

Communicatie met Nederlandse en Turkse patiënten in de huisartsenpraktijk

EEN EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR VERSCHILLEN IN INFORMATIE- EN PARTICIPATIEBEHOEFTE

In dit onderzoek staan verschillen in informatie- en participatiebehoeften tussen Nederlandse en Turkse huisartspatiënten centraal. Uit de resultaten blijkt dat zij, zoals verwacht, verschillende informatiebehoeften hebben. Tevens vinden Turkse patiënten de informatie van de huisarts minder begrijpelijk dan Nederlandse patiënten en blijken ze na het consult meer onvervulde informatiebehoeften te hebben. In de participatiebehoefte zijn geen verschillen gevonden.

Inleiding

Adequate communicatie is van cruciaal belang tijdens het medisch consult. Zo is correcte informatie-uitwisseling noodzakelijk om een juiste diagnose en behandeling te kunnen vaststellen, en is affectieve communicatie van belang om een vertrouwensrelatie op te bouwen tussen arts en patiënt (Bensing & Verhaak, 2004). Goede arts-patiëntcommunicatie is gerelateerd aan betere patiëntuitkomsten, zoals meer tevredenheid, meer vertrouwen, meer therapietrouw en een betere gezondheidsstatus onder patiënten (Roter & Hall, 2006). De communicatie verloopt het beste bij een consult met een arts die intensief luistert, gevolgen voor het dagelijks leven bespreekt en emoties serieus neemt (Beck, Daughtridge & Sloane, 2002).

Eerder onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat medische communicatie in consulten waarin arts en patiënt tot verschillende etnische groepen behoren, minder

* Sanne Schinkel werkt als docent bij de afdeling Communicatiewetenschap van de Universiteit van Amsterdam en volgt de Research Master Communication Science. Correspondentieadres: Universiteit van Amsterdam, afdeling Communicatiewetenschap, Kloveniersburgwal 48, 1012 CE Amsterdam. E-mail: s.schinkel@uva.nl. Barbara Schouten werkt als universitair docent aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Communicatiewetenschap en is verbonden aan de Amsterdam School of Communications Research (ASCoR). Julia van Weert werkt als universitair docent aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Communicatiewetenschap en is verbonden aan de Amsterdam School of Communications Research (ASCoR).

De auteurs willen de huisartsen en patiënten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek bedanken voor hun medewerking.

adequaat is dan consulten waarin beide partijen van dezelfde afkomst zijn. Met name de communicatie met niet-westerse allochtone patiënten laat veel te wensen over (Schouten & Meeuwesen, 2006). Zo gedragen patiënten uit minderheidsgroepen zich passiever tijdens het medisch consult dan autochtone patiënten (Johnson, Roter, Powe & Cooper, 2004; Street, Gordon, Ward et al., 2005), stellen ze minder vragen (Schouten, Meeuwesen, Tromp & Harmsen, 2007), geven ze minder informatie en maken ze minder gebruik van affectieve communicatie dan autochtone patiënten (Meeuwesen, Harmsen, Bernsen & Bruijnzeels, 2006). Uit laatstgenoemd onderzoek bleek dat ook de arts minder affectief communiceert met allochtone patiënten dan met autochtone patiënten; empathie en betrokkenheid worden bij deze patiënten minder geuit dan bij autochtone patiënten.

Gezien de relatie tussen goede communicatie en positieve (gezondheids-)uitkomsten en de tekortkomingen in de communicatie met allochtone patiënten, lopen deze patiënten een verhoogd risico op slechtere gezondheidsuitkomsten in vergelijking met autochtone patiënten. Eerder onderzoek heeft inderdaad aangetoond dat de kwaliteit van de zorgverlening slechter is voor niet-westerse allochtone patiënten dan voor autochtone patiënten (Johnson et al., 2004; Van Wieringen, Harmsen & Bruijnzeels, 2002). Pogingen om de interculturele medische communicatie te verbeteren, hebben tot dusver echter teleurstellende resultaten opgeleverd (Schouten, Meeuwesen & Harmsen, 2005). De oorzaak van het falen van interventies op dit gebied heeft waarschijnlijk te maken met een gebrek aan kennis over waarom de communicatie tussen artsen en allochtone patiënten dikwijls zo moeizaam verloopt (Schouten & Meeuwesen, 2006). Het is dan ook van groot belang meer onderzoek te doen naar mogelijke oorzaken van deze problematiek.

Een cruciale factor die een rol kan spelen in de gebrekkige medische communicatie met allochtone patiënten is de mate waarin deze patiënten tijdens het consult participeren, en daar nauw aan gerelateerd, hun participatie- en informatiebehoeften. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat informatie- en participatiebehoeften van patiënten voor een belangrijk deel ten grondslag liggen aan daadwerkelijk participatief gedrag (Street, 2001; Street, Krupat, Bell et al., 2003). Met andere woorden: hoe meer behoefte een patiënt heeft aan informatie en betrokkenheid tijdens het consult, hoe meer een patiënt een actieve rol aanneemt tijdens dit consult, zoals het stellen van vragen, het uiten van bezorgdheid, en het vragen om uitleg (Street, 2001). In dit onderzoek wordt daarom nagegaan welke verschillen er tussen autochtone en allochtone patiënten bestaan in hun informatie- en participatiebehoeften tijdens het consult met de huisarts.

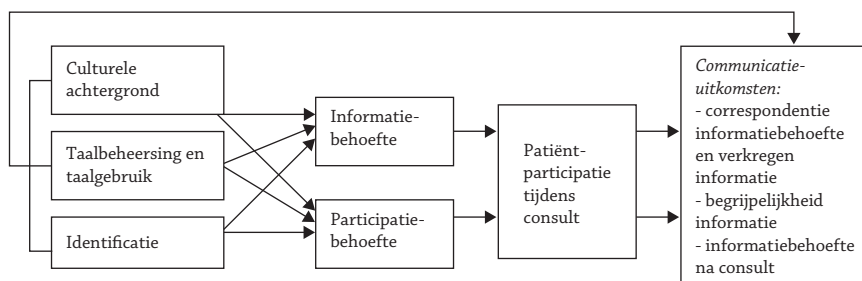
Het model van patiëntparticipatie van Street (2001) illustreert dat patiëntparticipatie alleen bewerkstelligd kan worden als patiënten willen en kunnen participeren. Hiervoor worden meerdere factoren van belang geacht, zoals het inzien van het nut van participatie, de behoefte hebben om betrokken te zijn en de taal voldoende machtig zijn. Voor allochtone patiënten speelt naast hun behoefte aan participatie daarom ook taalbeheersing en taalgebruik een rol. Naast informatie- en participatiebehoeften en taal wordt in dit onderzoek ook nagegaan in hoeverre identificatie van

allochtone patiënten met de niet-westerse cultuur een rol speelt, omdat bekend is dat de manier van omgaan met ziekten, waaronder behoeften, verwachtingen en communicatie van patiënten naar artsen, cultuurgebonden is (Helman, 2001).

