problemen die ontstaan door onbekendheid van de huisarts met de culturele of religieuze achtergrond van Marokkanen en problemen die ontstaan door de attitude van de patiënt. In paragraaf 3.5 worden de wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is georganiseerd en met name de rol van de huisarts daarin besproken. Er wordt ingegaan op de problemen die Marokkanen daar eventueel mee hebben. De attitude van Marokkaanse patiënten vormt het laatste onderdeel (3.6) van dit hoofdstuk.

## **3.2 Algemeen**

De Marokkanen in Amsterdam<sup>12</sup> vormen geen homogene groep. Er is in feite sprake van drie groepen Marokkaanse migranten<sup>13</sup>:

- De eerste generatie migranten, nu de oudere generatie. Deze groep is als gastarbeider naar Nederland gekomen. De mensen die tot deze groep behoren zijn over het algemeen laaggeschoold en spreken geen of slecht Nederlands. Zij hadden in Marokko geen of beperkt toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen.
- Jongeren die in Nederland zijn geboren. Deze groep kent nauwelijks taalproblemen en is opgegroeid met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.
- De groep mensen die hiernaar toe komt in het kader van gezinshereniging. Deze groep, die nu verplicht is een inburgeringscursus te volgen, bestaat zowel uit laagopgeleiden als uit hoogopgeleiden. De laagopgeleiden spreken moeizaam of (nog) geen Nederlands. De hoogopgeleiden spreken Nederlands of communiceren in het Frans of in het Engels. Zij hadden in Marokko goede toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen.

## **3.3 De attitude van de huisarts**

In het onderzoek zijn vragen gesteld over de attitude van de huisarts. Daarbij is onder attitude zowel de bejegening als het professionele gedrag (vragen stellen, uitleg geven etc.) van de huisarts verstaan.

De Marokkanen in het onderzoek oordelen over het algemeen positief tot zeer positief over de bejegening door de huisarts. Veel mensen ervaren de huisarts als aardig en goed luisterend, sommigen noemen hun huisarts lief. Slechts een paar mensen in het onderzoek vinden de huisarts onaardig en een enkeling vindt zijn huisarts zelfs discriminerend.

---

<sup>12</sup> Het onderzoek is verricht onder Marokkanen die in Amsterdam wonen. Als in het vervolg over Marokkanen wordt gesproken, betreft het steeds Marokkanen die in Amsterdam wonen.

<sup>13</sup> De indeling in deze drie groepen is afkomstig van Marokkaanse sleutelpersonen.

*De huisarts is een open, vrolijke man. Hij is aardig en luistert goed. Meneer (50 jaar) voelt zich altijd serieus genomen; ook in moeilijke situaties heeft de huisarts hem altijd geholpen. Hij vraagt altijd door en dat doet hij goed. Hij neemt altijd voldoende tijd.*

*De huisarts legt genoeg uit. Hij geeft antwoord op vragen. Hij schrijft en denkt. De vragen en adviezen zijn altijd deskundig. De huisarts is, doordat er veel Turken en Marokkanen in de praktijk komen, bekend met andere culturen. Hij is volgens meneer nog nooit in Marokko geweest.*

De meeste Marokkanen oordelen ook redelijk positief over het 'professionele gedrag' van de huisarts. Bijna iedereen vindt dat de huisarts voldoende uitleg geeft van de diagnose. Ook vinden de meeste Marokkanen dat de huisarts voldoende uitleg geeft over waarom een bepaald onderzoek nodig is of waarom bepaalde medicijnen wel of niet worden voorgeschreven. In een aantal gevallen is het voor de geïnterviewden duidelijk dat de huisarts rekening houdt met de taalproblemen en de informatie en uitleg doseert. Deze geïnterviewden waarderen dat de huisarts dat doet.

Een paar mensen hebben, hoewel ze de huisarts een prettig persoon vinden, kritiek op bepaalde elementen van zijn handelen. Eén van de genoemde kritiekpunten is dat de huisarts als dat wordt verzocht niet altijd op huisbezoek komt.

Een belangrijk verschil tussen Marokkaanse en Nederlandse artsen is dat een arts in Marokko veel gezag heeft.<sup>14</sup> Daarbij geldt dat een specialist veel meer gezag heeft dan een generalist. Een arts in Marokko straalt dat gezag ook uit. Hij zal nooit in aanwezigheid van een patiënt zijn twijfel uitspreken. Nederlandse huisartsen doen dat wel, bijvoorbeeld via de opmerking "Ik weet het niet" of "Wat denkt u er zelf van?" Dit soort opmerkingen kan volgens sleutelpersonen voor Marokkanen een groot probleem zijn: voor Marokkanen hoort de arts te weten wat er aan de hand is, hij of zij hoort ook met een oplossing te komen. Een ander verschil is dat mensen in Marokko (als ze geld hebben) zo vaak als ze willen naar een arts kunnen gaan. Zij zijn

---

<sup>14</sup> Deze informatie is afkomstig van Marokkaanse sleutelpersonen

van harte welkom, de arts verdient met hun bezoek immers geld. In Nederland ziet een huisarts zijn patiënt liever niet té vaak komen. In vergelijking met de Marokkaanse artsen hebben de huisartsen in Nederland ook weinig tijd. Dat is ook een van de problemen die nogal wat Marokkanen in het onderzoek naar voren brengen.

Tijdens de interviews is de vraag gesteld of men het idee had dat (blanke) Nederlanders langer in de spreekkamer blijven dan migranten.<sup>15</sup> De mensen die op deze vraag een antwoord hadden, vinden dit over het algemeen niet. Zij hebben eerder het idee dat migrantenpatiënten langer in de spreekkamer blijven, omdat zij de taal niet goed beheersen. Eén mevrouw gaf aan dat de huisarts geen verschil tussen blanke Nederlanders en migranten maakt, maar dat de assistente dat wel doet. Volgens deze mevrouw discrimineert de assistente. Mevrouw bespreekt dit niet met haar huisarts, uit angst dat het dan alleen maar erger wordt.

### **3.4 De communicatie met de huisarts**

Veel Marokkanen uit het onderzoek hebben communicatieproblemen met de huisarts. Deze problemen kunnen ontstaan door taalproblemen. Het taalprobleem ontstaat doordat de migrant de Nederlandse taal niet of niet goed beheerst en de arts de taal van de migrant niet beheerst. Communicatieproblemen kunnen ook ontstaan doordat de huisarts onvoldoende op de hoogte is van de culturele of religieuze achtergrond van patiënten. Een onderdeel van dit probleem is een andere presentatie van de gezondheidsklachten. Marokkanen zeggen bijvoorbeeld “Ik heb zo’n zwaar hoofd” of “Mijn hoofd staat op ontploffen”. Dat betekent niet dat men hoofdpijn heeft, maar dat er sociale problemen thuis zijn. “Mijn lever brandt” betekent niet dat iemand last van haar lever heeft, maar dat zij nog steeds rouwt om haar overleden kind of ouder.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Aanleiding tot deze vraag waren opmerkingen die hierover in het vooronderzoek werden gemaakt.

<sup>16</sup> De genoemde voorbeelden van een andere presentatie van gezondheidsklachten zijn afkomstig van Marokkaanse sleutelpersonen.

De normen en waarden die voortvloeien uit de culturele of religieuze achtergrond kunnen ook tot communicatieproblemen met Marokkanen leiden. Deze achtergrond leidt ertoe dat mensen bepaalde dingen niet tegen de huisarts durven te vertellen. Ook zijn Marokkanen niet gewend op directe wijze te communiceren.<sup>17</sup> Marokkanen gebruiken symbolen, anekdotes, gezegden en verhalen om duidelijk te maken wat ze bedoelen.<sup>18</sup>

### 3.4.1 Communicatieproblemen: de taal

In de interviews zijn communicatieproblemen ten gevolge van het taalprobleem vaak naar voren gekomen. Twintig van de vijfendertig geïnterviewde Marokkanen hebben communicatieproblemen doordat ze geen of slecht Nederlands spreken.

*Meneer (73 jaar) is zeer tevreden over zijn huisarts. Het is een prettig persoon, hij is deskundig. Maar er is een grote taalkloof. De communicatie loopt moeilijk, maar dat ligt niet aan de arts. Doordat hij de Nederlandse taal niet beheerst, is het voor meneer moeilijk om de huisarts te bellen. De assistent begrijpt hem niet. Het zijn met name de kinderen die contact met de huisarts opnemen.*

*Meneer neemt bijna altijd een van zijn kinderen mee naar de huisarts. De kinderen spreken goed Nederlands. De huisarts past zijn informatie aan. Als meneer alleen naar de dokter gaat, geeft de huisarts minder uitleg, omdat hij weet dat meneer hem niet volledig begrijpt. Als er iemand meegaat die goed Nederlands spreekt, zorgt de arts ervoor dat meneer alles te horen krijgt wat hij hoort te weten. De arts vraagt via de kinderen ook altijd na of iets duidelijk is. Als de huisarts de uitslag van een onderzoek wil bespreken, spreekt hij ook altijd af op tijden en dagen dat een van de kinderen mee kan komen.*

Het taalprobleem wordt door de mensen uit het onderzoek op verschillende manieren 'opgelost'.

<sup>17</sup> Deze informatie is afkomstig van Marokkaanse sleutelpersonen.

<sup>18</sup> Dit is te lezen in Daniëlle van Es, 'De migrant als patiënt', p. 67.

- De meeste mensen laten iemand bellen en nemen iemand mee naar de huisarts: een echtgenoot, partner, vriendin, dochter/schoondochter.
- Sommige mensen (hoger opgeleiden) die weinig of geen Nederlands spreken communiceren met de huisarts in het Frans.
- Een paar van de geïnterviewden gaan alleen naar de huisarts toe en komen, indien nodig, terug met iemand die voor hen kan vertalen.

*In het begin ging de man van mevrouw (Berber, 37 jaar, spreekt de Nederlandse taal een beetje) mee. Tegenwoordig neemt ze niemand meer mee als ze naar de huisarts gaat. Het lukt mevrouw meestal haar problemen uit te leggen. Als dat niet zo is, komt ze de volgende keer samen met haar man. Meestal begrijpt mevrouw wat de huisarts zegt. Als dat niet zo is, belt haar man om met de huisarts te praten. Het is wel eens gebeurd dat mevrouw verkeerd begrepen is door de huisarts. Ze heeft wel eens uitgebreid onderzoek gekregen, terwijl dat niet nodig was. Dat betekende dat mevrouw veel tijd kwijt was aan bloed prikken en weer wachten op de uitslag.*

Het 'oplossen' van het taalprobleem via het meenemen van een bekende levert nieuwe problemen op. Eén van de problemen is dat de communicatie met de huisarts dan ook op een andere manier dan via de taal wordt beperkt. Uit de gesprekken blijkt dat vrouwen in het bijzijn van iemand die tolkt, en zeker als het een kind is dat tolkt, niet over al hun fysieke problemen, en zeker niet over gynaecologische problemen, durven praten. Ook bijvoorbeeld relatieproblemen worden niet verteld. De opmerking van een aantal Marokkaanse vrouwen was dan ook dat "huisartsen gebruik moeten maken van tolken". Huisartsen moeten volgens hen vooral niet het voorstel doen om man of kind mee te brengen. "Dat is voor de kinderen niet altijd goed. En een echtgenoot hoeft niet altijd alles te weten." Een ander probleem is dat mensen het vervelend vinden om afhankelijk te zijn van iemand die tolkt. Je kunt niet op het moment dat je wilt zelf de huisarts bellen maar moet altijd iemand inschakelen. Je kunt ook niet gebruikmaken van het telefonisch

spreekuur. Misschien wel een groter probleem is dat je niet weet wat iemand aan de huisarts vertelt en wat iemand weer terugzegt. Vertaalt degene die tolkt wel alles wat de huisarts zegt? Die vraag zou overigens mede veroorzaakt kunnen worden door wat volgens de Marokkaanse interviewers in Marokko nogal eens voorkomt als familieleden met een oude man of vrouw bij de arts komen. De familie wil dan liever niet dat, als het heel ernstig is, de patiënt het weet. De arts onderzoekt de patiënt en laat hem vervolgens in de wachtkamer plaatsnemen. Vervolgens roept hij de familie en vertelt dat het iets ernstigs is. De dokter laat aan de familie over of zij het wel of niet aan de patiënt vertellen.

*Mevrouw (Berber, 68 jaar) vindt het niet makkelijk om de huisarts te bellen. Zij spreekt de taal niet en daarom is het voor haar lastig om naar de huisarts te gaan. Er moet altijd iemand mee om voor haar te vertalen.*

*De huisarts maakt geen gebruik van de tolkentelefoon. Mevrouw neemt altijd iemand mee die voor haar kan tolken. Zij neemt het liefst haar schoondochter of dochter mee. Als zij niet kunnen neemt zij ook wel eens haar kleinkind mee. Het lukt mevrouw om op deze manier haar problemen uit te leggen. Maar toch heeft ze het gevoel dat ze iets mist. Ze weet niet zeker of de huisarts alles vertelt of dat degene die voor haar tolkt alles aan haar vertelt.*

Sommige huisartsen maken gebruik van de tolkentelefoon of roepen een tolk in. Uit de interviews, maar zeker ook uit het vooronderzoek (waarin ook met huisartsen is gesproken) blijkt dat de tolkentelefoon voor huisartsen nogal eens een tijdrovende manier van communiceren is. De geïnterviewden vinden het ook niet altijd een prettige manier van communiceren.

De aanwezigheid van een professionele tolk wordt wel als prettig ervaren. Het voordeel van een tolk is dat het een vreemde is en dat je privacy dus niet in geding komt. De aanwezigheid van een tolk in de praktijk wordt ook als een mogelijkheid gezien om, zonder afhankelijk van anderen te zijn, naar de huisarts te kunnen gaan.

In de communicatie is ook de attitude van de huisarts van groot belang. In bovenstaande voorbeelden is de huisarts bereid zich aan te passen (door bijvoorbeeld rustig te praten) of op een

andere manier rekening te houden met taalproblemen. Dat is echter niet altijd het geval. In een interview waarin dit prominent naar voren kwam was de attitude van de huisarts volgens de geïnterviewde sowieso niet goed en zelfs ronduit discriminerend. De huisarts van deze geïnterviewde wil hem regelmatig niet helpen. De huisarts vindt dat de geïnterviewde hem niet begrijpt. De geïnterviewde heeft een keer gevraagd om de tolkentelefoon in te schakelen, maar de huisarts weigerde dat omdat het te veel tijd kost.

### **3.4.2 Communicatieproblemen: onbekendheid van de huisarts met de culturele of religieuze achtergrond**

Tijdens het vooronderzoek is gesproken met een Marokkaanse diabetesverpleegkundige, die in het ziekenhuis waar zij werkt een onderzoek deed onder Marokkaanse mensen met diabetes.<sup>19</sup> Eén van de conclusies was dat het de huisarts nogal eens ontbreekt aan kennis van de andere cultuur. Ook hebben huisartsen onvoldoende kennis over de verwachtingen die Marokkanen van de huisarts hebben. Een voorbeeld dat de verpleegkundige heeft gegeven is dat een huisarts een patiënt voorschreef dat hij drie keer per dag medicijnen in moest nemen. Tijdens de Ramadan wilde de patiënt dat echter niet doen, maar hij durfde zelf niet het voorstel te doen om twee keer per dag een pil in te nemen en de dosis daarop aan te passen. Hij bleef bij de huisarts terugkomen in de hoop dat die een gepast voorstel zou doen.

Huisartsen gaan er volgens de verpleegkundige bovendien nogal eens van uit dat er sprake is van één Marokkaanse cultuur. Er zijn echter vele subculturen. De wijze van klachten presenteren bijvoorbeeld kan heel anders zijn bij iemand uit Noord-Marokko dan bij iemand uit Zuid-Marokko.

Ongeveer de helft van de Marokkanen die voor het onderzoek van het APCP zijn geïnterviewd geeft aan dat de huisarts bekend is met de Marokkaanse leefgewoonten. Sommige van die mensen zeggen dat de arts interesse toont in hun cultuur, normen en waarden. Zo vertelde een mevrouw dat haar huisarts

---

<sup>19</sup> Het onderzoek, uitgevoerd door Fatima Malki, is inmiddels gepubliceerd onder de titel 'Marokkaanse Diabetespatiënten'.



vragen stelt over Marokko en ook vraagt hoe haar leven daar is en of ze liever daar is dan hier. Hij weet volgens haar veel van de Marokkaanse cultuur en is ook wel eens naar Marokko geweest. De andere helft van de Marokkanen in het onderzoek zegt dat de huisarts nooit vragen over Marokko stelt, wat overigens niet altijd wil zeggen dat de huisarts ook niet van de Marokkaanse leefgewoonten op de hoogte is. In het onderzoek kwam naar voren dat een huisarts geen vragen stelde over Marokko, maar wel op de hoogte was van de Ramadan en van de grote Marokkaanse feesten.

### **3.4.3 Communicatieproblemen: belemmeringen in de communicatie ten gevolge van de culturele of religieuze achtergrond**

Uit het onderzoek van het APCP blijkt dat nogal wat Marokkanen de huisarts niet alles durven te vertellen. Volgens sleutelpersonen kent met name de eerste generatie Marokkanen vele taboes. Berbers kennen meer taboes dan Arabische Marokkanen. Een algemeen taboe, hoewel voor Berbers groter dan voor Arabische Marokkanen, is seksualiteit of problemen die met seksualiteit te maken hebben. Een voorbeeld van een probleem op het gebied van seksualiteit is ontmaagding. Het geen maagd meer zijn is voor Marokkaanse meisjes een enorm probleem. Zij zullen dit probleem echter niet aan de huisarts vertellen. Jonge Marokkaanse vrouwen die hier geboren zijn hebben minder moeite om dit probleem aan de huisarts voor te leggen. Een tweede taboe is het praten over persoonlijke problemen. De huisarts vraagt hier soms naar, maar niet iedereen durft iets over dit soort problemen te vertellen. Volgens sleutelpersonen is dit taboe geen 'cultuurgebonden taboe'. "Sommige families zijn over dit soort problemen meer open, sommige personen binnen families zijn over dit soort problemen meer open dan anderen." In de interviews worden andere factoren dan taboes genoemd als reden waarom men dingen niet aan de huisarts durft te vertellen. De eerste factor die is genoemd is het taalprobleem. Sommige mensen durven niet alles te vertellen omdat ze de Nederlandse taal niet (goed) spreken. Marokkanen die zelf proberen om met de huisarts te communiceren klappen soms dicht. Marokkanen die iemand meenemen die tolkt durven daarentegen niet alles te

vertellen, omdat ze niet willen dat degene die tolkt hun problemen te weten komt.

Een tweede factor die is genoemd is de attitude van de huisarts. Meerdere mensen hebben aangegeven dat ze niet alles durven te vertellen omdat ze het gevoel hebben dat de huisarts geen tijd heeft. Tijdsdruk speelt een grotere rol naarmate men – door gebrekkig Nederlands – meer tijd nodig heeft om uit te leggen wat het probleem is. Ook het idee of misschien de wetenschap dat de huisarts maar één ding tegelijk wil behandelen belemmert mensen om alles te vertellen.

Een derde factor die is genoemd is dat mensen soms bang zijn voor een oordeel van de huisarts. Zo blijkt uit een interview dat de betreffende persoon het gevoel heeft als probleemgeval te worden gezien en bang is niet serieus te worden genomen.

Een vierde genoemde factor ten slotte is dat mensen soms bang zijn voor het vervolgtraject dat ze eventueel te wachten staat. Mogelijk dat daarbij taal- en cultuurproblemen een rol spelen.

