

# DIVERSITEIT IN TAAL EN CULTUUR TIJDENS DE RAADPLEGING

## Een tango tussen artsen en migranten

### SAMENVATTING

#### Communicatie met migranten

Gezien de toenemende diversiteit in onze samenleving krijgen artsen steeds vaker patiënten uit etnisch-culturele minderheden over de vloer. De grote linguïstische en culturele verscheidenheid van deze groep patiënten is voor artsen en andere gezondheidswerkers een uitdaging om gelijkwaardige zorg te bieden.

De arts-patiëntcommunicatie, en dan vooral communicatie op het gebied van emoties, is het centrale thema in dit onderzoek. Praten over emoties ligt niet altijd voor de hand, zelfs indien taal en culturele achtergrond van de patiënt niet verschillen van die van de arts. Men kan zich dan ook inbeelden dat praten over emoties met een arts die niet de moedertaal van de patiënt spreekt en/of die een andere culturele achtergrond heeft, nog moeilijker is. Multipelen factoren verbonden aan patiënt, arts of context kunnen de relatie tussen arts en migrant beïnvloeden.

In een eerste deel van deze thesis werden 191 consultaties van huisartsen met migranten op video opgenomen. Alle patiënten werden voor de aanvang van de consultatie bevraagd over hun culturele achtergrond, taal en andere demografische variabelen.



De Maesschalck S.  
 Linguistic and cultural diversity  
 in the consultation room: a tango  
 between physicians and their  
 ethnic minority patients  
 [proefschrift].  
 Gent: UGent, 2012.

### Hoe uiten patiënten uit andere (taal)culturen hun emoties?

Uit de resultaten voor de emotionele expressiviteit van patiënten blijkt dat vooral patiënten die de taal van het consult *matig* spreken, minder negatieve gevoelens uiten in het consult dan patiënten die *geen* taalbarrière ervaren. De groep patiënten die de taal *helemaal niet* of *zeer slecht* spreken, zullen dan weer evenveel emoties uiten als de groep *zonder* taalprobleem. Bij de groep met de grootste taalbarrière was vaak een (informele) tolk aanwezig bij het consult. Het blijkt dus dat de aanwezigheid van een tolk of van een sterke taalbarrière een positieve invloed heeft op de mogelijkheid die patiënten voelen om hun gevoelens te bespreken. Dit bete-

kent ook dat vooral de groep met matige taalkennis het minst geneigd blijkt om emoties te uiten.

De culturele achtergrond van patiënten (of de persoon traditioneel of juist heel modern is, hoelang de persoon al in België verblijft) heeft in deze data geen invloed op de mate waarin patiënten hun gevoelens tonen aan de arts.

### Hoe reageren artsen op de emoties van deze patiënten?

De reacties van de artsen worden ook beïnvloed door de taalkennis van hun patiënten. We zien dat artsen aan de groep patiënten met een *matige* taalkennis meer ruimte zullen geven om de gevoelens verder te gaan exploreren en uiten. Dit is precies de groep die, zoals hierboven beschreven, geneigd zal zijn om minder emoties te uiten.

Artsen percipiëren dus wel degelijk dat er een taalbarrière bestaat en zullen op een meer expliciete manier extra pogingen doen om ruimte te geven. Bij de groep patiënten die de taal *helemaal niet of zeer slecht* spreekt, zullen artsen ook iets meer ruimte geven voor emoties dan bij de groep *zonder* taalbarrière (wat opnieuw erop wijst dat ze het taalprobleem erkennen), maar toch niet zoveel als in de groep met een *matige* taalkennis. Deze resultaten kunnen erop wijzen dat de aanwezigheid van een informele tolk in het consult of het besef dat de taalbarrière te groot is, de artsen ervan weerhoudt om al te diep op de emoties in te gaan.

Wanneer artsen ingaan op de hints die patiënten geven omtrent hun emotionele beleving, zullen ze dat vaker doen door op inhoudelijke, medische zaken verder te vragen, eerder dan de werkelijk achterliggende emoties te benoemen en te exploreren. Dit is vooral het geval bij de groep patiënten met de meest conservatieve culturele achtergrond. Ervaren artsen hier een al te grote culturele afstand? Twijfelen ze aan hun competenties in het bespreken van emoties in deze groep? Of zullen ze juist meer terughoudend zijn om dit te doen, omwille van een (al dan niet correct) vermoeden dat deze patiënten geen vragende partij zijn om dieper op emoties in te gaan? Naast de focus op het inhoudelijke aspect gaan artsen ook vaak geruststellen door informatie te geven in plaats van verder op de hint in te gaan.

