

# Medisch Contact

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

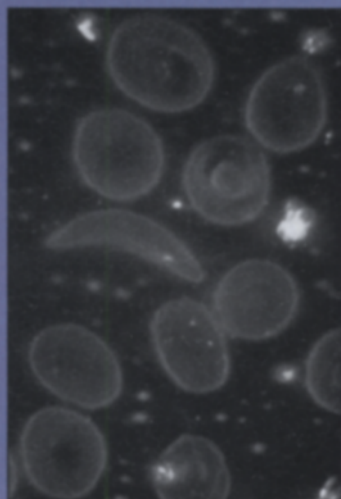
## RUBRIEKEN

- 836 MediSein
- 838 Brieven
- 840 Veldwerk
- 841 Hoofdedactioneel
- 842 Voorzitterscolumn
- 849 In de pelling
- 853 Zuid-Amerikaanse ziektebeelden
- 870 Over zorg overzee
- 873 Officieel
- 874 Agenda

### Bij de voorplaat:

Een microscopische opname van sikkelcellen, zoals voorkomend bij sikkelcelanemie. Sikkelcelanemie wordt met name gevonden bij mensen uit Suriname, de Antillen en Afrika; ongeveer 8% van de negroïde bevolking is heterozygoot drager van het sikkelcelgen. Door deze mutatie in de genen worden erytocyten in het bloed vervormd tot sikkelcellen. De sikkelcellen zijn niet flexibel meer, hetgeen micro-trombi en micro-infarcten tot gevolg heeft.

Bron: Benelux Press/Phototake.



### 843 Interview met gezondheidsconsulent Wiene Alma

Vertaalster van culturen

**Ilse Vlaming**

### 846 Project Gastgezin

Medisch studenten gaan op huisbezoek

**Joke C.M. van Wieringen**

### 850 Interview met Caro Koning, radiotherapeut

De dokter en de allochtone oncologische patiënt

**Ben V.M. Crul**

### 854 De allochtone zorgconsulent

Een brug tussen hulpverlener en patiënt

**Fred van Es en Margreet Kroesen**

### 857 Schizofrenie wordt bij Turkse patiënten niet snel herkend

Y. Güzelcan en H. Örüçü

### 858 De multiculturele arts: Het beste van twee culturen

**Sabine E. Wildevuur**

### 861 Dokter in de Bijlmer

**Sietse van der Hoek**

### 864 Interview met Tom Schulpen, hoogleraar sociale kindergeneeskunde

Besnijdenisproject overbrugt culturele verschillen

**Robert Crommentuyn**

### 867 Multiculturele geestelijke verzorging als vergrootglas

**Gerlach J. Cerfontaine en Ari van Buuren**

### 871 Turkse patiënten krijgen vaak ten onrechte het stempel 'somatiserende patiënt'

**Yener Güzelcan en Inike Dijkstra**

### Volgende week in Medisch Contact:

- Wet op Zorgonderzoek Nederland treedt in werking
- Sondevoeding thuis
- Huisarts poortwachter van care-voorzieningen?



Verzorgd door: Ilse Vlaming

## ELEKTRONISCH MEDISCH RECEPTENBOEK

Door in iedere huisartsenpraktijk de computer te voorzien van een elektronisch formularium kan per jaar minstens driehonderd miljoen gulden worden bespaard op de uitgave voor medicijnen. De LHV, het NHG en Zorgverzekeraars Nederland hebben een programma ontwikkeld dat aangeeft welk geneesmiddel het geschiktst is bij een bepaalde diagnose. In veel gevallen is dat een al langer bestaand geneesmiddel waarvan de kosten lager zijn dan van nieuwe medicijnen. Het medisch receptenboek sluit aan bij de bestaande computerprogrammatuur in de huisartsenpraktijken. Invoering van het formularium vergt een eenmalige investering van ruim tien miljoen gulden. Dit bedrag is nodig voor de ontwikkeling van programma's, het aanpassen van de informatiesystemen, invoering in alle praktijken, en verder voorlichtingsmateriaal om deze nieuwe werkwijze van voorschrijven te introduceren en te begeleiden. •

## GEZONDHEIDSWARENHUIS

Nog voor de eeuwwisseling heeft Hengelo als eerste gemeente in Nederland een gezondheidsservicecentrum. In één gebouw kunnen mensen naar de plastisch chirurg, een medisch onderzoek, een speciaalzaak voor brillen, een winkel voor medische hulpmiddelen, de psycholoog of de podotherapeut, of zelfs een duik nemen in een revalidatiebad. Het idee van een gezondheidsservicecentrum met zorg, nazorg, revalidatie en hulpmiddelen in één komt uit Amerika. De bouw van het drie verdiepingen hoge centrum in Hengelo start volgend jaar. (Bron: Trouw, 4 juni 1998) •

## OORZAAK GEWRICHTSSCHADE BIJ REUMA ONTDEKT

Sinds jaar en dag wordt geobserveerd de toenemende gewrichtsschade bij reuma te voorkomen met ontstekingsremmende medicijnen. Deze aanpak werkt echter niet goed. Bij veel patiënten die hun ontstekingsremmende medicijnen slikken, gaat de slijtage gewoon door. Daarom denkt de reumatoloog dr. H.K. Runday dat die slijtage niet zozeer door een ontsteking wordt veroorzaakt, als wel door het enzym okasmine. Dit enzym zwervt in een inactieve vorm, plasminogeen, door de bloedbaan. Runday vermoedt dat het enzym zich vasthecht aan de cellen die binnenin het gewrichtskapsel direct naast het kraakbeen liggen. Van daaruit gaat het enzym, nadat het is geactiveerd, direct aan de slag met de afbraak van het kraakbeen. Runday vond in reumatische gewrichten veel meer plasminogeen-activerende stof-

fen. Hij ontdekte dat insputting van een plasminoremmers bij reumapatiënten er toe leidde dat er beduidend minder afbraakproducten van kraakbeen vrijkwamen dan bij onbehandelde patiënten. Bij staking van de behandeling keerde de oude afbraaksituatie terug. Vanwege de korte duur van het onderzoek is de klinische betekenis ervan vooralsnog onduidelijk. Runday: 'Drie maanden is te kort om op röntgenfoto's aan te tonen dat het kraakbeen werkelijk intact is gebleven. Over een jaar is het klinisch nut pas zichtbaar.' (Mare, 4 juni 1998) •



Foto: Loek Zuyderduin

## STATEMENT OVERLEGORGAAN GEZONDHEID

In 1971 is het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenleving (OGM) door de toenmalige minister van VWS opgericht om adviezen uit te brengen ter verbetering van de zorg aan allochtonen. Een van zijn belangrijkste initiatieven was de oprichting van de tolencentra. Nu de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (kortweg UVRM) vijftig jaar bestaat, vindt het OGM het tijd om zelf ook een statement te maken. Het OGM vraagt de komende tijd een groot aantal organisaties dit statement te onderschrijven én ernaar te handelen. Het wordt hier integraal weergegeven:

De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens bestaat vijftig jaar. Hieronder valt ook art. 25: een ieder heeft recht op een redelijk levens-

niveau, waaronder o.a. geneeskundige verzorging. Formeel is het recht op geneeskundige verzorging in Nederland - met uitzondering van de illegalen - goed geregeld. In de praktijk echter blijkt het voor minderheden moeilijk om dit recht ook werkelijk te realiseren. Dit heeft te maken met wat wel eens is genoemd de vier gevaarlijke kruispunten, namelijk de bronnen voor gezondheidsrisico's: sociaal-economische achterstelling, ontworteling, een culturele minderheid zijn en discriminatie en racisme. Gevolgen hiervan zijn onder meer: een kortere levensverwachting, hoge kindersterfte en een zorgwekkend aantal zelfmoorden bij jongeren.

Vijftig jaar na de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens moet, ook in Nederland, het realiseren van dit recht op geneeskundige verzorging voor de hele multiculturele samenleving priori-



## WACHTTIJDEN OP INTERNET



Huisartsen in de regio Rijnmond kunnen vanaf 17 juni de wachttijden voor operaties van de afdelingen Heelkunde in regio Rijnmond bekijken op Internet. Met het project Zwier (ziekenhuizen-website informatie voor eerste lijn Rijnmond) willen de ziekenhuizen het doorverwijzen van patiënten beter reguleren. Initiatiefnemer H.J. Bonjer, chirurg in het Ziekenhuis Dijkzigt: 'Nu komt het vaak voor dat een patiënt eerst in het Ziekenhuis Dijkzigt komt voor een operatieve ingreep. Dan blijkt bijvoorbeeld dat voor de operatie die de patiënt moet ondergaan bij ons de wachttijd een jaar is, terwijl deze in een ander ziekenhuis een paar maanden is.



Foto: André Ruigrok

De patiënt kan dan alsnog naar het ziekenhuis waar de wachttijd het minst lang is, maar dat brengt toch veel extra werk

met zich mee. Om teleurstellingen en omslachtig en tijdrovend werk te voorkomen, willen we dat huisartsen inzicht hebben in de wachttijden voor polikliniekbezoek en operaties.'

Informatie omtrent de wachttijd is via de Internet-pagina van Lifeline alleen mogelijk met een code en een wachtwoord.

De huisartsen die zijn aangesloten op het informatiesysteem RijnmondNet, zo'n tachtig procent van de huisartsen in de regio, krijgen deze wachttijden eveneens thuisgestuurd.

De wachttijden zijn ook te bekijken via Stadstext, de regionale teletekstdienst voor Rotterdam-Rijnmond. Patiënten kunnen zo van tevoren zelf kiezen in welk ziekenhuis ze een operatie willen. Voor de pagina's van Stadstext zijn het taalgebruik en de uitgebreidheid van de informatie aangepast. Bonjer: 'In de toekomst is het wellicht mogelijk dat de huisarts via Internet een afspraak kan maken op de polikliniek waar de wachttijd het minst lang is. Eerst willen we kijken of deze proef werkt. De bedoeling is dat straks alle ziekenhuizen in de regio en meerdere specialismen zich aansluiten bij het initiatief, zodat grote verschillen in wachttijd verdwijnen.'