In Nederland is nog geen onderzoek naar de informatie- en participatiebehoeften van allochtone patiënten verricht. Het huidige onderzoek beoogt dan ook hier meer kennis over te verkrijgen en mogelijke verschillen te achterhalen met Nederlandse patiënten. De weinige buitenlandse studies die zijn verricht, wijzen in de richting van een lagere informatiebehoefte onder allochtone patiënten in vergelijking met autochtone patiënten (Langewitz, Nubling & Weber, 2006). Ook lijken allochtone patiënten een lagere betrokkenheid bij beslissingen te prefereren dan autochtonen (Levinson, Kao, Kuby & Thisted, 2005).

Omdat onduidelijk is in hoeverre de resultaten van dit schaarse, buitenlandse onderzoek generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse situatie, onder andere door andere immigrantenpopulaties en andere gezondheidszorgsystemen, is besloten een exploratief onderzoek op dit terrein op te zetten. Gezien het intensieve karakter van het onderzoek is voor dit onderzoek een kleine steekproef gebruikt om te onderzoeken of verschillen in informatie- en participatiebehoeften tussen autochtone en allochtone patiënten meetbaar zijn met een meetinstrument dat speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld is. Doel van dit onderzoek is in kaart te brengen in hoeverre informatie- en participatiebehoeften van allochtone patiënten rond het medisch consult verschillen van die van autochtone patiënten. Deze behoeften worden vanuit het patiëntenperspectief onderzocht. Gekozen is om Turkse patiënten als doelgroep te nemen, omdat zij de grootste groep allochtonen in Nederland vormen (CBS Statline, 2009).

Additioneel doel is te onderzoeken in hoeverre er tussen de groepen verschillen bestaan in communicatie-uitkomsten. Onderzocht is daarom in hoeverre bij beide groepen correspondentie bestaat tussen de informatiebehoefte van patiënten en hun waargenomen, werkelijk gecommuniceerde informatie tijdens het consult. Daarnaast zijn begripelijkheid van de informatie en onvervulde informatiebehoefte na afloop van het consult meegenomen. Gezien de lagere participatie en lagere tevredenheid over de communicatie bij allochtone patiënten wordt onder allochtone patiënten een lagere correspondentie tussen informatiebehoefte en daadwerkelijk besproken informatie, een lager begrip van de informatie en een hogere onvervulde informatiebehoefte na het consult verwacht dan onder autochtone patiënten. Tevens wordt verwacht dat er een relatie is tussen identificatie met de niet-westerse cultuur, taalbeheersing en taalgebruik enerzijds en informatie- en participatiebehoefte en communicatie-uitkomsten anderzijds. Figuur 1 geeft het conceptueel model weer van de veronderstelde relaties, waarbij opgemerkt moet worden dat patiëntparticipatie in dit onderzoek niet is gemeten.

FIGUUR 1 *Conceptueel model*

Methode

Respondenten

Zes huisartsen, werkzaam in twee praktijken in een middelgrote stad in Nederland, namen in april en mei 2008 deel aan het onderzoek. Een praktijk werkte drie volle dagen, een ochtend en een middag mee, de andere praktijk een volle dag, vier middagen en een ochtend. Drie huisartsen waren vrouw, drie man. De huisartsen zijn benaderd vanwege het grote aantal Turkse patiënten in hun praktijk. In een praktijk was ongeveer 80 procent van het patiëntenbestand van Turkse afkomst, in de andere praktijk lag dit rond de 40 procent.

In de wachtkamers van de praktijken zijn in eerste instantie alle patiënten benaderd. Patiënten konden deelnemen wanneer ze 1) ouder dan 18 jaar waren, 2) een afspraak met de huisarts voor zichzelf hadden (en niet voor een kind of partner) en 3) voldoende Nederlands spraken om de uitleg van de onderzoeker te begrijpen. In totaal zijn 174 patiënten in de wachtkamers benaderd voor deelname, waarvan 23 patiënten op basis van bovengenoemde criteria uitgesloten werden van deelname. Van de 151 respondenten die aan de inclusiecriteria voldeden, gaven 17 patiënten aan niet mee te willen werken, wat een respons betekent van 88,7 procent. Van de 134 deelnemende respondenten stuurden 43 respondenten de tweede vragenlijst (zie 'meetinstrumenten') niet terug en zijn acht respondenten achteraf uitgesloten vanwege een groot aantal missing values. Dit resulteerde in een steekproef van 83 respondenten (55%): 35 Nederlandse, 27 Turkse en 21 patiënten van een andere afkomst. De laatste groep is in dit onderzoek niet meegenomen in de analyses.

Procedure

Bij binnenkomst in de wachtkamer werden patiënten door de onderzoeker benaderd voor deelname. Het onderzoek werd kort uitgelegd en patiënten kregen de gelegenheid een informatiebrief te lezen. Wanneer patiënten instemden met deelname, kregen zij na het tekenen van de informed consent verklaring twee vragenlijsten overhandigd: een in te vullen voor het consult met de huisarts, een tweede in te vullen na het consult. De informatiebrief, het informed consent formulier en de

vragenlijsten waren beschikbaar in het Nederlands en het Turks. Analfabete patiënten en patiënten met een lage leesvaardigheid in beide talen die thuis hulp konden krijgen bij het invullen van de vragenlijst, alsmede patiënten die direct weg moesten na hun consult konden de vragenlijsten thuis invullen en opsturen. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Amsterdam School for Communication Research (ASCoR).

