



*“What do you think I should do?” Understanding intercultural communication  
in general practice*

S. Schinkel

Nederlandse samenvatting proefschrift

**“What do you think I should do?” Understanding intercultural communication in general practice – Sanne Schinkel**

Communicatie tussen artsen en patiënten is een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg. Door met elkaar te communiceren wisselen artsen en patiënten relevante informatie met elkaar uit, waardoor het probleem of de klacht van de patiënt beter begrepen kan worden, een goede relatie tussen arts en patiënt kan ontstaan en een juiste behandeling kan worden ingezet. In de huidige multiculturele samenleving komen artsen steeds vaker tegenover patiënten te zitten met een andere culturele of etnische achtergrond. In Nederland is momenteel circa twaalf procent van de samenleving van niet-Westerse afkomst en dit aantal zal alleen maar toenemen. Interculturele medische communicatie – communicatie tussen artsen en patiënten met verschillende etnische achtergronden – komt dus steeds vaker voor. Onderzoek wijst echter uit dat deze vorm van communicatie minder goed verloopt dan communicatie tussen artsen en patiënten met dezelfde etnische achtergrond: er is meer miscommunicatie, minder wederzijds begrip, lagere tevredenheid en patiënten begrijpen de informatie die wordt besproken minder goed. Dit resulteert in slechtere gezondheidsuitkomsten onder niet-Westerse patiënten, bijvoorbeeld vanwege lagere therapietrouw.

Interventies om de interculturele medische communicatie te verbeteren zijn daarom hard nodig. De weinige interventies die met dit doel zijn opgezet in de huisartspraktijk leverden echter weinig tot geen effect op, vermoedelijk vanwege te weinig kennis over wat er precies misgaat. Er is dus eerst meer kennis nodig van de factoren die van invloed zijn op de interculturele medische communicatie. Het is bekend dat de communicatie wordt belemmerd door bijvoorbeeld taalproblemen en verschillen in behoeftes en verwachtingen tussen artsen en patiënten. Meer onderzoek is nodig om deze verschillen beter te begrijpen. Gezien het belang van goede communicatie tussen artsen en patiënten en het gebrek aan kennis over de factoren die van invloed zijn op de interculturele medische communicatie, was het doel van dit proefschrift om verschillen tussen Nederlandse en niet-Westerse patiënten in kaart te brengen wat betreft de factoren die van invloed zijn op de communicatie, de communicatie zelf en de uitkomsten van de communicatie.

**Doelgroep**

Hoewel Turkse en Marokkaanse migranten de grootste groepen niet-Westerse migranten vormen in Nederland en een vergelijkbare migrantengeschiedenis, religieuze achtergrond en socio-economische status hebben, is voor dit proefschrift gekozen om het onderzoek te houden onder Turks-Nederlandse migranten. De Turkse gemeenschap is de grootste niet-Westerse gemeenschap in Nederland en is minder goed geïntegreerd in de Nederlandse samenleving dan de Marokkaanse gemeenschap. Turkse Nederlanders (zowel eerste als tweede generatie) houden over het algemeen sterk vast aan de normen en waarden van hun land van oorsprong, hebben hechte Turkse netwerken, houden vaak contact met familie in Turkije, volgen het nieuws uit Turkije meer dan het Nederlandse nieuws en de meerderheid beschouwt zichzelf vooral als Turks. Daarbij kennen Turkse Nederlanders zichzelf een slechtere gezondheid en meer gezondheidsproblemen toe, gaan ze vaker naar de huisarts dan Nederlandse en andere niet-Westerse patiënten en ervaren ze meer miscommunicatie en minder wederzijds begrip met hun arts. De Turks-Nederlandse populatie in Nederland is dus niet alleen relevant voor dit proefschrift vanwege de grootte van de gemeenschap maar ook vanwege de sterkere identificatie met de Turkse cultuur. Dit creëert een grote culturele afstand tussen Turks-Nederlandse patiënten en hun Nederlandse huisartsen.

