

“Verdiep je in de culturele achtergrond van de patiënt”

Kees Vermeer, wetenschapsjournalist



Dr. N. Naderi, Uroloog, Avisina Amsterdam

Met de toenemende diversiteit van de Nederlandse bevolking krijgen zorgverleners steeds meer te maken met interculturele communicatie. Hoe gaan urologen en andere specialisten om met verschillende culturele achtergronden van hun patiënten? Uroloog Nader Naderi pleit voor dialoog en belangstelling voor elkaar. “Kennis van elkaars achtergronden is cruciaal om de dialoog op gang te brengen, ook in de zorg.”

Naderi, geboren in Iran en inmiddels een kwart eeuw in Nederland waar hij ook zijn opleiding heeft gedaan, is zichtbaar begaan met het onderwerp. Hij spreekt met zijn hele lichaam, praat duidelijk en soms fluisterend om zijn boodschap te benadrukken. “De woorden komen uit mijn hart. Maar het is moeilijk om de interculturele discussie te voeren. Nederland is mijn tweede moederland en het is een prachtig land. Maar ik zie sterke polarisatie in de samenleving. De discussie gaat vaak over ‘wij’ en ‘zij’. Daar wil ik niet aan meedoen. Ik wil niet overkomen als een ‘andersdenkende’, maar juist een bijdrage leveren aan de pracht van dit land.”

Geïsoleerd

Veel groepen in de samenleving zijn geïsoleerd geraakt, constateert Naderi. Dat is goed zichtbaar in de zorg. Zo zijn migrantengroepen nauwelijks vertegenwoordigd in patiëntenverenigingen. In 1982 schreef de Rotterdamse huisarts Dorrenboom als eerste arts over cultuurverschillen en afwijkende ziekteopvattingen waarmee hij in de praktijk te maken kreeg. Tot midden jaren negentig bleef het onderwerp vrijwel onbesproken en werden incidenteel wetenschappelijke analyses uitgevoerd. Later hebben ook andere huisartsen erover geschreven. “Vandaag de dag maken zowel artsen als patiënten steeds vaker melding van problemen in de onderlinge relatie. De wereld wordt figuurlijk steeds kleiner door globalisatie en de toenemende technologische ontwikkelingen. Ook de uroloog krijgt telkens te maken met interculturele communicatie. Effectieve communicatie gaat over het goed begrijpen van

elkaar, het effectief omgaan met verschillende culturele achtergronden.”

Naderi beschrijft dat aanvankelijk mensen uit Suriname en de Antillen de migrantenpopulatie vormden, gevolgd door de ‘gastarbeiders’ uit met name Turkije en Marokko. “Maar de laatste golf van migranten bestaat vooral uit politiek geëngageerde mensen die vluchten voor oorlogsgeweld. Dat is een volstrekt andere populatie. Van die groep heb ik zelf veel kennis. Ik ken de pijn van de volkeren en de smaak van kruut en bommen. Ik ken de geopolitieke context van het Midden-Oosten. En ik weet hoe verschrikkelijk ingewikkeld het is om in een andere samenleving te gaan leven. Uiteraard hebben arts en patiënt een gedeelde verantwoordelijkheid voor de communicatie en het overbruggen van taal- en cultuurbarrières tijdens het consult. Maar kennis van elkaars achtergronden is cruciaal om de dialoog op gang te brengen, ook in de zorg. En dialoog is in mijn ogen de profylaxe tegen radicalisering.”

Onbegrip

De dialoog begint al bij binnenkomst van een patiënt in de spreekkamer: de begroeting en bejegening, lichamelijk contact, non-verbale communicatie, oogcontact ... Dat alles speelt mee bij anamnese, lichamelijk onderzoek en het opzetten van een behandeling. “En dat is bij iedere patiënt anders. Bij mensen met een migratieachtergrond moet ik constant teruggrijpen naar mijn kennis over hun achtergrond. Overigens is het merendeel van mijn patiënten van Nederlandse afkomst. Daar ben ik ook zeer blij mee. Nederlandse patiënten zijn in vele opzichten



“Patiënten met een migratieachtergrond ervaren de zorg in Nederland over het algemeen als minder dan autochtone patiënten”

nuchtere mensen met weinig symboliek. Men communiceert hier vooral met woorden. Dat valt mij altijd erg op.” Patiënten met een migratieachtergrond ervaren de zorg in Nederland over het algemeen als minder dan autochtone patiënten, is de ervaring van Naderi. Er is weinig begrip voor het vaak afwachtende beleid in Nederland. “Dat is niet in overeenstemming met hun ervaringen in het land van herkomst. En in de interactie met de arts voelt men onbegrip. Men voelt zich vaak niet begrepen en vooral niet serieus genomen. Daarnaast voelen veel van deze patiënten zich significant minder gezond dan Nederlandse patiënten.”

Als oorzaak van deze knelpunten wordt vaak de gebrekkige communicatie genoemd. Maar ook andere zaken spelen mee, weet Naderi: “Te weten: de cultureel bepaalde codes en communicatieregels, zeker bij de eerste generatie migranten. Ook de onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg speelt mogelijk een rol. De huisarts als de centrale figuur is vrijwel uniek voor Europese landen. Daarnaast zijn er cultureel bepaalde afwijkende opvattingen over ziekten, gezondheid en ziekenzorg.”

Depressie

Recent is een Amsterdamse vestiging geopend van het van oorsprong Turkse ziekenhuisconcern ACIBADEM. Naderi ziet dat als een concreet uitvloeisel van het onbegrip en de segregatie. “Het bevordert juist de segregatie, en dat vind ik erg jammer. Ik betreur het dat de dialoog niet op gang komt.”