Meetinstrumenten: vragenlijst voor consult

Achtergrondgegevens: naast geslacht, leeftijd en opleidingsniveau is aan respondenten gevraagd wat ze van hun gezondheid in het algemeen vinden (5-puntsschaal: 1 = uitstekend, 5 = slecht) en hoeveel zorgen ze zich maken om de klacht(en) (5-puntsschaal: 1 = helemaal geen zorgen, 5 = zeer veel zorgen). Respondenten gaven tevens aan of ze alleen waren gekomen, met partner en/of met kind, of met iemand anders.

Culturele achtergrond: de culturele achtergrond van de respondenten is gemeten door te vragen naar het geboorteland van de respondent en dat van de vader en moeder van de respondent. Gebaseerd op de definitie van 'allochtoon' (CBS, 2000) vallen respondenten met ten minste een ouder geboren in Turkije en/of zelf geboren in Turkije in de groep Turkse patiënten.

Identificatie: op basis van de identiteitsschaal van Stevens, Pels, Vollebergh en Crijnen (2004) is met twee items gemeten in hoeverre Turkse patiënten zich verbonden voelen met de Nederlandse en Turkse cultuur ('Ik voel mijzelf Nederlands' en 'Ik voel mijzelf Turks'). Er kon worden geantwoord op een 5-puntsschaal (1 = helemaal mee oneens, 5 = helemaal mee eens).

Taal: Taalbeheersing en taalgebruik zijn gemeten voor zowel de Nederlandse als de Turkse taal. Taalbeheersing is gemeten met een vraag naar hoe goed patiënten vinden dat zij de Nederlandse en/of Turkse taal beheersen, aan de hand van een 5-puntsschaal (1 = niet, 5 = zeer goed). Taalgebruik is gemeten met zes items per taal, gebaseerd op de *Behavioral Acculturation Scale* (Stevens et al., 2004). Op een 5-puntsschaal (1 = nooit, 5 = altijd) kon aangegeven worden hoe vaak de respondent de Nederlandse en/of Turkse taal spreekt met partner, kinderen, ouders, andere familieleden, vrienden en collega's. De schaal voor gebruik van de Turkse taal heeft een Cronbach's α van .76, voor Nederlands taalgebruik is de Cronbach's α .66.

Informatiebehoefte: voor het meten van de informatiebehoefte van patiënten zijn zowel items opgenomen over behoefte aan informatie over diagnose, symptomen en oorzaken van de klacht, als over bijvoorbeeld leefstijl en impact van de klacht op het dagelijks leven. Daarnaast zijn items meegenomen waarvan werd verondersteld dat deze relevant zouden zijn voor allochtone patiënten, zoals informatie over de betekenis van medische termen, de gang van zaken bij andere hulpverleners en alternatieve geneeskunde. De schaal bestaat uit 25 items, gemeten op een 5-puntsschaal (1 = helemaal niet belangrijk, 5 = zeer belangrijk) plus de categorie 'niet van toepassing'. De items zijn gebaseerd op Beisecker en Beisecker (1990), Coulter, Entwistle en Gilbert (1999) en Rüdell, Myers en Newman (2006). De schaal heeft

een Cronbach's α voor Nederlandse patiënten van .94, voor Turkse patiënten van .96. Gezien het relatief grote aantal missende waarden bij de Turkse groep was schaalconstructie niet goed mogelijk. Verschillen zijn daarom op itemniveau geanalyseerd.

Participatiebehoefte: de schaal die gebruikt is voor het meten van behoefte aan participatie is gebaseerd op de *Problem-Solving Decision-Making Scale* (PSDM-schaal) van Deber, Kraetschmer en Irvine (1996). Deze schaal is onder te verdelen in twee subschalen: behoefte aan participatie bij probleemoplossende taken en aan participatie bij beslissingstaken. De schaal is aangevuld met vier items over het niet behandelen van de klacht(en) en bestaat in totaal uit veertien items (bijvoorbeeld 'Wie zou moeten bepalen wat de risico's van elke behandeling zijn?' en 'Wie zou moeten bepalen hoe acceptabel de risico's van elke behandeling zijn?'), gemeten op een 5-puntsschaal (1 = alleen de huisarts bepaalt, 5 = alleen ikzelf bepaal). Hiervan vormen acht items de behoefte aan participatie bij probleemoplossende taken en zes items de behoefte aan participatie bij beslissingstaken. De interne consistentie van de gehele participatieschaal is voor beide groepen $\alpha = .91$. Voor de participatiebehoefte bij probleemoplossende taken is de α in de Nederlandse groep .88, in de Turkse groep .90. Voor de participatiebehoefte bij beslissingstaken is de α in de Nederlandse groep .90, in de Turkse groep .89.

Meetinstrumenten: vragenlijst na consult

Informatie besproken: voor dezelfde 25 items die gebruikt zijn voor het meten van de informatiebehoefte voorafgaand aan het consult is na het consult gevraagd in hoeverre de betreffende informatie daadwerkelijk besproken is met de huisarts. Dit is gemeten op een 5-puntsschaal (1 = helemaal niet besproken, 5 = uitvoerig besproken) plus de categorie 'niet van toepassing'. Interne consistentie voor de schaal is bij beide groepen hoog: Nederlanders: $\alpha = .94$, Turken: $\alpha = .96$.

Begrijpelijkheid informatie: op een 5-puntsschaal (1 = helemaal niet begrijpelijk, 5 = zeer begrijpelijk) konden patiënten met een item aangeven hoe begrijpelijk ze de informatie van de huisarts vonden.

Onvervulde informatiebehoefte: met de vraag 'Hoeveel behoefte aan informatie heeft u nog?' is de onvervulde informatiebehoefte na het consult gemeten op een 5-puntsschaal (1 = helemaal geen behoefte, 5 = zeer veel behoefte).