### **Belang van patiëntparticipatie**

Een van de manieren om de communicatie tussen arts en patiënt te verbeteren is door de patiënt te stimuleren actief deel te nemen aan het gesprek. Dit actief meepraten van de patiënt tijdens het gesprek met de arts wordt *patiëntparticipatie* genoemd in de onderzoeksliteratuur. Hiermee wordt bedoeld: de verbale bijdrage van de patiënt in de communicatie tijdens het gesprek met de arts. Elementen van patiëntparticipatie zijn vragen stellen, het uiten van zorgen en assertief zijn. Hoe meer de patiënt deze gedragingen laat zien tijdens het gesprek, hoe hoger de patiëntparticipatie van die patiënt. Hoewel er veel positieve uitkomsten gevonden zijn van meer patiëntparticipatie – actieve patiënten krijgen bijvoorbeeld meer informatie en ondersteuning van de arts, begrijpen de informatie beter en zijn over het algemeen meer tevreden – blijken patiënten van niet-Westerse afkomst passiever tijdens het gesprek met hun arts dan Westerse patiënten. Ze stellen over het algemeen minder vragen en geven minder informatie aan de arts dan mensen van Westerse afkomst. Dit meer passieve gedrag van niet-Westerse patiënten is ongewenst, en daarom moet inzicht komen in de vraag waarom deze patiënten passiever zijn en wat hieraan te doen is.

Door actief deel te nemen aan het gesprek, kunnen patiënten de informatie die ze ontvangen sturen, wat leidt tot betere vervulling van hun informatiebehoeften, meer

tevredenheid en meer begrip van de informatie. Om deze positieve communicatie-uitkomsten te bewerkstelligen, moeten patiënten dus actiever deelnemen aan het gesprek met hun arts. Het vergroten van patiëntparticipatie onder Turks-Nederlandse patiënten heeft daarom de potentie niet alleen de interculturele medische communicatie maar ook de uitkomsten van die communicatie te verbeteren. Gezien het belang van actieve patiëntparticipatie en de lagere participatie van niet-Westerse patiënten ten opzichte van Westerse patiënten, is in dit proefschrift antwoord gezocht op twee specifieke vragen die onder het doel vallen om de interculturele communicatie beter te begrijpen: (1) in hoeverre verschillen Turks-Nederlandse van Nederlandse patiënten in de factoren die van invloed zijn op patiëntparticipatie en (2) in hoeverre is onder deze patiëntgroepen patiëntparticipatie gerelateerd aan communicatie-uitkomsten als vervulling van informatiebehoeften, tevredenheid over het gesprek en begrip van de informatie?

### **Inhoud van dit proefschrift**

De mate waarin iemand actief participeert is afhankelijk van veel factoren, vooral van (1) factoren die iemands bereidheid om te participeren beïnvloeden, (2) factoren die iemands vaardigheid om te participeren beïnvloeden en (3) hoe de arts reageert (zie figuur 1 in de *Introduction*). De bereidheid is afhankelijk van persoonlijke factoren en aan de behoefte aan informatie en participatie. Over het algemeen zijn jonge, hoogopgeleide, vrouwelijke en Westerse patiënten en patiënten met een grote behoefte aan informatie en participatie het meest actief. De vaardigheid om te participeren wordt bepaald door de kennis die patiënten hebben over hun gezondheid en de communicatieve vaardigheden die nodig zijn om deel te nemen aan het gesprek. Meer kennis en betere communicatieve vaardigheden zullen leiden tot een meer actieve patiënt. Daarnaast is het van belang dat de arts ook bereid is een patiënt actief deel te laten nemen aan het gesprek en dit stimuleert. In het kort moeten patiënten dus willen en kunnen participeren en moet de arts dit gedrag stimuleren. In dit proefschrift staan daarom zowel het willen en kunnen van patiënten centraal als ook de rol van de arts. Er zijn vier studies opgezet waarvan hieronder de belangrijkste bevindingen worden besproken.

In **hoofdstuk 2** zijn de verschillen tussen Nederlandse en Turks-Nederlandse huisartspatiënten in wat ze willen bespreken (vragenlijst voorafgaand aan het gesprek) en wat ze volgens eigen zeggen hebben besproken tijdens het gesprek (vragenlijst na afloop van het gesprek) onderzocht. Hierbij is gevraagd naar verschillende onderwerpen die tijdens een huisartsgebesprek aan bod kunnen komen. Daarnaast is de relatie tussen wat patiënten zeggen dat is besproken (vragenlijst) en dat wat daadwerkelijk is besproken (analyse van