## WEG MET DE CALCULERENDE STUDENT



Groningse geneeskundestudenten kunnen een zware onvoldoende voor een deelttoets binnenkort niet meer compenseren. Op verzoek van de studenten zelf gaat de medische faculteit een bodemcijfer invoeren. De hoogte van dit bodemcijfer moet de facultaire examencommissie nog bepalen. Vorig jaar bleek uit een enquête dat bijna zeventig procent van de

Groningse geneeskundestudenten vóór het invoeren van een bodemcijfer is. Ze willen de beeldvorming doorbreken dat ze met onvoldoendes voor bepaalde onderdelen door de studie kunnen rollen. De studentenfractie van de faculteitsraad wil met de invoering van het bodemcijfer 'de calculerende student' tegenwerken. (Universiteitsblad Groningen, 4 juni 1998) •

## ZORG EN MULTICULTURELE SAMENLEVING

teit krijgen. Van de regering, overheden en instellingen mag worden verwacht dat ze hiervoor verantwoordelijkheid nemen. Voor de gezondheidszorg betekent dit dat maatregelen genomen moeten worden om in ieder geval:

- \* de zorg te interculturaliseren door:
- het aanbieden van zorg en preventie op maat, in het bijzonder voor allochtonen;
- het werven en behouden van allochtonen voor functies op alle niveaus in de zorg;
- het aanpassen van de opleidingen aan de veranderingen in de patiëntenpopulatie;
- het inzetten van hulpverleners met een buitenlands diploma door het aanbieden van aangepaste bijscholingstrajecten.

\* patiëntenrechten bereikbaar te maken voor allochtonen door:

- het inschakelen van tolken en intermediairs, zodat allochtonen goed geïnformeerd toestemming kunnen geven voor hun behandeling;
- het ontwikkelen van inzichtelijke en toegankelijke klachtenprocedures;
- het realiseren van participatie in alle patiëntenfora.

Hiertoe moeten vóór het jaar 2000 maatregelen genomen zijn. Aan het begin van de nieuwe eeuw moet art. 25 van de UVRM ook voor mensen uit allochtone groepen werkelijkheid worden. Het OGM roept regering, overheden en instellingen uitdrukkelijk op om ernst te maken met de keuze voor het integraal interculturaliseren van de zorg.

Wie dit statement wil onderschrijven, kan zich melden bij drs. C.C.M. Bedaux-Nooren, secretaris van het OGM, Kerklaan 60, 3731 EJ De Bilt. •

## WEGWIJZER



Aan deskundigheid op het gebied van de hulpverlening aan allochtonen met psychische of psychosociale problemen ontbreekt het in Nederland nogal eens. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) heeft daarom een wegwijzer over deze problematiek uitgegeven. De uitgave 'Wegwijzer Psychosociale hulpverlening aan migranten' geeft een overzicht van zo'n honderdvijftig instellingen die direct of indirect betrokken zijn bij de hulpverlening.

Bestellen? NIGZ: tel.: 0348 - 437 606, of fax: 0348 - 437 666. De informatie is zowel in boekvorm als op diskette verkrijgbaar. Kosten? Dertig gulden per stuk, exclusief verzendkosten. •

#### Redactie

B.V.M. Crul, huisarts, *hoofdredacteur*  
R.A. te Velde, *eindredacteur*  
mw. drs. W.G. Juffermans, *redacteur*  
mw. C.R. van der Sluijs, *redacteur*  
R.J.H. Crommentuyn, *journalist*  
drs. R.N. Otten, *journalist*  
mw. E.G.J.M. Vlaming, *journalist*  
mw. drs. S.E. Wildevuur, *journalist*  
mw. C.M. Schouten, *secretaresse*  
mw. M.M. Stolp, *redactieassistent*

*Redactieadres* Postadres  
Lomanlaan 103 Postbus 20052  
Utrecht 3502 LB Utrecht  
telefoon 030-2823384  
e-mail: redactie@mc.knmg.nl

#### Raad van Advies Medisch Contact

dr. C.J. Jonkman, *voorzitter*  
J.F.M. Bergen, *vice-voorzitter*  
dr. R.J.E.A. Höppener, *secretaris*  
J.H.A.M. van den Bergh, *penningmeester*  
mw. dr. C. Vermeulen-Meiners

*Secretariaat*  
Postbus 690  
2900 AR Capelle a/d IJssel  
*Adviseurs namens het*  
*hoofdbestuur der KNMG:*  
mw. U. Roschar-Pel  
mr. W.P. Rijkssen

#### Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Dieren

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 219,50 (inclusief BTW); België Bfr. 4057,- (incl. BTW); buitenland f 357,- (incl. verzendtoeslag); studenten-niet-KNMG-leden f 86,50; losse nummers: f 14,-.

#### Abonnementen & Ledenservice

Elsevier bedrijfsinformatie bv  
Planetenbaan 1, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon: 0346-577238  
fax: 0346-577370  
mw. A. van de Meent

#### Advertenties

- Elsevier bedrijfsinformatie bv  
Planetenbaan 1, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon: 0346-577250  
fax: 0346-577372  
advertenties: C. Nieuwlands  
- Verkoopnabewerking: mw. S. van Vossen  
telefoon: 0346-577245  
fax: 0346-577372  
Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

#### Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. De besturen van de KNMG en de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk. Medisch Contact wordt door Elsevier bedrijfsinformatie bv in licentie uitgegeven voor de KNMG. © 1998, KNMG



Lid Groep Vaktijdschriften van het  
Nederlands Uitgeversverbond  
ISSN 0025-8245

## BRIEVEN

Plaatsing van een bijdrage in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Probeer de omvang van uw ingezonden brief te beperken tot 300 woorden. Als het even kan: aanleveren op diskette of per e-mail

### Basisuurtarief voor waarneming huisartsen

**D**E REACTIE van de LHV op de brief van collega De Jong (MC nr. 14/1998, blz. 446) stelt teleur. Kern van de kritiek op de LHV is natuurlijk niet dat zij het basisuurtarief heeft verhoogd en wijzigingen heeft aangebracht in de structuur en staffeling van de diensten. Ook het waarom staat niet primair ter discussie. Waar het om gaat is dat de LHV heeft verzuimd tegelijk met de verhoging van het basisuurtarief voor waarnemers het onderdeel waarneming in de tariefopbouw van de gevestigde huisartsen evenredig te verhogen. Een nalatigheid die de zo moeizaam verkregen tariefsverhogingen van de laatste jaren voor een aanzienlijk deel heeft tenietgedaan. Want zoals de zaken er nu voorstaan, gaan de gevestigde huisartsen er financieel flink op achteruit: relatief omdat de verhouding tussen *basisuurtarief waarneming* en *waarneemdeel honoraria gevestigde huisartsen* nog schever is geworden dan ze al was, en absoluut omdat de jaarpremie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering per huisarts met minimaal f 1.600 omhoog is gegaan (gezondheidsverklaring verplicht!), terwijl een dienst laten waarnemen zo'n f 600 duurder werd. Huisartsen die om welke reden dan ook afhankelijk zijn geworden van waarnemers, en huisartsen bij wie de noodzakelijke verhoging van de daguitkering bij arbeidsongeschiktheid niet op normale voorwaarden door de verzekeringsmaatschappij wordt geaccepteerd, gaan er uiteraard het meest op achteruit. En waarschijnlijk niet alleen in financieel opzicht! Een trieste zaak.

De belofte van de LHV om nog eens met Zorgverzekeraars Nederland te praten over het waarnemingsdeel in de tariefopbouw is als impliciete erkenning van tekortschieten en als teken van goede wil natuurlijk zeer te waarderen. Maar op zichzelf genomen is deze inspanningsverplichting volstrekt onvoldoende. Het duurt immers jaren voordat er resultaten worden geboekt; als ze al worden geboekt.

Naar redelijkheid en billijkheid kan de LHV niets anders doen dan op zo kort mogelijke termijn het basisuurtarief voor waarneming terug te brengen op het oorspronkelijke niveau, waarbij dan tevens moet worden afgesproken dat voortaan elke verandering in het basisuurtarief voor waarneming gepaard moet gaan met een gelijke verandering van het waarneemdeel in de tariefopbouw van de gevestigde huisartsen.


Op deze wijze is door de LHV toch nog veel goed te maken.

Maastricht, april 1998  
dr. Th. F.W.A. Krebber

#### Naschrift LHV

Verhoging van het basisuurtarief (BUT) was noodzakelijk omdat het gehanteerde tarief niet meer voldeed. Steeds vaker werd 'in de markt' een veel hoger bedrag gevraagd en betaald, waardoor het karakter van het BUT als richtlijn ernstig werd aangetast. Terugdraaien is dan ook geen serieuze optie, net zomin als het handhaven van het oude tarief destijds nog goed te verdedigen was. Inderdaad werkt de LHV permanent aan herijking van de kostenposten, maar veranderingen hebben enige tijd nodig. Daarbij gaat de LHV op dit moment veel verder dan het bezien of de bestaande posten nog voldoen. De gehele bekostiging van de (24-uurs) huisartsenzorg wordt opnieuw tegen het licht gehouden, waarbij ook andere (en waarschijnlijk grotere) knelpunten aan het licht komen. Een met de verzekeraars overeen te komen totaalpakket moet ervoor zorgen dat de huisartsenzorg ook in de toekomst adequaat wordt gehonoreerd. Dus met een goed onderbouwde kostenvergoeding en een goed honorarium voor alle huisartsen (waarnemers én gevestigde huisartsen). •

### Een stroke unit in het verpleeghuis

**G**RAAG WIL IK een kanttekening plaatsen bij het artikel van C.M.P.M. Hertogh et al (MC nr. 18/1998, blz. 626). In dit lezenswaardige artikel wordt ingegaan op de zorg, diagnostiek en 'revalidatie' voor oudere patiënten met een acuut CVA, waarbij een nieuwe verwijsmogelijkheid in de vorm van een speciaal ingerichte stroke unit in het verpleeghuis wordt beschreven. 