Grote verschillen zijn merkbaar tussen artsen onderling in hun manier van omgaan met emoties van patiënten. Attitudes van artsen blijken een rol te spelen in hoe ze omgaan met de emoties van patiënten.

### Vormen (informele) tolken een meerwaarde?

Ook al kunnen artsen werkzaam in wijkgezondheidscentra (WGC) wel degelijk een beroep doen op professionele tolken, tijdens de consultaties in dit onderzoek werd enkel gebruikgemaakt van informele tolken. Dit gegeven en de rol die de taalbarrière speelt in het emotionele luik van de communicatie, leidden in het tweede deel tot het interviewen van huisartsen in een WGC over hun ervaringen met en ideeën over het werken met professionele of informele tolken.

### Aanbevelingen

Hoewel de kennis over ongelijkheid in de gezondheidszorg - waaronder de arts-patiëntrelatie - bij migranten toeneemt, ontbreekt een gecoördineerde aanpak van de verschillen en de beïnvloedende factoren op verschillende niveaus.

Op *individueel niveau* kan de communicatie tussen arts en patiënt verbeteren door:

- het gebruik van tolken aan te moedigen, ook en vooral bij de groep met een matige taalkennis;
- het bewustzijn bij artsen van de impact van taal en cultuur van beide partijen (patiënt en arts) op de communicatie met patiënten te verhogen;
- voor artsen oplossingsgerichte 'culturele competentie-trainingen' te voorzien die inspelen op hun concrete noden.

Op niveau van *gezondheidszorgorganisaties* (WGC, verenigingen van huisartsen ...) kan worden gewerkt aan het verbeteren van de zorg door:

- een expliciet beleid uit te werken binnen de organisatie omtrent de zorg voor migranten;
- patiënten te betrekken bij de besluitvorming;
- informatieverzameling over taal, etniciteit en andere beïnvloedende factoren bij patiënten te systematiseren;
- diversiteit binnen de organisatie te stimuleren.

Het *medisch onderwijs* kan bijdragen tot een betere zorg door:

- diversiteit binnen de studentengroep te stimuleren;
- onderwijslijnen over culturele en linguïstische verschillen in gezondheid en gezondheidszorg te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren;
- onderwijzend personeel en rolmodellen te trainen in culturele en linguïstische competenties.

Op *regionaal en federaal beleidsniveau* ten slotte is er dringend nood aan:

- een gecoördineerd en expliciet beleid rond gezondheid en gezondheidszorg voor migranten;
- prioriteit voor ondersteuning van onderzoek naar en beleidsontwikkeling rond diversiteit in gezondheid en gezondheidszorg (diversiteit in brede zin: etnisch-cultureel, religieus, sociaaleconomisch, gender ...);
- toenemende ondersteuning van sociaal tolkendiensten voor alle artsen;
- ondersteuning van artsen en praktijken met een hoog percentage patiënten uit kwetsbare (bijvoorbeeld minderheden) groepen.

Vooreerst blijkt dat *informele tolken* (familie, vrienden) veel frequenter worden ingezet dan professionele tolken. De geïnterviewde huisartsen gaven duidelijk aan dat ze dit niet zien als een expliciete keuze die zij maken, maar eerder als een voldongen feit waarmee ze worden geconfronteerd (de patiënt heeft iemand meegebracht). Ze zouden het een blijk van gebrek aan respect vinden om deze tolk dan niet te gebruiken. Daarnaast zijn de artsen van mening dat dergelijke informele tolken ook

gewoon nuttig zijn om praktische redenen: de tolken zijn er, op het juiste moment, gratis, en ze maken ook dat de taalkloof wat wordt overbrugd. Een ander voordeel van informele tolken is hun kennis van de context en de achtergrond van de patiënt. Het ontbreken van vertrouwelijkheid wordt echter meteen ook aangegeven als mogelijk risico en 'ongewenst effect' bij de inzet van informele tolken. Artsen zijn zich er ook duidelijk bewust van dat informele tolken niet ideaal zijn omwille van fouten in de vertaling en dat ze vaker professionele tolken zouden moeten gebruiken.

Artsen zien vooral praktische bezwaren tegen het inzetten van *professionele tolken*: het moet worden geregeld en de juiste tolk voor de juiste taal is niet altijd beschikbaar. Wanneer een moeilijk gesprek (slechtnieuwsgesprek, een ingewikkelde diagnose, emotionele kwesties ...) wordt voorzien, kiezen artsen expliciet voor een professionele tolk.