geluidsopnames) bekeken. Er namen 117 Nederlandse en 74 Turks-Nederlandse patiënten deel aan dit onderzoek met vragenlijsten die ze invulden voor en na het consult. Om te weten wat er tijdens het gesprek werd besproken, zijn er geluidsopnames van 120 consulten gemaakt. De resultaten wijzen uit dat zowel Turks-Nederlandse als Nederlandse patiënten een hoge behoefte aan informatie hebben. Turks-Nederlandse patiënten gaven een hogere behoefte aan om de prognose, prevalentie, het lichamelijk onderzoek, medische termen, alternatieve geneeswijzen en procedure bij andere hulpverleners te bespreken. De informatiebehoeften werden onder Turks-Nederlandse patiënten minder goed vervuld dan onder Nederlandse patiënten. Het acculturatieniveau van Turks-Nederlandse patiënten bleek van invloed te zijn op de informatiebehoeften en hoe goed die behoeften worden vervuld: patiënten die zich evenveel Nederlands als Turks voelden, gaven hogere informatiebehoeften aan en ook een slechtere vervulling van die behoeften dan patiënten die zich meer identificeerden met de Turkse of Nederlandse cultuur. Verder bleek de perceptie van de patiënt over de informatievoorziening slecht te correleren met de informatievoorziening die wij codeerden op basis van de geluidsopnamen. Patiënten lijken hun perceptie op andere factoren te baseren dan op de werkelijke informatievoorziening. Huisartsen lijken vooral Turks-Nederlandse patiënten, maar voor een deel ook Nederlandse patiënten, niet de informatie te verstrekken die patiënten willen ontvangen.

**Hoofdstuk 3** had tot doel om verschillen tussen Nederlandse en Turks-Nederlandse huisartspatiënten te onderzoeken in hun zoekgedrag naar gezondheidsinformatie voorafgaand aan het consult. Daarbij werd gekeken of dit zoekgedrag leidt tot een hogere patiëntparticipatie en betere vervulling van informatiebehoeften. Van dezelfde 117 Nederlandse en 74 Turks-Nederlandse huisartspatiënten als in hoofdstuk 2 zijn de vragenlijsten gebruikt om het zoekgedrag en vervulling van informatiebehoeften te meten. Uit de opnames van de 120 consulten hebben we voor deze studie de mate van participatie van de patiënt gecodeerd door te meten hoeveel vragen er werden gesteld door de patiënt, hoeveel de patiënt aan het woord was in verhouding tot de huisarts en hoe de patiënt en arts op elkaar reageerden. Uit de resultaten bleek dat Turks-Nederlandse patiënten vaker en meer verschillende media gebruikten als voorbereiding op het consult om informatie te zoeken dan Nederlandse patiënten. Nederlandse patiënten gaven aan vooral internet te gebruiken, terwijl Turks-Nederlandse patiënten naast het internet ook tv, radio, tijdschriften, boeken en kranten raadpleegden. De patiëntgroepen verschilden niet in opleidingsniveau. Daarnaast bleken Turks-Nederlandse patiënten minder vragen te stellen, minder aan het woord te zijn in verhouding met de huisarts en minder vaak te reageren op de huisarts dan Nederlandse

patiënten. Onder Turks-Nederlandse patiënten was mediagebruik gerelateerd aan meer participatie en meer participatie aan betere vervulling van informatiebehoeften. Onder Nederlandse patiënten werden deze relaties niet gevonden. Interventies om de participatie van Turks-Nederlandse patiënten te vergroten, zouden daarom effectief kunnen zijn als deze patiënten worden gestimuleerd informatie te zoeken als voorbereiding op het gesprek. Dit zal leiden tot meer actieve patiënten en betere vervulling van de informatiebehoeften van de patiënt.

In **hoofdstuk 4** zijn verschillen onderzocht tussen Nederlandse en Turks-Nederlandse huisartspatiënten in de barrières die ze ervaren ten opzichte van de vaardigheid en bereidheid om te participeren tijdens een gesprek met de huisarts. Hiervoor zijn vier groepsinterviews gehouden met Turks-Nederlandse patiënten en vier met Nederlandse huisartspatiënten ( $N=46$ ). Voor de interviews deden mannen en vrouwen apart van elkaar mee en zijn de Turks-Nederlandse en Nederlandse deelnemers gelijk gehouden wat betreft hun leeftijd, opleiding en woongebied. Uit de groepsinterviews kwam naar voren dat Turks-Nederlandse patiënten door taalproblemen moeite hebben met de informatie begrijpen en daardoor minder goed in staat zijn het probleem uit te leggen en te participeren in het gesprek. Verder bleek dat Turks-Nederlandse patiënten meer afstand voelden ten opzichte van de huisarts (huisarts heeft grotere verantwoordelijkheid), meer worstelden met de Nederlandse behandelaanpak (waarbij te lang wordt afgewacht en te veel behandelingen worden geprobeerd) en een meer indirecte, zogenoemde *high-context* communicatiestijl hanteerden dan Nederlandse patiënten. Turks-Nederlandse patiënten gaven ook aan een meer persoonlijke relatie te willen met hun huisarts dan Nederlandse patiënten, dat wil zeggen vergelijkbaar met een familielid of vriend. Voor Turks-Nederlandse patiënten lijken taalproblemen en de worsteling met een andere communicatiestijl de vaardigheid om te participeren te beïnvloeden, terwijl de culturele barrières de bereidheid om te participeren lijken te beïnvloeden. Deze communicatie- en culturele barrières maken het voor Turks-Nederlandse patiënten moeilijk om actief mee te communiceren met de huisarts.