Mijn kanttekening/zorg bij dit artikel betreft met name het volledig ontbreken van de revalidatiegeneeskunde in een aantal situaties:

1. De multidisciplinaire overlegsituatie zoals die bij aanvang van het project aanwezig was.
2. De oudere CVA-patiënt; welke leeftijdsgrens wordt hier gehanteerd? Uit diverse publicaties is inmiddels bekend dat leeftijd geen criterium is voor wat betreft de *functional outcome*. In de stroke unit in het Academisch Ziekenhuis Groningen worden alle CVA-patiënten door de consultant-revalidatiearts gescreend. Ook bij de CVA-patiënten met een verpleeghuisindicatie blijkt de revalidatiearts bij herhaling waardevolle adviezen te kunnen geven.
3. Wat houdt het begrip 'multidisciplinaire revalidatie' (punt 4 van de indicaties voor ziekenhuisopname) in? Wordt hiermee het proces benoemd waarbij verschillende para- en perimedici, aangestuurd door een revalidatiearts, een revalidant op stoornissen-beperkingen-handicapniveau proberen te revalideren? Of wordt hiermee bedoeld dat een aantal medisch specialisten met elkaar overlegt over de verwijfsindicatie en de behandeling op stoornisniveau?
4. Het revalidatiecentrum wordt als mogelijke zorglocatie in Gooi-Noord niet genoemd. Mij dunkt dat het revalidatiecentrum 'De Trappenberg' hiertoe toch uitstekend in staat is?
5. Komt op de stroke unit ook een revalidatiearts in consult? Juist de aanwezigheid van een revalidatiearts, in een vroegtijdig stadium, op een stroke unit heeft haar meerwaarde voor wat betreft het begrenzen van onder andere de beperkingen! In de door de auteurs aangehaalde literatuur betreft het namelijk een stroke unit in de oorspronkelijke opzet en niet een stroke unit in een verpleeghuis. De positieve kanten van een stroke unit in zijn algemeenheid mogen dan ook niet zo-

maar worden geëxtrapoleerd naar een stroke unit in een verpleeghuis. Met de afsluitende opmerking van de auteurs dat ze vinden dat ze gelijkwaardige diagnostiek bieden in een passend therapeutisch milieu en dat ze ook nog aan vroegtijdige revalidatie doen, kreeg ik pas echt zin om een ingezonden brief te sturen. Enerzijds vind ik het aanmatigend om te denken dat een verpleeghuis een optimale setting is voor 'echte revalidatie', zoals die wordt uitgedragen door het (erkende) medisch specialisme revalidatiegeneeskunde. Anderzijds vrees ik dat de revalidatieartsen zelf misschien ook de hand in eigen boezem moeten steken, aangezien ze naar verhouding te weinig met hun successen (en die zijn er wel degelijk) naar buiten treden. Als excuus zou hiervoor echter kunnen worden aangevoerd dat op veel plaatsen in Nederland nog te weinig revalidatieartsen zijn om alle zorg die op hen afkomt aan te kunnen.

Haren, mei 1998

*K.H. Woldendorp, revalidatiearts in opleiding*

#### **Naschrift**

Collega Woldendorp maakt zich zorgen over de gebrekkige betrokkenheid van de revalidatiegeneeskunde binnen de 'stroke service' zoals die in ons artikel is beschreven. Het accent in dit artikel ligt inderdaad op de rol van de 'stroke unit' in het verpleeghuis. Daarmee is uiteraard niet het volledige zorgtraject belicht. Zoals wij hebben aangegeven, richt de stroke unit zich op de opvang van CVA-patiënten in de acute fase. Na de acute fase stelt de verpleeghuisarts een functionele prognose op grond waarvan een advies wordt gegeven over de gewenste zorg en behandeling in de vervolgfase. Hiertoe behoort in principe ook een vervolgbehandeling in een revalidatiecentrum, een mogelijkheid die expliciet in de regionale

consensusrichtlijn is benoemd. In de praktijk is van die mogelijkheid nog niet gebruikgemaakt, reden waarom daarvan in ons artikel geen melding is gemaakt. De meeste patiënten die voor revalidatie in aanmerking kwamen, konden ofwel snel worden ontslagen, of hadden zodanige co-morbiditeit dat zij meer gebaat waren bij geriatrische revalidatie in het verpleeghuis dan bij revalidatie in een revalidatiecentrum. Van de primair in het ziekenhuis opgenomen CVA-patiënten is een aantal wel doorgeplaatst naar het revalidatiecentrum. Het betrof hier doorgaans jongere patiënten. Het protocol voor opname in de acute fase hanteert weliswaar een leeftijdsgrens, maar in het verwijfsbeleid van de huisarts wordt in de praktijk meer gewicht toegekend aan de biologische leeftijd dan aan de kalenderleeftijd. Dit verklaart mogelijk ook de verschillen in het vervolgtraject tussen primair in het verpleeghuis en primair in het ziekenhuis opgenomen patiënten. De gemiddelde leeftijd van de primair in het verpleeghuis opgenomen patiënten in de projectperiode bedroeg 80,5 jaar met een spreiding van 67 tot 98 jaar.

Door te spreken van 'echte' revalidatie suggereert collega Woldendorp dat er ook zoiets als 'onechte' revalidatie zou bestaan. Een dergelijke opmerking nodigt niet bepaald uit tot transmuraal denken en samenwerken, maar leidt eerder tot een onverkwikkelijke territoriumstrijd. Geriatrische revalidatie is een belangrijke functie van het Nederlandse verpleeghuis, ontwikkeld vanuit het *active treatment*-concept van de Britse geriatrie.<sup>1</sup> Een aantal stroke units van het eerste uur, waarvan nu de meerwaarde is bewezen, is eveneens naar dit model door een geriatrisch team opgezet, zodat er onzes inziens wel degelijk sprake is van een gelijkwaardige voorziening.<sup>2</sup>

Ten slotte: met betrekking tot de revalidatie van ouderen bestaat er onmiskenbaar overlap tussen het deskundigheidsdomein van de verpleeghuisarts en dat van de revalidatiearts. Onderlinge consultatie en regionale afspraken zijn twee middelen om in het grijze gebied van die overlap tot optimale afstemming en constructieve samenwerking te komen.<sup>3</sup>

Amsterdam, mei 1998

*dr. C.M.P.M. Hertogh, verpleeghuisarts  
drs. W. Deerenberg-Kessler,  
verpleeghuisarts*

*dr. J.A. Carpay, neuroloog  
drs. J. Verhaar, huisarts*

#### **Literatuur**

1. Hertogh CMPM. Functionele geriatrie. Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

## **WENKEN VOOR AUTEURS**

**Kopij aanleveren op diskette** met één uitdraai. E-mailen kan ook.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren.

*Houd het kort!* Artikelen van 2 of 3 bladzijden MC hebben de voorkeur.

Geen voet- of eindnoten gebruiken: literatuurverwijzingen en noten in superscript in de tekst, de inhoud ervan aan het eind van het artikel.

Tabellen, schema's en figuren graag op een apart vel.

Van artikelen die zijn geaccepteerd vervalt het auteursrecht aan de redactie.

De redactie heeft het recht bijdragen aan Medisch Contact over te nemen of weer te geven op haar site op Artsennet.



## Ghostbusters

**M**EVROUW BOUZIDI, een Marokkaanse van achter in de twintig, bezocht onlangs driemaal kort achter elkaar het spreekuur wegens lage rugklachten. Ze was daarbij steeds vergezeld van haar negenjarige zoontje, een schat van een jongen, die in plaats van lekker te mogen buiten spelen steeds met zijn moeder mee moest om te tolken. Aan moeders rug kon ik bij herhaling geen bewegingsstoornis ontdekken en na de derde keer hief ik dan ook enigszins wanhopig mijn handen ten hemel. Daarop bracht haar zoontje, nadat zijn moeder hem iets in zijn oor had gefluisterd, naar voren dat er sinds kort geesten in hun huis woonden. Hij meende ze zelf 's nachts ook te hebben gehoord. Hun geluid leek een beetje op het druppen van een kraan, zei hij. Sinds die geesten in huis zaten, was het met moeders rug achteruitgegaan. Ze kon nergens meer tegen en er was een familielid ingetrokken om het huishouden over te nemen. Wat nu?

Ik verwees mevrouw allereerst naar de fysiotherapeut om tijd te winnen. Daarna raadpleegde ik mijn hulpverlenersnetwerk. En zo kwam ik in contact met een Marokkaanse gezondheidsvoorlichter. Die stelde voor het echtpaar Bouzidi naar de imam te verwijzen om via gebeden uit de koran de geesten te verdrijven. Zo gezegd, zo gedaan. Wie had gedacht dat je voor de aanpak van lage rugklachten bij een ghostbuster kunt terecht komen. Want het lijdt voor mij geen twijfel dat de behandeling door de fysiotherapeut in dit geval slechts symptoombestrijding is, maar dat de echte genezing in handen van de imam ligt. •

M. Cox

DE HUISARTS

2. Langhorne P, Williams BO, Gilchrist W, Howie K. Do stroke units save lives? Lancet 1993; 342: 395-8.

3. Bakker-Winnubst M, Hertogh CPM. Revalidatie van de CVA-patiënt in het verpleeghuis. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 1009-11.