*Mevrouw (67 jaar) durft niet alles te vertellen. Ze heeft wel eens last van aambeien. Ze durft dat niet te zeggen, omdat ze bang is naar het ziekenhuis doorverwezen te worden. Mevrouw durft wel om uitleg te vragen.*

Een groot probleem, zeker voor mensen uit de 1<sup>ste</sup> generatie, is, volgens een aantal interviewers, dat Marokkanen, als zij contact met de huisarts hebben, geen uitleg durven vragen of kritiek op de huisarts durven te hebben. Volgens de interviewers heeft dat te maken met de culturele achtergrond van deze mensen, waarin bescheidenheid en beleefdheid belangrijk is. Uitleg vragen of om doorverwijzing vragen wordt soms beleefd als het geven van kritiek op de huisarts. Een (oudere) Marokkaan vindt het volgens de interviewers gênant om een huisarts te bekritisieren. Als een arts vraagt of men de uitleg begrepen heeft, zal men altijd 'ja' zeggen. Een huisarts heeft daarnaast gezag. Alles wat een huisarts zegt is waar.

De mensen in het onderzoek die niet om uitleg of om doorverwijzing durven vragen verklaren dat zelf niet vanuit hun culturele achtergrond, maar vooral vanuit het niet beheersen van de taal en de tijdsdruk die wordt gevoeld.

Er zijn maar weinig Marokkanen in het onderzoek die hebben aangegeven dat ze kritiek op de huisarts durven te leveren. Mensen durven dat naar eigen zeggen (opnieuw) niet vanwege de taal en vanwege het idee dat de huisarts toch geen tijd heeft. Ook speelt, volgens een van de sleutelpersonen, mee dat Marokkanen niet altijd weten hoe je kritiek kunt geven. Sommige mensen uit het onderzoek durven niet alles te vertellen, maar durven wel om uitleg of om doorverwijzing te vragen. De reactie van de huisarts kan bepalen of men een volgende keer weer om doorverwijzing of om uitleg vraagt. Daarbij speelt geen rol of men nu wel of niet Nederlands spreekt of welke leeftijd men heeft. Wel spelen de verwachtingen ten aanzien van de huisarts een rol.

*Mevrouw (37 jaar, spreekt goed Nederlands) durft om doorverwijzing te vragen. Maar vindt de arts dat niet nodig, dan is de drempel om bij een volgende klacht om doorverwijzing te vragen veel hoger. Mevrouw vraagt soms wel om uitleg, maar moet daarvoor veel moed verzamelen. Zij vindt het de taak van de huisarts om hier zelf mee te komen.*

### **3.5 De wijze waarop het Nederlandse systeem van gezondheidszorg is georganiseerd**

#### **3.5.1 De huisarts als poortwachter**

In een eerder hoofdstuk is al aangegeven dat er grote verschillen zijn in de wijze waarop de gezondheidszorg in respectievelijk Nederland en Marokko is georganiseerd. Anders dan in Marokko, waar je in principe steeds naar een andere arts toe kunt gaan, hebben Marokkanen in Nederland te maken met een vaste arts. Daarnaast is in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem de huisarts poortwachter. Je bent, als je naar een specialist wilt gaan, afhankelijk van het feit of een huisarts je doorverwijst of niet.

Uit het vooronderzoek bleek dat met name de hoger opgeleide Marokkanen in Nederland, die in eigen land goede toegang tot de gezondheidszorg hadden, de huisarts zien als iemand die de

toegang tot specialisten belemmert. Een aantal van deze mensen was zeer ontevreden over het feit dat ze niet zelf konden beslissen of ze al dan niet naar een specialist toe zouden gaan. De meeste Marokkanen in het onderzoek hebben geen problemen met de huisarts over al dan niet doorverwezen worden. Voorzover er problemen met het doorverwijsbeleid werden gemeld, kwamen deze vooral naar voren in de groepsinterviews. Tijdens een groepsinterview met een groep hoger opgeleiden was de gedeelde mening dat je vaak met moeite en soms zelfs helemaal geen doorverwijzing kunt krijgen.

*(Groepsinterview) Veel Marokkaanse vrouwen hebben in Nederland problemen met hun haar. Ze verliezen haar. Eén van de geïnterviewde vrouwen vroeg de huisarts om een verwijzing naar een dermatoloog. De huisarts wilde haar echter zelf adviseren en vertelde haar dat hij pas doorverwijst als iemand 100 haren per dag kwijtraakt. De reactie van de vrouw was: 'Ik betaal ervoor, het is mijn gezondheid.'*

Iedereen uit deze groep was van mening dat de huisarts, als de patiënt daarom verzoekt, altijd moet doorverwijzen. In een groepsinterview met vrouwen van de Stichting Mimoza gaf een aantal van hen aan dat zij de uitleg van de huisarts over waarom hij niet doorverwijst niet goed vinden. Zij kunnen niet met de huisarts tot overeenstemming komen, en hebben hierdoor een probleem met de huisarts. Ze gaan niet naar een andere huisarts, "omdat alle huisartsen hier hetzelfde doen". Uit het onderzoek blijkt duidelijk dat de meeste huisartsen van de Marokkanen communiceren over waarom ze niet willen doorverwijzen. Dat wil overigens niet zeggen dat mensen het wat dit betreft altijd met de huisarts eens zijn.

Marokkanen uit het onderzoek die het niet eens zijn met het doorverwijsbeleid (of medicatiebeleid) van de huisarts gaan nogal eens naar een specialist in België of Frankrijk, of in Marokko. Zij gaan naar artsen in die landen "voor de diagnose en vooral voor medicijnen".

Dat kan echter niet als de situatie ernstig is. Een aantal mensen uit het onderzoek is in zo'n geval de strijd aangegaan met de huisarts of heeft de huisarts gepasseerd. Een voorbeeld van het

laatste werd gegeven door een mevrouw die de diagnose van de waarnemend huisarts, die zei dat haar dochter buikgriep had, niet vertrouwde. Bij de eerste hulppost van een ziekenhuis bleek dat de dochter suikerziekte had, bijna helemaal uitgedroogd was en dat haar organen het bijna zouden begeven. Ze is met spoed naar het AMC vervoerd.

Soms komt het voor dat de dokter wil doorverwijzen, maar dat de persoon in kwestie niet doorverwezen wil worden.

*Het gebeurt nooit dat mevrouw (67 jaar) een onderzoek wil, terwijl de dokter haar niet wil laten onderzoeken. Het komt wel voor dat de dokter haar wil laten onderzoeken, terwijl zij dat zelf niet wil. Het gaat dan meestal om onderzoek van haar dikke darm, of om onderzoek wanneer haar suiker te hoog is. De huisarts probeert dan uit te leggen waarom mevrouw onderzocht moet worden. Mevrouw begrijpt dat en gaat dan met tegenzin naar het ziekenhuis.*

### **3.5.2 De pijlers van de Nederlandse huisartsengeneeskunde**

#### **Het bio-psychosociale denkmodel**

De eerste pijler waarop de Nederlandse huisartsengeneeskunde rust is het zogenaamde bio-psychosociale model. Klachten worden niet alleen benaderd vanuit een (puur) fysieke invalshoek, er wordt bij bepaalde klachten ook nagegaan of psychische of sociale factoren een rol spelen. Stress bijvoorbeeld wordt gezien als een factor die tot fysieke problemen kan leiden.

Ook een arts in Marokko gaat ervan uit dat de klachten psychosomatisch kunnen zijn. Als mensen met psychosomatische klachten bij hem komen volgt hij echter een ander beleid. Hij schrijft, in tegenstelling tot zijn Nederlandse collega, pijnstillers en vitamines voor. Enerzijds vanwege het placebo-effect, anderzijds omdat ervan uitgegaan wordt dat de patiënt, ook al zijn de klachten psychosomatisch, toch pijn heeft. Die pijn moet met medicatie opgelost worden.<sup>20</sup>

Over het algemeen zijn de Marokkanen in het onderzoek het eens met de diagnose die de huisarts stelt. Slechts een aantal

---

<sup>20</sup> Deze informatie is afkomstig van sleutelpersonen.

mensen heeft de ervaring dat de huisarts een verkeerde diagnose stelde, of dat in Marokko een diagnose werd gesteld die in Nederland niet werd gesteld.

Waarmee de Marokkanen in het onderzoek het vaak niet eens zijn is het toeschrijven van klachten aan stress of aan psychische problemen. Of Marokkanen accepteren dat de klachten een psychische oorzaak hebben is afhankelijk van de aard van de klachten. Zij accepteren wel dat bijvoorbeeld maagklachten een psychische oorzaak kunnen hebben. Maar zij accepteren bijvoorbeeld niet dat schouder- en rugklachten een niet-lichamelijke oorzaak kunnen hebben. Als zij accepteren dat lichamelijke klachten een psychische oorzaak hebben, willen zij toch medicijnen hebben.<sup>21</sup>

Veel van de mensen uit het onderzoek hebben de ervaring dat de huisarts wel eens heeft gezegd dat hun klachten voorkomen uit stress of uit psychische problemen. De meeste mensen waren het zoals gezegd niet eens met deze diagnose.

*De huisarts vertelt wel eens dat het stress of psychisch is. Mevrouw (37 jaar) is het niet altijd eens met de diagnose. Soms is het stress, maar een andere keer weer niet. Dat begrijpt de huisarts niet. "Ik probeer hem te vertellen dat ik iets lichamelijks en niet iets geestelijks heb."*

Sommige mensen uit het onderzoek voelen zich, als de huisarts zegt dat het stress is, niet serieus genomen. Maar er is ook een aantal mensen in het onderzoek dat accepteert dat hun klachten een niet-lichamelijke oorzaak hebben. Een 68-jarige vrouw bijvoorbeeld beaamde dat haar klachten door stress of door psychische problemen komen. Zij gaf aan zich in dit land niet thuis te voelen en zich, vooral na het overlijden van haar man, eenzaam te voelen.

### **Stap-voor-stapbeleid**

De tweede pijler van de Nederlandse huisartsengeneeskunde is het zogenaamde stap-voor-stapbeleid. Eerst wordt gekeken of een klacht op een bepaalde manier opgelost kan worden. Lukt dat niet, dan wordt een volgende stap geprobeerd, enzovoort. In

---

<sup>21</sup> Deze informatie is afkomstig van Marokkaanse sleutelpersonen.

Marokko worden, als je bij een arts komt, meteen allerlei onderzoeken gedaan.<sup>22</sup>

*(Interviewer) "In Marokko is het zo: heb je pijn in je hoofd, dan ga je naar een specialist. Heb je pijn in je maag, dan ga je naar een andere specialist. Als je bij de specialist bent, worden er meteen röntgenfoto's enzovoort gemaakt. Als je hier naar een huisarts gaat, krijg je misschien een medicijn. Dan kijkt de huisarts of het helpt of niet. Helpt het niet, dan krijg je een ander medicijn. Helpt dat niet, dan moet je een afspraak maken bij het ziekenhuis. En moet je vier à vijf weken wachten op röntgenfoto's. Daarom vinden mensen dat ze in Marokko beter behandeld worden. Alles gebeurt op dezelfde dag. Je betaalt voor kwaliteit."*

De mensen die zijn geïnterviewd zijn over het algemeen tevreden over het onderzoek dat de huisarts doet. Zij vinden dat de huisarts goed onderzoek doet. Niet iedereen vindt echter dat de huisarts genoeg onderzoek laat doen. Mensen die vinden dat de huisarts niet snel genoeg onderzoek laat doen, proberen soms met de huisarts tot overeenstemming te komen. Soms lukt dit en laat de huisarts, als de patiënt duidelijk aangeeft wat hij voelt, onderzoek doen. Soms lukt dit niet en wijken met name hoger opgeleide mensen uit naar België, Frankrijk of Marokko. Een voorbeeld van iets waarvoor mensen naar België gaan is haarverlies, dat voor jonge vrouwen uit Marokko een enorm probleem is (zie een eerder interviewfragment). In Nederland krijgen mensen hiervoor geen medicijnen en wordt geen onderzoek gedaan. In België (of Marokko) "doen ze meteen onderzoek, bijvoorbeeld naar je ijzergehalte. Je krijgt de uitslag. De arts weet onmiddellijk welk medicijn goed voor je is. Je hebt een oplossing voor je probleem".

In Marokko wordt minimaal eenmaal per jaar een groot onderzoek (check-up) gedaan (tenminste als je geld hebt). Volgens een aantal mensen uit het onderzoek zou dat een voorbeeld voor Nederland moeten zijn. Ook een mevrouw, die vindt dat de dokter genoeg of eigenlijk soms te veel onderzoek wil laten doen, laat zich wel eens in Marokko onderzoeken. Het

---

<sup>22</sup> Deze informatie is afkomstig van Marokkaanse sleutelpersonen.

voordeel van onderzoek in Marokko is bovendien dat je niet met taalproblemen kampt.

### **Terughoudend medicatiebeleid**

Een derde pijler van de Nederlandse huisartsengeneeskunde is een terughoudend medicatiebeleid. Met name dit aspect van het huisartsenbeleid roept voor Marokkanen problemen op.

Een arts in Marokko toont geen aarzeling wat betreft de diagnose of wat betreft het soort medicijn dat wordt voorgeschreven. Hij zegt onmiddellijk: 'Je hebt dit of je hebt dat'. Je krijgt zo goed als altijd medicijnen, en vooral veel pijnstillers, voorgeschreven.

"Zodra je pijnstillers krijgt, voel je je weer lekker. Je denkt dan: "Hij heeft mij het goede medicijn gegeven". De mensen geven het recept aan hun buurman of buurvrouw, en die haalt hetzelfde medicijn bij de apotheek. Veel medicijnen kun je gewoon bij de apotheek halen".<sup>23</sup>

Huisartsen in Nederland geven in vergelijking met Marokkaanse artsen niet zo veel medicijnen. Dat leidt nog al eens tot onvrede. Eén van de interviewers vertelde dat een vriend van hem bijna nooit tevreden is over de huisarts. De reden daarvan is dat hij niet de medicijnen krijgt die hij wil hebben. Hij heeft astma. In Marokko was hij gewend om antibiotica te krijgen. Als hij hier geen antibiotica krijgt, is hij meteen in paniek. Hij denkt dat zijn astma-aanvallen dan niet overgaan.

Mensen die de Nederlandse gezondheidszorg gewend zijn, zetten soms ook vraagtekens bij het medicatiebeleid van Marokkaanse artsen. Zo vertelde een mevrouw dat ze in Marokko wel eens met haar dochter naar de dokter moest. Ze kreeg een heel pak medicijnen mee, die ze niet aan haar dochter heeft gegeven. Als de kinderen in Marokko ziek worden neemt mevrouw de medicijnen altijd mee naar haar Nederlandse huisarts, zodat zij kan zien wat voor medicijnen ze hebben gekregen.

Uit het onderzoek blijkt dat een deel van de Marokkanen vindt dat de huisarts genoeg medicijnen voorschrijft. Het merendeel vindt echter dat de huisarts te weinig medicijnen voorschrijft.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Deze informatie is afkomstig van sleutelpersonen

<sup>24</sup> Het aantal mensen dat is geïnterviewd (ongeveer 35 Marokkanen) is te klein om te zeggen of Marokkanen van de eerste generatie vaker medicijnen willen hebben of juist niet.



Een deel van de mensen die vinden dat de huisarts genoeg medicijnen voorschrijft is tevreden. Een aantal mensen echter heeft aangegeven het te gevoel hebben dat de huisarts ze (te veel) medicijnen geeft om van ze af te zijn.

Ook als de huisarts genoeg en in de ogen van de betreffende persoon op een positieve manier medicijnen voorschrijft, kunnen er problemen zijn. Iemand kan bijvoorbeeld geen baat hebben bij de medicijnen die ze krijgt.

*De dokter schrijft wel genoeg medicijnen voor, maar niet iets waar mevrouw (67 jaar) baat bij heeft. Mevrouw zou willen dat ze zich niet meer zo down voelde en wat beter ging eten. Ze zou willen dat ze iets kreeg dat haar eetlust opwekt. Of dat de huisarts vitamines gaf, want die moet ze nu altijd zelf kopen.*

Deze (oudere) mevrouw vindt haar huisarts aardig en deskundig. Hij luistert goed en laat genoeg onderzoek doen. Hij wil zelfs onderzoeken laten doen die mevrouw niet wil. Het medicatiebeleid van deze huisarts is voor deze mevrouw echter een probleem. Zij vertelde bijvoorbeeld ook dat zij veel last heeft van haar dikke darm en graag iets wil hebben dat haar zou helpen. Maar ze krijgt “altijd die poeder. Nou dan neem ik die maar weer in”. Mevrouw kan hier wel met de dokter over praten, maar ze krijgt toch niets anders.

Wat niet duidelijk is, is of de huisarts deze mevrouw ook uitlegt waarom hij geen eetlustopwekkende middelen etc. geeft. Nu koopt zij in Marokko vitamines en iets waardoor ze beter gaat eten. Als ze dan in Marokko medicijnen heeft gekocht die haar helpen laat zij ze aan haar huisarts zien, in de hoop dat zij ze van hem ook kan krijgen. Overigens kopen meer mensen uit het onderzoek medicijnen in Marokko. Soms weet de huisarts dit niet, soms ook wel.

Een aantal mensen dat vindt dat ze te weinig medicijnen krijgen kan de uitleg van de huisarts waarom hij bepaalde medicijnen niet wil geven begrijpen. Dat is echter niet altijd het geval.

*Soms wil mevrouw (37 jaar) medicijnen hebben die de dokter niet wil voorschrijven. Zij heeft soms bloedarmoede en wil dan*

---

Of hoger opgeleiden anders met de vraag naar medicijnen omgaan dan lager opgeleiden of juist niet. Etc.

*dat de dokter staalpillen voorschrijft. De huisarts probeert uit te leggen dat mevrouw verse groenten moet eten. Mevrouw begrijpt niet waarom ze geen staalpillen krijgt, dan was ze ook zo geholpen.*

*Mevrouw (68 jaar) wil medicijnen hebben die haar echt zouden helpen. De dokter legt uit dat medicijnen niet altijd goed zijn, omdat mevrouw een maagzweer heeft plus een hoge bloeddruk en astma. De huisarts probeert zo min mogelijk medicijnen voor te schrijven. Terwijl mevrouw juist wil dat hij haar iets geeft waardoor zij zich beter zal gaan voelen.*

Als er wel medicijnen worden voorgeschreven, geven veel huisartsen van de Marokkaanse mensen in het onderzoek geen uitleg waarom medicijnen worden voorgeschreven. Zij geven vooral ook geen uitleg over de werking en bijwerkingen van medicijnen. Sommige huisartsen verwijzen naar de bijsluiter. Veel mensen kunnen die bijsluiter echter niet lezen.

Bij het voorschrijven van medicijnen is van belang dat de huisarts rekening houdt met de culturele achtergrond van de persoon. Dat is lang niet altijd het geval. Er wordt met name niet altijd rekening gehouden met het feit dat mensen tijdens de Ramadan geen, of anders gedoseerde, medicatie willen gebruiken.

### **3.6 De attitude van de Marokkaanse patiënten**

Aan de mensen uit het onderzoek is een aantal vragen voorgelegd over hun attitude. Zo is gevraagd wanneer zij de huisarts bellen en of het makkelijk is om de huisarts te bellen. De Marokkaanse mensen uit het onderzoek antwoordden verschillend op de vraag wanneer zij de huisarts bellen. Een aantal mensen geeft aan dat zij de huisarts bellen bij hoofdpijn en verkoudheid. Ook pijnklachten (bijvoorbeeld pijn ten gevolge van een hernia, pijn op de borst bij iemand die hartpatiënt is) zijn een reden om de huisarts te bellen. Nogal wat mensen geven aan dat zij de huisarts (ook) bellen bij, zoals ze zeggen, ernstige ziekte. Daarbij kan gedacht worden aan langer durende oorpijn of maagpijn of erge buikpijn.