In **hoofdstuk 5** is voor zowel Nederlandse als Turks-Nederlandse huisartspatiënten onderzocht hoe gelijkenissen tussen huisarts en patiënt in de gewenste arts-patiëntrelatie en de *match* tussen wat patiënten willen en wat ze volgens eigen zeggen hebben gedaan wat betreft patiëntparticipatie de communicatie-uitkomsten beïnvloeden. Daarbij is gekeken in hoeverre de gelijkenis met de huisarts in de gewenste arts-patiëntrelatie is gerelateerd aan de mate van participatie die patiënten zichzelf toekennen. In totaal namen 32 huisartsen, 136 Nederlandse en 100 Turks-Nederlandse patiënten deel aan het onderzoek met vragenlijsten.

Huisartsen vulden dezelfde vragen als de patiënten in over de arts-patiëntrelatie om de mate van gelijkens met de patiënt vast te stellen. Patiënten vulden voor en na het consult een vragenlijst in waarmee de match is gemeten tussen wat patiënten willen (voor) en wat ze naar eigen zeggen hebben gedaan (na) wat betreft participatie. Uit de resultaten bleek dat de match tussen wat patiënten willen en wat ze zeggen te hebben gedaan wat betreft hun participatie voor beide patiëntgroepen resulteerde in positievere communicatie-uitkomsten. Die patiënten rapporteerden een betere vervulling van informatiebehoefte, meer tevredenheid en meer begrip van de informatie. Daarnaast werden voor Turks-Nederlandse patiënten die een andere arts-patiëntrelatie wilden dan hun huisarts lagere communicatie-uitkomsten gevonden als ze zichzelf een actievere rol toebedeelden tijdens het gesprek. Onder Nederlandse patiënten werden geen effecten gevonden wat betreft hun gelijkens met de huisarts. Verder bleek voor Turks-Nederlandse patiënten een betere taalvaardigheid in de Nederlandse taal tot meer tevredenheid en betere vervulling van informatiebehoefte te leiden. Om de interculturele communicatie te verbeteren lijkt een gelijkens tussen huisarts en patiënt dus niet van belang, maar moeten huisartsen getraind worden om op zo'n manier te communiceren dat de mate waarin Turks-Nederlandse patiënten participeren tijdens het gesprek overeenkomt met de mate waarin ze willen participeren.

## **Discussie van de bevindingen**

### Willen participeren

Allereerst verschillen Turks-Nederlandse en Nederlandse huisartspatiënten in hun bereidheid om te participeren. Voor Turks-Nederlandse patiënten wordt deze bereidheid bepaald door een samenspel van (1) informatie- en, (2) participatievoorkeuren en (3) verschillen in culturele waarden ten opzichte van hun huisarts. De hoge informatie- en participatiebehoefte onder Turks-Nederlandse patiënten lijken niet direct te leiden tot meer participatie door de culturele verschillen die ze ervaren ten opzichte van hun huisarts. Voor Turks-Nederlandse patiënten is het ten eerste van belang dat ze de gewenste relatie met hun huisarts en de gewenste behandelaanpak ervaren. Ervaren zij dit niet, dan zal hun behoefte aan informatie en participatie niet direct leiden tot een hogere participatie.

Een betere acculturatie onder Turks-Nederlandse patiënten lijkt niet per se te leiden tot meer bereidheid om te participeren. De bereidheid lijkt het hoogst onder patiënten die zich

sterker met de Nederlandse cultuur identificeren dan met de Turkse, maar gezien de kleine steekproeven in dit proefschrift is hiernaar meer onderzoek nodig om te kijken hoe acculturatie zich verhoudt tot de bereidheid om te participeren.