### Verder onderzoek

Meer onderzoek dient te gebeuren naar:

de relatie tussen artsen en patiënten uit minderheidsgroepen: welke communicatiefactoren zijn verschillend (informatieproces, patiëntgericht werken, slecht nieuws gesprek) en welke invloed heeft dit op welke uitkomsten (tevredenheid van de patiënt, begrip bij de patiënt van de informatie, therapietrouw, gezondheidsuitkomsten);

- verwachtingen van patiënten van de relatie met de arts en meer bepaald van hoe patiënten menen dat er dient omgegaan te worden met taal- en cultuurverschillen;
- het gebruik van tolken in de gezondheidszorg in de Belgische context en meer bepaald naar alternatieven voor professionele of informele tolken: wat zijn de mogelijkheden van technologische innovaties? Hoe kunnen patiëntengroepen betrokken worden bij het ontwikkelen van alternatieven? Hoe kan dit breed worden geïmplementeerd en geëvalueerd? Wat zijn de effecten van het gebruik van verschillende soorten tolken? Wat zijn de kosten/baten van de verschillende opties (cost-effectiveness and cost-utility)?
- het effect van training in culturele competenties voor studenten, artsen, gezondheidswerkers op de uiteindelijke zorg.

**S. De Maesschalck is huisarts in het Fedasil Opvangcentrum in Poelkapelle en verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent.**

*stephanie.demaesschalck@ugent.be*

## BESPREKING

### Accent op taal én emoties

Het belang van een goede communicatie in de arts-patiëntrelatie is een evidentie geworden en toch blijkt zowel uit de dagelijkse praktijk als uit wetenschappelijk onderzoek dat de communicatie nog altijd een groot probleem vormt wanneer arts en patiënt tot een verschillende culturele groep behoren.

'Diversiteit in taal en cultuur tijdens de raadpleging', de doctoraatsthesis die Stéphanie De Maesschalck begin 2012 verdedigde, heeft als ondertitel 'Een tango tussen artsen en hun patiënten uit een etnische minderheid'. Deze tango is bij Stéphanie een ware spreidstand geworden: zij is erin geslaagd om op een merkwaardige manier de hele problematiek van een raadpleging via een heel specifieke invalshoek te onderzoeken. Door het accent niet alleen te leggen op de taal, maar eveneens op de emoties die in een raadpleging worden geuit, heeft zij een levendig beeld kunnen schetsen van situaties waarin zowel hulpvrager als -verlener ongewild belanden.

### Is er voldoende empathie?

Ik heb Stéphanie leren kennen als enthousiaste en drijvende kracht in de Interuniversitaire werkgroep diversiteit en gezondheid. Zowel daar als in haar thesis vind ik een gedreven huisarts, een bekwaam lesgeefster en een verbeterde onderzoekster terug. Zij is ook een bruggenbouwster die de verschillen tussen westerse en niet-westerse culturen tot hun essentie kan herleiden en daardoor niet verloren loopt in het culturele woud.

Arthur Kleinman heeft als eerste een intercultureel SCEGS-model (het zogenaamd 'explanatory model interview') voorgesteld dat zeer nuttig is in het contact met anders-talige patiënten met een verschillende culturele achtergrond. Stéphanie bouwt verder op deze inzichten en neemt ons mee in de wereld van de communicatie op het gebied van emoties. Geef de patiënt de kans om zijn verhaal te brengen, zichzelf te zijn en te uiten. Kortom is er voldoende empathie in ons gesprek met de patiënt die 'anders', die vreemd is?

### De drie poten van de relatie

Het boeiende in haar aanpak is dat zij focust op de drie poten van de relatie: de patiënt, de arts en de context (daarin zit ook de tolk /interculturele bemiddelaar).

### De patiënt

Het getuigt van een groot respect voor de patiënt met vreemde wortels dat de verwoording van zijn/haar emoties via een gestandaardiseerd instrument werd beoordeeld. Het verschil tussen hints (cues) waarbij de patiënt op een indirecte manier uiting geeft aan zijn negatieve gevoelens (angst, ongerustheid, twijfel) of een directe, expliciete wijze (concerns) om dit te doen, geeft aan dit onderzoek een onderbouwing die ervoor zorgt dat men boven een te algemeen 'aanvoelen' uitstijgt. Het legt een aantal fenomenen bloot

waarbij het belangrijkste is dat de patiënt met een matige taalkennis het minst geneigd is om zijn/haar emoties te uiten. De valkuil voor de hulpverlener zou dan kunnen zijn te denken dat er geen vuiltje aan de lucht is.