### Engelanditis (1)

**O**K IN Medisch Contact heeft de 'engelanditis' toegeslagen. Ik lees in nr. 22: een joint roken, smart drugs, botchips, bottom-up, consultancy-werk, een voorzitterscolumn (wat is er mis met kolom?) getiteld: 'A challenge or a threat', directly observed Therapy Shortcourse, informed consent (ik hoor u zeggen: dat is een ingeburgerd begrip), event model, medische dealer (advertentie), success-story. En van de hand van de hoofdredacteur: the prove of the pudding ....

Welnu, het zelfstandig naamwoord 'prove' bestaat niet in het Engels. Indien het al bestond, zou het worden uitgesproken prôv, net als love (liefde) en dove (duifje). Het werkwoord to prove betekent bewijzen. Het bewijs is: the proof. De titel had dus moeten luiden: The proof of the pudding ... Er is hiervoor een uitstekende Nederlandse vertaling: de praktijk zal het moeten uitwijzen.

Ik hoop oprecht dat het gebruik van Engelse woorden in MC in de toekomst zal worden vermeden en dat, indien ze al worden gebruikt, de spelling juist zal zijn. •

's-Gravenhage, juni 1998  
J.K. Pameijer, arts

### Engelanditis (2)

**I**N TOENEMENDE MATE erger ik mij aan het onnodig gebruik van Engelse termen en uitdrukkingen in Nederlandse publicaties in het algemeen en recent in Medisch Contact (MC nr. 22/1998, blz. 743, 744 en 750) in het bijzonder.

In het hoofdredactioneel op blz. 743 worden, niet alleen volkomen onnodig maar waarschijnlijk ook om interessant te doen of beheersing van het Engels te bewijzen, diverse uitdrukkingen gebruikt, zoals 'patient's delay', 'doctor's delay' en 'worst case-scenario'. De kroon spant echter de kop van het hoofdartikel 'The prove of the pudding ...', waarin het werkwoord 'to prove' verward wordt met het zelfstandig

naamwoord 'the proof'. In het Engels luidt de uitdrukking: The proof of the pudding is in the eating, hetgeen uitstekend in het Nederlands kan worden vertaald met: De praktijk zal het uitwijzen.

Op blz. 744 in de voorzitters'column' opnieuw een volkomen misplaatste Engelse kop, om over het te pas en te onpas gebruiken van het begrip 'informed consent' op blz. 750 e.v. maar te zwijgen. Al deze begrippen zijn goed te vertalen of te omschrijven in het Nederlands, maar auteurs, redacties en vele anderen (de zorgverzekeraarswereld waartoe ik zelf behoor niet uitgezonderd) laten zich meeslepen door de 'losers' binnen de 'marketing'- en 'advertising'-wereld die ons willen doen geloven dat het Nederlands niet 'cool' genoeg is om ons adequaat in uit te drukken. Als ze echt denken dat dit waar is, laten ze het dan maar eens bewijzen. Maar volgens mij kunnen ze het wel 'shaken'. •

Den Haag, juni 1998

R.P. Blom, medisch adviseur

### Engelanditis (3)

**I**N ZIJN commentaar (MC nr. 22/1998, blz. 743) wil de hoofdredacteur een staaltje van zijn taalkundige eruditie ten beste geven. Uit de zin 'The prove of the pudding ...', die twee keer in het stukje te vinden is, blijkt eerder dat 'the proof of ignorance is in the writing'. Laten we het voortaan maar gewoon in het Nederlands schrijven. •

Zwolle, juni 1998

Dr. D.J. Zellstra



# Hippocrates en Avicenna

**Z**ONDER al die migranten zou ik het niet meer willen; ze zijn zo'n waardevolle uitbreiding binnen mijn beroep.' Aan het woord is Johanna Rijntjes, kinderarts en één van de vier door Sietse van der Hoek voor Medisch Contact geïnterviewde artsen in de Bijlmer.

Een willekeurige blik in de wachtkamers van de Nederlandse dokters laat zien dat zij niet de enige arts is die veelvuldig te maken heeft met patiënten uit een andere cultuur. Deze patiënten zijn vanuit verschillende windstreken naar hier gekomen voor een beter leven en zij hebben inmiddels behalve de mode, de muziek, de sport en het eten ook de gezondheidszorg beïnvloed. Verzekeringsartsen, huisartsen, specialisten, consultatiebureau-artsen, bedrijfsartsen en GGD-artsen: aan allen wordt de veelkleurige multiculturele samenleving van Nederland in toenemende mate zichtbaar. In sommige stadhuizen overstijgt het aantal trotse allochtone vaders dat aangifte van geboorte komt doen hun autochtone collega's. Door de spreiding van de asielzoekers over het gehele land, zal ook de huisarts in dat piepkleine dorpje ooit worden geconfronteerd met geëmigreerde patiënten. Zoals eigenlijk al eeuwenlang. Dat deze ontmoeting niet overal en bij iedereen even vlekkeloos verloopt, mag als bekend worden verondersteld. Dat de communicatie als onderdeel van het consult beter kan en moet is ook geen geheim.

In dit themanummer van Medisch Contact komen personen aan het woord die op een of andere manier net dát beetje meer van de gezondheidszorg voor allochtonen weten om u met adviezen, eye openers (foei, Engels woord) en achtergrondinformatie van dienst te kunnen zijn. Soms doordat ze zelf uit deze groep afkomstig zijn en met nog meer recht mogen spreken.

Ook de historie ontbreekt niet. Beschamend vond ik het om in het interview met

Wiene Alma weer te moeten lezen onder welke omstandigheden de eerste gastarbeiders in Turkije en Marokko geworven werden. Het bleek juist de bedoeling te zijn dat ze niet konden lezen of schrijven. Een geletterde viel af. Dat integreert dus moeilijk.

Een andere cultuur en onze gebrekkige kennis daarvan wekken bij hulpverleners nogal eens verwarring en ergernis op. Verwarring en onzekerheid spelen met name een rol op momenten van leven en dood, zoals radiotherapeut Caro Koning ervaart. Hoe doseer je een slecht-nieuws-gesprek bij iemand die geen Nederlands spreekt? Hoe gaat zo'n iemand om met de angst om dood te gaan?

Dat het inzetten van meer personen uit de eigen cultuur, zoals een imam, behulpzaam kan zijn, beschrijven Van Buuren en

*Ben V.M. Crul*

de nieuwe Schipholbaas Cerfontaine. Ook het inzetten van een allochtone zorgconsulent, zoals in Utrecht gebeurt, kan met name veel voortijdige of juist langdurige ontsporingen in het contact tussen arts en allochtone patiënt vóór zijn. In ieder geval kan dan het aantal allochtone patiënten dat zonder veel resultaat herhaaldelijk 'de deur platloopt' en zorgt voor veel 'onnodig' spreekuurbezoek, in een effectievere en efficiëntere richting worden omgebogen. LHV-voorzitter Roeland van Velzen grijpt de ervaring die wordt opgedaan met het oplossen van de knelpunten in de zorg voor de multiculturele samenleving handig aan om zijn achterban ook bij andere zware klussen te hulp te komen.

Schulpen toont via zijn besnijdenisproject aan hoe je de traditionele Nederlandse gezondheidszorg via een kleine aanpassing beter kan laten aansluiten bij de gerechtvaardigde eisen die een multiculturele samenleving stelt. Nog veel goedkoper ook, zeker met de Tara-klem; dus waar wachten we nog op om tot een

landelijke in- en uitvoer hiervan te komen?

Verfrissend is het om enkele medisch studenten te volgen op hun bezoek aan een allochtoon én een autochtoon gezin. De verschillen in gezondheidsbeleving liepen niet direct in het oog en gaven misschien geen grotere variatie dan normaal te zien, al werd wel duidelijk dat het in Nederlandse ogen autoritaire gedrag van een hulpverlener door allochtonen kan worden gezien als een uiting van professionaliteit.

Om het nog verwarrender te maken, toog onze buitenlandcorrespondent Sabine Wildevuur naar een allochtone en een ex-allochtone arts op Curaçao. Wat betreft hun lokale aanpak van de schijnbaar geringe betrokkenheid van patiënten met een chronische ziekte verschillen zij weinig met de Bijlmer-arts en politicus Mohammed Makdoembaks: 'Sommigen van mijn patiënten moet je wat schrik aanjagen. Mogelijk zelfs verschrikkelijke beelden laten zien en soms preventief tot patiënt te maken ...'

De redactie hoopt u ook zonder verschrikkelijke beelden duidelijk te hebben gemaakt waarom en waar er nog wat moet gebeuren aan de gezondheidszorg voor allochtonen. Ooit waren wij toch allen allochtoon. En onze medische wijsheid hebben we ook niet van onszelf. Duizend jaar geleden zou de Nobelprijs voor geneeskunde (nee, geen ingezonden brieven a.u.b.) ongetwijfeld zijn toegekend aan Avicenna, een niet uit Europa afkomstige medicus. Deze Arabier stak met zijn medische encyclopedie Hippocrates en Galenus naar de kroon. Aan deze geleerde 'migrant' ontleende het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenwerking (OGM), waarover meer in MediSein, zijn inspiratie voor het instellen een jaarlijkse prijs ter verbetering van de gezondheidszorg voor allochtonen. Een verbetering van zorg, waarmee de zorg voor autochtonen in positieve zin blijkt mee te liften. •

# Gerichte ondersteuning voor de huisarts

**D**E MULTICULTURELE samenleving, waarover u veel meer leest in deze uitgave, gaat natuurlijk niet aan de huisarts voorbij. De kleurrijke schakering van inwoners van ons land vindt haar vertaling in menige huisartspraktijk. De ene praktijk heeft meer mensen uit niet-oorspronkelijk Nederlandse culturen dan de andere, maar multicultureel is het patiëntenbestand van bijna elke praktijk wel. Dat maakt ons vak zo boeiend en zo leuk. De diversiteit aan mensen met allemaal hun eigen gewoontes en achtergronden blijft voor veel huisartsen de drijvende kracht voor plezier in het werk. Natuurlijk schenkt het aanbieden van oplossingen voor medische problemen voldoening, maar veel meer nog het vermogen om met adviezen en hulp daadwerkelijk wat te betekenen in het leven van mensen. Dat element van de huisartsgeneeskunde - heb ik ook in de lezing bij de aanvaarding van mijn voorzitterschap gezegd - mag niet verloren gaan in deze steeds technologischer en bureaucratischer wordende samenleving (en soms ook gezondheidszorg).