Voor de bereidheid om te participeren kan het ook van belang zijn om eerdere ervaringen die patiënten hebben met de huisarts en het gezondheidssysteem mee te nemen onder migrantenpatiënten. De slechtere communicatie-uitkomsten onder Turks-Nederlandse patiënten ten opzichte van Nederlandse patiënten, kunnen een rol spelen in de toekomstige bereidheid om te participeren. Omdat Turks-Nederlandse patiënten ook ervaringen hebben met de zorg in Turkije, kan het interessant zijn om in toekomstig onderzoek ook de invloed van deze ervaringen mee te nemen.

### Kunnen participeren

Naast verschillen in de bereidheid om te participeren, bleken Turks-Nederlandse en Nederlandse huisartspatiënten ook te verschillen in hun vaardigheid om te participeren. De vaardigheid wordt voor Turks-Nederlandse patiënten beïnvloed door een samenspel van (1) gebrek aan taalvaardigheid in de Nederlandse taal, (2) ander zoekgedrag naar gezondheidsinformatie en (3) een andere communicatiestijl dan hun Nederlandse arts. Terwijl taalvaardigheid vaak wordt gezien als belangrijke voorspeller van goede communicatie, laat dit proefschrift zien dat taalvaardigheid slechts een onderdeel van de oplossing is; het verhoogt deels de vaardigheid om te participeren. Omdat een patiënt de juiste communicatieve vaardigheden nodig heeft om te kunnen participeren, leidt het verschil in communicatiestijl tussen Turks-Nederlandse patiënten en Nederlandse artsen tot een lagere vaardigheid om te kunnen participeren onder Turks-Nederlandse patiënten.

De verschillen in mediagebruik kunnen te maken hebben met de motivatie om informatie te zoeken. Gezondheidsinformatie kan actief worden gezocht, door bewust op zoek te gaan naar informatie, of kan meer passief worden verkregen. Het internet kan bijvoorbeeld alleen worden gebruikt als een patiënt bewust op zoek gaat naar informatie, terwijl andere media zoals tv en radio meer passieve media zijn om informatie mee te ontvangen. Gezien de grotere variatie aan media die gebruikt worden onder Turks-Nederlandse patiënten, zouden deze patiënten ook een grotere variatie aan motieven of andere motieven kunnen hebben voor hun zoekstrategie. Verder onderzoek naar de motieven om informatie te zoeken is aan te bevelen om de participatie van de patiënt en de communicatie-uitkomsten beter te begrijpen.



Turks-Nederlandse patiënten die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn, zullen de laagste vaardigheid om te participeren hebben. Als Turks-Nederlandse patiënten de Nederlandse taal meer machtig zijn, kunnen ze zich voorbereiden in het Nederlands om zich zo beter voor te bereiden op het gesprek. Maar alleen wanneer ze genoeg machtig zijn om te communiceren in de Nederlandse communicatiestijl, zullen ze hun gevonden informatie ook daadwerkelijk kunnen inzetten in het gesprek, wat leidt tot een hogere participatie.

### Het effect van gelijkheid

Uit hoofdstuk 5 bleek dat een huisarts niet per se gelijke ideeën hoeft te hebben wat betreft de arts-patiëntrelatie voor positieve communicatie-uitkomsten. De gelijkheid tussen arts en patiënt in gewenste relatie bleek gemodereerd door wat patiënten naar eigen zeggen hadden gedaan wat betreft patiëntparticipatie. Turks-Nederlandse patiënten die van hun huisarts verschilden in de gewenste relatie waren meer tevreden, hadden een betere vervulling van informatiebehoeften en een beter begrip van de informatie als ze zichzelf minder participatie tijdens het gesprek hadden toegekend. De Turks-Nederlandse patiënten die ongelijk waren met hun huisarts in gewenste relatie en zichzelf meer participatie hadden toegekend bleken juist meer negatieve communicatie-uitkomsten te rapporteren. Dit zou te maken kunnen hebben met de flow van het gesprek. Uit hoofdstuk 3 bleek dat in gesprekken met Turks-Nederlandse patiënten minder op elkaar gereageerd werd en de partijen dus meer langs elkaar heen praatten. Patiënten zouden kunnen denken dat ze meer actief waren tijdens het gesprek of daadwerkelijk meer actief kunnen zijn geweest, maar gezien de slechtere reacties van de arts toch niet positief zijn over het gesprek. Wellicht komen de reacties van de arts niet overeen met hun verwachtingen. Gelijke ideeën tussen huisartsen en migrantenpatiënten lijken dus niet tot meer positieve communicatie-uitkomsten te leiden, maar gelijkheid wat betreft de match tussen wat patiënten willen en denken te doen tijdens het gesprek. Daarom zou een match tussen wat patiënten willen en denken te krijgen tijdens het gesprek wat betreft communicatiestijl, behandelaanpak en relatie met de arts – verschillen gevonden in hoofdstuk 4 – meer invloed kunnen hebben op de communicatie-uitkomsten dan de gelijkheid tussen arts en patiënt. Deze match tussen wat patiënten willen en denken te krijgen zou wel eens de vaardigheid en bereidheid om te participeren kunnen beïnvloeden, waarbij geldt dat hoe beter de match, hoe hoger de vaardigheid en bereidheid om te participeren zal zijn.