Veel mensen geven aan dat ze er geen problemen mee hebben om de huisarts te bellen. Niet iedereen vindt dat echter gemakkelijk. Soms komt dat doordat men de Nederlandse taal niet goed spreekt. Er moet dan iemand anders gevonden worden die de huisarts wil bellen. Eén iemand, die overigens goed Nederlands spreekt, had het gevoel strijd te moeten leveren met de doktersassistente. Deze opmerking heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat in sommige praktijken de doktersassistente bepaalt of iemand een afspraak met de huisarts kan krijgen of niet. Soms spelen (ook) emotionele factoren - of mogelijk ook de attitude van de huisarts - een rol in het niet durven bellen. Zo is bijvoorbeeld de angst om als zeurpiet gezien te worden genoemd.

Uit een groepsinterview bleek dat mannen meer moeite hebben om de huisarts te bellen dan vrouwen. (Vrouwen bellen sowieso vaker vanwege de kinderen). Eén van de mannen maakte de opmerking dat het hem moeite kostte om te bellen. “(..) en je krijgt tenslotte maar paracetamol bij griep”. De teleurstelling in wat de huisarts ze te bieden heeft (alleen maar paracetamol) is ook voor andere geïnterviewde mensen een reden om de huisarts niet meer zo vaak te bellen.

In het onderzoek is de vraag gesteld of men liever een mannelijke of een vrouwelijke huisarts zou hebben. Het maakt veel Marokkanen niet uit of ze een mannelijke dan wel een vrouwelijke arts hebben. De opmerkingen die gemaakt zijn hebben vooral betrekking op het feit dat een arts respect moet hebben.

*Een mannelijke of vrouwelijke huisarts: het maakt meneer (73 jaar) niet uit. Hij wil een arts die deskundig is en respect kan tonen voor elk individu met zijn eigen normen en waarden.*

Een aantal vrouwen zou eigenlijk liever een vrouwelijke huisarts hebben. Vanwege het feit dat je bij een vrouw beter en veiliger en meer begrepen voelt; vanwege het feit dat je vrijer bent om over alles te vertellen en je meer op je gemak voelt bij lichamenlijk onderzoek. Degenen die dit soort opmerkingen maakten hebben allemaal een mannelijke huisarts. Eén iemand geeft ook het voordeel aan van het bij haar huisarts blijven: ze heeft hem al jaren en hij is dus goed op de hoogte van haar klachten.



## **Hoofdstuk 4 – De ervaringen van Turken met de huisartsenzorg in Amsterdam**

### ***4.1 Inleiding***

In het vooronderzoek bleken, net als bij de Marokkanen, ook bij de Turken de problemen met de huisartsenzorg voort te komen uit bepaalde aspecten van de attitude van de huisarts, communicatieproblemen en de wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, in vergelijking met dat in het land van herkomst, is georganiseerd.

Dit hoofdstuk kent eenzelfde opbouw als het voorgaande. Er wordt eerst ingegaan op het feit dat Turken die in Amsterdam wonen een diverse groep vormen (4.2). Paragraaf 4.3 gaat over de attitude van de huisarts. De communicatie met de huisarts en met name de communicatieproblemen komen ter sprake in paragraaf 4.4. In paragraaf 4.5 wordt de wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorg is georganiseerd – en de eventuele problemen die Turken daarmee hebben – besproken. De attitude van Turkse patiënten vormt het laatste onderdeel (4.6) van dit hoofdstuk.

### ***4.2 Algemeen***

Net als de Marokkanen zijn de Turken oorspronkelijk naar Nederland gekomen in het kader van arbeidsmigratie. Net als de Marokkanen kunnen ook bij de Turken die in Amsterdam<sup>25</sup> wonen in feite drie groepen worden onderscheiden: de oudere generatie, de jongeren die in Nederland zijn geboren en de mensen die in het kader van gezinshereniging naar Nederland zijn gekomen. Met name mensen die laaggeschoold zijn spreken geen of moeizaam Nederlands. Dit zijn zowel mensen uit de eerste generatie als mensen die in het kader van gezinshereniging naar Nederland komen. Hoogopgeleiden kunnen zich makkelijker in

---

<sup>25</sup> Het onderzoek is verricht onder Turken die in Amsterdam wonen. Als in het vervolg over Turken wordt gesproken, betreft het steeds Turken die in Amsterdam wonen.

het Nederlands uitdrukken. Zij hadden in Turkije goede toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen.

### **4.3 De attitude van de huisarts**

Ook de Turkse mensen die in het onderzoek zijn betrokken zijn merendeels positief over de attitude van de huisarts. Verreweg de meeste mensen vinden de huisarts aardig, soms zelfs 'hartstikke aardig'.

Een deel van de Turken uit het onderzoek is ook voor de rest zeer tevreden over de attitude van de huisarts. Men vindt dat de huisarts goed luistert, goed doorvraagt, goed uitleg geeft, enzovoort.

*Over de attitude van haar huisartsen (twee huisartsen die parttime werken) is mevrouw (26 jaar) tevreden. Ze vindt dat ze haar op een vriendelijke wijze benaderen. Dat ze haar serieus nemen blijkt uit het feit dat ze doorvragen over haar klachten. Ze vindt ze heel deskundig. Ze vragen vaak genoeg naar haar mening over wat volgens haar de oorzaak is. Dit vindt mevrouw heel goed, want zo kan ze zelf nadenken over haar symptomen. Op de vraag of de huisartsen openstaan voor kritiek antwoordt ze dat ze denkt dat het wel zo is. Ze reageert gevoelsmatig, want in de praktijk was het niet nodig om kritiek te leveren.*

Een ander deel van de Turken uit het onderzoek vindt de huisarts weliswaar heel aardig, maar heeft toch een aantal aanmerkingen op zijn attitude<sup>26</sup>. Genoemd is bijvoorbeeld dat de huisarts soms geen geduld heeft, niet altijd langs komt als iemand erom vraagt, of standaardvragen stelt. Volgens een aantal mensen heeft de huisarts geen tijd en schrijft hij of zij snel een recept uit. Een tweede probleem dat is genoemd, is dat de huisarts niet altijd voldoende uitleg geeft. Daarbij moet gedacht worden aan uitleg van de diagnose, of over bijvoorbeeld de reden waarom

---

<sup>26</sup> Door een van de interviewers is naar voren gebracht dat iedereen, tijdens een groepsinterview, zei de huisarts heel aardig te vinden. Naarmate het interview langer duurde en mensen meer op hun gemak raakten kwamen de kritiekpunten naar voren. De huisarts is weliswaar aardig, maar...

een bepaald onderzoek gedaan moet worden of over de reden dat bepaalde medicijnen wel of niet worden voorgeschreven. Een deel van de Turken uit het onderzoek vindt dat zij voldoende uitleg krijgen. Meerdere Turken geven echter aan dat zij niet vanzelfsprekend uitleg van de huisarts krijgen. Over bijvoorbeeld de diagnose moet men nogal eens zelf om uitleg vragen. Bij een aantal mensen vertelt de huisarts de ene keer wel goed wat er aan de hand is, de andere keer niet. Een aantal geïnterviewden heeft ook verklaard waarom de huisarts niet altijd vanzelfsprekend uitleg geeft. Genoemd is dat men niet voldoende Nederlands spreekt, en het tijdgebrek van de huisarts.

*(Groepsinterview vrouwen). Een aantal vrouwen laat blijken dat het per keer kan verschillen of een huisarts iets vertelt of niet. "Soms vertelt hij zoveel dat ik verbaasd ben, maar soms moet ik alles vragen." "Over het algemeen vertelt de huisarts goed wat er aan de hand is, maar soms zegt hij geen woord, misschien is dat dan niet nodig. Soms ben ik nieuwsgierig naar wat ik heb, daarom wil ik meer weten over mijn toestand." "Soms vraagt ze plotseling alles over mijn familie. Of alles goed is, hoe het met mijn man en kinderen is. Ik ben dan verbaasd. Ik wil natuurlijk meer aandacht, net als die andere patiënten. Ik vond het leuk dat ze naar mijn familie vroeg."*

Uit opmerkingen die geïnterviewden maken over problemen met bijvoorbeeld al dan niet onderzoek doen, blijkt dat de huisartsen over het algemeen wel uitleggen waarom ze vinden dat er geen onderzoek nodig is. Meerdere mensen hebben aangegeven dat ze bij meningsverschillen met de huisarts tot overeenstemming komen.

Later in dit hoofdstuk komt een onderdeel ter sprake waar nogal wat Turken, net als nogal wat Marokkanen, weinig uitleg over krijgen: de werking en bijwerkingen van medicijnen.

Er zijn slechts een paar Turken in het onderzoek die een serieus probleem met hun huisarts hebben. Zij vinden dat de huisarts niet luistert, geen goed antwoord op vragen geeft, enzovoort. Opvallend is dat vooral deze mensen ook aangeven dat de huisarts niet voldoende tijd heeft/neemt.

Evenals in Marokko hebben ook in Turkije artsen veel gezag.<sup>27</sup> De arts moet voor hen ontdekken wat er aan de hand is. In Nederland daarentegen moet je de arts zelf vertellen wat er is. Veel Turken zijn gewend dat 'de arts het weet'. Nederlandse huisartsen stellen, volgens sleutelpersonen uit het vooronderzoek, nogal eens de vraag 'Wat denkt u er zelf van?' Deze vraag zou het gezag van de huisarts ondermijnen. Van de geïnterviewde Turken heeft slechts een enkeling de ervaring dat de huisarts deze vraag stelt. Zij vindt dat prettig. Anderen hebben deze ervaring niet. "Mijn huisarts vraagt nooit naar mijn idee over mijn ziekte." "Mijn huisarts vraagt dat niet aan mij, misschien wel door het taalprobleem." Eén van de geïnterviewde vrouwen denkt dat het beter zou zijn als de huisarts zou vragen wat haar idee over haar ziekte is: "Ik heb pijn, ik kan haar een idee geven."

Een tweede probleem dat in het vooronderzoek naar voren kwam is dat (blanke) Nederlanders langer in de spreekkamer zouden blijven. In de interviews zijn de meningen hierover verdeeld. Er zijn mensen die inderdaad van mening zijn dat (blanke) Nederlanders langer in de spreekkamer blijven. De mensen die dat vinden wijten dat voor een deel aan het taalprobleem. Nederlanders kunnen beter vertellen wat er aan de hand is. Ook bestaat het idee dat Nederlanders blijven doorvragen. Er zijn echter ook mensen die het niet eens zijn met de uitspraak dat (blanke) Nederlanders langer in de spreekkamer blijven. Uit de interviews komt in ieder geval niet naar voren dat het al dan niet langer in de spreekkamer blijven als een belangrijk probleem wordt gezien.

#### **4.4 De communicatie met de huisarts**

Het beheersen van een taal die beide betrokken partijen spreken is de basis van de communicatie. Een deel van de Turken uit het onderzoek spreekt geen of slecht Nederlands; de meeste huisartsen spreken geen Turks.

Net als bij de Marokkanen ontstaan de communicatieproblemen dan ook als eerste door taalproblemen. Een tweede factor die

---

<sup>27</sup> Deze informatie is afkomstig van sleutelpersonen en interviewers.



leidt tot communicatieproblemen is (relatieve) onbekendheid van de huisarts met de culturele of religieuze achtergrond van Turkse patiënten. Een onderdeel van dit probleem is, net als bij de Marokkanen, een andere presentatie van de gezondheidsklachten. Turken hebben op zijn minst deels dezelfde uitdrukkingen waarmee ze hun klachten presenteren als Marokkanen. Net als Marokkanen zeggen Turken bijvoorbeeld “Mijn lever brandt” . Dat betekent ook bij hen dat de persoon nog steeds rouwt om een kind of een ouder die zij verloren heeft.<sup>28</sup> Ook normen en waarden die voortkomen uit de culturele of religieuze achtergrond, zoals niet over bepaalde problemen praten, kan tot communicatieproblemen leiden.

#### **4.4.1 Communicatieproblemen: de taal**

Dertien van de vijfendertig geïnterviewde Turken hebben een communicatieprobleem doordat ze geen of slecht Nederlands spreken. Dat betekent dat het ze niet goed lukt om hun problemen uit te leggen.

Een aantal mensen spreekt matig Nederlands, maar geeft aan dat het ze wel lukt om hun klachten te verwoorden.<sup>29</sup>

De Turken uit het onderzoek ‘lossen het taalprobleem op’ door iemand te laten bellen of door iemand mee te nemen naar de huisarts. Net als bij de Marokkanen beperkt die ‘oplossing’ echter op een andere manier de communicatie met de huisarts: mensen kunnen niet alles vertellen of durven dat niet, en het is nog maar de vraag of het tolken altijd op een juiste manier gebeurt.

Als een volwassene de rol van tolk op zich neemt kunnen Turken, uit privacyoverwegingen, niet altijd alles vertellen. Uit een gesprek met interviewers kwam naar voren dat in de Turkse cultuur nogal eens dingen worden doorverteld. De angst dat met name psychosociale problemen doorverteld worden, beperkt mensen in wat zij aan een huisarts zullen vertellen. In een van de interviews vertelde een mevrouw, dat zij, juist vanwege de angst voor ‘roddelen’ door degene die tolkte, alleen haar fysieke

---

<sup>28</sup> Deze informatie is afkomstig van Turkse sleutelpersonen.

<sup>29</sup> Begrijpen wat iemand zegt is gemakkelijker dan zelf vertellen. Interviewers hebben de opmerking gemaakt dat je in een andere taal, ook al spreek je deze nog zo goed, niet altijd voldoende kunt uitleggen wat je voelt.

problemen aan de huisarts voorlegde. Waarschijnlijk is het feit dat mensen zich, als ze anderen meenemen naar de huisarts, beperkt voelen in wat ze wel en niet kunnen vertellen, een van de redenen om per se alleen naar de huisarts te willen gaan

*(Groepsinterview) Twee van de vier vrouwen hebben geen problemen met de Nederlandse taal. Ze kunnen zich makkelijk uiten en duidelijk hun problemen op tafel leggen. De twee andere vrouwen hebben wel wat problemen. Ze praten als het nodig is met handen en voeten. Bij een van beide vrouwen verloopt de communicatie moeilijk. Ze voelt zich niet helemaal begrepen, maar vertikt het toch om iemand mee te nemen. Ze wil het alleen proberen te vertellen.*

Als het tolken door een kind gebeurt kan ook niet alles verteld worden. Turkse vrouwen kunnen in zo'n geval bijvoorbeeld 'niet alle intieme ziektes uitleggen. Sommige termen begrijpt een kind niet'. Soms ook kunnen kinderen niet uitleggen wat de arts zegt. Een kind van negen weet bijvoorbeeld niet (altijd goed) wat een baarmoeder is.

Als kinderen de rol van tolk hebben, is het zeer twijfelachtig of ze altijd op de juiste manier vertalen. Eén van de geïnterviewden had als kind getolkt en gaf aan soms zo maar wat te hebben gezegd.

*(Vrouw, ca. 25 jaar) "Ik weet uit ervaring wat een taalbarrière betekent, want ik ben in mijn jeugd vaak met mijn moeder naar de dokter geweest. Ik moest dan voor haar vertalen. Hoe ik dit heb ervaren? Nou ik vond het vervelend dat ik mee moest om heen en weer te vertalen. Soms vond ik het ook moeilijk om te vertalen, soms zei ik maar wat."*

Uit een van de gesprekken met een Turkse vrouw bleek dat het tolken voor kinderen ook heel belastend kan zijn. Ze horen dingen die ze niet horen te weten of die ze niet aankunnen. De betreffende vrouw heeft twee jaar slaapproblemen gehad nadat zij voor haar moeder moest tolken dat deze niet zwanger mocht worden, omdat zij anders dood kon gaan.

Opvallend genoeg maakt geen van de huisartsen van de geïnterviewden gebruik van de tolkentelefoon. Een aantal

mensen heeft de ervaring dat de huisarts dat vroeger wel deed, maar nu niet meer. Niet iedere patiënt is overigens op de hoogte van het bestaan van een tolkentelefoon. En niet iedere patiënt vindt het terecht dat, als men er achter komt dat er een tolkentelefoon bestaat, de huisarts daar geen gebruik van maakt.

#### **4.4.2 Communicatieproblemen: onbekendheid van de huisarts met de religieuze of culturele achtergrond**

In het onderzoek is aan mensen gevraagd of de huisarts wel eens vragen stelt over Turkije en of de huisarts bekend is met hun gewoonten.

De huisartsen van de meeste Turken in het onderzoek tonen belangstelling voor het land van herkomst en voor de achtergrond van de Turken. Een enkele huisarts gaat heel ver in het laten blijken van zijn of haar belangstelling voor de Turkse en andere culturen. De praktijk van de huisarts van een mevrouw lijkt volgens haar 'een museum'. De huisarts heeft van elk land iets kenmerkends staan. Deze mevrouw vindt het ook belangrijk dat een huisarts bekend is met andere culturen en gewoonten, omdat de achtergrond of herkomst van mensen een belangrijke invloed op de gezondheid kan hebben.

Huisartsen zijn dan vaak wel geïnteresseerd, ze weten volgens een deel van de Turken uit het onderzoek niet altijd veel af van de gewoonten die mensen in Turkije (en in Nederland) hebben. Waar huisartsen meestal wel van op de hoogte zijn is de Ramadan. Een aantal huisartsen geeft in de maand Ramadan uitleg over hoe medicijnen het beste gebruikt kunnen worden. Enerzijds zijn er geïnterviewden (met name mannen) die hebben aangegeven het niet belangrijk te vinden dat de huisarts van alle leefgewoonten op de hoogte is. Anderzijds blijkt uit een aantal interviews (met vooral vrouwen) dat mensen, bij wie de huisarts geen interesse in hun achtergrond toont, het op prijs zouden stellen als hun huisarts dat wel zou doen. De opmerking die bijvoorbeeld gemaakt is, is dat Turken, als de huisarts naar hun achtergrond zou vragen, het graag zouden vertellen. De mevrouw die deze opmerking maakte heeft een huisarts die nooit naar haar achtergrond en gewoonten vraagt. Volgens haar doet hij dat niet omdat hij denkt dat het een privé-aangelegenheid is.

#### **4.4.3 Communicatieproblemen: belemmeringen in de communicatie ten gevolge van de culturele of religieuze achtergrond**

Veel Turken die zijn geïnterviewd gaven aan dat ze alles aan de huisarts durven te vertellen.

De vraag is echter in hoeverre Turken werkelijk echt alles aan de huisarts durven te vertellen. Tijdens een gesprek met interviewers bleek dat Turken nogal wat taboes kennen die bepalend zijn voor wat ze wel en niet aan de huisarts vertellen. Het grootste taboe is seksueel misbruik. Ook seksualiteit en problemen in het gezin zijn volgens hen onderwerpen waarover niet zo makkelijk met de huisarts wordt gesproken. Net als bij Marokkanen speelt bij (islamitische) Turken de problematiek rond het al dan niet maagd zijn. Jonge Turkse vrouwen die hier geboren zijn hebben minder problemen om dit onderwerp bij de huisarts ter sprake te brengen. Mensen die hier in het kader van gezinshereniging naartoe komen, hebben hier echter wel een probleem mee. Problemen met kinderen is een taboe-onderwerp, onder andere omdat mensen bang zijn dat hun kinderen hen worden afgenomen. Turken brengen, volgens de interviewers, psychische problemen eveneens niet graag naar buiten.