### De arts

En toch is er positief nieuws: deze arts zal wel aanvoelen dat deze patiënt met beperkte taalkennis meer te vertellen heeft en hem ruimte geven om dat ook te doen. Anderzijds zijn er toch nog vele barrières bij mensen die de taal absoluut niet machtig zijn en de hulp van een tolk nodig hebben. Hier blijkt dat het uiten van emoties niet evident is. Er blijven nog vele vragen over de moeilijkheid om emoties te bespreken zowel voor patiënten uit de westerse als niet-westerse wereld. Geldt hier ook niet het gegeven dat er zowel bij de patiënt als bij de arts een angst leeft om te verzeilen in een te grote betrokkenheid? Of vormt het somatische een schild dat het psychologische op een veilige afstand houdt?

### De context

Bij het lezen van deze thesis dacht ik onwillekeurig aan het Rapport van het Koninklijk Commissariaat voor Migrantenbeleid (1991), het zogenaamde 'rapport Paula D'Hondt', en aan het recente rapport van de ETHEALTH-groep 'Naar een interculturele gezondheidszorg'. Er liggen twintig jaar tussen deze twee rapporten en in die twintig jaar mag men gerust stellen dat de diversiteit binnen onze samenleving is blijven toenemen, terwijl de middelen om aan deze diversiteit een antwoord te bieden in de gezondheidszorg te klein en te verspreid bleven. Dit blijkt inderdaad uit de lijst van aanbevelingen voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden, zoals deze werden geformuleerd door de expertengroep, samengesteld op vraag van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Deze studie vertrekt vanuit de ongelijkheden in gezondheid tussen autochtonen en migranten. Deze ongelijkheid is in België meer uitgesproken dan in andere landen en er ontbreekt een duidelijke strategie om deze ongelijkheden weg te werken. Het rapport stelt vast dat de verschillen zich voordoen op verschillende niveaus: context en sociale status, verschillen in blootstelling, verschillen in kwetsbaarheid, verschillen in uitkomsten en verschillen in impact en gevolgen. Het rapport formuleert vervolgens aanbevelingen die vanuit deze niveaus worden beargumenteerd: werk maken van registratie van gegevens, coördineren van acties, sociale ongelijkheden verminderen, de kwetsbaarheid van een aantal groepen in onze samenleving verlagen met name van asielaanvragers, migran-

ten met psychische problemen en vrouwelijke migranten, garanderen van de toegang en de kwaliteit van de eerste lijn, vormen van cultureel competente professionals, cultureel aangepaste preventie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) aanbieden en ten slotte het bevorderen van cultureel competente zorgverstrekking met aangepaste middelen.

### Tolk of intercultureel bemiddelaar?

Hier wordt onder meer gepleit voor een interculturele bemiddelaar (ICB) in de eerstelijnszorg. Voorlopig kunnen enkel ziekenhuizen en sommige wijkgezondheidscentra hierop een beroep doen, maar om de gezondheidszorg toegankelijker te maken voor migranten en etnische minderheden is dat ook nodig in de eerste lijn. Dit blijkt ook uit de thesis van Stéphanie: zij spreekt zich niet uit over de discussie wie we nodig hebben: een tolk of een ICB? Zij is pragmatisch vanuit haar werk in een asielcentrum: zeker voor emotioneel geladen consultaties moeten artsen een beroep kunnen doen op professionele hulp. Voor sommige raadplegingen kan het volstaan dat een informele tolk tussenkomt, hoewel ook uit haar aanbevelingen blijkt dat informele tolken eerder de uitzondering zouden moeten zijn. Wij zouden hier als waarschuwing aan toevoegen: op voorwaarde dat de informele tolk geen kind is.

Vanuit de Cel Interculturele Bemiddeling is op dit ogenblik een project opgestart dat, gebruikmakend van de huidige technologische middelen, de huisartsen te velde via een beveiligd skype-model professionele tolken aanbiedt om in de meeste interculturele situaties waarin de huisarts kan terechtkomen, de gepaste hulp te bieden. Er beweegt dus toch wat in het interculturele gezondheidslandschap, maar rekening houdend met de lange lijst van opgesomde aanbevelingen, dringt de tijd.

**L. Ferrant is huisarts in het WGC Medikuregem (Anderlecht) en verbonden aan de Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Universiteit Antwerpen.**

*[louis.ferrant@ua.ac.be](mailto:louis.ferrant@ua.ac.be)*

### Literatuur

- Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.
- Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden, 2011. [www.intercult.be](http://www.intercult.be) (laatst geraadpleegd 03/04/2012)