### De rol van participatie in communicatie-uitkomsten

Gezien de verschillen in de factoren die van invloed zijn op patiëntparticipatie, is het niet verrassend dat Turks-Nederlandse en Nederlandse patiënten ook verschillen in hun mate van participatie. In hoofdstuk 3 werd gevonden dat Turks-Nederlandse patiënten minder vragen stelden, minder initiatief namen en minder reageerden op hun arts dan Nederlandse patiënten. Het tegenovergestelde werd gevonden in hoofdstuk 5 wat betreft de perceptie van de patiënten over hun participatiegedrag. Turks-Nederlandse patiënten bleken zichzelf als meer actieve deelnemers aan het gesprek te zien dan Nederlandse patiënten. Dit verschil tussen geobserveerd gedrag en perceptie van de patiënt is interessant, en suggereert dat Turks-Nederlandse patiënten zichzelf als actievere deelnemers zien dan de observaties laten zien. Het verschil zou verklaard kunnen worden doordat de twee patiëntgroepen een ander referentiekader hanteren over actief, individueel gedrag zoals patiëntparticipatie. Omdat Turks-Nederlandse patiënten meer verantwoordelijkheid bij de arts leggen, een grotere afstand met hun arts ervaren en een meer indirecte communicatiestijl lijken te hanteren, lijkt hun perceptie van hun gedrag gerelateerd aan andere zaken dan hun werkelijke gedrag, zoals de relatie met de arts, miscommunicatie of het al dan niet ervaren van de gewenste behandelaanpak. Als Turks-Nederlandse patiënten denken dat ze actieve deelnemers zijn tijdens het gesprek met de huisarts, maar – vergeleken met Nederlandse patiënten – minder actief deelnemen dan ze denken, kan het stimuleren van patiëntparticipatie als actief, assertief gedrag ineffectief worden. Hoewel de geobserveerde participatie van Turks-Nederlandse patiënten tot meer vervulling van informatiebehoeften bleek te leiden, bleek de gepercipieerde participatie van patiënten geen positief effect te hebben op de uitkomsten, alleen als deze perceptie overeenkwam met de gewenste mate van participatie. De mate van participatie lijkt dus niet tot positieve communicatie-uitkomsten te leiden, maar de mate waarin de gewenste participatie tot uiting komt tijdens het gesprek. De positieve relatie voor geobserveerde participatie zal dus gelden voor de patiënten die ook meer participatie wensten.

### **Aanbevelingen voor onderzoek naar patiëntparticipatie in interculturele context**

Allereerst kan worden geconcludeerd dat modellen voor patiëntparticipatie moeten worden uitgebreid met variabelen die relevant zijn in interculturele communicatie, rekening houdend met de verschillen tussen migrantenpatiënten en hun artsen. Naast taalvaardigheid en acculturatie is het van belang om de culturele en communicatieverschillen tussen Turks-Nederlandse patiënten en Nederlandse artsen toe te voegen aan het model en om specifieke

wensen ten opzichte van informatie en participatie mee te nemen. Er moet daarbij niet zozeer gekeken worden hoe hoog of laag die wens is, maar of de wens in vervulling gaat tijdens het gesprek. Tot slot is het aan te bevelen om niet alleen zoekgedrag naar gezondheidsinformatie of het hebben van gezondheidskennis mee te nemen, maar vooral ook de motivatie om die kennis te vergaren.