Een enkele geïnterviewde geeft ook daadwerkelijk aan dat zij persoonlijke dingen niet wil vertellen: “Zij is mijn arts. Maar dat wil niet zeggen dat zij overal van op de hoogte moet zijn, vooral van mijn persoonlijke zaken niet.” De meeste geïnterviewden geven dit echter niet zo duidelijk aan. In de interviews is een aantal andere redenen naar voren gebracht waarom mensen niet alles durven te vertellen. Genoemd zijn een taalprobleem en het, vanwege de tijdsdruk waaronder de huisarts werkt, snel moeten vertellen van je verhaal. Een derde genoemde factor is ten slotte de angst voor het oordeel van de huisarts: bang een zeur gevonden te worden.

Bescheidenheid, beleefdheid, geen uitleg en doorverwijzing durven vragen omdat dat als kritiek zou kunnen worden opgevat (factoren die in de Marokkaanse cultuur van belang zijn) spelen bij de Turken in het onderzoek geen rol. De geïnterviewden geven over het algemeen aan dat zij de huisarts wel om uitleg en om doorverwijzing durven te vragen.

## **4.5 De wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is georganiseerd**

### **4.5.1 De huisarts als poortwachter**

Er zijn grote verschillen in de wijze waarop de gezondheidszorg in respectievelijk Nederland en Turkije is georganiseerd. In Turkije bestaat er geen systeem van huisartsengeneeskunde. Je gaat rechtstreeks naar een specialist, naar een generalist of naar een polikliniek of ziekenhuis. Naar welke arts of specialist je gaat bepaal je zelf, althans als je geld hebt. Mensen met geld gaan vaak naar een specialist, mensen met weinig geld zijn aangewezen op de diensten van een generalist. Bevalt de arts niet, dan ga je naar iemand anders<sup>30</sup>.

Net als Marokkanen krijgen ook Turken in Nederland te maken met een (vaste) huisarts, die in het gezondheidszorgsysteem poortwachter is. Net als bij de Marokkanen hebben ook bij de Turken de hoger opgeleiden het meest moeite met deze functie van de huisarts. Een aantal van de mensen met wie een voorgesprek werd gevoerd was zeer ontevreden over het feit dat ze niet zelf konden beslissen of ze al dan niet naar een specialist zouden gaan. Mensen voelen zich nogal eens niet serieus genomen. Vaak heeft men het gevoel afgescheept te worden met paracetamol in plaats van een oplossing te krijgen (in de vorm van bijvoorbeeld een doorverwijzing of gerichte medicatie). Slechts vijf van de geïnterviewden geven aan dat zij géén problemen met de huisarts hebben als het gaat om doorverwijzen. Verreweg de meeste Turken hebben wel eens de ervaring gehad dat ze een verwijzing wilden hebben, maar dat de huisarts die niet wilde geven.

*(Groepsinterview vrouwen) De vrouwen hebben allemaal de ervaring dat ze wel eens verwezen willen worden, terwijl de huisarts ze niet wil verwijzen. (...) Soms hebben de vrouwen er begrip voor als ze niet worden doorverwezen, maar sommige toestanden zijn volgens hen wel eens iets anders dan wat de huisarts denkt. Zo kan een huisarts zeggen dat het spierpijn is, terwijl de pijn door een hernia komt. (...)*

<sup>30</sup> Deze informatie is afkomstig van Turkse sleutelpersonen

*De vrouwen durven over het algemeen wel om een verwijzing te vragen, maar het lukt niet altijd om doorverwezen te worden. Een van de vrouwen vroeg een keer een verwijskaart voor het ziekenhuis. De arts was boos, hij zei dat het ziekenhuis duur is. De vrouw werd ook boos en zei dat ze elke maand voldoende premie betaalde en hartstikke ziek was.*

Als de huisarts niet wil verwijzen, terwijl de patiënt het wel wil, zijn er twee 'oplossingen'. De eerste is dat de patiënt met de huisarts gaat onderhandelen of erop aandringt toch doorverwezen te worden, waarna de huisarts alsnog doorverwijst. Uit de interviews blijkt dat dit regelmatig gebeurt.

De tweede 'oplossing' is dat de huisarts bij zijn of haar standpunt blijft en niet doorverwijst. Nogal wat mensen in het onderzoek hebben (ook) deze ervaring gehad en zijn daar niet altijd blij mee.

#### **4.5.2 De pijlers van de Nederlandse huisartsengeneeskunde**

In hoofdstuk 2 is al aangegeven welke de pijlers zijn waarop het Nederlandse systeem van huisartsengeneeskunde rust: een bio-psykosociaal denkmodel, een stap-voor-stapbeleid en een terughoudend medicatiebeleid.

##### **Het bio-psykosociale denkmodel**

In het bio-psykosociale denkmodel worden klachten niet alleen benaderd vanuit een fysieke invalshoek, maar wordt ook nagegaan of klachten eventueel te maken hebben met psychische of sociale factoren. Stress bijvoorbeeld wordt gezien als een factor die tot fysieke problemen kan leiden. Daarop zal later worden ingegaan.

Tijdens de voorgesprekken bleek dat vrijwel alle geïnterviewde sleutelpersonen van Turkse herkomst de ervaring hadden dat er in Nederland een foute diagnose was gesteld. Voorbeelden zijn: het niet onderkennen van diabetes, een nekhernia, een niersteen etc. Bij iedereen werd in Turkije wel de juiste diagnose gesteld. Een aantal mensen is dan ook van mening dat de artsen in Turkije veel beter zijn.

Ook een aantal Turken die meededen aan het onderzoek heeft problematische ervaringen met het stellen van een diagnose door de huisarts. Een aantal van hen heeft in Turkije volgens hen de juiste diagnose gekregen. Eén vrouw, bij wie in Nederland griep en in Turkije longontsteking werd gediagnosticeerd, heeft het idee dat het stellen van een verkeerde diagnose te maken kan hebben met het feit dat zij, door taalproblemen, niet goed kan vertellen wat er aan de hand is. Een andere vrouw is van mening dat haar klachten steeds vanuit psychische problemen werden verklaard (zij werd naar een RIAGG of naar het maatschappelijk werk verwezen), terwijl zij een paar jaar later aan haar buik is geopereerd en het 'gewoon een darmprobleem bleek te zijn'. Uit bovenstaande blijkt al dat niet alle Turken in het onderzoek het eens zijn met de diagnose die de huisarts stelt.

Het niet (helemaal) eens zijn met de diagnose heeft, afgezien van 'missers', nogal eens te maken met het feit dat de huisarts zegt dat de klachten het gevolg zijn van stress of van psychische problemen. Men is het niet altijd eens met de diagnose 'stress' of men accepteert niet zonder meer dat er niet (ook) iets anders aan de hand is. Een van de vragen die in het onderzoek is gesteld, is of men vindt dat de huisarts deskundig is. Tijdens een groepsinterview twijfelden sommigen aan de deskundigheid van de huisarts omdat de huisarts aangaf dat buik- of oorpijn door stress of heimwee veroorzaakt konden zijn. Ook vinden sommige mensen wel dat de diagnose 'stress' te vaak wordt gegeven. Desondanks zijn meer Turken dan Marokkanen in het onderzoek bereid om te accepteren dat klachten het gevolg van bijvoorbeeld stress kunnen zijn.

*(Groepsinterview vrouwen). Op de vraag of de huisarts wel eens zegt dat de klachten het gevolg zijn van stress antwoordt iedereen dat dat zo is. Iedereen is het eigenlijk ook met de diagnose van de huisarts eens. "Als ik niet goed slaap of maagpijn heb, zegt de huisarts dat het door stress komt. Ik ben het ermee eens". (...) "Ik ben het er ook mee eens. Wij leven al zo lang hier. Vroeger was er geen televisie, geen telefoon, hadden we geen contact met onze familie. Het leven was toen hartstikke moeilijk. Nu, jaren later, komt alles eruit".*

Een aantal mensen heeft aangegeven dat zij, als ze het niet met de diagnose eens zijn, daarover met de huisarts in gesprek gaan.

### **Stap-voor-stapbeleid**

Als je in Turkije naar een arts gaat worden er dezelfde dag nog röntgenfoto's genomen, wordt er meteen bloedonderzoek gedaan, enzovoort. Je krijgt altijd dezelfde dag de uitslag.<sup>31</sup> Hoewel nogal wat Turken moeite hebben met het verwijsbeleid van de huisarts, zijn de meeste Turken uit het onderzoek tevreden over zowel het onderzoek dat de huisarts zelf doet, als het onderzoek dat de huisarts laat doen. Zij vinden dat de huisarts goed en genoeg onderzoek doet en genoeg onderzoek laat doen. Een aantal mensen is van mening dat de huisarts niet genoeg onderzoek laat doen. Volgens hen moet je zwaar ziek zijn (en niet alleen maar griep hebben of verkouden zijn of een hoge bloeddruk hebben) voor de huisarts onderzoek laat doen.

Als de huisarts geen onderzoek laat doen, terwijl mensen dat wel willen, overleggen ze, dringen ze op onderzoek aan, of komen ze weer bij de huisarts terug.

Nogal wat mensen maken, zodra ze in Turkije zijn, gebruik van de mogelijkheid zich daar te laten onderzoeken of bijvoorbeeld een röntgenfoto te laten maken. Dat doet men ook als men er eigenlijk geen geld voor heeft. Men verkoopt dan bijvoorbeeld een paar armbanden om toch de röntgenfoto te kunnen betalen. Soms neemt men de röntgenfoto mee naar Nederland, om hier alsnog geopereerd te kunnen worden.

Dat men zich in Turkije (of in Duitsland) laat onderzoeken heeft een aantal redenen. De belangrijkste redenen zijn dat mensen zich in het Turks gemakkelijker kunnen uitdrukken en dat het onderzoek in Turkije sneller plaatsvindt. Er zijn geen wachtlijsten, alle onderzoek is binnen korte tijd klaar en je krijgt onmiddellijk een diagnose.

*(Groepsinterview, analfabete vrouwen) Vier van de vijf geïnterviewde vrouwen gaan vaak naar Turkije om daar onderzoek te laten doen. Ze hebben daar geen last van het taalprobleem. Je kunt alle problemen makkelijk uitleggen. Je spreekt je moedertaal, dus je kunt alle afwijkingen rustig*

<sup>31</sup> Deze informatie is afkomstig van Turkse sleutelpersonen.



*vertellen. En het gaat sneller. Sommige onderzoeken vinden binnen een uur plaats; je hoeft niet een maand te wachten. Soms is het wel zo dat de artsen in Turkije, om meer geld binnen te krijgen, allerlei niet noodzakelijke onderzoeken doen. Als je bijvoorbeeld een vetbobbeltje hebt, gaan ze allerlei onderzoeken uitvoeren. Dat is misschien goed, maar soms is het niet nodig zoveel geld uit te geven.*

Ook is het in Turkije (net als in Marokko trouwens) mogelijk om een check-up te krijgen. Ook dat laat een aantal mensen wel eens daar doen.

### **Terughoudend medicatiebeleid**

De derde pijler van de Nederlandse huisartsenzorg is een terughoudend medicatiebeleid. Als je in Turkije naar een arts gaat, krijg je vaak meteen medicatie. Mensen zijn ook geneigd om zelf voor van alles medicijnen te kopen. Je hoort van iemand dat, bij een bepaalde kwaal, een bepaald middel goed werkt, en je koopt het vervolgens zelf ook. Medicijnen zijn bij de apotheek zonder doktersvoorschrift te krijgen.<sup>32</sup>

In tegenstelling tot de Marokkanen, die over het algemeen vinden dat de huisarts te weinig medicijnen voorschrijft, vinden de meeste Turken in het onderzoek dat de Nederlandse huisarts genoeg medicijnen voorschrijft. Er is volgens Turkse interviewers wat betreft het gebruik van medicijnen een verandering van attitude gaande. Er zijn tegenwoordig veel Turken, en met name Turkse vrouwen, die geen medicijnen willen. Ze hebben te veel last van bijwerkingen gehad en vinden dat de huisarts eerst moet onderzoeken wat er aan de hand is. Als dat duidelijk is willen ze wel medicijnen gebruiken. “Vrouwen zeggen bijvoorbeeld ‘Ik gebruik al zolang antidepressiva. Wanneer komt er een eind aan? Straks kan mijn lichaam niet meer zonder die medicijnen.’ De eerste generatie Turkse vrouwen gebruikt heel veel pijnstillers en anti-depressiva.” De waarneming van de Turkse interviewers wordt bevestigd door wat enkele geïnterviewden vertellen. Een aantal geïnterviewden heeft de ervaring dat een huisarts geen medicijnen wilde voorschrijven, terwijl zij wel medicijnen wilde hebben. Of dat hij bijvoorbeeld paracetamol voorschreef,

---

<sup>32</sup> Deze informatie is afkomstig van Turkse sleutelpersonen.

terwijl zij iets anders wilden hebben. Een vrouw heeft het gevoel dat het ook door haar taalprobleem komt dat ze niet de medicijnen krijgt die ze wil hebben. Ze kan niet goed vertellen wat er aan de hand is en ook niet goed begrijpen wat er aan de hand is. Een minderheid vindt dat er te weinig antibiotica worden voorgeschreven. Anderen zijn het niet eens met het feit dat de huisarts geen paracetamol voor wil schrijven. Soms geeft de huisarts uitleg, soms zegt de huisarts dat het niet nodig is om medicatie te gebruiken of dat het te duur is.

De uitleg van de huisarts is van belang om te kunnen begrijpen waarom hij terughoudend is met het voorschrijven van medicijnen.

*De huisarts schrijft alleen medicijnen voor als het nodig is. Ze schrijft bijvoorbeeld niet zo gauw antibiotica voor. De huisarts geeft uitleg over waarom ze dat niet doet. Mevrouw (26 jaar) is met die uitleg tevreden en kan begrijpen dat het goed is om uit te zieken in plaats van steeds antibiotica te gebruiken.*

Net als bij de Marokkanen is het ook bij de Turkse groep zo dat de nodige mensen geen uitleg krijgen over de werking en de bijwerkingen van de medicijnen. Ook bij de Turkse groep blijkt verwijzen naar de bijsluiter geen optie. Uiteindelijk kan het niet geven van uitleg ertoe leiden dat mensen de medicatie verkeerd gebruiken.

*De huisarts schrijft wel medicijnen voor, maar geeft heel weinig uitleg over hoe je ze moet gebruiken. Een tijdje terug had mevrouw (26 jaar) een ontsteking die maar niet over ging en zij had daarbij ook hoge koorts. De dokter schreef antibiotica voor. Na een paar dagen voelde mevrouw zich wat beter. Ze is toen gestopt met het innemen van het medicijn. Het werd echter weer erger en ze voelde zich beroerd. Mevrouw wist niet dat ze de hele kuur moest afmaken om helemaal te herstellen. Mevrouw vond het erg naar dat haar huisarts dit niet aan haar duidelijk had gemaakt. "Hij kan er toch niet van uitgaan dat de apotheker mij uitleg geeft. Hij weet toch dat ik geen Nederlands spreek, laat staan lees." Toen mevrouw opnieuw antibiotica nodig had heeft ze de huisarts gevraagd of hij haar wilde uitleggen wat voor medicijnen*

*ze kreeg en haar duidelijk wilde uitleggen hoe zij ze moest gebruiken.*

Nogal wat geïnterviewden kopen medicijnen in Turkije. Uit de interviews is niet duidelijk geworden welke medicijnen dat precies zijn. Een aantal mensen heeft aangegeven dat het meestal niet om serieuze medicijnen gaat, maar om bijvoorbeeld een allergiepil, aspirine, etc. Het is ook niet duidelijk of de medicijnen door artsen worden voorgeschreven. Als mensen door Turkse artsen medicijnen krijgen voorgeschreven is de reactie op die verstrekking verschillend. Er is gezegd dat Turkse artsen makkelijker medicijnen voorschrijven en dat die soms inderdaad goed helpen. Er is zelfs gezegd “Als ik geen medicijnen uit Turkije krijg, word ik nooit beter.” Er is echter ook gezegd dat er, na het voorschrijven van medicijnen, andere problemen ontstonden. Mensen gebruiken in Nederland ook niet altijd de medicijnen die ze in Turkije hebben gekregen.

Sommige mensen vertellen aan de huisarts welke medicijnen ze hebben gekocht of nemen de medicijnen mee naar de huisarts om ze aan hem of haar te laten zien. Uit de interviews wordt wel duidelijk dat huisartsen niet altijd gelukkig zijn met het feit dat mensen in Turkije medicijnen kopen. Enkele geïnterviewden gaven zelfs aan dat de huisarts het niet goed vindt dat ze ‘Turkse medicijnen’ nemen.

#### **4.6 De attitude van de Turkse patiënten**

Ook de Turkse mensen uit het onderzoek is een aantal vragen voorgelegd over hun attitude. Zo is er gevraagd wanneer zij de huisarts bellen en of ze het makkelijk vinden om de huisarts te bellen. Ook is gevraagd of mensen om uitleg durven vragen, eventueel kritiek durven leveren, enzovoort.

Net als de Marokkanen antwoordden ook de Turkse mensen uit het onderzoek verschillend op de vraag wanneer zij de huisarts bellen. Een aantal mensen belt de huisarts bij verkoudheid en hoofdpijn of als ze zich niet prettig voelen. Deze mensen gaan voor dit soort dingen niet naar het spreekuur, daar gaan ze pas naartoe als het ernstiger is. Andere mensen bellen de huisarts, naar eigen zeggen, pas bij ernstiger ziektes, zoals bijvoorbeeld

migraine en blaasontsteking. De frequentie van naar de dokter gaan verschilt nogal. Zeker de Turkse mannen uit het onderzoek gaan niet zo vaak naar de huisarts toe.

De meeste geïnterviewden vinden het gemakkelijk om de huisarts te bellen en voelen zich bij de huisarts ook op hun gemak. Eén mevrouw gaf ook aan waaruit blijkt dat zij zich op haar gemak voelt: uit het feit dat ze de ruimte voelt om haar gevoelens te uiten.

Bij de mensen die zich bij de huisarts niet op hun gemak voelen blijkt dat dat te maken heeft met een tijdsprobleem, met een taalprobleem of met emotionele factoren. De beperkte tijd die een huisarts per patiënt ter beschikking heeft kan ertoe leiden dat iemand het gevoel heeft dat 'alles te gehaast moet' en dat er niet genoeg tijd is om je problemen uit te leggen. Dat probleem wordt uiteraard groter naarmate iemand de Nederlandse taal minder beheerst. Het niet beheersen van de Nederlandse taal is door sommige Turken ook sec aangegeven als reden waarom men zich bij de huisarts niet op zijn gemak voelt. Bij een aantal mensen spelen (ook) emotionele factoren een rol. Genoemd is bijvoorbeeld dat de huisarts nog niet vertrouwd genoeg is, waardoor de betreffende persoon nog niet 'open' kan zijn.

In het onderzoek is de vraag gesteld of men liever een mannelijke of een vrouwelijke huisarts zou hebben. Vooral Turkse vrouwen hebben voorkeur voor een arts van eigen kunne. De reden is dat je 'intieme klachten' makkelijker aan een vrouwelijke arts kunt vertellen. Overigens weten niet alle Turkse vrouwen dat je om een vrouwelijke huisarts kunt vragen. Door een van de interviewers werd verteld dat er twee vrouwen bij haar kwamen met een brief voor kankeronderzoek. Zij nemen niet aan dat onderzoek deel, omdat hun huisarts een man is. Zij wisten niet dat zij het recht hebben om een vrouwelijke huisarts te vragen. Ze hebben die brief al jaren in huis.