Analyses

Verschillen tussen Nederlandse en Turkse patiënten op de variabelen informatiebehoefte, participatiebehoefte en correspondentie tussen informatiebehoefte en besproken informatie zijn in kaart gebracht door middel van *independent samples t-tests*. Gezien het aantal missende waarden op de items van de schaal voor informatiebehoefte en voor besproken informatie, zijn de verschillen in informatiebehoefte en de correspondentie op itemniveau bekeken (zie 'meetinstrumenten'). Voor identificatie, taalbeheersing en -gebruik van Turkse patiënten is gebruikgemaakt van *paired samples t-tests*, waarbij binnen deze groep de score op de Nederlandse cultuur

en taal vergeleken werd met de Turkse. Relaties tussen participatiebehoefte en taalbeheersing, taalgebruik en identificatie van de patiënten zijn door middel van Pearson correlaties berekend. Omdat schaalconstructie voor informatiebehoefte niet mogelijk was, zijn hiervoor geen correlaties met andere variabelen berekend.

Om te meten in hoeverre de informatiebehoefte aansluit op de mate waarin de informatie volgens de patiënt besproken is met de huisarts, is een correspondentiescore berekend. Gebaseerd op de (a)symmetrie-index van Meeuwesen et al. (2006) is voor de correspondentie tussen informatiebehoefte en waargenomen besproken informatie per item, de score van de mate waarin de informatie besproken is volgens de patiënt afgetrokken van de score voor de informatiebehoefte van de patiënt. De resulterende correspondentiescore kan tussen -4 en 4 liggen, waarbij 0 een perfecte correspondentie tussen behoefte en waargenomen besproken informatie aangeeft. Een negatieve score geeft aan dat er volgens de patiënt meer besproken is dan waar de patiënt vóór het gesprek behoefte aan had, een positieve score geeft aan dat er volgens de patiënt minder besproken is dan waar behoefte aan was.

Resultaten

Tabel 1 geeft de achtergrondgegevens weer van de respondenten per groep. De Nederlandse groep bestaat uit meer vrouwen dan de Turkse groep, is ouder en beter opgeleid. Turkse patiënten maken zich meer zorgen over hun klacht dan Nederlanders. In beide groepen komen de meeste patiënten alleen naar de huisarts. Als er iemand mee is, is het bij Nederlandse patiënten vooral de partner, Turkse patiënten nemen vaker hun kind mee.

Identificatie en taal

Turkse patiënten voelen zich meer Turks ($M = 3.8$, $SD = 1.3$) dan Nederlands ($M = 2.8$, $SD = 1.3$) ($t(16) = -2.4$, $p < .05$), en spreken vaker, zij het niet-significant, Turks dan Nederlands (Turks: $M = 3.5$, $SD = .9$; Nederlands: $M = 3.0$, $SD = 1.0$) ($t(21) = -1.6$, ns). Ditzelfde beeld is te zien voor taalbeheersing: de Nederlandse taal wordt minder goed beheerst ($M = 3.6$, $SD = 1.0$) dan de Turkse taal ($M = 4.1$, $SD = .9$) ($t(22) = -2.2$, $p < .05$). Dit verschil is wel significant.

Informatiebehoefte

Zowel Nederlandse als Turkse patiënten blijken een hoge informatiebehoefte te hebben, met een gelijk gemiddelde van 4.0 (Nederlanders $SD = .6$; Turken $SD = .5$). Nederlandse en Turkse patiënten blijken echter verschillende informatie belangrijk te vinden (zie tabel 2). Nederlanders hechten meer waarde aan informatie over de diagnose ($t(51) = 2.98$, $p < .01$), dan Turkse patiënten. Turkse patiënten hebben daarentegen meer behoefte aan informatie over prevalentie van de klacht ($t(47) = -2.34$, $p < .05$), het lichamelijk onderzoek ($t(47) = -2.37$, $p < .05$), de betekenis van

TABEL 1 *Achtergrondgegevens respondenten*

	NL (N = 35)	Turks (N = 27)
<i>Geslacht (%)**</i>		
Man	17.1	59.3
Vrouw	82.9	40.7
<i>Leeftijd*</i>		
Gemiddelde leeftijd (in jaren) (SD)	47.2 (17.6)	37.5 (12.5)
<i>Opleiding (%)*</i>		
Laag	25.7	44.4
Midden	57.1	51.9
Hoog	17.1	3.7
<i>Gezondheid (%)</i>		
Slecht	25.7	25.9
Gemiddeld	34.3	51.9
Goed	31.4	18.5
Onbekend	8.6	3.7
<i>Hoeveelheid zorgen (%)*</i>		
Weinig	65.7	44.4
Gemiddeld	25.7	29.6
Veel	8.6	25.9
<i>Begeleiding (%)</i>		
Alleen	62.9	66.7
Partner mee	14.3	7.4
Kind mee	5.7	18.5
Iemand anders mee	8.6	3.7
Onbekend	8.6	3.7

* $p < .05$, ** $p < .001$

medische termen ($t(48) = -2.09$, $p < .05$), alternatieve geneeswijzen ($t(42) = -1.98$, $p < .05$) en de gang van zaken bij andere hulpverlener(s) ($t(36) = -2.00$, $p < .05$).

TABEL 2 Gemiddelde informatiebehoeften van Nederlandse en Turkse patiënten

Item (schaal 1-5)	NL (N=35)			TU (N=27)		
	M	SD	N	M	SD	N
de diagnose	4.59	.62	32	4.00*	.84	21
de oorzaken	4.03	1.13	30	4.15	.81	20
andere oorzaken dan lichamelijke	3.75	1.24	28	3.75	1.00	16
de symptomen	3.84	1.02	32	4.00	.82	19
de ernst	4.30	.77	33	4.16	.90	19
de prognose	4.20	1.03	30	3.88	1.03	16
hoe vaak klacht voorkomt	3.03	1.25	30	3.84**	1.07	19
lichamelijk onderzoek	3.57	1.04	30	4.21**	.71	19
mogelijke behandelingen	4.41	.67	32	4.05	.83	20
risico's behandeling	4.18	.92	33	4.13	1.06	15
risico's niet behandelen	4.03	1.15	32	4.06	.97	17
voordelen behandeling	4.03	.98	33	4.00	.91	18
behandeling met medicijnen	4.23	.92	31	3.85	.81	20
behandeling zonder medicijnen	4.25	1.04	28	4.29	.77	17
gebruik medicijnen	4.16	.77	32	4.30	.66	20
medicijnen zonder recept	3.37	1.15	27	3.82	1.13	17
medische termen	3.45	1.06	31	4.05**	.85	19
doorverwijzing	3.72	1.03	29	3.94	.83	17
alternatieve geneeswijzen	2.89	1.19	27	3.59**	1.06	19
aanvullend onderzoek	3.72	.84	29	4.05	.97	17
gang van zaken andere hulpverleners	3.13	1.18	23	3.87**	.99	15
gevolgen dagelijks leven	4.00	1.02	32	4.25	.97	20
zelf klacht verminderen	4.52	.57	29	4.11	.99	19
gezondheid verbeteren	3.64	1.28	28	4.00	.84	18
aanvullende informatie	3.53	1.17	30	3.89	1.02	18