De resultaten van dit proefschrift impliceren dat het concept patiëntparticipatie op een andere manier gedefinieerd moet worden als het in een interculturele context wordt gebruikt. De huidige definitie van patiëntparticipatie lijkt een Westerse gedachte, en veronderstelt dat patiënten assertief gedrag wensen en een directe communicatiestijl hebben. Gezien de culturele en communicatiebarrières voor Turks-Nederlandse patiënten, is het de vraag of een dergelijke assertiviteit optimaal is voor Turks-Nederlandse patiënten en of het nodig is dergelijk gedrag te stimuleren. Omdat interculturele gesprekken vaak gekenmerkt worden door zowel minder instrumenteel als affectief gedrag, is het interessant patiëntparticipatie op te delen in een instrumenteel en een affectief deel. Daarnaast lijkt een onderscheid tussen de belangrijkste communicatieonderdelen van het gesprek – de informatievoorziening en de medische beslissing – van belang voor de definitie van patiëntparticipatie. Turks-Nederlandse patiënten zien de arts als gezaghebbende die de beslissing moet nemen, samen met de familie in plaats van de individuele patiënt. De bereidheid om actief deel te nemen aan het gesprek zou voor hen dus heel anders kunnen liggen als er rekening wordt gehouden met het specifieke onderdeel van het gesprek.

Als laatste moet hier worden opgemerkt dat er in dit proefschrift wordt gesproken over interculturele medische communicatie met migrantenpatiënten. Deze patiënten kunnen even participatief zijn in Turkije als Nederlandse patiënten in Nederland. De lagere vaardigheid en bereidheid om te participeren onder deze groep patiënten lijkt vooral te maken te hebben met hun migratie, niet zozeer met hun etnische achtergrond. Doordat ze naar een cultuur zijn geëmigreerd waar ze taalproblemen en verschillen met hun arts tegenkomen, worden ze belemmerd in hun communicatie, wat niet zo hoeft te zijn als ze naar een arts in Turkije gaan. De resultaten in dit proefschrift kunnen daarom niet worden gegeneraliseerd naar Turks-Nederlandse patiënten in Turkije en al helemaal niet naar Turkse patiënten in Turkije.

### **Methodologische aanbevelingen**

In dit proefschrift zijn kwantitatieve en kwalitatieve methoden gebruikt, waarbij de kwalitatieve studie veel nieuwe inzichten gaf in barrières onder Turks-Nederlandse patiënten.

Omdat onderzoek naar interculturele medische communicatie nog in de kinderschoenen staat, wordt geadviseerd onderzoeksmethoden te combineren om meer inzicht te krijgen in hoe de communicatie verloopt en waar het misgaat.

Voor kwantitatief onderzoek is het verzamelen van data onder Turks-Nederlandse patiënten niet gemakkelijk. Voor de groepsinterviews waren Turks-Nederlandse patiënten relatief snel gevonden en waren mensen snel bereid mee te werken. Voor de groepsinterviews waren juist de Nederlandse deelnemers moeilijker te vinden, vanwege het feit dat er in dezelfde leeftijds- en opleidingscategorie minder mensen bereid waren mee te werken. Gezien de meer collectivistische waarden onder Turks-Nederlandse patiënten lijkt onderzoek waarbij het collectief wordt aangesproken – zoals bij de groepsinterviews het geval was – meer te passen dan onderzoek waar het individu wordt aangesproken – zoals bij vragenlijstonderzoek.

Verder moet er bij dataverzameling in huisartspraktijken rekening gehouden worden met veel andere obstakels. Ten eerste is het werven van huisartsen in multiculturele praktijken moeilijk, zij geven vaak aan te druk te zijn voor deelname of al bezig te zijn met een onderzoek of interventie. Ten tweede is het werven van patiënten in de huisartspraktijk niet gemakkelijk, zeker onder Turks-Nederlandse, lager opgeleide of laaggeletterde patiënten. Deze patiënten hebben moeite een vragenlijst te begrijpen en lijken een groot wantrouwen ten opzichte van onderzoek te hebben. Andere manieren om deze patiënten aan te spreken en vragen te stellen moeten overwogen worden om een hogere respons en accuratere antwoorden te verkrijgen. Mondeling afnemen van de vragenlijsten zou mensen beter in staat stellen te antwoorden, maar dit is tijdrovend en duur. Visuele antwoordmogelijkheden en/of ingesproken vragenlijsten zouden dit (goedkoop) kunnen verhelpen, maar hier kleven weer praktische issues aan.

Als laatste moet het belang van heldere definities en metingen van participatie binnen het veld benadrukt worden. In een eerdere studie – niet beschreven in dit proefschrift – verschilden Turks-Nederlandse en Nederlandse patiënten niet van elkaar in participatievoorkeur. In hoofdstuk 5 bleken Turks-Nederlandse patiënten een hogere participatiebehoefte te hebben terwijl in hoofdstuk 3 juist de Nederlandse patiënten de hoogste participatie bleken te hebben tijdens het gesprek. Deze verschillen kunnen verklaard worden doordat de resultaten gebaseerd zijn op verschillende meetinstrumenten. Om resultaten te kunnen vergelijken moeten onderzoekers preciezer hun definities geven van patiëntparticipatie en preciezer beschrijven hoe en wat er gemeten is.