## ***Hoofdstuk 5 – De ervaringen van Surinamers met de huisartsenzorg in Amsterdam***

### ***5.1 Inleiding***

Uit het vooronderzoek kwam naar voren dat de problemen waar Surinamers mee te maken hebben vooral communicatieproblemen zijn. In dit hoofdstuk zal in paragraaf 5.4 op de communicatie met de huisarts worden ingegaan. Dit hoofdstuk kent eenzelfde opbouw als voorgaande twee hoofdstukken. Er wordt eerst ingegaan op het feit dat de Surinamers die in Amsterdam wonen geen homogene groep vormen (5.2). Paragraaf 5.3 gaat over de attitude van de huisarts. De communicatie met de huisarts en met name de eventuele communicatieproblemen komen ter sprake in paragraaf 5.4. In paragraaf 5.5 wordt de wijze waarop de Nederlandse gezondheidszorg is georganiseerd – en de problemen die Surinamers daarmee eventueel hebben – besproken. De attitude van Surinaamse patiënten vormt het laatste onderdeel (5.6) van dit hoofdstuk.

### ***5.2 Algemeen***

Net als de Marokkanen en de Turken vormen de Surinamers (en de Surinaamse Nederlanders) in Amsterdam geen homogene groep.<sup>33</sup>

Het verleden van Suriname wordt gekenmerkt door koloniale overheersing en door (gedwongen) migratiestromen uit Afrika en landen als Pakistan, India en China. In Suriname wonen daardoor meerdere bevolkingsgroepen, met verschillende culturen en religies. Van al deze bevolkingsgroepen zijn mensen naar Nederland gemigreerd. De meest in het oog springende verschillen tussen Surinamers in Nederland zijn dan ook verschillen op grond van etniciteit.

---

<sup>33</sup> Deze informatie is afkomstig van Surinaamse sleutelpersonen.

Het onderzoek is verricht onder Surinamers die in Amsterdam wonen. Als in het vervolg over Surinamers wordt gesproken, betreft het steeds Surinamers die in Amsterdam wonen.

In Amsterdam wonen vooral creolen, hindostanen, javanen en chinezen.

Net als Marokkanen en Turken kennen ook de Surinamers verschillende migratiestromen naar Nederland. Tot 1950 kwamen vooral hoog opgeleide Surinamers naar Nederland. In de periode daarna vond er in eerste instantie een arbeidsmigratie en vervolgens een politieke migratie plaats.<sup>34</sup> Anders dan Marokkanen en Turken spreekt, ten gevolge van het koloniale verleden, het merendeel van de Surinaamse migranten de Nederlandse taal.

### **5.3 De attitude van de huisarts**

De Surinaamse patiënten in het onderzoek, die over het algemeen in Amsterdam Zuidoost wonen en een Nederlandse dan wel een Surinaamse huisarts hebben, oordelen over het algemeen positief tot zeer positief over de bejegening door hun huisarts. Er is wat dit betreft geen verschil in de beoordeling van Surinaamse en van blanke Nederlandse huisartsen. Verreweg de meeste Surinamers in het onderzoek vinden de huisarts aardig en voelen zich door de huisarts serieus genomen.

Veel mensen hebben aangegeven wat ze in hun huisarts waarderen. Genoemd is dat de huisarts niet alleen aardig en correct is, maar zich ook verontschuldigt als het spreekuur een beetje uitloopt of als hij tussendoor even moet telefoneren. Genoemd is het geven van adviezen, bijvoorbeeld over wat te doen met een zieke moeder in Suriname. Genoemd is ook dat de dochter van de geïnterviewde altijd een leuk speeltje of stickertje van de huisarts krijgt. Naast correct, attent of zorgzaam zijn wordt ook empathisch vermogen van een huisarts gewaardeerd.

*(Vrouw, hindostaans, 54 jaar). De huisarts is heel aardig. Op de vraag of de huisarts goed luistert antwoordt mevrouw "Kan niet beter". De huisarts stelt voldoende vragen en neemt voldoende tijd. Hij geeft altijd uitleg en geeft antwoord op vragen. De huisarts komt ook bij mevrouw thuis. Hij wilde laatst 's nachts nog komen toen mevrouw hoge koorts had, maar mevrouw vond*

<sup>34</sup> Zie hiervoor D. van Es, 'De migrant als patiënt'.

*het niet nodig. Hij belde vervolgens een paar keer om te vragen of het beter met mevrouw ging. Bij de vorige huisarts had mevrouw problemen met de assistente. De assistente van de huidige huisarts is goed.*

Een aantal mensen vindt de huisarts wel aardig, maar voelt zich niet serieus genomen. Zo vertelde een mevrouw dat de huisarts wel goed luistert, maar er niets mee doet. Zij voelt zich niet serieus genomen, omdat ze te vaak voor dezelfde klacht naar de huisarts toe moet. Ze gaat soms wel driemaal per maand naar de huisarts toe.

Slechts een klein aantal Surinaamse geïnterviewden heeft problemen met de attitude van de huisarts. Een aantal van hen is over alle attitudeaspecten van de huisarts negatief. Zij vinden de huisarts bijvoorbeeld ook niet aardig.

In tegenstelling tot de Marokkaanse en Turkse geïnterviewden vinden de Surinaamse geïnterviewden over het algemeen dat ze voldoende uitleg van de huisarts krijgen. Ze vinden dat ze voldoende uitleg krijgen over de diagnose, over waarom wel of geen onderzoek wordt gedaan en over waarom wel of niet wordt doorverwezen.

Vergeleken met de Turkse en Marokkaanse geïnterviewden valt ook op dat de Surinamers over het algemeen vinden dat de huisarts genoeg tijd voor ze uittrekt. Van alle Surinaamse geïnterviewden zijn er slechts twee die een opmerking maken, die wijst in de richting van het tegendeel. Eén van de opmerkingen kwam van een mevrouw die overigens zeer positief over haar huisarts oordeelde. Zij vertelde dat ze nu merkt dat, door de grote werkdruk, de huisarts geen belangstelling meer voor haar huiselijke omstandigheden heeft.

In Suriname hebben artsen veel gezag. De arts stelt zich op als alwetende, hij of zij bepaalt wat er gebeurt. Als je iets vraagt wordt dat als een blijk van het-beter-denken-te-weten gezien.<sup>35</sup> De mensen die geïnterviewd zijn ervaren dat niet altijd als prettig. Zo vertelde iemand dat artsen in Suriname denken dat ze de wijsheid in pacht hebben en dat ze geen tegenspraak dulden.

---

<sup>35</sup> Deze informatie is afkomstig van Surinaamse sleutelpersonen.

Volgens deze persoon laat de Nederlandse arts ruimte voor dialoog en laat de Nederlandse arts de patiënt in zijn waarde, terwijl hij het belang van de patiënt vooropstelt. Uiteraard zijn er ook Surinamers die de attitude van de Surinaamse arts als prettiger ervaren.

Tijdens de interviews is aan de meeste Surinamers de vraag voorgelegd of zij het idee hebben dat (blanke) Nederlanders langer in de spreekkamer verblijven. Meer dan de helft van de mensen die deze vraag beantwoordden, heeft het idee dat dat niet zo is. De mensen die dat idee wel hebben, hebben daar ook wel verklaringen voor. Gezegd is dat blanke Nederlanders misschien meer vragen stellen en misschien meer eisen stellen. Gezegd is ook dat blanke Nederlanders voor een klacht bij een arts komen en daarbij ook hun privé-problemen aan de huisarts vertellen. Slechts één iemand denkt dat buitenlanders gediscrimineerd worden.

## **5.4 De communicatie met de huisarts**

### **5.4.1 Communicatieproblemen: de taal**

Uit het vooronderzoek bleek dat Surinamers nogal eens communicatieproblemen met de huisarts hebben. Surinamers spreken weliswaar Nederlands, maar woorden hebben bij hun soms een andere betekenis. De problemen zijn vooral aanwezig bij de oudere generatie en bij de lagere sociale klassen, die de neiging hebben vanuit het Surinaams letterlijk naar het Nederlands te vertalen.<sup>36</sup> Hogere sociale klassen zijn wat dit betreft meer vernederlandst.

De Surinamers in het onderzoek wonen over het algemeen in Amsterdam Zuidoost. Daar werkt een aantal Surinaamse artsen. Een deel van de geïnterviewden heeft een Surinaamse huisarts. Daarbij geldt dat hindostanen voor een hindostaanse huisarts kiezen en creolen voor een creoolse huisarts. Sommige Surinaamse (met name hindostaanse) families hebben een uitgebreid netwerk, waarin allerlei artsen zitten.

---

<sup>36</sup> Deze informatie is afkomstig van Surinaamse sleutelpersonen.



Mensen kiezen volgens de interviewers voor een Surinaamse arts, omdat ze zich bij zo'n arts meer op hun gemak voelen. Ze voelen zich beter begrepen. Zo'n arts kent je cultuur en weet van de hoed en de rand. Als je er met Nederlandse woorden niet uit kunt komen, kun je altijd op je eigen taal overstappen. De geïnterviewde Surinamers die een Surinaamse huisarts hebben, geven aan dat met een Surinaamse arts gemakkelijker gecommuniceerd kan worden.

*De huisarts komt uit Suriname en dat bevalt goed. "Hij kan me beter begrijpen. Zeg ik een Surinaams woord, dan hoef ik het hem niet uit te leggen."*

De communicatie wordt soms echter juist ook beperkt als mensen een Surinaamse huisarts hebben. De Surinaamse gemeenschap is een kleine gemeenschap en mensen zijn soms "bang dat dingen naar buiten zullen komen". Zij zullen, overigens ook omdat ze sowieso de vuile was niet buiten willen hangen, de huisarts daarom niet altijd de waarheid vertellen.

*Omdat de huisarts ook een Surinamer is zal mevrouw (37 jaar) per geval zelf bepalen wat ze wel vertelt en wat beslist niet. Uit schaamte gaat ze misschien nog een beetje jokken ook. Als ze bijvoorbeeld zwanger zou raken en een abortus zou willen, dan zou ze jokken dat het condoom knapte. En dat alleen maar omdat de huisarts weet dat zij geen partner meer in huis heeft.*

Eén van de gevolgen van het koloniale verleden is dat Surinamers opkijken tegen "alles wat blank is".<sup>37</sup> Sommige mensen hebben daarom liever een blanke dan een Surinaamse arts. Maar als mensen een Nederlandse arts hebben, moeten ze soms meer moeite doen om duidelijk te maken wat hun klachten zijn.

#### **5.4.2 Communicatieproblemen: onbekendheid van de huisarts met de religieuze of culturele achtergrond**

---

<sup>37</sup> Deze informatie is afkomstig van Surinaamse sleutelpersonen

De Nederlandse artsen in Amsterdam Zuidoost hebben over het algemeen redelijk veel Surinaamse patiënten en zijn volgens de mensen in het onderzoek redelijk tot goed op de hoogte van de gewoonten van hun patiënten. Zij zien het als een pluspunt dat hun arts met verschillende culturen omgaat, ze gaan ervan uit dat de arts daardoor veel mensen goed begrijpt. Eén iemand noemde zijn huisarts een typische Bijlmerhuisarts, die alles over de achtergronden van zijn patiënten weet.

*“De huisarts is zelfs bekend met de leefgewoonten van onze voorouders die uit India kwamen. Hij is ook bekend met de geschiedenis van de hindostanen. Zo weet hij dat de eerste hindostanen contractarbeiders uit India waren, die alleen maar rijst en linzen aten en toch 100 jaar oud werden. Door de welvaart in Nederland krijgen de nakomelingen van de contractarbeiders allerlei welvaartsziektes, zoals diabetes, hart- en vaatziektes etc.”*

Sommige mensen weten niet of de huisarts bekend is met de leefgewoonten in Suriname. Een aantal mensen van wie de huisarts niet naar het land van herkomst of naar de leefgewoonten vraagt, ervaart dat als desinteresse.

#### **5.4.3 Communicatieproblemen: de attitude van de patiënt/culturele of religieuze achtergrond**

De attitude van de Surinaamse patiënt is medebepalend voor de communicatie die met de huisarts totstandkomt.

Tijdens gesprekken kwam steeds opnieuw naar voren dat Surinamers hun vuile was niet buiten hangen.<sup>38</sup> Vooral seksueel misbruik wordt binnenskamers gehouden.

Er is wat betreft openheid naar de huisarts wel een verschil tussen creolen en hindostanen. Creoolse vrouwen zijn over het algemeen opener dan hindostanen. Toch zullen ook creoolse vrouwen bepaalde problemen, zoals bijvoorbeeld dat ze door hun man mishandeld zijn, niet aan de huisarts vertellen. Zij schamen zich daarvoor en gaan met dit soort problemen eerder naar familie en kennissen. Zij melden zich alleen bij de huisarts voor

<sup>38</sup> Deze informatie is afkomstig van Surinaamse sleutelpersonen en van de Surinaamse interviewers

behandeling en eventueel voor bewijsmateriaal (ingeval van een rechtszaak). Hindostaanse vrouwen willen dit soort problemen juist wel aan de (niet-hindostaanse) huisarts vertellen, omdat de huisarts de enige is die hun kan helpen.<sup>39</sup> Zij hoeven bij huiselijke problemen niet te rekenen op steun van familieleden, want “je bent misschien een slechte vrouw”.<sup>40</sup>

Aan de geïnterviewden is gevraagd of zij alles aan de huisarts durven te vertellen. Op die vraag is verschillend gereageerd. Een mevrouw gaf duidelijk aan dat het geen kwestie is van niet alles durven te vertellen. Bij haar kwam ook weer naar voren dat Surinamers er niet van houden hun vuile was buiten te hangen. Maar door veel Surinaamse geïnterviewden is gezegd dat zij de huisarts alles durven te vertellen.

Tijdens een groepsgesprek met de Surinaamse interviewers is gevraagd hoe het kan dat op de vraag of mensen alles aan de huisarts durven vertellen zulke verschillende antwoorden komen. Het antwoord op die vraag was dat Surinamers nooit tegen de interviewers zullen zeggen dat ze de huisarts in werkelijkheid niet alles vertellen. “Waarom zouden ze hun vuile was aan mij (als interviewer) vertellen? Ze schamen zich daarvoor.”

Voor veel Surinamers is de manier waarop ze klachten presenteren nogal eens een probleem. Volgens een van de sleutelpersonen moet je in het Nederlandse systeem assertief zijn en wordt van je verwacht dat je je klachten helder en compact omschrijft. Surinamers – en mensen uit andere allochtone groepen – doen dat vaak niet. Zij hebben de neiging om de problemen heen te draaien en weten de klachten vaak niet te lokaliseren. Zij hebben soms moeite om bepaalde gevoelens of

---

<sup>39</sup> Dit soort problemen zal niet aan een hindostaanse huisarts worden verteld. Hindostanen onderling houden ook de vuile was binnen.

<sup>40</sup> Een voorbeeld hiervan werd gegeven door een hindostaanse vrouw die huwelijksproblemen kreeg en bij wie tijdens een zwangerschapstest bleek dat zij besmet was met het HIV-virus. Zij wilde met de huisarts over haar problemen praten. Zij kon echter niet met de huisarts praten, wat ook kwam omdat er een assistent bij was. Mevrouw voelde zich daardoor niet meer zo vertrouwd. De huisarts heeft haar doorverwezen naar een psycholoog. Mevrouw is na die tijd meer over zichzelf gaan praten. Zij is opener naar de huisarts toe geworden. Echter: haar ex ging naar dezelfde huisarts. Mevrouw kreeg daardoor het gevoel dat de huisarts anders naar haar keek. Hij praatte niet meer zoveel met haar (...) Na de bevalling van haar tweede kind was mevrouw heel verdrietig. Zij had niemand om mee te praten; zij kon ook haar ziekte niet accepteren. Zij heeft toen weer een gesprek met de huisarts gehad.

de pijn onder woorden te brengen.<sup>41</sup> Volgens deze persoon verwachten Surinamers dat de huisarts met ze meedenkt. Als artsen dat doen en artsen bereid zijn niet alleen op de gegeven informatie af te gaan maar “zich in te graven in hun probleem” en met ze mee te denken, zijn Surinamers tevreden. Huisartsen zijn volgens deze sleutelpersoon nogal eens te passief, waardoor er problemen ontstaan.

## **5.5 De wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is georganiseerd**

Marokkanen en Turken krijgen, als ze naar Nederland migreren, te maken met een ander gezondheidszorgsysteem dan ze in hun eigen land gewend zijn. Zoals uit hoofdstuk 3 en 4 is gebleken komen een deel van de problemen die Marokkanen en Turken met de huisartsenzorg hebben hieruit voort.

Suriname kent, net als Nederland, een gezondheidszorgsysteem waarin de huisartsengeneeskunde een belangrijke rol speelt. Een belangrijk verschil met Nederland is dat de huisartsenzorg niet eenduidig is georganiseerd en dat niet iedereen een vaste huisarts heeft (zie hoofdstuk 2).

Ook in Suriname is de huisarts poortwachter. De Surinaamse huisartsengeneeskunde rust ten dele op dezelfde pijlers als de Nederlandse huisartsengeneeskunde. Het belangrijkste verschil tussen de Surinaamse en de Nederlandse gezondheidszorg is dat in Suriname (aan mensen die geld hebben) minder terughoudend medicatie wordt verstrekt en dat in Nederland de faciliteiten beter zijn.

### **5.5.1 De huisarts als poortwachter**

Zoals bovenstaand aangegeven heeft ook in Suriname de huisarts de functie van poortwachter. Mensen gaan naar een

---

<sup>41</sup> Een voorbeeld van een andere klachtpresentatie is het begrip ‘anansi’. Anansi is te omschrijven als het gevoel van een spinnenweb, in je hand bijvoorbeeld. Deze klacht is niet in het Nederlands te omschrijven. Als je ‘Anansi’ tegen een Surinaamse arts zegt, begrijpt hij het meteen.

huisarts toe en de huisarts beslist of iemand eventueel wordt doorverwezen naar een specialist.

Anders dan de (hoog opgeleide) Marokkanen en Turken hebben de Surinamers in het onderzoek over het algemeen geen problemen met de functie van de huisarts als poortwachter. Verreweg de meesten geven aan dat er als het gaat om verwijzen geen problemen met de huisarts zijn. Er zijn slechts weinig Surinamers in het onderzoek, en dat is een verschil met de Marokkanen en Turken, die zelf om een doorverwijzing (moeten) vragen. Een aantal mensen geeft aan dat het doorverwijzen naar een specialist in samenspraak tussen huisarts en patiënt gebeurt.

*Meneer (48 jaar) heeft nog nooit om een doorverwijzing hoeven vragen. Als hij met een klacht bij de huisarts komt probeert de huisarts eerst zelf te onderzoeken en medicatie voor te schrijven. Als de klachten te vaak terugkomen verwijst de huisarts meneer door.*

Voorzover mensen wel zelf om een doorverwijzing vragen gebeurt dat over het algemeen ook. Het gebeurt echter niet altijd zonder slag of stoot; soms wordt iemand pas na aandringen of na blijven klagen doorverwezen.

Slechts één persoon in het onderzoek heeft de ervaring dat de huisarts haar te laat heeft doorverwezen. Zij kreeg pas een verwijzing toen zij er, na een derde consult, op stond dat zij doorverwezen werd. Uit het onderzoek dat volgde bleek dat mevrouw darmkanker had. Dat had volgens haar maanden eerder ontdekt kunnen worden. De huisarts schreef haar echter alleen een wormenkuur voor.

## **5.5.2 De pijlers van de Nederlandse huisartsengeneeskunde**

### **Het bio-psychosociale denkmodel**

In het bio-psychosociale denkmodel wordt (ook) stress gezien als een factor die tot fysieke problemen kan leiden. De huisarts in Nederland zegt, zonder dat er eerst onderzoek is gedaan, nogal eens dat klachten voortkomen uit stress.