* ($p < .001$) ** ($p < .05$)

Noot: Een hoger gemiddelde betekent meer behoefte aan informatie

Participatiebehoefte

Tabel 3 geeft de gemiddelden op de items van de schaal voor participatiebehoefte bij het nemen van beslissingen voor beide groepen weer, onderverdeeld in behoefte aan participatie bij probleemoplossende taken en aan participatie bij beslissingstaken. Ook hier liggen de gemiddelden van de groepen dicht bij elkaar (Turken $M = 2.6$, $SD = .7$; Nederlanders $M = 2.4$, $SD = .5$, ns). De probleemoplossende taken worden zowel door Nederlanders ($M = 2.0$, $SD = .6$) als door Turken ($M = 2.3$, $SD = .8$) liever aan de arts overgelaten dan de beslissingstaken (Nederlanders $M = 2.8$, SD

TABEL 3 *Gemiddelde scores op de participatieschaal*

Item (schaal 1-5)	NL (N=35)			TU (N=27)		
	M	SD	N	M	SD	N
Wie zou moeten bepalen over...						
Probleemoplossende taken	2.05	.55	34	2.33	.80	18
oorzaken klachten	2.49	.85	35	2.22	1.04	23
mogelijke behandelmethoden	1.97	.79	35	1.96	.77	23
risico's behandelingen	1.74	.70	35	2.26*	1.01	23
voordelen behandelingen	2.06	.73	35	2.38	1.07	21
kans op risico's	1.85	.70	34	2.00	.97	20
kans op voordelen	2.00	.64	35	2.25	1.07	20
risico's niet behandelen	2.09	.82	35	2.52	1.25	21
voordelen niet behandelen	2.29	.75	35	2.58	1.07	19
Beslissingstaken	2.80	.71	35	2.83	.80	17
acceptabelheid risico's	2.83	.89	35	3.00	1.17	20
acceptabelheid voordelen	2.83	1.01	35	2.91	1.19	22
acceptabelheid risico's niet behandelen	2.83	1.01	35	3.05	1.03	19
acceptabelheid voordelen niet behandelen	2.91	.98	35	2.90	1.07	20
behandeling o.b.v. risico's	2.66	.64	35	2.65	.88	20
behandeling o.b.v. voordelen	2.71	.57	35	2.60	.88	20

* (p < .05)
Noot: Een hoger gemiddelde betekent meer behoefte aan participatie

= .7; Turken $M = 2.8$, $SD = .8$, ns). Alleen voor het bepalen van de risico's van elke behandeling geven Turkse patiënten significant meer participatiebehoefte aan dan Nederlandse patiënten ($t(56) = -2.31$, $p < .05$). Wat betreft taal en identificatie blijkt alleen Nederlands taalgebruik significant te correleren met participatiebehoefte en dan alleen wat betreft de beslissingstaken ($r = .56$, $p < .05$). Hoe vaker Turkse patiënten de Nederlandse taal gebruiken, hoe meer behoefte ze hebben aan betrokkenheid bij het nemen van beslissingen.

Correspondentie behoefte-gedrag

In tabel 4 is de correspondentie tussen informatiebehoefte en de mate waarin de informatie is besproken weergegeven voor beide groepen. Door het relatief grote aantal missende waarden is alleen naar verschillen op itemniveau gekeken. Er bestaan grote verschillen per item. Er zijn slechts twee negatieve gemiddelden gevonden, wat wil zeggen dat er meer informatie besproken is dan er behoefte aan was, namelijk voor 'informatie over de symptomen' en het 'lichamelijk onderzoek' in de groep Nederlandse patiënten. Voor de overige items geldt dat de behoefte gro-

TABEL 4 Correspondentie informatiebehoefte – informatie besproken (een lagere score betekent meer overeenstemming)

Item (schaal -4-4)	NL (N=35)			TU (N=27)		
	M	SD	N	M	SD	N
de diagnose	.48	.65	25	.21	1.31	14
de oorzaken	.42	1.64	24	.64	1.28	14
andere oorzaken dan lichamelijke	1.08	1.80	13	.00	1.73	9
de symptomen	-.23**	.81	22	.27	.79	11
de ernst	.60	.91	25	.50	.52	12
de prognose	.67	1.15	21	.45	1.29	11
hoe vaak klacht voorkomt	.05	1.61	20	.73	1.49	11
lichamelijk onderzoek	-.19**	1.44	21	.73	1.42	11
mogelijke behandelingen	.50	1.06	24	.00**	.63	11
risico's behandeling	1.67	1.91	18	1.44	1.81	9
risico's niet behandelen	1.71	2.16	14	1.55	1.63	11
voordelen behandeling	1.06	1.95	18	.60	1.26	10
behandeling met medicijnen	.09	1.24	23	.33	.65	12
behandeling zonder medicijnen	1.63	2.03	16	.30**	1.06	10
gebruik medicijnen	.56	1.04	18	1.00	1.41	12
medicijnen zonder recept	.73	1.79	15	1.56	1.51	9
medische termen	1.20	1.01	15	1.27	1.56	11
doorverwijzing	.14	1.83	14	.00	.93	8
alternatieve geneeswijzen	1.23	1.09	13	.44	1.81	9
aanvullend onderzoek	.56	1.51	18	.50	.97	10
gang van zaken andere hulpverleners	1.60	1.26	10	1.25	.89	8
gevolgen dagelijks leven	1.29	1.74	21	1.00	1.25	10
zelf klacht verminderen	1.61	1.53	23	.18**	.98	11
gezondheid verbeteren	2.16	1.34	19	1.09*	2.17	11
aanvullende informatie	1.89	1.18	18	1.09	2.17	11

* ($p < .001$) ** ($p < .05$)