## **Klinische aanbevelingen**

Om de interculturele medische communicatie te verbeteren, moeten interventies opgezet worden waarbij rekening wordt gehouden met de vele barrières die migrantenpatiënten ervaren tijdens het gesprek met hun Nederlandse arts. Hoewel Turks-Nederlandse patiënten een hoge behoefte aan informatie en participatie lijken te hebben, worden ze gehinderd om actief deel te nemen aan het gesprek vanwege culturele en communicatiebarrières. Om de participatie van migrantenpatiënten te vergroten lijkt het stimuleren van informatie zoeken ter voorbereiding op het gesprek nuttig. Om te bewerkstelligen dat patiënten de gevonden informatie daadwerkelijk gebruiken tijdens het gesprek, is voorlichting en training nodig in de communicatiestijl, behandelapproach en arts-patiëntrelatie die gebruikelijk is in Nederland. Als migrantenpatiënten zich meer bewust zijn van hoe het er “normaal gesproken” aan toe gaat, kan de frustratie en angst om een andere behandeling te krijgen dan een Nederlandse patiënt weggenomen worden. Daarbij is het stimuleren van de patiënt om zijn/haar wensen en behoeften kenbaar te maken tijdens het gesprek en te proberen te vervullen van groot belang. Ook als patiënten passief willen zijn in bepaalde aspecten, is het belangrijk dat ze dit aangeven. Vergroten van assertiviteit is dus niet per se het vergroten van de verbale bijdrage van de patiënt als wel het stimuleren om behoeften kenbaar te maken en in vervulling te laten gaan. Als de communicatie zo verloopt dat patiënten hun behoeften kunnen vervullen, zal de patiënt het gesprek positiever en beter geïnformeerd verlaten.

Naast het voorlichten en trainen van patiënten moeten ook de artsen worden voorgelicht en getraind. Huisartsen hoeven geen gelijke verwachtingen te hebben of een gelijke relatie te wensen, maar moeten getraind worden in het achterhalen en tegemoetkomen van de wensen en behoeften van hun migrantenpatiënten. Directe vragen als “Wat denk jij wat ik moet doen?” lijken een manier om de behoeften van de patiënt te achterhalen, maar blijken te confronterend voor Turks-Nederlandse patiënten. Er moeten nieuwe manieren worden gevonden om deze patiënten tegemoet te komen. Hoewel patiëntgerichte communicatie en meer culturele competenties worden gezien als cruciale aspecten om artsen te trainen, blijkt het voor hen moeilijk om dit in praktijk te brengen. Dit proefschrift geeft meer duidelijkheid in culturele verschillen en barrières die spelen bij interculturele communicatie. Trainen van artsen in meer bewustzijn van deze zaken en hoe ermee om te gaan, zou een vast onderdeel van het medisch curriculum moeten zijn om jonge artsen erin te trainen en zou een verplicht onderdeel moeten zijn van nascholing van artsen. Het onderzoeksveld van interculturele medische communicatie heeft nog een lange weg te gaan,

maar is nodig en door hiermee door te gaan, kunnen steeds effectievere trainingen voor artsen en patiënten worden opgezet om de communicatie te verbeteren.

### **Algemene conclusie**

Interculturele medische communicatie moet worden verbeterd om de gezondheidszorg voor migrantenpatiënten te verbeteren. Dit proefschrift laat zien dat taalbarrières een van de vele barrières zijn die Turks-Nederlandse patiënten ervaren tijdens een gesprek met hun huisarts. Deze vele barrières maken hen minder actief en maken hen minder goede gesprekspartners. Om de communicatie te verbeteren moeten zowel patiënten als artsen zich meer bewust zijn van de barrières die spelen. Turks-Nederlandse patiënten moeten voorgelicht worden in de communicatiestijl, behandelaanpak en arts-patiëntrelatie die in Nederland gebruikelijk is en moeten gestimuleerd worden zich actief voor te bereiden op het gesprek en hun behoeften kenbaar te maken en te proberen die te vervullen. Artsen moeten voorgelicht worden in de verschillen die spelen en moeten getraind worden in het achterhalen en tegemoetkomen van de behoeften van hun migrantenpatiënt. Als beide partijen zich meer bewust zijn van verschillen en beter weten ermee om te gaan, zal de interculturele medische communicatie verbeteren en zal uiteindelijk de zorg voor migranten verbeteren.