Als ik dan denk aan zorgverlening in de multiculturele samenleving, denk ik in het bijzonder aan de collega's die huisartsenhulp bieden aan mensen met een allochtone achtergrond en aan asielzoekers. Beide groepen kenmerken zich vaak door hun bijzondere leefomstandigheden en soms ingewikkelde sociaal-medische problemen. Dat maakt het werk soms veel lastiger dan bij andere patiënten. Specifieke omstandigheden en problemen maken het bieden van huisartsenzorg vaak een klus die veel energie vergt. Ik denk aan taalproblemen en communicatiestoornissen, aan traumatische ervaringen van patiënten, aan bijzondere

ziektebeelden, aan slechte sociaal-economische omstandigheden, aan zeer frequente verhuizingen zodat moeilijk een band met mensen opgebouwd kan worden, maar ook aan de heel andere visie op wat een dokter wel en niet kan en wil doen. Terughoudendheid bij medisch handelen, niet ingrijpen wanneer dat niet nodig is of geen aantoonbare gezondheidswinst oplevert, is een goede traditie in ons land. Mensen uit andere (gezondheids)culturen hebben daar wel eens andere opvattingen over. Dat maakt het werk lastig.

De LHV kan dergelijke problemen niet zonder meer oplossen. Ze kan de betrokken huisartsen wel helpen om het hun mogelijk te maken het huisartsenwerk zo goed mogelijk en met plezier te blijven

LHV

doen. Speciaal voor huisartsen in stedelijke achterstandswijken, met meer werkdruk dan elders, mede veroorzaakt door de multiculturele samenleving, heeft de LHV enkele jaren geleden ondersteunend beleid geformuleerd. Niet alleen is de honorering aangepast, er is ook geld beschikbaar gekomen voor op de situatie toegesneden ondersteuning. Huisartsen kunnen in gezamenlijkheid tot oplossingen komen, zoals extra ondersteunend personeel in de praktijk of het kunnen inschakelen van een tolk.

Speciaal voor huisartsengroepen die te maken krijgen met de zorg aan asielzoekers in een centrum, heeft de LHV ook maatregelen getroffen om goede en verantwoorde huisartsenzorg te kunnen blijven bieden. Wanneer de huisartsen ter plaatse de zorg er om fysieke redenen niet bij kunnen doen, kunnen ze versterking krijgen van een collega die vanuit een huisartsenpool bij hen wordt gedetacheerd. Op die manier geeft de beroeps-

groep serieus invulling aan haar taak en opdracht huisartsenzorg te bieden aan de gehele bevolking.

Wat nu zo aardig is: de multiculturele samenleving met haar bijzondere eigenschappen en problemen beïnvloedt het LHV-beleid in positieve zin. Wij hebben geleerd in die situaties de betrokken huisartsen extra ondersteuning te moeten geven om de verantwoordelijkheid voor goede huisartsenzorg te kunnen blijven garanderen. Deze lijn trekken we door naar de gehele beroepsgroep. De werkdruk in de huisartspraktijk stijgt ook buiten de stedelijke achterstandgebieden of in de buurt van asielzoekerscentra. De druk op de collega's in praktijken met veel ouderen bijvoorbeeld neemt ook steeds verder toe, simpelweg omdat die bevolkingsgroep ook extra zorg behoeft. De dubbele vergrijzing en de beperkte instroom van nieuwe huisartsen doet de druk verder toenemen. En nieuwe taken gelden voor alle huisartspraktijken vaak als verzwaren. Net als in de achterstandswijken en bij asielzoekers zal de LHV ondersteuning moeten bieden. Ondersteuning in de vorm van extra faciliteiten en menskracht waarop de huisarts een beroep kan doen. Met de overheid en de zorgverzekeraars werken we aan een verdere praktische invulling van deze gedachten. Luisterend naar de wensen van onze leden, gaan we in de komende maanden bekijken op welke manier we hen daadwerkelijk kunnen helpen. De aanpak die in eerste instantie voortvloeide uit knelpunten bij de medische zorg voor delen van de multiculturele samenleving, blijkt een goed voorbeeld voor de gehele samenleving. Dat boezemt mij vertrouwen in voor de toekomst van ons mooie vak. •

*Roeland van Velzen,  
voorzitter LHV*



# Vertaalster van culturen

Ilse Vlaming

*Gastarbeiders. Niet voor niets kregen de in ons land werkende buitenlanders deze benaming. Iedereen had voor ogen dat ze na gedane arbeid weer terugkeerden naar hun land van herkomst. Zo dachten de gastarbeiders er zelf ook over. Het liep allemaal anders dan verwacht: de gastarbeider veranderde in een medelander. Een verandering die van beide partijen aanpassing en begrip vergt. Begin jaren zeventig stelde de overheid een gezondheidsconsulente aan die er onder andere voor moest zorgen dat beide partijen elkaar beter leerden begrijpen. Een interview met Wiene Alma, Nederlands eerste gezondheidsconsulent, over 55 jaar werk- en levenservaring met andere culturen.*



Foto's: Erwin de Leeuw

**A**N HET einde van een lange grijze gang staat een kleine vrouw. Glimlachend en nieuwsgierig wacht ze in de

deuropening van haar seniorenwoning in het centrum van Utrecht. Wie haar ziet is meteen verkocht. Wiene Alma houdt er op

73-jarige leeftijd dan ook een druk sociaal leven op na. Noch in haar doen noch in haar laten lijkt Wiene Alma op andere

vrouwen van haar leeftijd. In de jaren vijftig vertrok ze naar Engeland om daar haar opleiding tot wijkverpleegster te voltooien. In die tijd voor een jonge vrouw geen alledaagse stap. Zelf blijft ze er heel nuchter onder. 'Ik denk dat de levensopvatting van mijn ouders nogal wat gewicht in de schaal heeft gelegd. Mijn moeder kwam uit een kunstenaarsgezin, waar grenzen niet bestonden en mijn vader werkte bij de spoorwegen, op de afdeling Internationale Dienstregeling ... Van huis uit zaten we dus niet zo vast aan de Nederlandse landsgrenzen.'

### **Veekeringen**

'Veel gastarbeiders die in de jaren zestig naar Nederland kwamen, konden niet lezen of schrijven; daar zocht de Nederlandse ambtenaar in het betreffende land ze speciaal op uit. In 1964 hield Nederland massale wervingsacties in Turkije en Marokko, het woord 'veekeringen' geeft een juist beeld van de situatie. In groten getale kwamen ze toestromen. Op het terrein van het immigratiekantoor hielden militairen met het geweer in de aanslag de horde mannen in bedwang. Binnen ging het er al even barbaars aan toe. Eerst kregen de gastarbeiders een medische keuring, waarbij ze zich van hun kleren moesten ontdoen (volledig in strijd met hun geloof). Mannen met een gezond gebit, zonder zichtbare ziektes en met eelt op hun handen mochten door naar de inhoudelijke keuring. Daar werd hun gevraagd of ze konden lezen of schrijven en of ze Frans spraken. Wie daarop blij en vol trots 'ja' antwoordde, werd afgewezen. Iemand met een opleiding kon nog wel eens te mondig worden. De meeste gastarbeiders wisten niet eens waar Nederland lag. De

lijken met kinderen van Nederlandse arbeiders. Die moeten ook hard vechten om zich uit de lagere sociale klasse op te werken.'

### **Taal overbrugt**

Wiene Alma begon midden in de Tweede Wereldoorlog als negentienjarig meisje de verpleegstersopleiding in Enschede. 'In 1943 leek het er even op dat meisjes zonder vaste betrekking ook in Duitsland te werk werden gesteld. Ik kwam net van de MMS, dus ik moest zo gauw mogelijk op zoek naar iets anders. De opleiding tot verpleegster was een logisch gevolg van mijn interesses; de combinatie van praktisch en mentaal bezig zijn heeft me altijd aangetrokken.'

'In Enschede kwam ik voor het eerst in aanraking met een buitenlandse patiënt. We hadden een aantal onderduikers in het ziekenhuis, onder wie een zwaar getraumatiseerde joodse vrouw uit Berlijn. Ze was in een psychose geraakt nadat de Duitsers haar hele familie hadden gedeporteerd. De verpleging zat met de handen in het haar, omdat ze geen woord met haar kon wisselen. Van Nederlands en Engels verstond ze niets en als je Duits tegen haar praatte, werd ze hysterisch. Ten einde raad werd ik erbij gehaald, omdat ik de enige was die Frans sprak. Wonderlijk genoeg verstond ze het. Toen ontdekte ik dat je veel grenzen overbrugt



mee om te gaan, maar in Nederland levert het vaak een hoop verwarring en ergernis op. ('Waarom zegt ze niet gewoon wat ze heeft?') Een Nederlandse arts snapt niet dat een Turk of een Marokkaan over bepaalde zaken nou eenmaal niet zo gemakkelijk praat.'