Noot: Cursief correspondentiecijfer betekent dat die groep op dat item significant meer correspondentie rapporteert dan de andere groep. Een negatief gemiddelde betekent dat er meer informatie besproken is dan er behoefte aan was. Een positief gemiddelde betekent dat er minder informatie besproken is dan er behoefte aan was. Hoe hoger het gemiddelde, hoe groter het verschil tussen informatiebehoefte en daadwerkelijk besproken informatie

ter was dan wat er werd besproken. Uit tabel 4 kan worden opgemaakt dat dit in sterkere mate het geval is geweest voor Nederlandse patiënten dan voor Turkse patiënten. Nederlandse patiënten ervaren een lagere correspondentie dan Turkse patiënten bij informatie over mogelijke behandelingen ($t(30.5) = 1.7, p < .05$), behandeling zonder medicijnen ($t(23.5) = 2.2, p < .05$), zelf klacht verminderen ($t(29) = 3.3, p < .05$) en gezondheid verbeteren ($t(19.4) = 3.5, p < .001$). Turkse

patiënten hebben een significant lagere correspondentie dan Nederlandse patiënten voor informatie over symptomen ($t(20.7) = -1.7, p < .05$) en het lichamelijk onderzoek ($t(20.6) = -1.7, p < .05$).

Onvervulde informatiebehoefte

Turkse patiënten ($M = 2.4, SD = 1.2$) blijken na het consult significant meer onvervulde behoefte aan informatie te hebben dan Nederlandse patiënten ($M = 1.29, SD = .6$) ($t(20.99) = -3.7, p < .001$). Ook vinden ze ($M = 4.0, SD = .6$) de informatie van de huisarts minder begrijpelijk dan Nederlandse patiënten ($M = 4.4, SD = .6$); $t(41.11) = 2.26, p < .05$). Voor Nederlanders correleren informatiebehoefte na het consult en begrijpelijkheid van de informatie niet met elkaar, voor Turkse patiënten wel ($r = -.43, p < .05$). Hoe begrijpelijker een Turkse patiënt de informatie vindt, des te minder behoefte aan informatie hij/zij na het consult nog heeft. Er zijn geen significante correlaties gevonden tussen identificatie c.q. taalbeheersing en -gebruik en informatiebehoefte na het consult, maar wel tussen identificatie c.q. taalbeheersing en -gebruiken begrijpelijkheid van de informatie. Begrijpelijkheid van de informatie blijkt bij Turkse patiënten sterk te correleren met de beheersing ($r = .71, p < .001$) en het gebruik ($r = .51, p < .05$) van de Nederlandse taal. Hoe beter Turkse patiënten de Nederlandse taal beheersen en hoe vaker ze de taal gebruiken, des te beter ze de informatie van de arts begrijpen. Ook blijkt identificatie een rol te spelen bij de begrijpelijkheid van de informatie ($r = -.66, p < .05$). Hoe meer Turks de patiënt zich voelt, hoe minder de informatie van de arts begrepen wordt. Identificatie blijkt weer te correleren met Nederlandse taalbeheersing ($r = -.49, p < .05$). Hoe meer Turks de patiënt zich voelt, hoe minder diegene de Nederlandse taal beheerst.

Conclusie en discussie

Centrale vraag in dit onderzoek was welke verschillen er zijn in informatie- en participatiebehoeften tussen allochtone en autochtone patiënten. Gezien de resultaten uit eerder onderzoek (Langewitz et al., 2006; Levinson et al., 2005) werd verwacht dat Turkse patiënten een lagere informatiebehoefte en een lagere participatiebehoefte zouden hebben dan Nederlandse patiënten. De resultaten uit dit onderzoek leveren hier echter geen bewijs voor. Beide groepen blijken veel informatie op diverse gebieden te willen, en beiden neigen sterk naar een situatie waarbij beslissingen door de arts of gezamenlijk worden genomen. Deze relatief passieve houding, die in eerder onderzoek vaker bij allochtone patiënten is gevonden, komt in dit onderzoek ook voor bij Nederlandse patiënten. Wel blijkt dat hoe meer een Turkse patiënt de Nederlandse taal gebruikt, hoe meer betrokkenheid hij/zij wenst bij het nemen van beslissingen.

Er zijn wel duidelijke verschillen in het soort informatie dat beide groepen belangrijk vinden. Nederlanders willen vooral informatie over de diagnose, terwijl Turkse patiënten meer informatie willen over hoe vaak de klacht voorkomt, het

lichamelijk onderzoek, de betekenis van medische termen, alternatieve geneeswijzen en de gang van zaken bij andere hulpverleners. Hierbij spelen cultuurverschillen, identificatie, taalbeheersing en -gebruik vermoedelijk een rol. Westerse en niet-westerse patiënten gaan verschillend met ziekte om (Helman, 2001), waarbij niet-westerse patiënten een meer holistische benadering hebben van ziekte dan westerse patiënten die meer biomedisch gericht zijn. Mogelijk leggen autochtone patiënten daarom meer nadruk op de diagnose dan Turkse patiënten, terwijl Turkse patiënten alternatieve geneeswijzen bijvoorbeeld belangrijker vinden dan autochtone patiënten. Informatie over het lichamelijke onderzoek kan belangrijker zijn voor Turkse patiënten dan voor Nederlandse patiënten door verschil in cultuur. Daarnaast zijn Turkse patiënten de Nederlandse taal mogelijk niet voldoende machtig om medische termen te begrijpen en zijn zij waarschijnlijk minder bekend met het gezondheidssysteem in Nederland. Uitleg hierover is daarom vermoedelijk meer gewenst door Turkse patiënten dan door Nederlandse patiënten.