In Suriname komen spanningen niet zo snel bij de huisarts ter sprake. De Surinaamse patiënt zal er niet zo snel over beginnen, omdat hij de vuile was niet buiten wil hangen. En de artsen in Suriname nemen over het algemeen ook niet de tijd om met mensen te praten. Als iemand met klachten komt, geeft de arts eerst medicijnen. Gaan de klachten met de medicijnen niet over, dan wordt verder onderzoek gedaan. Pas als alle lichamelijke problemen zijn uitgesloten wordt gezegd dat er misschien sprake is van stress.

Volgens de interviewers hebben de Surinamers die in Suriname wonen ook veel minder met stressfactoren te maken. Daar worden ze, als ze naar Nederland gaan, wel onmiddellijk mee geconfronteerd. Surinamers komen in een vreemd land met een andere cultuur, waarin alles goed georganiseerd is en waar veel van mensen wordt verwacht. Bovendien is de sociaal-economische positie van nogal wat Surinamers in Nederland slecht en hebben veel Surinamers te maken met een traumatisch verleden. Door de eenzaamheid en de druk die men in Nederland ervaart komen die ervaringen meer naar boven.

Hoewel er voor Surinamers in Nederland veel stressfactoren aanwezig zijn, erkennen en herkennen Surinamers vaak niet dat hun lichamelijke klachten het gevolg van stress zijn. Zij willen ook niet zo gemakkelijk van de huisarts aannemen dat hun klachten een niet-lichamelijke oorzaak hebben. “Dan eisen we onderzoek ...”

*(Vrouw, 46 jaar) Soms is de diagnose, ook na grondig onderzoek, moeilijk te stellen. Dan zal de huisarts dat ook eerlijk toegeven. In zulke gevallen zal hij altijd informeren naar ‘het thuisfront’ Hij vraagt bijvoorbeeld ‘Eet u goed en gezond?’. Of ‘Leeft u onder zware druk of stress?’. Of ‘Heeft u problemen op het werk?’ Aan de hand van de gestelde vragen zegt de arts soms dat het psychisch kan zijn of dat het door spanningen komt. Spanningen leiden tot pijn en daar heeft deze huisarts geen medicijnen voor. Wel zal hij suggesties aandragen, zoals naar een RIAGG gaan.  
Mevrouw is het niet altijd eens met de diagnose stress. Maar als na enige tijd de klachten verdwijnen, heeft de huisarts toch weer gelijk gehad.*

Als de dokter niet kan vinden wat er is, gaan mensen nogal eens naar de alternatieve sector. Creolen gaan naar een 'loekoeman', hindostanen naar een 'pandit'.

*Je komt bij zo'n iemand (pandit)... Je zegt niet eens je naam. Zo'n persoon kijkt naar je en begint allerlei dingen over je te vertellen. Mensen denken in eerste instantie: 'Is dat nou waar?'. Dan gaat zo'n man allerlei dingen vertellen die hij niet van je zou kunnen weten. Dan ga je een stap verder. Als hij ziet dat je lichamelijke problemen hebt, bijvoorbeeld een vergroot hart, verwijst hij je naar een dokter. Als je geestelijke problemen hebt, bijvoorbeeld angstgevoelens, kan zo'n iemand er zelf wat mee. (...) Niet iedereen neemt de stap om naar zo iemand toe te gaan. De hoger opgeleiden proberen met hun ratio alles te verklaren en leggen zich neer bij wat de dokter zegt: dat het door stress komt.*

Een aantal geïnterviewde Surinamers is het er inderdaad wel mee eens als de dokter zegt dat de fysieke problemen het gevolg van stress zijn. Volgens een hindostaanse meneer is stress de moeder aller ziekten: "Chinta sabv bemari ke mai hai."

### **Stap-voor-stapbeleid**

De tweede pijler van het Nederlandse huisartsenbeleid is het stap-voor-stapbeleid.

De Surinamers hebben, in tegenstelling tot de Marokkanen en de Turken in het onderzoek, geen opmerkingen gemaakt over dit onderdeel van het beleid. Zij zijn, voorzover ze al toegang tot de gezondheidszorg hadden, ook in Suriname een stap-voor-stapbeleid gewend geweest.

De Surinamers in het onderzoek vinden over het algemeen dat de huisarts goed onderzoek doet en voldoende onderzoek laat doen.

*(Vrouw, 52 jaar) De arts onderzoekt goed. Als er iets is dat ze niet vertrouwt geeft ze een verwijsbrief. De huisarts stuurt mevrouw niet gemakkelijk naar het laboratorium. Als het moet doet ze het wel, ze besluiten het dan*

*samen. De arts bespreekt de uitslag van het onderzoek. (...)  
“Het is mijn lichaam, dus ik moet weten wat de gevolgen kunnen zijn.”*

De paar mensen die vinden dat de huisarts niet goed onderzoekt en/of niet genoeg onderzoek doet zijn sowieso ontevreden over hun huisarts. Eén van deze mensen is van mening dat artsen vaak denken dat ze helderziend zijn of dat ze röntgenogen hebben.

Anders dan Marokkanen en Turken, die zich nogal eens in hun land van herkomst laten onderzoeken, laten de Surinamers in het onderzoek zich niet in Suriname onderzoeken. Dat komt doordat de Nederlandse gezondheidszorg op een hoger peil staat. Zoals een mevrouw verwoordde: “Nederland heeft de beste medische faciliteiten en ziekenhuizen. Waarom zou ik naar een derdewereldland gaan?”

### **Terughoudend medicatiebeleid**

Ook de derde pijler van het Nederlandse huisartsenbeleid, een terughoudend medicatiebeleid, levert voor de Surinamers in het onderzoek geen problemen op. Bijna iedereen (op twee na) vindt dat er genoeg medicijnen worden voorgeschreven. Op zich is dat opvallend, want in Suriname schrijven artsen wel snel medicatie voor. In Suriname “krijg je altijd wat mee, waardoor je tenminste het idee hebt dat de arts heeft begrepen wat je mankeert”. Maar zoals gezegd vindt bijna iedereen dat ze genoeg medicatie voorgeschreven krijgen. Als er ‘problemen’ zijn over de medicatie, komen de meeste mensen er met hun huisarts wel uit.

*(Vrouw, 46 jaar) De huisarts schrijft pas medicijnen voor als het echt nodig is. Vitaminen worden niet vergoed door ZAO, dus worden ze nooit voorgeschreven en weinig aanbevolen door de huisarts. Paracetamol schrijft de huisarts niet voor. Mevrouw moet daar juist om vragen. Als de huisarts medicijnen voorschrijft die mevrouw niet wil, zal ze uitleggen waarom zij ze niet wil gebruiken. Het komt bijvoorbeeld voor dat mevrouw uit ervaring weet dat ze van bepaalde medicijnen maag- of darmklachten krijgt. Als ze dit aan de huisarts vertelt, zoekt hij een alternatief.*



*Soms hoort mevrouw van een kennis dat een bepaald medicijn heel goed blijkt te werken. Als ze haar huisarts vraagt om het ook voor te schrijven, zal hij altijd goed overwegen of hij wel of niet wil voorschrijven en vertellen waarom hij dat wel of niet doet.*

Meer Surinamers dan Marokkanen en Turken krijgen uitleg over de werking en de bijwerkingen van medicijnen. Toch zijn er ook Surinamers die de informatie over medicijnen uit de bijsluiter moeten halen.

Anders dan Marokkanen en Turken kopen Surinamers nooit medicijnen in hun land van herkomst. De gezondheidszorg in Suriname laat veel te wensen over, waardoor mensen eerder medicijnen uit Nederland mee naar Suriname nemen.

Aan Surinamers is gevraagd of ze wel eens gebruik maken van kruiden of huismiddelen. Daarbij werd gedacht aan bijvoorbeeld kruiden of huismiddelen die via een 'bonoeman' of via een 'pandit' werden verkregen.

Voorzover mensen willen toegeven dat ze gebruikmaken van kruiden of huismiddelen (waarvan de werking van generatie op generatie wordt overgedragen), geven ze vooral aan dat ze af en toe gebruikmaken van 'bitta' (bitter, om het lichaam te reinigen)<sup>42</sup>. Een hindostaanse man vertelde vrij uitgebreid welke kruiden in Suriname gebruikt worden.

*Meneer (59 jaar) gebruikt wel kruiden. Hij gelooft in de kracht van kruiden. Hij heeft zijn arts er nooit over verteld, maar soms drinkt hij Indiase thee (vertering, voedsel), of neemt hij bladeren: kwasibieta (bloedreiniging), sennablad/castorolie (darmreiniging). In Suriname gebruiken mensen bijvoorbeeld als ze koorts hebben nootmuskaat, geklaarde boter, rum/cognac. Ze gebruiken dat om te gaan zweten. Voor een baby met darmkrampjes maakt men: nootmuskaat, geklaarde boter (ghee)*

<sup>42</sup> Sommige dingen worden niet verteld, uit schaamtegevoel. Zo vertelde een meneer, die geïnterviewd werd, dat hij wel eens kruiden gebruikt zoals neembladeren. Zijn collega, die bij het interview aanwezig was zei spottend "Vertel dan wat je altijd meeneemt uit Suriname". De geïnterviewde gaf vervolgens schoorvoetend toe dat hij bij elk bezoek aan Suriname een fles met kruiden, gedrenkt in cognac, meeneemt. Deze kruiden verhogen naar men zegt het libido van de ouder wordende man. Men gelooft er heilig in. Alleen doen mannen hier volgens de interviewster heel geheimzinnig over uit schaamtegevoel.

*met honing, asafoetida. Voor hoest van volwassenen:  
rum/cognac met nootmuskaat, ghee.*

## 5.6 De attitude van de Surinaamse patiënten

Surinamers (en vooral creoolse mannen) gaan naar eigen zeggen niet snel naar de dokter. “Je kijkt altijd of het niet op een natuurlijke manier opgelost kan worden. Als je bijvoorbeeld buikpijn hebt, doe je tijgerbalsem in je navel.”

Toch gaan Surinamers volgens de interviewers in Nederland veel vaker naar de huisarts dan in Suriname. Ze kunnen vaker naar de huisarts gaan omdat er, anders dan in Suriname, geen financiële belemmeringen zijn.<sup>43</sup> Maar het in Nederland frequenter bezoeken van een huisarts heeft zeker ook te maken met stress waarmee men hier te maken krijgt. Andere leefgewoonten dan in Suriname (in Suriname eet men bijvoorbeeld veel meer fruit, omdat het daar betaalbaar is) zouden ook nog eens tot een slechtere gezondheid leiden.<sup>44</sup>

Veel Surinamers in het onderzoek geven aan dat ze alleen bij ernstige ziekte naar de huisarts toe gaan. Dat wil zeggen dat men niet bij verkoudheid of bij hoofdpijn naar de huisarts toe gaat, maar bijvoorbeeld wel bij bronchitis. Nogal wat mensen geven aan dat ze zo'n twee, drie, vier keer per jaar naar de huisarts gaan. Uiteraard zijn daarop uitzonderingen. Eén mevrouw gaat soms wel driemaal per maand naar haar huisarts. Bij haar heeft dat te maken met het feit dat ze zich niet serieus genomen voelt

---

<sup>43</sup> Surinamers met weinig geld stellen het, in Suriname, zo lang mogelijk uit om naar de huisarts te gaan.

<sup>44</sup> Eén van de geïnterviewden vertelde uitgebreid wat de theorie van zijn huisarts is over de toename van ziekten (in Nederland) onder de hindostaanse groep: “Surinaamse hindostanen zijn in deze overvloedige Westerse samenleving slechter af dan in hun land van herkomst. De vraag is waarom. Omdat ze in hun land van herkomst altijd moesten *strugglen* voor hun voortbestaan. Dit betekende hard werken op het land voor een schamele portie eten, die vaak bestond uit niet meer dan een portie rijst met groenten en linzensoep (dal). Heel af en toe stond er vis op het menu, zeer zelden vlees. In Nederland daarentegen heb je fastfoodketens, goedkope kip, goedkope snacks, cola. Dit is voor hen zogenaamd ‘statusvoedsel’, want wie dat eet heeft het goed. (...) Omdat hun genen generaties lang ingesteld waren op rijst, linzen, groenten en hard werken levert het luxe leventje in Nederland met auto's, veel geld, goedkoop eten en weinig bewegen dus ongemerkt zogenaamde welvaartziekten zoals diabetes, hypertensie en hart- en vaatziekten op. Dit is dan de verklaring van mijn huisarts voor de explosie van de welvaartziekten onder de hindostaanse bevolkingsgroep. Extra complicatie is dat ze binnen vier muren en op een kluitje leven, wat tot stress en tot psychosomatische klachten leidt.”

en daarom voor “de zoveelste keer met dezelfde klacht” naar de huisarts gaat.

De meeste Surinamers in het onderzoek geven aan dat zij de huisarts om uitleg en om doorverwijzing durven te vragen.

*De huisarts luistert naar de kritiek van mevrouw. “Ik heb mijn eigen mening. Als ik iets over mijn lichaam te zeggen heb, dan zeg ik het gewoon. Als ik om een bepaald onderzoek vraag, dan vindt hij het knap van me dat ik er zelf om vraag. Ik had zelf iets gynaecologisch ontdekt bij mezelf en toen zei ik het tegen hem. Hij vond het heel goed dat ik zelfonderzoek doe. Ook vraag ik hem zelf voor uitstrijkjes, diabetescontrole en mammografie (borstkankeronderzoek).”*

*Mevrouw durft alles te vertellen en om doorverwijzing en om uitleg te vragen. “Ik durf veel hoor”.*

In het onderzoek is ook de vraag gesteld of mensen voorkeur hebben voor een mannelijke dan wel een vrouwelijke huisarts. De meeste mensen maakt het niet uit of ze een mannelijke of een vrouwelijke huisarts hebben. Er is een aantal vrouwen dat liever een vrouwelijke en een aantal mannen dat liever een mannelijke huisarts heeft.

Een aantal Surinaamse vrouwen in het onderzoek heeft liever een mannelijke huisarts. Tijdens een bijeenkomst met interviewers is gevraagd waarmee dat te maken kan hebben. Het antwoord daarop was dat vrouwelijke artsen zich gemakkelijk met de vrouwelijke patiënt identificeren. “Dan heb ik liever een man, die niet zo makkelijk in mijn huid kan komen zitten. Die vrouw denkt ‘ik weet wat je bedoelt, ik ken die pijn, je stelt je aan.’ Een man ziet je als het zwakke geslacht.”<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Om de laatste opmerking is door de interviewers hartelijk gelachen.



## ***Hoofdstuk 6 – Beleid ten aanzien van de huisartsenzorg aan migranten***

### ***6.1 Inleiding***

In voorgaande hoofdstukken zijn de ervaringen van migranten met de huisartsenzorg in Amsterdam uitgebreid aan bod gekomen. In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op het beleid dat wordt gevoerd om de huisartsenzorg aan migranten te verbeteren.

### ***6.2 Beleid huisartsen en migrantenpatiënten***

In het vooronderzoek zijn gesprekken gevoerd met een aantal huisartsen en met een beleidsmedewerker van de Amsterdamse Huisartsenvereniging (AHV). Het doel van die gesprekken was onder andere te achterhalen welk beleid eventueel wordt gevoerd ten aanzien van de huisartsenzorg aan migranten.

Vanuit de AHV wordt ten aanzien van migranten geen specifiek beleid gevoerd. Wel is de AHV betrokken bij de besteding van middelen uit het Achterstandsondersteuningsfonds (AOF). Huisartsen in achterstandswijken en huisartsen met veel migrantenpatiënten kunnen een beroep op dit fonds doen. Het directe doel van het AOF is het verlichten van de werkdruk van huisartsen. Huisartsen kunnen via het AOF bijvoorbeeld geld krijgen voor het aantrekken van een Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC-er) of van een praktijkverpleegkundige.

#### **6.2.1 Het project ‘VETC in de huisartsenpraktijk’<sup>46</sup>**

In 1998 is het project ‘VETC in de huisartsenpraktijk’ van start gegaan. Het betreft een samenwerkingsproject van het

---

<sup>46</sup> De informatie die hier wordt vermeld is afkomstig uit het rapport “VETC in de huisartsenpraktijk” (W. van Lier en S. Rutz), GG&GD en AOF, 1999.

Achterstandsondersteuningsfonds en de GG & GD Amsterdam. In diverse huisartsenpraktijken in achterstandswijken van Amsterdam zijn in totaal acht Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC-ers) ingezet van Marokkaanse, Surinaamse, Turkse en Ghanese herkomst. Het doel van het inzetten van deze VETC-ers is het ondersteunen, met name bij taal- en cultuurproblemen, van huisartsen bij de steun aan migrantenpatiënten. Het tweede doel was het verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten. VETC-ers geven, tijdens eigen spreekuren, in driegesprekken en eventueel tijdens huisbezoeken, informatie en voorlichting aan migrantenpatiënten over de sociale kaart, de Nederlandse gezondheidszorg en diverse gezondheidsonderwerpen. Bovendien kunnen de VETC-ers de hulpvraag van migrantenpatiënten verduidelijken en kunnen ze, indien nodig, patiënten naar andere instellingen en hulpverleners doorverwijzen. Zowel de huisarts als de migrantenpatiënt kan, wanneer daar behoefte aan is, de VETC-er inschakelen.

Uit een evaluatieonderzoek in 1999 blijkt dat zowel huisartsen als patiënten die gebruik hebben gemaakt van de diensten van de VETC-er aangeven dat deze een positieve invloed heeft op de communicatie tussen de huisarts en de migrantenpatiënt: de taal- en cultuurbarrière zijn afgenomen en de kennis van patiënten met betrekking tot gezondheid en het Nederlandse zorgsysteem is toegenomen. Als gevolg hiervan is, aldus de auteurs van het evaluatierapport, de hulpvraag verduidelijkt, wordt informatie van de arts beter begrepen, zijn huisartsen beter op de hoogte van verwachtingen van patiënten en is de omgang tussen arts en patiënt verbeterd. De inzet van VETC-ers heeft volgens zowel huisartsen als patiënten gezorgd voor een verbetering van de kwaliteit van de zorg en daardoor bij beide partijen tot een grotere tevredenheid over de hulpverlening geleid.

In het rapport wordt aangegeven dat er een beperkte beschikbaarheid van VETC-ers is en dat een gering aantal patiënten van de diensten van de VETC-ers gebruikmaakt. Patiënten begrijpen vaak niet wat de functie van de VETC-er is binnen de huisartsenpraktijk. Een tweede probleem is dat de VETC-er niet iedere dag in de praktijk aanwezig is. Mensen moeten, als ze gebruik willen maken van de diensten van een

VETC-er, op een andere dag terugkomen. Zij zijn daar niet altijd voor te motiveren.

Na de evaluatie in 1999 is het aantal praktijken waar een VETC-er werkzaam is uitgebreid naar 24. Er zijn in totaal 14 VETC-ers werkzaam.

Het project 'VETC in de huisartsenpraktijk' is verlengd tot 2003. Op dit moment (juni 2002) vindt een eindevaluatie plaats.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> De eindevaluatie wordt uitgevoerd door E. El-Karimy. Het rapport zal in juli of augustus 2002 verschijnen.