'Twee jaar later ging ik in Nederland werken als algemeen voorlichtster en onderwijsconsulent bij de Regionale Stichting Buitenlanders in Utrecht. Door mijn ervaringen in het buitenland (behalve in Sicilië werkte Wiene Alma ook als verpleegster in Frankrijk, Engeland en Zwitserland) merkte ik dat ik met migrantenogen naar Nederland keek. Vooral in de gezondheidszorg zag ik een heleboel onbegrip en misverstanden met betrekking tot buitenlanders. Zo kwamen gebrekkig Nederlands sprekende kinderen met hun analfabetische ouders mee naar de dokter om zijn woorden te vertalen. Je kunt je de misverstanden en de gevolgen daarvan wel indenken. Negen maanden na mijn terugkeer in Nederland deed de overheid iets unieks: zij nam me aan als gezondheidsconsulent. Mijn taken bestonden onder andere uit voorlichting geven aan medische instellingen, aan de hulpverleners en aan de buitenlandse patiënten zelf. Eigenlijk was ik een soort vertaalster van culturen.'

### **Arrogante houding**

'Als ik terugkijk op al die jaren overlegor-

## ***'Dan denk ik: aanpassen, ja, maar aan wie en waaraan?'***

kans om dat te ontdekken kregen ze niet. Bij aankomst werden ze in barakken gehuisvest op het terrein van de fabriek. Voor deze mensen was integreren dus heel moeilijk.'

'Veel Nederlanders vinden dat allochtonen moeten integreren. Dan denk ik: aanpassen, ja, maar aan wie en waaraan? Als je al niet eens in je eigen taal kan lezen of schrijven, is aanpassen vreselijk moeilijk en complex. Ook voor de tweede generatie is aanpassen haast niet te doen met ouders die heel andere gewoonten en ideeën hebben dan de wereld om je heen. Ik denk dat we pas van de derde generatie, die nu opgroeit, wat kunnen verwachten. Je zou hen een beetje kunnen verge-

als je een gemeenschappelijke taal spreekt.'

### **Migrantengen**

'Een andere belangrijke gebeurtenis, voorafgaand aan mijn werk als gezondheidsconsulent, beleefde ik in 1968 op Sicilië, dé smeltkroes van mediterrane culturen in West-Europa. Ik was daar naartoe gegaan om hulp te verlenen aan de slachtoffers van de aardbeving. Voor het eerst kwam ik heel direct in aanraking met de gewoonten en de taboes van andere culturen. Als een vrouw daar naar de dokter gaat en zegt dat ze zo'n hoofdpijn heeft, kan ze ook bedoelen dat ze last heeft van haar buik. De dokters daar weten er prima



gaan denk ik wel eens: wat hebben we toch bitter weinig bereikt. Veranderen gaat zó langzaam. Soms is dat wel frustrerend. Maar je moet niet vergeten dat we helemaal op nul zijn begonnen. Pas in 1972 is het overlegorgaan 'Medische verzorging buitenlandse werknemers' opgericht. De hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, verontruste artsen en mensen in het veld vonden dat er iets moest gebeuren. Een hele bevolkingsgroep dreigde van zorg verstoken te blijven doordat de zorg niet op hen was aangepast. We zijn toen begonnen met het geven van voorlichting. Eerst aan de zorginstellingen en de Nederlandse hulpverleners, pas daarna aan de migranten. We begonnen bijvoorbeeld bij de kraam- en gezinsverzorging. De

wordt gepraat over de achtergronden van etnische minderheden.'

'Of ik in deze tijd weer de verpleging in zou gaan? Moeilijke vraag, ik weet het niet. Het is nu allemaal zo technisch en biologisch, terwijl ik meer geïnteresseerd ben in menswetenschappen.'

'Ik heb er de laatste twintig jaar best vaak over gedacht om weer eens in het buitenland te gaan werken, in Turkije of in Marokko. Maar ik vond dat ik hier harder nodig was.' En nodig is ze nog steeds, want dagelijks helpt Wiene Alma buitenlandse vrienden door het doolhof van de Nederlandse leerboeken. 'Ik ben eigenlijk nooit gestopt met werken. Het vertalen van praktijkproblemen is een hobby van me. Ik leer nu met de jongeren mee en leer

## 'Integreren moet van twee kanten komen'

gezinshereniging was eind jaren zeventig op gang gekomen, zodat deze instelling in die tijd het meest met allochtonen te maken kreeg. Veel kraamverzorgsters hadden er geen idee van hoe ze met de rituelen en gewoonten van Moslims moesten omgaan. Op de voorlichtingsbijeenkomsten liet ik iedereen over zijn ervaringen vertellen. Vervolgens vroeg ik hun wat ze van de buitenlandse familie hadden geleerd. Dan werd ik vragend aangekeken: hoezo iets van hen leren? Veel mensen gaan ervan uit dat onze gezondheidszorg de beste is, daar kan en hoeft niets aan te worden verbeterd. Het is een erg arrogante gedachte, die een gelijkwaardige relatie in de weg staat. Met zo'n houding kom je natuurlijk nooit tot een gelijkwaardige samenleving. Integreren moet van twee kanten komen. Als zorgverlener moet je begrip hebben voor de achtergrond van alle mensen. Gelukkig is die arrogante houding door de jaren heen veranderd. Respect voor elkaars normen en waarden en verdraagzaamheid staan aan de basis van een multiculturele samenleving. Ik denk dat je dat alleen kunt bereiken als je een ommekeer in eigen denken bewerkstelligt. Je moet je eigenlijk bij elke situatie afvragen: hoe zou ik reageren als ik in zijn of haar schoenen stond?'

### Praktijkprobleem vertalen

'Een goed initiatief van het overlegorgaan is de oprichting van de tolkencentra geweest. Daardoor komen situaties waarin een klein kind voor zijn ouders de woorden van de dokter vertaalt gelukkig nog zelden voor. Minder tevreden ben ik over het feit dat er tijdens de verpleeg-, en artsenopleidingen nog altijd te weinig

minstens zoveel van hen. Wanneer ik een praktijkprobleem tegenkom, bel ik iemand uit mijn grote netwerk dat ik tijdens mijn werk heb opgebouwd, zodat het uiteindelijk opgelost kan worden.'

### Enorme impuls

'De afgelopen jaren van voorlichting geven kun je grof weg indelen in drie fases. Fase één is de voorlichting aan instellingen en incidenteel aan buitenlanders via spreekuren. Vervolgens de groepsvoorlichting aan buitenlandse vrouwen. In de derde fase werd overgegaan op het geven van voorlichting in de eigen taal. Het bleek maar al te vaak dat informatie niet goed of maar gedeeltelijk overkwam. Uit beleefdheid knikten de vrouwen 'ja', maar als je het later navroeg, kwam de aap uit de mouw. Ik spreek steeds van vrouwen, dat komt doordat voorlichting voornamelijk aan hen wordt gegeven. Pas toen de mannen ouder werden en in de WAO terechtkwamen, kwam er voorlichting voor en door hen op gang. Het NiZW en de GGD's in de grote steden begonnen eind jaren tachtig met het opleiden van buitenlandse vrouwen tot gezondheidsvoorlichters in eigen taal. Dat heeft het zelfvertrouwen van de allochtone Nederlander een enorme impuls gegeven. Als je bijvoorbeeld niet eens in je eigen taal weet hoe het menselijk lichaam functioneert, dan is het natuurlijk in een vreemde taal helemaal niet te begrijpen. Met kennis van zaken ga je met meer zelfvertrouwen een gesprek aan. Dat geldt net zo goed voor een Nederlandse patiënt. Het doel van voorlichting is zelfstandig te kunnen handelen in een bepaalde situatie. Je kunt dat ook bereiken met onderwijs.'



De grootste groep Europese migranten in ons land wordt gevormd door mensen van Turkse afkomst (eerste generatie: 169.034, tweede generatie: 101.760), gevolgd door Duitsers (eerste generatie: 110.228, tweede generatie: 22.113). In 1997 woonden 53.151 mensen uit voormalig Joegoslavië in Nederland.

Turkije ligt in West-Azië en voor een klein gedeelte in Europa en heeft circa 63 miljoen inwoners, 80 procent is van Turkse origine, 20 procent van Koerdische. Daarnaast wonen er Arabieren, Joden, Grieken, Armeniërs, Bosniërs en Georgiërs. Naast de officiële taal Turks wordt er Koerdisch en Arabisch gesproken. Het merendeel van de bevolking beleeft de soennitische islam. Na een opstand van officieren, de Jonge Turken, werd in 1922 sultan Mehmed de Tweede afgezet en een grondwet geproclameerd. De leider van de nieuwe republiek, Kemal Atatürk ('Vader der Turken'), wilde door modernisering naar westers model Turkije opstuwen in de vaart der volkeren. Hij introduceerde het Latijnse schrift, scheidde godsdienst en staat, stimuleerde het onderwijs, en introduceerde het actief en passief kiesrecht voor vrouwen. Op veel plaatsen, met name op het platteland, zijn de hervormingen niet doorgedrongen: een kwart van de bevolking is analfabeet, het merendeel der analfabeten is vrouw. De gemiddelde levensverwachting in Turkije is 69 jaar, de zuigelingensterfte bedraagt 44 per 1.000.

In tegenstelling tot de eerste twee groepen zijn inwoners uit voormalig Joegoslavië (Servië, Bosnië-Herzegovina, Montenegro, Macedonië, Kroatië en Slovenië) niet om economische redenen naar ons land gekomen, maar sloegen zij op de vlucht voor het oorlogsgeweld op de Balkan. Naar schatting waren er eind 1994 2.776.000 mensen uit Bosnië-Herzegovina gevlucht: dat is 64 procent van de totale bevolking. De gemiddelde levensverwachting in Bosnië-Herzegovina is 72 jaar; 13 op de 1.000 geboren overleden voor het eerste levensjaar.



Foto: studio André Ruigrok

# Project Gastgezin

Medisch studenten gaan op huisbezoek

Joke C.M. van Wieringen

*In het kader van het project Gastgezin bezochten tweedejaarsstudenten in Utrecht een allochtoon en een autochtoon gezin thuis. De bedoeling was onder meer de studenten inzicht te geven in de invloed van de thuissituatie, de maatschappelijke omgeving en de cultuur op de omgang met en de gezondheid van het kind.*

**I**N HET studiejaar 1996-'97 zijn tweedejaarsstudenten geneeskunde een aantal keren op huisbezoek geweest bij een allochtoon en bij een autochtoon gezin met een pasgeboren baby of met een chronisch ziek kind. Zij deden dat in het kader van het project Gastgezin, een ini-

tiatief van de Utrechtse hoogleraar sociale pediatrie Schulpfen.