Opvallend is dat Nederlandse patiënten een lagere correspondentie tussen informatiebehoefte en daadwerkelijk besproken informatie rapporteren dan Turkse patiënten. Over het algemeen wordt in de perceptie van de patiënt over bijna alle onderwerpen minder gesproken dan waar patiënten voorafgaand aan het consult behoefte aan dachten te hebben. Dit is onder Nederlanders echter niet alleen op meer gebieden van toepassing, er worden ook grotere discrepanties gevonden. Wellicht verwachten Nederlanders meer van de informatie die de huisarts verstrekt dan Turken of rapporteren Turkse patiënten minder gemakkelijk dat hun arts onvoldoende rekening heeft gehouden met hun behoeften. Het mogelijk onderrapporteren van discrepanties onder de Turkse patiënten kan gedeeltelijk worden verklaard door verschillen in 'power distance' tussen de Turkse en Nederlandse cultuur. Power distance kan worden gedefinieerd als de mate waarin leden van een samenleving accepteren en verwachten dat de macht binnen die samenleving ongelijk is verdeeld (Hofstede, 2001). In Turkije is er sprake van een hogere power distance dan in Nederland, waardoor artsen daar een hogere positie innemen dan in Nederland en het minder gebruikelijk is dat patiënten uiting zullen geven aan kritiek of onenigheid met hun arts. Om deze verklaring te kunnen toetsen, wordt aangeraden deze variabelen in vervolgonderzoek mee te nemen.

De bevinding dat Nederlanders na het consult een lagere informatiebehoefte hebben dan Turkse patiënten, lijkt op het eerste gezicht tegenstrijdig te zijn met bovenstaande resultaten. Dit laatste heeft waarschijnlijk grotendeels te maken met het feit dat Nederlanders de informatie van de huisarts begrijpelijker vinden dan Turkse patiënten. Door een slechtere taalbeheersing en daarmee minder begrip van de informatie, kunnen Turkse patiënten na het consult, ondanks dat de arts bepaalde informatie in hun ogen wel gegeven heeft, toch met meer vragen en onduidelijkheden blijven zitten dan Nederlandse patiënten. De bevinding dat een sterkere identificatie met de Turkse cultuur gerelateerd blijkt te zijn aan minder begrip van de informatie heeft hier waarschijnlijk mee te maken, gezien de relatie tussen identificatie en taalbeheersing. Hoe meer Turks iemand zich voelt, hoe min-

der diegene de Nederlandse taal beheerst, wat een lager begrip van de informatie tot gevolg heeft.

Een alternatieve verklaring kan zijn dat behoeften tijdens het gesprek veranderen. In dit onderzoek is de behoefte voor het gesprek gemeten en in verband gebracht met hoe goed de vooraf belangrijke informatie is besproken. Als er tijdens het gesprek andere onderwerpen belangrijker blijken, zullen die onderwerpen worden besproken en niet de onderwerpen die vooraf als belangrijk werden gezien. In dit geval zal volgens de resultaten de respondent een lage correspondentie ervaren tussen wat vooraf belangrijk werd geacht en wat achteraf bleek te zijn besproken. Maar dat wil niet zeggen dat er geen belangrijke informatie is besproken. Een lage score op onvervulde informatiebehoefte na afloop van het gesprek in combinatie met een lage correspondentie tussen behoefte vooraf en daadwerkelijk besproken informatie, kan aangeven dat de behoefte tussentijds is veranderd. Hiermee is in dit onderzoek geen rekening gehouden. Vervolgonderzoek waarbij wordt bekeken of tijdens het gesprek de informatie- en wellicht participatiebehoefte verandert bij patiënten, kan daarom interessant zijn.

Onder Turkse patiënten zijn relatief veel missende waarden gevonden bij de schaal voor informatiebehoefte. Dit kan erop duiden dat de schaal te lang en te ingewikkeld is voor hen. Het is daarom belangrijk aanpassingen te doen in de vragenlijst en de schaal in te korten. Daarnaast moet extra aandacht worden besteed aan het vereenvoudigen van de formulering van de items. Ook zijn grotere steekproeven nodig om de resultaten uit dit onderzoek te ondersteunen, waarin Turkse patiënten meegenomen worden die geen tot zeer weinig Nederlands spreken. Wellicht zijn de kleine verschillen tussen autochtone en allochtone patiënten het gevolg van de gebruikte selectiecriteria; de deelnemende, allochtone patiënten in deze steekproef hadden voldoende taalbeheersing in het Nederlands om bij binnenkomst een kort gesprek te kunnen voeren met de onderzoekers. Een gesprek met de huisarts zal daarom mogelijk beter verlopen met de patiënten in deze steekproef dan een gesprek met allochtone patiënten die het Nederlands nauwelijks beheersen. Voor vervolgonderzoek is het daarom verstandig onderzoekers in te zetten die zowel Nederlands als Turks spreken om het mogelijk te maken het onderzoek volledig in het Turks te kunnen afnemen, en niet alleen de vragenlijst zoals in dit onderzoek.

Het is daarnaast de vraag of de informatie- en participatiebehoeften van allochtone en autochtone patiënten met één instrument te meten zijn, ook gezien het aantal missende waarden onder de Turkse patiënten. Mogelijk hebben Turkse patiënten die de items niet invullen een andere informatiebehoefte dan Turkse patiënten die de items wel invullen. Vervolgonderzoek is gewenst om dit in kaart te brengen. Door middel van interviews en focusgroepen kan onderzocht worden of Nederlandse en Turkse patiënten hetzelfde verstaan onder patiëntparticipatie en waarom door Turkse patiënten items niet worden ingevuld. Dit kan tevens nieuwe bevindingen opleveren die te gebruiken zijn voor het verder ontwikkelen van theorie over de relaties tussen de concepten in dit onderzoek.

Het coderen van het communicatieve gedrag aan de hand van video- of audio-opnamen kan tevens een interessante aanvulling zijn op dit onderzoek. De correspondentie tussen informatiebehoefte en daadwerkelijk besproken informatie is nu gebaseerd op de beleving van de patiënt. Omdat Turkse en Nederlandse patiënten mogelijk verschillen in hun verwachtingen en belevingen, kan met een meer objectief instrument gekeken worden welke verschillen er precies zijn in het verstrekken van informatie aan Nederlandse en Turkse patiënten, en welke verschillen er zijn in participatief gedrag van deze twee groepen.

Dit onderzoek heeft de behoeften van patiënten in kaart gebracht, waarbij de arts geen rol speelt. Omdat patiëntparticipatie voor een deel ook afhankelijk is van de arts, in de zin dat de arts het belang van patiëntparticipatie moet inzien, is het interessant om te onderzoeken in hoeverre artsen patiëntparticipatie toejuichen en of artsen hierbij verschil maken tussen allochtone en autochtone patiënten.