## **Hoofdstuk 7 – Samenvatting**

### ***7.1 Inleiding en verantwoording***

Het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP) heeft, als platform van patiënten- en cliëntenorganisaties, een eigen taak in het ontwikkelen van beleid in de gezondheidszorg. Signalen dat er problemen zouden zijn in de zorg die migranten van huisartsen krijgen zijn de aanleiding geweest tot een onderzoek naar de ervaringen van Marokkanen, Turken en Surinamers met de huisartsenzorg in Amsterdam. Het uiteindelijke resultaat van het onderzoek zou moeten zijn dat huisartsen en migranten instrumenten worden geboden om de huisartsenzorg aan migranten te verbeteren en dat cliënten en patiënten zich verbinden aan het APCP.

### ***7.2 De gezondheidszorg in Marokko, Turkije en Suriname***

Er zijn belangrijke verschillen tussen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en dat in Marokko en Turkije. In Nederland is de huisartsengeneeskunde een belangrijk fundament van het gezondheidszorgsysteem. In Marokko en Turkije bestaat geen huisartsengeneeskunde. In Marokko en Turkije kent men

- niet de functie van poortwachter;
- geen levensloop- of gezinsgeneeskunde;
- geen stap-voor-stapbeleid;
- geen terughoudend medicatiebeleid.
- een model waarin, ook bij psychosomatische klachten, de fysieke klachten centraal worden gesteld.

In het Surinaamse gezondheidszorgsysteem kent men wel huisartsengeneeskunde. Het belangrijkste verschil met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is dat de huisartsenzorg in Suriname niet eenduidig is georganiseerd. Een ander verschil is dat het medicatiebeleid minder terughoudend is.

### **7.3 De ervaringen van migranten met de huisartsenzorg**

In vooronderzoek kwam naar voren dat de problemen van Marokkanen en Turken met de huisartsenzorg het gevolg zijn van:

- a. bepaalde aspecten van de attitude van de huisarts;
- b. communicatieproblemen;
- c. de andere wijze waarop het gezondheidszorgsysteem in Nederland is georganiseerd.

Surinamers hebben vooral communicatieproblemen.

De Marokkanen die in Amsterdam wonen vormen geen homogene groep. Dat geldt ook voor de Turken en voor de Surinamers in Amsterdam.

De verschillende groepen Marokkanen respectievelijk Turken en Surinamers hebben ieder hun eigen problemen met de huisartsenzorg. De communicatie is vooral een probleem voor laag opgeleide Marokkanen, Turken en Surinamers. Hoog opgeleide Marokkanen en Turken hebben vooral problemen met de poortwachtersfunctie van de huisarts.

#### **7.3.1 De attitude van de huisarts**

In het onderzoek zijn vragen gesteld die te maken hadden met de bejegening door de huisarts, en zijn vragen gesteld over het professionele gedrag (luisteren, antwoord op vragen geven, uitleg geven) van de huisarts.

De meeste migranten in het onderzoek zijn over het algemeen positief tot zeer positief over met name de bejegening door de huisarts. Veel mensen ervaren de huisarts als aardig en goed luisterend.

Ook over andere elementen van de attitude van de huisarts wordt redelijk positief geoordeeld. De meeste Marokkanen en Surinamers in het onderzoek vinden dat de huisarts voldoende uitleg geeft. De Turken zijn hier minder tevreden over. Een deel

van hen krijgt niet altijd vanzelfsprekend uitleg van de huisarts en moet zelf nogal eens om uitleg vragen.

Een deel van de migranten vindt de huisarts een prettig persoon, maar heeft toch kritiek op zijn handelen. Genoemd is dat de huisarts niet altijd op huisbezoek komt; dat de huisarts niet altijd vanzelfsprekend uitleg geeft over wat er aan de hand is; dat de huisarts soms geen geduld heeft.

Het doorverwijsbeleid levert vooral voor Turken nogal eens problemen op (hierop wordt later teruggekomen). Uit het onderzoek wordt duidelijk dat de huisarts over het algemeen wel over de redenen voor niet doorverwijzen communiceert.

Slechts een paar mensen in het onderzoek hebben een serieus probleem met hun huisarts. Zij hebben niet altijd de mogelijkheid om van huisarts te veranderen, onder andere omdat huisartsen in de buurt geen nieuwe patiënten meer aannemen.

Mensen die in Marokko, Turkije of Suriname zijn opgegroeid zijn gewend aan een bepaalde attitude van de arts. Artsen in deze landen hebben veel gezag en stralen dat ook uit. Voor zowel Marokkanen, Turken als Surinamers hoort de arts te weten wat er aan de hand is, en hoort hij met een oplossing te komen.

Nederlandse huisartsen stralen minder gezag uit en komen niet altijd meteen met een oplossing in de vorm van onderzoek of medicijnen. Surinamers verwachten dat een huisarts met ze meedenkt en zich ingraaft in hun problemen. Huisartsen zijn wat dit betreft voor Surinamers nogal eens te passief.

In vergelijking met Marokkaanse en Turkse artsen hebben huisartsen in Nederland weinig tijd. Dat is een van de problemen die nogal wat Marokkanen en Turken in het onderzoek naar voren brengen. Surinamers vinden over het algemeen dat de huisarts voldoende tijd voor ze uittrekt.

De meeste Marokkanen en Surinamers in het onderzoek hebben niet het idee dat (blanke) Nederlanders langer in de spreekkamer blijven dan migranten. Turken zijn hierover verdeeld.

### **7.3.2 De communicatie met de huisarts**

#### *Communicatieproblemen: de taal*

In de interviews met Marokkanen en Turken zijn communicatieproblemen ten gevolge van het taalprobleem vaak naar voren gekomen.

Het taalprobleem wordt door de mensen uit het onderzoek op verschillende manieren 'opgelost':

De meeste mensen laten iemand bellen en nemen iemand mee naar de huisarts. Sommige Marokkanen (hoger opgeleiden) die weinig of geen Nederlands spreken, communiceren met de huisarts in het Frans. Een paar van de geïnterviewden gaan alleen naar de huisarts toe, en komen, indien nodig, terug met iemand die voor hen kan vertalen.

Het 'oplossen' van het taalprobleem levert weer nieuwe communicatieproblemen op. Mensen durven in het bijzijn van iemand die tolkt niet alles te vertellen. Een ander probleem is dat mensen het vervelend vinden om afhankelijk te zijn van iemand die tolkt. Zij kunnen niet op het moment dat zij kiezen de huisarts bellen en kunnen ook geen gebruikmaken van het telefonisch spreekuur. Mensen weten bovendien niet wat iemand wel of niet aan de huisarts vertelt en wel of niet weer terugvertelt. Als kinderen tolken is het zeer twijfelachtig of ze alles op de juiste manier vertellen. Tolken kan voor kinderen bovendien psychisch zeer belastend zijn.

De tolkentelefoon is voor huisartsen een tijdrovende manier van communiceren. De geïnterviewden vinden het niet altijd een prettige manier van communiceren. De aanwezigheid in de praktijk van een tolk wordt als een mogelijkheid gezien om, zonder afhankelijk van anderen te zijn en zonder dat de privacy in het geding komt, naar de huisarts te gaan.

Hoewel Surinamers Nederlands spreken, is er toch nogal eens sprake van communicatieproblemen. De oorzaak daarvan is dat de betekenis van woorden soms anders geïnterpreteerd wordt. Een deel van de Surinaamse geïnterviewden heeft, omdat ze zich door zo'n arts beter begrepen voelen, voor een Surinaamse huisarts gekozen. Soms echter wordt de communicatie, als mensen een Surinaamse huisarts hebben, echter juist ook beperkt.

*Communicatieproblemen: onbekendheid van de huisarts met de culturele of religieuze achtergrond*

Huisartsen zijn wel geïnteresseerd in de achtergrond van Marokkanen en Turken, maar het ontbreekt ze volgens de mensen in het onderzoek nogal eens aan kennis van de andere cultuur. Huisartsen zijn over het algemeen wel bekend met de Ramadan, maar weten niet altijd veel af van de (leef)gewoonten van migranten in Nederland.

Het ontbreekt huisartsen ook nogal eens aan kennis over de verwachtingen die migranten van de huisarts hebben.

De Nederlandse huisartsen in Amsterdam Zuidoost zijn volgens veel mensen redelijk tot goed op de hoogte van de gewoonten van hun Surinaamse patiënten.

*Communicatieproblemen: attitude van de patiënt / culturele of religieuze achtergrond*

Nogal wat migranten uit het onderzoek durven de huisarts niet alles te vertellen. Daarvoor zijn verschillende redenen genoemd: het niet goed beheersen van de Nederlandse taal; niet willen dat degene die tolkt de problemen te weten komt; gevoelde tijdsdruk en angst voor het oordeel van de huisarts.

Volgens sleutelpersonen zijn culturele factoren bepalend voor de onderwerpen die bij de huisarts ter sprake worden gebracht. Met name oudere Marokkanen, Turken en Surinamers kennen nogal wat taboes. Oudere Marokkanen zullen nooit kritiek geven. Uitleg vragen of zeggen dat je iets niet begrijpt wordt beleefd als kritiek geven. Oudere Marokkanen zullen dan ook altijd 'ja' zeggen als de huisarts vraagt of men de uitleg begrepen heeft.

Marokkanen, Turken en Surinamers hebben een andere manier van presenteren van hun gezondheidsklachten.

### **7.3.3. De wijze waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, is georganiseerd.**

#### *De huisarts als poortwachter*

Uit het vooronderzoek bleek dat met name de hoger opgeleide Marokkanen en Turken in Nederland, die in eigen land goede toegang tot de gezondheidszorg hadden, de huisarts als een belemmering voor de toegang tot specialisten zien. Zij zijn zeer ontevreden over het feit dat zij niet zelf kunnen beslissen of ze wel of niet naar een specialist toe gaan.

De meeste Marokkanen en Surinamers in het onderzoek hebben geen problemen met de huisarts over het al dan niet doorverwezen worden. De Turken hebben daar wel (grote) problemen mee.

Marokkanen uit het onderzoek die niet tevreden zijn over het doorverwijsbeleid (of medicatiebeleid) van de huisarts gaan nogal eens naar een specialist in België en Frankrijk of in Marokko. Turken gaan nogal eens naar een arts in Duitsland of in Turkije.

#### *De pijlers van de Nederlandse huisartsengeneeskunde: Het bio-psychosociale model*

Veel Marokkanen, Turken en Surinamers uit het onderzoek hebben de ervaring dat de huisarts wel eens heeft gezegd dat hun klachten voortkomen uit stress of psychische problemen. De meeste mensen waren het niet met deze diagnose eens.

Sommige mensen voelen zich, als de huisarts zegt dat het stress is, niet serieus genomen.

Meer Turken dan Marokkanen zijn bereid te accepteren dat klachten het gevolg van stress kunnen zijn. Of Marokkanen accepteren dat hun klachten een psychische oorzaak hebben is afhankelijk van de aard van de klachten. Surinamers erkennen en herkennen niet altijd dat hun klachten het gevolg van stress kunnen zijn. Zij gaan, als de arts niet kan vinden wat er aan de hand is, nogal eens naar de alternatieve sector.

Artsen in Marokko, Turkije en Suriname volgen bij psychosomatische klachten een ander beleid dan Nederlandse huisartsen. Een belangrijk verschil is dat artsen in Marokko,

Turkije en Suriname bij dit soort klachten altijd medicatie voorschrijven.

*De pijlers van de Nederlandse huisartsengeneeskunde: stap-voor-stapbeleid*

In tegenstelling tot in Marokko en Turkije worden in Nederland bij gezondheidsklachten niet meteen allerlei onderzoeken gedaan. De mensen die zijn geïnterviewd zijn over het algemeen tevreden over het onderzoek dat de huisarts doet. Niet alle geïnterviewden vinden echter dat de huisarts genoeg onderzoek láát doen. Marokkanen en Turken die vinden dat de huisarts niet genoeg onderzoek laat doen proberen soms met de huisarts tot overeenstemming te komen. Soms lukt dit niet en wijken Marokkanen uit naar België, Frankrijk of Marokko en Turken naar Turkije en soms Duitsland.

Turken en Marokkanen maken, zodra ze in het land van herkomst zijn, nogal eens gebruik van de mogelijkheid zich daar te laten onderzoeken. De reden is dat men zich in de moedertaal makkelijker kan uitdrukken en dat het onderzoek sneller plaatsvindt. Er zijn geen wachtlijsten, alle onderzoek is binnen korte tijd klaar en je krijgt onmiddellijk een diagnose.

Surinamers laten zich niet in Suriname onderzoeken. Dit heeft te maken met het feit dat de gezondheidszorg in Nederland op een hoger peil staat.

*De pijlers van de Nederlandse huisartsengeneeskunde: terughoudend medicatiebeleid*

Met name dit aspect van de Nederlandse huisartsengeneeskunde roept voor Marokkanen problemen op. Marokkanen vinden over het algemeen dat de huisarts te weinig medicatie voorschrijft. De meeste Turken en vrijwel alle Surinamers in het onderzoek vinden dat de huisarts voldoende medicatie voorschrijft. De uitleg van de huisarts is van belang om te kunnen begrijpen waarom men terughoudend is met het voorschrijven van medicatie.

Marokkanen en Turken krijgen over het algemeen weinig uitleg over de werking en bijwerkingen van medicijnen. Surinamers krijgen wat vaker uitleg.

#### ***7.4. De attitude van de Marokkaanse, Turkse en Surinaamse patiënten***

Veel migranten geven aan dat ze er geen moeite mee hebben om de huisarts te bellen. Vrouwen bellen gemakkelijker dan mannen. Zij gaan ook gemakkelijker naar de huisarts toe.

Surinamers, en met name creoolse mannen, gaan niet snel naar de dokter. Zij proberen de klachten eerst op een natuurlijke manier op te lossen. Ook Turkse mannen gaan niet zo vaak naar de huisarts.

De teleurstelling over wat de huisarts te bieden heeft (alleen maar paracetamol) is voor meerdere geïnterviewden een reden om de huisarts niet meer zo vaak te bellen.

Het maakt veel migranten uit het onderzoek niet uit of men een mannelijke of een vrouwelijke huisarts heeft. Een aantal Marokkaanse en Turkse vrouwen heeft wel liever een vrouwelijke huisarts; een aantal Surinaamse vrouwen heeft juist liever een mannelijke huisarts.

#### ***7.5 Beleid ten aanzien van de huisartsenzorg aan migranten***

De AHV voert geen specifiek beleid ten aanzien van de huisartsenzorg aan migranten.

Wel is de AHV betrokken bij de besteding van middelen uit het Achterstandsondersteuningsfonds (AOF). Huisartsen kunnen via het AOF bijvoorbeeld geld krijgen voor het aantrekken van een Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC-er) of van een praktijkverpleegkundige.

Een eerste evaluatie van het in 1998 gestarte project 'VETC in de huisartsenpraktijk' gaf positieve resultaten. Op dit moment vindt de eindevaluatie plaats.



## **Hoofdstuk 8 – Conclusies en aanbevelingen**

### **8.1. Conclusies**

#### **8.1.1 Algemeen**

Met het onderzoek is informatie verkregen om tot een betere onderbouwing van het beleid met betrekking tot de huisartsenzorg te komen. De participatie van migranten bij het werk van het APCP is vergroot.

Voorzover de migranten in het onderzoek problemen met de huisartsenzorg hebben, zijn dat problemen als gevolg van de moeizame communicatie met de huisarts en de wijze waarop het gezondheidszorgsysteem in Nederland is georganiseerd. De attitude van de huisarts wordt over het algemeen als positief ervaren, maar er zijn wel enkele attitude-aspecten die problemen opleveren.

De Marokkanen die in Amsterdam wonen vormen geen homogene groep. Datzelfde geldt voor de Turken en de Surinamers.

De diverse groepen Marokkanen en Turken hebben deels verschillende problemen met de huisartsenzorg. De eerste generatie migranten, die over het algemeen laag opgeleid is en geen of slecht Nederlands spreekt, heeft grote problemen met de communicatie. Dat geldt ook voor laag opgeleide Marokkanen en Turken die in het kader van gezinshereniging naar Nederland komen. Hoog opgeleide Marokkanen en Turken, die in eigen land goede toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen hadden, hebben vooral problemen met de poortwachtersfunctie van de huisarts.

Surinamers hebben vooral communicatieproblemen met de huisarts.

### **8.2.2 De attitude van de huisarts**

De attitude van de huisarts is over het algemeen goed. Wat er uitspringt is met name de bejegening.

Er zijn wel bepaalde attitude-aspecten die voor de migranten problemen opleveren. Het eerste attitude-aspect dat soms problemen oplevert is het gebrek aan gezag dat de Nederlandse huisarts uitstraalt. Een deel van migranten twijfelt hierdoor wel eens aan de deskundigheid van de huisarts.

Een tweede attitude-aspect dat problemen geeft is dat een aantal huisartsen niet voldoende of niet altijd vanzelfsprekend uitleg geeft, bijvoorbeeld over de diagnose) geeft. Waarschijnlijk spelen hierbij het communicatieprobleem en het tijdsprobleem een rol. Surinamers krijgen over het algemeen wel voldoende uitleg, Marokkanen en Turken niet. Met name over de werking en bijwerkingen van medicijnen wordt nauwelijks uitleg gegeven.

De huisarts trekt niet altijd voldoende tijd uit voor migranten-patiënten die de Nederlandse taal niet of onvoldoende beheersen. In tegenstelling tot Surinamers vinden Marokkanen en Turken vaak dat de huisarts te weinig tijd heeft. Zij hebben meer tijd nodig om hun problemen voor te leggen. Het gebrek aan tijd van de huisarts belemmert hen tegelijkertijd weer in hun vermogen om te communiceren.

### **8.2.3 De communicatie met de huisarts**

Communicatieproblemen met de huisarts zijn te wijten aan een taalprobleem, aan onvoldoende kennis van de huisarts over de culturele achtergrond van hun patiënten en aan belemmeringen in de communicatie die voortvloeien uit de culturele achtergrond van de Marokkanen, Turken en Surinamers in het onderzoek.

Communicatieproblemen leiden ertoe dat lang niet alle migranten de gewenste huisartsenzorg krijgen.

### *Communicatieproblemen: de taal*

Veel Marokkanen en in iets mindere mate Turken hebben communicatieproblemen met de huisarts doordat zij geen of slecht Nederlands spreken.

De manier waarop veel Marokkanen en Turken het taalprobleem noodgedwongen 'oplossen' is niet toereikend voor een goede communicatie met de huisarts. Het grootste probleem is dat mensen, in het bijzijn van een bekende, niet alles durven te vertellen. Ook de vertaling vindt niet altijd op een adequate manier plaats. Als Marokkanen en Turken geen 'tolk' meenemen durven ze niet alles te vertellen of bijvoorbeeld niet om uitleg te vragen.

Het niet adequaat oplossen van het taalprobleem heeft als eerste gevolgen voor de kwaliteit van de huisartsenzorg die wordt geboden. Daarnaast beperkt het de autonomie van migrantenpatiënten en vergroot het de belasting van de huisarts; mensen die autonoom willen zijn en per se alleen naar de huisarts willen gaan komen weer bij de huisarts terug als ze iets niet begrepen hebben.

Surinamers spreken over het algemeen wel Nederlands. Zij hebben desondanks toch communicatieproblemen, omdat woorden vaak een andere betekenis hebben. Huisartsen onderkennen dit te weinig.

Marokkanen en Turken laten, ook vanwege de communicatieproblemen, medisch onderzoek in Marokko respectievelijk Turkije doen. Surinamers kiezen vanwege de gemakkelijkere communicatie nogal eens voor een Surinaamse huisarts.

*Communicatieproblemen: onbekendheid van de huisarts met de religieuze of culturele achtergrond*

Huisartsen zijn over het algemeen te weinig bekend met de culturele of religieuze achtergrond van vooral de Marokkaanse en Turkse patiënten uit het onderzoek.