Het doel van het project is onder meer de studenten inzicht te geven in de invloed van de thuissituatie, de maatschappelijke omgeving en de cultuur op de omgang met en de gezondheid van het kind.

De aanleiding voor het project was de constatering dat in het curriculum geneeskunde van de Universiteit Utrecht nauwelijks aandacht wordt besteed aan de relatie tussen maatschappelijke en culturele omstandigheden en gezondheid en al evenmin aan attitudevorming.

Met het project Gastgezin wordt tevens invulling gegeven aan een deel van de eindtermen van de artsenopleiding, te weten:

De arts moet in staat zijn een arts-patiëntrelatie op te bouwen. De arts moet hierbij:

- blijf geven van een onbevooroordeelde, begrijpende en betrouwbare houding ten aanzien van de patiënten, ongeacht hun



seks, ras, levensfase, sociale en economische status, opleiding, cultuur, seksuele geaardheid en levensovertuiging;

- begrip hebben voor de situatie van de patiënt en diens sociale achtergrond. Hij toont persoonlijke belangstelling voor de patiënt en zijn omgeving en is zich bewust van de mogelijke gevolgen van ziekte voor de gezinsleden en de omgeving (ook werkomgeving) van de patiënt. Hij houdt met de persoonlijke omstandigheden van de patiënt rekening bij zijn onderzoek, advies, behandeling en begeleiding (Raamplan, 1994).

### Methode

Voor het pilot-project is aan een (bestaande) groep van twintig tweedejaarsstudenten geneeskunde gevraagd mee te doen.

Iedere student, of een tweetal studenten, werd gekoppeld aan een allochtoon en aan een autochtoon gezin. Voor dit pilot-project is aan enkele huisartsen en verloskundigen gevraagd gezinnen te werven

met een pasgeboren baby of met een chronisch ziek kind. Voor de allochtone gezinnen werd daarbij ook als selectiecriteria gesteld dat de studenten wel een gesprek moesten kunnen voeren met ten minste één van de ouders, het liefst met de moeder. Gelukkig spreken sommige studenten vloeiend Frans.

In de loop van een jaar werd bij beide gezinnen vier-, soms vijfmaal een huisbezoek afgelegd. Tijdens ieder bezoek besprak de student een aantal vaste onderwerpen, bijvoorbeeld doorgemaakte gezondheidsproblemen en wat daaraan is gedaan, en daarnaast per bezoek een apart onderwerp, zoals contacten met de gezondheidszorg en opvattingen over gezondheid en gezond gedrag. Over ieder onderwerp werd vooraf relevante literatuur verstrekt.

Hoewel de studenten een kort lijstje met vragen meekregen, was het de bedoeling een gewoon gesprek te voeren met het gezin, waarbij zij ondertussen ook goed moesten observeren hoe er bijvoorbeeld

met het kind of met andere gezinsleden werd omgegaan. Er werd veel televisie gekeken, gespeeld, etc. Tijdens het project kwamen de studenten een aantal keren in groepsverband bij elkaar om ervaringen uit te wisselen en eventuele problemen te bespreken. Daar de studenten zelf maar bij één allochtoon en één autochtoon gezin op bezoek gaan, is een belangrijk doel van de terugkom-sessies te horen hoe de ervaringen zijn van de andere studenten bij hun gastgezinnen.

### Ervaringen tot nu toe

De ervaringen van de studenten zijn erg wisselend: bij een aantal bleek het erg ingewikkeld te zijn een huisbezoek af te spreken, doordat bijvoorbeeld het gezin geen telefoon had of anderszins moeilijk bereikbaar bleek te zijn (niet thuis op afgesproken tijdstip en dergelijke). Waar de bezoeken wel goed lukten, waren de ervaringen ook wisselend, maar doorgaans wel heel leuk: een aantal studenten had

*Tijdens een voorbereidingsavond werden de gezinnen verdeeld over de studenten. Wij kregen een Nederlands en een allochtoon gezin toebedeeld, beide met een chronisch ziek kindje.*

*Het Nederlandse gezin bestond uit een vader en moeder van ongeveer dertig jaar met twee dochters. De jongste van vijf had, toen een jaar geleden, meningitis gekregen en heeft drie weken op de Intensive Care gelegen. Amputatie van haar onderbeentje bleek noodzakelijk. In eerste instantie wilde ze alleen maar haar witte beentje terug en was ze erg verdrietig. Maar al gauw was ze heel nieuwsgierig; zij wilde foto's zien en reageerde zo slim ('Ik weet wel dat ik bijna dood was') dat de ouders hierin een heel eind meegingen. De ouders waren zelf goed op de hoogte en hebben vanaf het begin adequaat gereageerd.*

*Het allochtone gezin bestond uit een Turkse vader en moeder (neef en nicht) van respectievelijk 21 en 19 jaar oud. Ze hebben een dochtertje, dat aan het begin van de gesprekken twee jaar oud was, met een aangeboren hartafwijking (atrium-septumdefect). De ouders waren hierover best onzeker, omdat ze niet goed wisten wat er mis is met haar hartje en wanneer ze kunnen of zelfs moeten ingrijpen. Aan de buitenkant is er ook niks van haar afwijking te zien, wat maakt dat de moeder al gauw denkt dat anderen vinden dat ze zich aanstelt. Eigenlijk al vanaf het eerste gesprek*

*waren beide gezinnen heel open en vriendelijk tegenover ons.*

*In het Nederlandse gezin spraken we het meest met de moeder. Ze liet ons foto's zien en vertelde erg makkelijk. Veel contact met de gezondheidszorg had ze eigenlijk niet, alleen via het revalidatiecentrum van haar dochtertje. Dat contact verloopt goed; er gaat een schriftje over en weer en ze weet waar ze aan toe is.*

*In het Turkse gezin spraken we bijna altijd met de vader én de moeder, omdat moeder alleen Turks en Frans sprak. Hierdoor ontstond er een grappige situatie; wij spraken geen Turks, moeder geen Nederlands en vader geen Frans! Ze hebben redelijk veel contact met de gezondheidszorg. Hun dochtertje gaat regelmatig op controle, zij heeft last van haar darmen. De moeder lijkt psychosomatische klachten te hebben en de vader heeft 'iets' aan zijn prostaat. Zelf weten ze niet zo goed te vertellen waarvoor ze naar een dokter gaan en waarmee ze er weer vandaan komen. In dit geval kan dat liggen aan het taalverschil (met name bij de moeder) tussen arts en patiënt; de vader gaat altijd mee om te tolken. Vanuit hun culturele achtergrond kijken ze ook anders tegen een hulpverlener aan. Ze zien het in Nederlandse ogen autoritaire gedrag van een hulpverlener als een uiting van professionaliteit; ze verwachten dan ook deskundige hulp. In het geval van hun dochtertje ligt die hulp niet zo eenvoudig en zijn ze erg teleurgesteld in de Nederlandse gezondheidszorg.*

*Een gezin met een chronisch ziek kindje heeft over het algemeen een groter dan gemiddeld zorggebruik. Voor zo'n gezin is omgang met de gezondheidszorg van essentieel belang. Mede hierdoor waren de bezoeken aan de gezinnen erg leerzaam voor ons. Juist bij zo'n regelmatig contact is het voor een gezin belangrijk dat er een goede arts-patiëntrelatie is. We hebben geleerd hoe belangrijk het is voor een arts dat hij begrip heeft voor de situatie van de patiënt en diens sociale en culturele achtergrond. Met name voor het allochtone gezin is het van belang dat een arts de tijd neemt om goede voorlichting te geven, eventueel met de hulp van een tolk.*

*Begrip hebben voor iemands sociale en culturele achtergrond is niet altijd even makkelijk (zeker niet in een zeven minuten durend consult). Het idee van dit project is, denken we, een stap in de goede richting. Voor ons nog onbekende gezinnen hebben ons inzicht gegeven in hun sociale en culturele achtergrond; in ons daarna gemaakte werkstuk hebben we dat met behulp van een literatuurstudie nog wat uitgediept. Dit alles vond plaats tijdens ons tweede en derde jaar geneeskunde. De leerzame ervaringen zullen we in het vervolg van onze opleiding bij ons dragen.*

*Myrthe Hol,  
Danielle Foussert*

veel grotere, meer exotische, verschillen verwacht tussen allochtone en autochtone gezinnen; een ander trof juist een heel traditioneel, laag opgeleid autochtoon gezin met veel problemen, terwijl het allochtone gezin hoog opgeleid en welvaarend was. Het op bezoek gaan bij vreemde gezinnen bleek doorgaans geen probleem, hoewel de studenten aanvankelijk wel twijfels hadden over het al dan niet uitdoen van schoenen of het geven van handen bij het bezoek aan allochtone gezinnen. Soms was het moeilijker om een

gesprek af te ronden en een bezoek te beëindigen. In de toekomst wordt het project wellicht een regulier onderdeel van het curriculum. Met name de voorlichting aan ouders over de bedoeling van de bezoeken moet helderder worden en de logistiek dient te worden aangepast aan de grotere aantallen studenten. •

*Joke C.M. van Wieringen,*  
projectleider. Centrum voor migratie en gezondheid van het kind, WKZ

*Het is bijna zeven uur. Het grauwe gebouw is zes verdiepingen hoog en nauwelijks te onderscheiden van de andere flatgebouwen, waarmee heel de wijk lijkt te zijn volgebouwd.*

*Het is nu een halfjaar geleden dat we de kans kregen mee te doen aan het project Gastgezin.*