Praktische implicaties

Omdat de groepen patiënten verschillen in voorkeur voor soort informatie, is het aan te bevelen dat de huisarts de informatievoorziening afstemt op de specifieke behoefte van Turkse en Nederlandse patiënten. Dit kan de correspondentie tussen informatiebehoefte en daadwerkelijk besproken informatie verbeteren. Daarnaast kunnen huisartsen de begrijpelijkheid van de informatie verhogen door extra aandacht te besteden aan de kwantiteit en kwaliteit van de informatie die ze bespreken. Dit geldt met name voor Turkse patiënten die zich meer Turks voelen dan Nederlands en slechter de Nederlandse taal spreken. Aanpassing van de inhoud van het consult kan leiden tot langere consulten. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat bij een goede afstemming op de behoefte van de patiënt de informatieoverdracht efficiënter wordt, waardoor het consult niet meer tijd in beslag hoeft te nemen (zie ook Hofmans-Okkes, 1991). Mocht het consult toch langer worden, dan hoeft dit geen probleem op te leveren omdat consulten met niet-westerse patiënten gemiddeld twee minuten korter zijn dan die met westerse patiënten (Meeuwesen et al., 2006).

Aangezien taal en identificatie een rol spelen bij de begrijpelijkheid van de informatie en daarmee de informatiebehoefte na het consult, is het verstandig Turkse patiënten bewust te maken van het belang de Nederlandse taal goed te beheersen of iemand mee te nemen naar het consult die de taal goed spreekt. Uit dit onderzoek blijkt dat Turkse patiënten vaak begeleid worden door hun kinderen, maar het is de vraag of het meenemen van familieleden een optimale situatie is gezien het vertrouwelijk karakter van een huisartsconsult. Het frequenter gebruiken van tolken door de huisarts tijdens de consulten zou in dit licht aan te bevelen kunnen zijn. Maar ook hieraan kleven risico's zoals gebrek aan vertrouwen, communicatieproblemen tussen tolk en patiënt en tussen tolk en arts en een langere duur van het consult. Verder onderzoek naar een medische mediator is daarom nodig. Wanneer dergelijke randvoorwaarden zijn gecreëerd, kunnen Nederlandse huisartsen en Turkse

patiënten elkaar beter begrijpen en meer tevreden zijn over de communicatie. Dit kan leiden tot een betere gezondheid van Turkse patiënten.

Literatuur

- Beck, R.S., R. Daughtridge & P.D. Sloane (2002). Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Beisecker, A.E. & T.D. Beisecker (1990). Patient Information-Seeking Behaviors When Communicating With Doctors. *Medical Care*, 28(1), 19-28.
- Bensing, J.M. & P.F.M. Verhaak (2004). Communication in medical encounters. In J. Weinman & A. Kaptein (Eds.), *Health Psychology* (pp. 261-298). Malden: Blackwell Publishing.
- CBS (2000). Standaarddefinitie allochtonen. *Index*, 10, 24-25.
- CBS Statline. *Bevolking op 1 januari; leeftijd, geboorteland en regio*, opgehaald 3 juli 2009 van: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70648ned&D1=0&D2=0&D3=a&D4=0&D5=0,4,9,1&HD=090709-1530&HDR=T,G4&STB=G1,G2,G3>.
- Coulter, A., V. Entwistle & D. Gilbert (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *British Medical Journal*, 318 (7179), 318-322.
- Deber, R.B., N. Kraetschmer & J. Irvine (1996). What Role Do Patients Wish to Play in Treatment Decision Making? *Archives of Internal Medicine*, 156(13), 1414-1420.
- Helman, C.G. (2001). *Culture, Health and Illness*, Hoofdstuk 5: doctor-patient interactions (pp. 86-126). London: Arnold Publishers.
- Hofmans-Okkes, I.M. (1991). *Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten*. Academisch proefschrift: Universiteit van Amsterdam.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences; comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Johnson, R.L., D. Roter, N.R. Powe & L.A. Cooper (2004). Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2084-2090.
- Langewitz, W., M. Nübling & H. Weber (2006). Hospital patients' preferences for involvement in decision-making. *Swiss Medical Weekly*, 136(3-4), 59-64.
- Levinson, W., A. Kao, A. Kuby & R.A. Thisted (2005). Not all Patients Want to Participate in Decision Making: A National Study of Public Preferences. *Journal of General Internal Medicine*, 20(6), 531-535.
- Meeuwesen, L., J.A.M. Harmsen, R.M.D. Bernsen & M.A. Bruijnzeels (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social Science & Medicine*, 63(9), 2407-2417.
- Meeuwesen, L., F. Tromp, B.C. Schouten & J.A.M. Harmsen (2007). Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 183-190.
- Roter, D.L. & J.A. Hall (2006). *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*, 2nd ed., Westport: Praeger Publishers.
- Rüdel, K., L. Myers & S. Newman (2006). Preferences for involvement in medical decision making: Comparing British and German views. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 171-189.
- Schouten, B.C. & L. Meeuwesen (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 21-34.
- Schouten, B.C., L. Meeuwesen & H.A.M. Harmsen (2005). The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in The Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 288-295.
- Schouten, B.C., L. Meeuwesen, F. Tromp & H.A.M. Harmsen (2007). Cultural diversity in patient participation: The influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 214-223.

- Stevens, G.W.J.M., T.V.M. Pels, V.A.M. Vollebergh & A.A.M. Crijnen (2004). Patterns of Psychological Acculturation in Adult and Adolescent Moroccan Immigrants Living in the Netherlands, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(6), 689-704.
- Street jr., R.L. (2001). Active patients as powerful communicators. In W.P. Robinson & H. Giles (Eds.). *The new handbook of language and social psychology* (pp. 541-560). Chichester: John Wiley and Sons.
- Street, R.L. Jr, E. Krupat, R.A. Bell, R.L. Kravitz & P. Haidet (2003). Beliefs About Control in the Physician-patient Relationship: Effect on Communication in Medical Encounters, *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 609-616.
- Street, R.L., H.S. Gordon, M.M. Ward, E. Krupat & R.L. Kravitz (2005). Patient Participation in Medical Consultations: Why Some Patients are More Involved Than Others. *Medical Care*, 43(10), 960-969.
- Wieringen, J.C. van, J.A. Harmsen & M.A. Bruijnzeels (2002). Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health*, 12(1), 63-68.