Een voorbeeld van een specialisme waar behoefte is aan een interculturele benadering, is de psychiatrie. Naderi: “Een psychiater behandelt onder meer depressie. Maar zij krijgen nu te maken met bijvoorbeeld vluchtelingen met

posttraumatische stressstoornis. Dat is heel heftig. Dat vraagt een andere benadering van de patiënt. De behandelwijze, diagnostiek en gesprekken zijn heel anders dan bij andere mensen met een depressie.”

Maar hoe kan verandering in gang gezet worden? Naderi denkt dat dat niet snel ‘van onderaf’ zal gebeuren. Mensen hebben immers vaak weerstand tegen verandering. Het is volgens hem beter als bijvoorbeeld de wetenschappelijke verenigingen er beleid op maken. “Dat is ook gebeurd voor het verhogen van het aantal vrouwelijke hoogleraren door universitaire organen. En dat heeft gewerkt.”

Toch kunnen behandelaars zelf ook al veel doen. Bijvoorbeeld door zich te verdiepen in de religieuze en sociologische achtergronden van migranten. De kennis daarover bij de gemiddelde zorgaanbieder is opvallend laag, weet Naderi. “Introspectie in de eigen cultuur en manier van presenteren is eveneens een factor van betekenis. Nederlanders zijn vrij direct. Dat wordt in sommige culturen echter als bot ervaren. Behandelaars die van zichzelf weten dat ze altijd direct ter zake komen, kunnen proberen dat wat minder snel te doen. Neem bijvoorbeeld tijd voor smalltalk. In veel culturen is het uit oprechte belangstelling een gewoonte te vragen hoe het met u en uw familie gaat. De behandelaar kan dat ook aan de patiënt vragen. Praat over het weer of bespreek andere luchtige zaken voordat u ter zake komt. Aanvankelijk kost een consult dan misschien iets meer tijd, maar op de lange termijn betaalt zich dat terug. Want als je slecht contact hebt met je patiënt, ben je uiteindelijk langer met hem of haar bezig.”

Familie betrekken

Naderi adviseert verder om, meer dan bij Nederlandse patiënten, de familie bij de behandeling te betrekken. In

veel Turkse en Marokkaanse families is individualisme volgens hem een belediging en collectivisme de hoeksteen van de samenleving. En in het Aziatische zorgstelsel wordt familie veelvuldig aangehaald. “Probeer bovendien een woordje mee te spreken. Integratie is een bilateraal proces. Een paar woorden Arabisch of Turks, zoals voor ‘goedendag’ en ‘hoe gaat het?’, zijn al genoeg voor een goede opening. In de VS merkte ik dat veel Amerikaanse specialisten Spaans spreken. Ik vond dat heel mooi. Specialisten zoeken daarmee culturele toenadering tot hun patiënten. Het gaat erom dat je oog hebt voor de mens achter de patiënt. Volgens Hippocrates staat de arts ten dienste van de patiënt. Die eed hebben we als dokters allemaal afgelegd. Die geldt elke dag in elk spreekuur.”

Voor urologen zal het vaak nog een extra inspanning vragen om goede communicatie tot stand te brengen. De klachten en vragen zijn immers heel delicaat. “Seksualiteit is cultuur”, stelt Naderi. “Ontheemde culturen kennen veel symboliek. Het doorgronden van seksuele klachten is daardoor soms moeizaam. In sommige culturen slaan die soms een diepe wond in iemands zelfbeeld. Als je die pijn niet kent, kun je je patiënt niet behandelen. Je kunt zo iemand niet met Viagra naar huis sturen.”

Respect, geduld, kennis over structuur van familie, en kennis van begrippen in de nieuwe culturen in Nederland noemt Naderi als aspecten die communicatie ten goede komen. Richtlijnen blijven het skelet van klinisch denken en handelen. “Maar de mens om de prostaat heen vergt meer dan richtlijnen. Daarbij is het streven naar begrip belangrijker dan overeenstemming conform richtlijnen.

Nog enkele tips

- Maak duidelijk wat je als behandelaar gaat doen. Veel mensen van de eerste generatie weten vaak niet wat lichamelijk of aanvullend onderzoek inhoudt. Een voorbeeld is rectaal touche. Vaak wordt dat onderzoek als vernederend ervaren, met name als de uitleg hiervoor ontbreekt.
- Stel jezelf in elk gesprek de vraag waarom iemand zegt wat hij zegt, voordat je reageert.
- Bij moslimpatiënten is het niet handig om vrijdag vlak voor het middaggebed af te spreken, tenzij zij aangeven dat dat hen niets uitmaakt.
- Als bij eerstegeneratiemoslims in de palliatieve fase wordt gesproken over het sterven, houd dan rekening met opvattingen en gebruiken rond sterven in hun cultuur en religie.

Diversiteit in de samenleving vraagt om diversiteit in de zorg en diversiteit in klinisch denken en handelen.”

Binding

Naderi hoopt dat zijn pleidooi niet bijdraagt aan verdere segregatie. “Ik streef juist naar binding. Segregatie is het gif van de samenleving. Nederland is veel te mooi voor conflicten. Laten we toch de heterogeniteit maximaal benutten. Net zoals we in bijvoorbeeld de horeca genieten van de multiculturele keukens. Daar staan veel mensen wel open voor diversiteit. Waarom niet zo’n multiculturalisme in de zorgsector?”