Onderdeel van de culturele achtergrond is een andere manier van presenteren van gezondheidsklachten. Gebrek aan kennis van de huisarts hierover leidt tot misverstanden over de feitelijke klachten die een patiënt heeft.

Voorzover huisartsen laten blijken dat zij kennis over de culturele achtergrond van Marokkanen en Turken hebben, is dat kennis over de ramadan.

Het wordt gewaardeerd als de huisarts (meer) interesse toont in de achtergrond van de patiënt.

*Communicatieproblemen: belemmeringen in de communicatie als gevolg van de religieuze of culturele achtergrond*

De communicatie met de huisarts wordt ook belemmerd door de culturele achtergrond van zowel Marokkanen als Turken als Surinamers. Taboes en andere redenen waarom mensen dingen niet durven te zeggen leiden ertoe dat de huisarts niet altijd op de hoogte is van ziekmakende factoren die tot de klachten hebben geleid.

#### **8.2.4 De wijze waarop het gezondheidszorgsysteem in Nederland is georganiseerd**

De problemen ten gevolge van de wijze waarop het gezondheidszorgsysteem in Nederland is georganiseerd zijn verschillend voor Marokkanen, Turken en Surinamers. Voor Marokkanen is vooral het terughoudende medicatiebeleid een probleem. Turken (en hoger opgeleide Marokkanen) hebben vooral problemen met de poortwachtersfunctie van de huisarts.

Ook het feit dat huisartsen, anders dan artsen in Marokko, Turkije of Suriname niet altijd meteen met een oplossing komen (het stap-voor-stapbeleid) is een probleem.

Huisartsen doen goed onderzoek, maar laten niet altijd genoeg onderzoek doen. Ze gedragen zich, als poortwachter, soms te veel als controleur in plaats van als adviseur.

Nederlandse huisartsen volgen bij psychosomatische klachten een ander beleid dan artsen in Marokko, Turkije en Suriname. Marokkanen, Turken en Surinamers verwachten ook van Nederlandse artsen bij psychosomatische klachten een oplossing.

Veel Marokkanen en Surinamers accepteren niet dat lichamelijke klachten een niet-lichamelijke oorzaak kunnen hebben, Turken zijn in grotere getale bereid om te accepteren dat klachten het gevolg van bijvoorbeeld stress kunnen zijn.

Veel Turken hebben in Nederland problematische ervaringen met het stellen van een goede diagnose door de huisarts. Zij kregen in Turkije in hun ogen wel de juiste diagnose.

Marokkanen en Turken die het niet eens zijn met het verwijsbeleid of medicatiebeleid van de huisarts gaan nogal eens naar artsen in respectievelijk België, Frankrijk of Marokko en Turkije.

### **8.2.5 Beleid ten aanzien van de huisartsenzorg aan migranten**

De AHV voert, gezien de problemen die in dit onderzoek naar voren komen ten onrechte, geen specifiek beleid op migranten.

Uit een evaluatierapport blijkt dat zowel huisartsen als patiënten die gebruik maken van de diensten van VETC-ers aangeven dat deze een positieve invloed heeft op de communicatie tussen huisarts en migrantenpatiënt. De kwaliteit van de zorg aan migrantenpatiënten is verbeterd. Het aantal VETC-ers is beperkt.



## **8.2. Aanbevelingen**

### **8.2.1 Algemeen**

Een algemene aanbeveling is dat er in Amsterdam een interdisciplinaire gezondheidspost komt waar eenmaal per 14 dagen, of indien nodig vaker, een Marokkaanse, Turkse en Surinaamse arts spreekuur houden. De artsen en andere disciplines in deze gezondheidspost, zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, hebben over dit consult contact met de huisarts van de betreffende persoon. Zij zijn ook door de huisarts (en door andere disciplines) te consulteren.

Een tweede algemene aanbeveling aan huisartsen is dat zij zich, als poortwachter, niet opstellen in een controlerende, maar in een adviserende rol. De rol van de huisarts is die van dienstverlener, die de patiënt informeert en die, in overleg met een individuele patiënt, zoekt welke oplossing het meest geschikt is voor die patiënt. De keuze is uiteindelijk aan de individuele patiënt.

Bepaalde aspecten van de huisartsengeneeskunde die voor migrantenpatiënten een probleem zijn, worden door de Nederlandse patiëntenbeweging juist als een verworvenheid ervaren. Een derde algemene aanbeveling is dan ook dat er over deze aspecten een dialoog op gang gebracht moet worden tussen migrantenpatiënten en 'witte' Nederlandse patiënten(organisaties).

### **8.2.2 De communicatie**

#### *Communicatieproblemen: de taal*

Het is zowel voor de autonomie van migrantenpatiënten als voor een goede huisartsenzorg van groot belang dat er een oplossing komt voor het taalprobleem. De oplossing moet door huisartsen niet gezocht worden in het laten meenemen van familieleden of andere bekenden die tolken.

Een aanbeveling is om, als de resultaten van de eindevaluatie van het project 'VETC-ers in de huisartsenpraktijk' positief zijn, op veel grotere schaal dan tot nu toe het geval is geweest VETC-ers in te zetten. VETC-ers zijn niet alleen tolk, maar zijn ook intermediair op andere aspecten die de communicatie kunnen belemmeren. De positieve ervaringen moeten worden overgedragen aan andere huisartsen in Amsterdam. De AHV zou hierbij het voortouw moeten nemen.

Een tweede aanbeveling is om, ingeval om praktische redenen geen gebruik van VETC-ers gemaakt kan worden, zoveel mogelijk gebruik te maken van de tolktelefoon. Er moet worden nagegaan hoe de tolktelefoon efficiënt kan werken.

*Communicatieproblemen: onbekendheid van de huisarts met de religieuze of culturele achtergrond*

Huisartsen moeten ten aanzien van migrantenpatiënten niet uitgaan van een statisch cultuurbeeld, maar individuen vragen hoe hun beleving van allerlei culturele aspecten van het land van herkomst is. Huisartsen wordt dan ook aanbevolen aan patiënten vragen te stellen over hun achtergrond en cultuur. Als een huisarts zich verdiept in de achtergrond van een migrantenpatiënt wekt dat vertrouwen en roept het respect op.

De AHV wordt aanbevolen cursussen voor huisartsen te organiseren. In deze cursussen zou aandacht moeten worden besteed aan een aantal algemene kenmerken van de achtergrond en de cultuur van migrantenpatiënten. Ook zou aandacht moeten worden besteed aan de gezondheidszorgsystemen in andere landen en aan de wijze waarop ziekte en gezondheid in andere landen wordt beleefd.

Aankomende huisartsen zouden in hun opleiding hierover informatie moeten krijgen.

*Communicatieproblemen: de attitude van de patiënt/religieuze of culturele achtergrond*



Via voorlichtingsfilms of andere vormen van voorlichting (zie onder) moet migrantenpatiënten duidelijk worden gemaakt dat de huisarts een vertrouwenspersoon is. Er moet duidelijk worden gemaakt dat de huisarts de privacy van zijn patiënten respecteert en dat hij niet met anderen praat over wat de patiënt hem vertelt.

### **8.2.3 De wijze waarop het gezondheidszorgsysteem in Nederland is georganiseerd**

Het APCP wordt aanbevolen om een dialoog op gang te brengen tussen migrantenpatiënten en Amsterdamse huisartsen. Daartoe zouden wijkgerichte bijeenkomsten moeten worden georganiseerd.

Het APCP wordt aanbevolen aan migrantenpatiënten voorlichting te geven over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. In de voorlichting moet onder andere aandacht worden besteed aan uitleg over de uitgangspunten van de Nederlandse huisartsengeneeskunde. Het APCP kan gebruikmaken van reeds opgedane ervaringen met methodieken, zoals bijvoorbeeld het maken van videofilms ten behoeve van het diabetesproject. Er zal echter goed moeten worden nagegaan wat de beste manier is om dit soort voorlichting te geven aan specifieke migrantengroepen.

Aanbevolen wordt om tijdens de inburgeringscursus die nieuwkomers nu volgen, meer aandacht te besteden aan voorlichting over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

De AHV wordt aanbevolen uitwisselingsbijeenkomsten te organiseren tussen Nederlandse huisartsen en Marokkaanse, Turkse en Surinaamse artsen. Doel van deze bijeenkomsten is om een discussie op gang te brengen over hoe in Nederland en in de andere landen symptomen geïnterpreteerd worden, hoe er gediagnosticeerd wordt en op welke wijze behandeld wordt.

### **8.2.4 De attitude van de huisarts**

Huisartsen moet met migrantenpatiënten meer communiceren over de rol van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Er moet met name gecommuniceerd worden dat de huisarts een vertrouwenspersoon is en dat hij verplicht is de privacy van patiënten te respecteren.

Huisartsen moeten aan migrantenpatiënten, en met name aan de Turkse en Marokkaanse patiënten, meer uitleg (over de diagnose, over de behandeling etc.) geven. Zeker over de werking en de bijwerkingen van medicijnen moet met migrantenpatiënten veel beter worden gecommuniceerd.

## Bijlage 1 – Geïnterviewden vooronderzoek

Tijdens het vooronderzoek hebben met de volgende mensen gesprekken plaatsgevonden:

1. Sleutelpersonen uit de Marokkaanse gemeenschap:  
Dhr **Najib Taoujni** (filmmaker, Patiënten voor Patiënten en werkzaam voor het APCP); mw **Fatima Malki** (diabetesverpleegkundige Slotervaartziekenhuis); mw **Mouna Azizeddine**; mw **Ihsan Aoulid Ahmadouch** (APCP).
2. Sleutelpersonen uit de Turkse gemeenschap:  
Mw **Saadet Metin** (filmmaker, Migranten-t.v.); mw **M. Karaman** (pedagoog); mw. **Adile Tanis** en mw **C. Beilsma** (stichting Mimoza, gezondheidsproject buitenlandse vrouwen); mw **Sevinç Vullings-Gümüs**; mw **Yüksel Kazankiran**, (ATKB, Vereniging van Vrouwen uit Turkije in Amsterdam); mw **Deniz Keklik** (APCP).
3. Sleutelpersonen uit de Surinaamse gemeenschap:  
Mw **Cecilia Pengel** (RIAGG ZNW), dhr **C. Codrington** en mw **Urmy Macnack** (SSA, partner in interculturele vraagstukken); mw **Mildred Zuidveen** (SVB, Surinaamse Vrouwen Bijlmer); mw **Willy Esajas** (eigen Training- en Adviescentrum). Daarnaast is over de gezondheidszorg in Suriname gesproken met mw **Jeane Myals-Leliënhof**. Zij woont in Suriname en was tijdelijk in Nederland.
4. Sleutelpersonen uit de Ghanese gemeenschap:  
Dhr **M. Musah** en dhr **Joe Lamptey** (Sikaman).
5. Huisartsen:  
Mw **W. Gortzak** (huisarts in Amsterdam-Noord); dhr **W. Venneman** (huisarts in Oud-West); mw **R. Spanninga** (huisarts Sarphatipark).

6. Overigen:

Mw **Okrista Coppoolse** (VU-Metamedica, onderzoeker);  
dhr **Raci Topal** (ZAO, VETC-er); mw **Patricia Jaeger**  
(AHV); dhr **Paul van Dijk** (adviserend geneeskundige  
ZAO); dhr **Solomon Meteku** (secretaris Gemeentelijke  
Adviesraad Vluchtelingen)

## **Bijlage 2 – Vragenlijst interviews**

### **BEGINVRAGEN**

1. Wanneer belt u de huisarts? Bij verkoudheid, bij hoofdpijn etc. of alleen bij ernstige ziekte?
2. Vindt u het makkelijk om de huisarts te bellen?  
Neen: doorvragen – waarom niet?
3. Hoe vaak gaat u naar uw huisarts?
4. Gaat u dan voor uzelf of voor de kinderen?
5. Voelt u zich bij uw huisarts op uw gemak?  
Neen: doorvragen – waarom niet?/hoe komt dat?
6. Heeft u een vaste arts of steeds andere (arts in opleiding)?  
Aandachtspunt: keuze?

### **ATTITUDE HUISARTS**

7. Is de huisarts over het algemeen aardig?
8. Vindt u dat hij goed luistert?
9. Voelt u zich serieus genomen?
10. Schrijft de huisarts klachten op?
11. Stelt hij genoeg vragen/vraagt hij door?
12. Neemt hij voldoende tijd?
  - Sommige mensen zeggen dat (blanke) Nederlanders langer in de spreekkamer blijven. Is dat zo? Hoe komt dat?
13. Geeft hij uitleg?
14. Geeft hij antwoord op uw vragen?
15. Komt hij bij u thuis?
16. Vindt u de huisarts deskundig?
  - Sommige huisartsen vragen wel eens: 'Wat vindt u er zelf van?' Doet uw huisarts dat ook? Is dat goed of niet goed?
  - Is er een verschil met artsen in Marokko/Suriname/Turkije?
17. Staat de huisarts open voor suggesties/kritiek?
18. Als mensen problemen hebben met de huisarts:
  - bij wat voor soort klachten ervaart u die problemen?
  - Wat gaat wel goed/wat gaat niet goed?

## **ATTITUDE PATIËNT**

19. Durft u alles te vertellen?  
Zo nee, waarom niet?  
Wat niet?
20. Durft u om doorverwijzing te vragen?  
Zo nee, waarom niet?
21. Durft u om uitleg te vragen?
22. Heeft u wel eens een second opinion gevraagd?
23. Bent u wel eens van huisarts veranderd?  
Zo ja: Waarom?  
Is deze huisarts beter?  
Zo ja, waarom beter?
24. Heeft u liever een mannelijke of een vrouwelijke huisarts?  
Heeft u een mannelijke of vrouwelijke huisarts?
  - Als iemand een mannelijke huisarts heeft en liever een vrouw heeft (of andersom):  
Gevolgen?
25. Gaat u wel eens naar een gebedsgenezer of iets dergelijks?

## **ONDERZOEK**

26. Vindt u dat de huisarts goed onderzoek doet?
27. Vindt u dat de dokter genoeg onderzoek laat doen (laboratorium etc.)?  
Aandachtspunten:  
Geïnterviewde wil onderzoek, dokter vindt het niet nodig.  
Legde de dokter uit waarom hij onderzoek niet nodig vindt?  
Begreep u dat?  
Kon u tot overeenstemming komen?  
Zo neen, wat deed u toen? (terugkomen, het maar zo laten, accepteren, enz)
28. Wil de dokter wel eens onderzoek, terwijl u dat niet wilt?  
Legde de dokter uit waarom hij onderzoek nodig vond?  
Begreep u dat?  
Kon u tot overeenstemming komen?
29. Bespreekt de dokter de uitslag van het onderzoek?

30. Gaat u wel eens naar Turkije/Marokko om daar onderzoek te laten doen?  
Waarom?  
Is het onderzoek daar beter? Zo ja, wat is er dan anders?

## **DIAGNOSE**

31. Vertelt de huisarts goed wat er aan de hand is/geeft hij goede uitleg?
32. Vindt u dat de huisarts
- genoeg vertelt?
  - te veel vertelt? Als hij te veel vertelt, wat moet hij dan niet vertellen?
  - te weinig vertelt? Als hij te weinig vertelt, wat moet hij dan meer vertellen?
33. Zegt de dokter wel eens dat het stress is/psychisch is? Bent u het daar dan mee eens?
34. Bent u het altijd eens met de diagnose?  
Indien niet: oorzaak? (Bijv. je hebt zelf andere ideeën. Of de huisarts luistert niet goed/gelooft je niet)  
Indien niet: kunt u er met de dokter over praten?

## **MEDICATIE**

35. Schrijft de dokter wel eens medicijnen voor?  
Genoeg?  
Te veel?  
Te weinig? (aandachtspunt: voorschrijven vitaminen)
36. Schrijft de dokter wel eens paracetamol voor?  
Zo ja, mee eens?
37. Wil de dokter u wel eens medicijnen voorschrijven terwijl u dat niet wilt?  
Zo ja, Probeerde de huisarts dan uit te leggen waarom u medicijnen moest gebruiken?  
Begreep u dat?  
Kon u tot overeenstemming komen?
38. Wilt u wel eens medicijnen terwijl de dokter ze niet wil voorschrijven?  
Zo ja, probeerde de huisarts dan uit te leggen waarom hij geen medicijnen wilde geven?  
Begreep u dat?

- Kon u tot overeenstemming komen?  
Zo neen, wat deed u toen? (Weer terugkomen, het maar zo laten, etc.)
39. Geeft de dokter uitleg over waarom medicijnen worden voorgeschreven?
40. Geeft de dokter uitleg over werking/bijwerkingen van medicatie?
41. Koopt u wel eens medicijnen als u op vakantie in Turkije/Marokko bent?  
Weet de huisarts dat?
42. Schrijft men in Turkije/Marokko wel eens medicijnen voor die u niet gebruikt?
43. Gebruikt u wel eens kruiden/huismiddelen?  
Indien ja, weet de huisarts dat?

## **DOORVERWIJZEN**

44. Wilt u wel eens worden doorverwezen terwijl de dokter dat niet wil?  
Zo ja, probeerde de huisarts dan uit te leggen waarom u niet doorverwezen hoeft te worden?  
Begreep u dat?  
Kon u tot overeenstemming komen?  
Zo neen, wat deed u toen? (weer terugkomen, om doorverwijzing blijven vragen, accepteren, etc.)
45. Wil de dokter wel eens doorverwijzen terwijl u dat niet wilt?  
Zo ja, probeerde de huisarts dan uit te leggen waarom u doorverwezen moet worden?  
Begreep u dat?  
Kon u tot overeenstemming komen?

## **COMMUNICATIE**

*Taalprobleem (geen/onvoldoende Nederlands spreken)*

46. Maakt de huisarts gebruik van de tolkentelefoon?
- Aandachtspunten: nadelen? Wel alles zeggen?
47. Neemt u iemand mee? Zo ja, wie?
- Aandachtspunt: kind als tolk: wel alles vertellen? Gevolgen voor kind?



48. Lukt het om uw problemen uit te leggen?
49. Begrijpt u wat de huisarts zegt?

### *Begripsprobleem*

*= wel Nederlands spreken, maar begrippen/woorden anders gebruiken/interpreteren. Bijvoorbeeld: de patiënt heeft het over hartepijn, de huisarts verwijst naar de cardioloog. Terwijl de patiënt uitdrukt dat zij verdriet heeft.*

50. Wordt u wel eens verkeerd begrepen door de huisarts?  
Voorbeeld?
51. Komt dat vaak voor?
52. Wat zijn de gevolgen?

### *Cultuur*

53. Stelt uw huisarts u wel eens vragen over –  
Marokko/Turkije/Suriname?  
Zo ja, wat vraagt hij dan?
54. Is hij bekend met uw gewoonten? (bijv. ramadan.  
Aandachtspunt: rekening houden met medicatie i.v.m.  
ramadan)
55. Is de huisarts bekend is met leefgewoonten hier/in land van  
herkomst?
56. Is de huisarts bekend met uw voorgeschiedenis (in het land  
van herkomst)?/ Weet de huisarts welke aandoeningen u  
vroeger heeft gehad?

## **BEREIKBAARHEID HUISARTS**

57. Is de huisarts goed bereikbaar?
58. Heeft de huisarts een telefonisch spreekuur ?
  - Aandachtspunt: door huisarts of door assistente?
59. Is het makkelijk een afspraak te maken?

## **PRIVACY**

60. Vindt u dat u er bij de huisarts voldoende rekening wordt  
gehouden met uw privacy?  
Aandachtspunt:

- assistente die telefoneert/met je spreekt en iedereen kan meeluisteren
- assistente aanwezig tijdens consult