*Eerst was het voor ons moeilijk in te zien wat het belang is van een dergelijk project. Over de multiculturele aspecten van de gezondheidszorg denk je immers als tweedejaarsstudent geneeskunde in Utrecht nauwelijks na. Wanneer echter uit de eerste voorlichtingsbijeenkomst blijkt dat tegenwoordig in de grote steden bijna de helft van alle pasgeborenen ouders heeft afkomstig uit landen ver van Nederland, ga je je afvragen wat de consequenties hiervan zijn voor de gezondheidszorg. De ervaringen die immigranten en hun voorouders hebben opgedaan met (over)leven in een bepaalde situatie (bijvoorbeeld ziekte) zullen wezenlijk verschillen met die van Nederlanders.*

*We bellen aan. Een jongetje van een jaar of vier doet open en kijkt ons vragend aan. Voor we hem kunnen vragen of zijn ouders thuis zijn, komt zijn vader er al aan. We vangen een glimp op van zijn vrouw, gekleed in een kleurrijk Bengaals gewaad. Helaas verdwijnt ze direct naar de keuken en blijft daar een flinke poos. Is dit nu een voorbeeld van de traditionele man-vrouwverhoudingen binnen hun cultuur of is ze gewoon verlegen?*

*We beginnen aan het geplande gesprek. De baby, een meisje, zit op haar vaders schoot. We werken de lijst met vragen af. De vragen over de zwangerschap stellen we liever nog even uit. Dan verschijnt de moeder. We zien nu waarom ze zolang in de keuken bleef: ze serveert een schaal heerlijke loempia's en mierzoete Bengaalse thee. Het gesprek komt*

*los, de moeder blijkt gebrekkig Nederlands te spreken, maar met hulp van de vader lukt het wel. De kinderen krielen over de bank, Jeroen is 'atatchu' (oom). Na twee uur, lang nadat de vragenlijst terzijde is gelegd, nemen we afscheid, met een volle maag en een goed gevoel.*

*Naast dit Bengaalse gezin bezochten we ook een Nederlands gezin waar kort geleden het eerste kind is geboren. Ook hier verloopt het gesprek aanvankelijk moeizaam, mede doordat de ouders onvoldoende op de hoogte zijn van de bedoeling van het bezoek. Nadat we echter het een en ander over onszelf hebben verteld, is het ijs gebroken. Al snel babelen we met de jonge moeder over haar dochtertje, vakantieplannen en het consultatiebureau.*

*Beide gezinnen hebben we vier keer bezocht. Met de Nederlandse moeder zijn we tweemaal mee geweest naar het consultatiebureau. De kinderen waren beiden zeer gezond en afgezien van de normale controles bleken de ouders niet veel met de gezondheidszorg in aanraking te komen. Toch hebben we veel geleerd over kinderen en zwangerschap. De cursus bleek een goede ondersteuning te zijn voor het tweedejaarsvak kindergeneeskunde. Verder zijn we getrouwd geraakt met het fenomeen huisbezoek en hebben we veel opgestoken van de Bengaalse cultuur. Zo hebben we een film van de bruiloft van het echtpaar in Bangladesh gezien; ze hebben verteld over de moslimreligie en over de Bengaalse gewoonten en tradities. Na vier bezoeken bleken de ideeën over gezondheid van de Bengaalse ouders weinig te verschillen van die van de Nederlandse ouders. Taal- en cultuurverschil hebben geen onoverkomelijke problemen opgeleverd.*

*Willemijn Comuth,*  
*Jeroen Wijbenga*



Verreweg de grootste groep Aziatische migranten komt uit de voormalige Nederlandse kolonie Indonesië (eerste generatie: 146.454, tweede generatie: 71.006). De meesten van hen hebben de Nederlandse nationaliteit. Uit Hongkong en China afkomstige Chinezen vormen samen de een na grootste groep Aziaten in Nederland (eerste generatie: 26.963, tweede generatie: 12.505). Vluchtelingen uit Irak (eerste generatie: 17.018, tweede generatie: 1.071) zijn samen de op drie na grootste groep Aziatische migranten in Nederland.

Indonesië is met 85% moslims het grootste islamitische land ter wereld. Een klein gedeelte is christen (4%), hindoe (2%) of boeddhist. Combinaties van christendom of islam met animisme komen veel voor. Het eilandengedeepte land telt ongeveer tweehonderd miljoen inwoners. De officiële taal is Bahasa Indonesia (Hoogmaleis waaraan vooral Javaanse woorden zijn toegevoegd). De gemiddelde levensverwachting is 65 jaar, de zuigelingensterfte 48 per 1.000 geboren.

Een van de oudste migrantengroepen in Nederland, de Chinezen, vormen geen homogene groep. Ze komen uit China, Hongkong en Indonesië. Kleinere groepen komen uit Singapore, Taiwan, Vietnam, Maleisië en Suriname. De meesten komen uit Hongkong, tegenwoordig een Special Administrative Region van China. De meeste Chinezen in Nederland spreken Kantonees, behoudens de Chinezen uit Maleisië, Taiwan en Singapore, die vaak het Mandarijnchinees spreken. De gemiddelde levensverwachting in China is 70 jaar, in Hongkong 75,5 jaar. De zuigelingensterfte in China is 38, die in Hongkong 5 per 1.000.

De bevolking in Iran (tweintig miljoen) bestaat voor tachtig procent uit Arabieren en voor twintig procent uit Koerden. Bijna de hele bevolking is moslim, van wie 65 procent shi'itisch en vijftig procent soennitisch. Een kleine minderheid spreekt Arabisch. In het noorden worden Koerdische en Turkse, in het westen Perzische dialecten gesproken. De levensverwachting bij geboorte is 62 jaar. Per 1.000 geboren overlijden 95 kinderen voor hun eerste levensjaar.



## ‘De zorg aan allochtone patiënten verbetert pas als er allochtone zorgverleners komen’

**Wil Voogt**, inspecteur gezondheidszorg aan minderheden: ‘Deze stelling zou ik van harte toejuichen als het kleine woordje ‘pas’ er niet in stond. Het aanstellen van meer allochtone hulpverleners in de zorg werkt kwaliteitsverhogend. Maar er moet meer gebeuren. Ook autochtone zorgverleners moeten zo opgeleid zijn dat ze de multiculturele patiëntenpopulatie goed kunnen bedienen.

‘Daarnaast moeten patiëntenrechten bereikbaar worden voor allochtone patiënten. Dan kunnen ze zelf in patiëntenfora invloed uitoefenen en ook zo een echte multiculturele zorg tot stand helpen brengen.’

**Loes van Willigen**, directeur van Pharint, de internationale tak van Pharos, het steunpunt gezondheidszorg vluchtelingen: ‘Integratie van allochtonen in onze samenleving betekent ook en wordt bevorderd door integratie van allochtone zorgverleners in onze zorg. De komst van allochtone zorgverleners is per definitie dus niet voldoende. Tot nu toe heeft het veelal geleid tot het creëren van nieuw categoriaal aanbod in de zorg in plaats van een integraal aanbod afgestemd op behoeften en vragen van onze huidige multiculturele patiëntenpopulatie. Zoals de integratie van allochtonen een verrijking kan betekenen voor onze samenleving, kan ook de integratie van allochtone zorgverleners een verrijking betekenen. Met name - zoals ik zelf heb ervaren - op het terrein van onze veelal beperkte westerse visie op gezondheid, gezondheidsbeleving en gezondheidsgedrag. En dat komt niet alleen de zorg aan allochtone patiënten ten goede, maar ook die aan autochtone patiënten.’

**Yesra Kaplan**, gezondheidsvoorlichtster in de eigen taal en werkzaam bij de GGD Twente: ‘Ik zou de stelling wat genuanceerder willen formuleren en wel als volgt: De zorg aan allochtone patiënten verbetert pas als de zorgverlening multicultureel is. Hiermee wil ik zeggen dat het vooral belangrijk is dat er binnen de zorg aandacht en begrip is voor bijvoorbeeld andere normen, waarden en ziektebeleving. Allochtone zorgverleners kunnen dit binnen de Nederlandse instelling gemakke-



Foto: Studio André Ruigrok

lijk introduceren en ook als intermediair optreden tussen autochtone hulpverleners en allochtone patiënten. Het moet niet zo zijn dat er binnen een instelling een allochtoon zorgcircuit ontstaat.

‘Een intermediaire functie kan overigens goed worden vervuld door gezondheidsvoorlichters eigen taal, zoals dit ook al in de eerste lijn gebeurt. Er wordt nog veel te weinig gebruikgemaakt van deze mogelijkheid. Met name in ziekenhuizen is er nog veel behoefte aan intermediairs zoals gezondheidsvoorlichters eigen taal.’

**I. Akel**, directeur van het Nederlands Centrum Buitenlanders (NCB): ‘Het aanstellen van allochtone zorgverleners op verschillende niveaus is een fundamentele stap op weg naar interculturalisatie van de zorginstellingen. Een evenredige vertegenwoordiging van het personeelsbestand is een belangrijke voorwaarde om kwalitatieve zorg te verlenen en de toegankelijkheid van zorginstellingen te vergroten. Het is echter niet de enige voorwaarde. Zowel autochtone als allochtone zorgverleners dienen in staat te zijn aan allochtone patiënten kwalitatief goede zorg te verlenen. Autochtone en allochtone hulpverleners kunnen daarbij wederzijds veel van elkaar leren. Uiteindelijk gaat het binnen de hulp- en zorgverlening om het omgaan met diversiteit. Hierbij is de culturele achtergrond slechts een van de factoren. Daarnaast moet men ook kunnen omgaan met verschil in leeftijd, geslacht en sociaal-economische positie van de zorgvragers.’

**Maria Drewes**, van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ): ‘De zorg aan allochtonen verbetert pas als autochtone en allochtone werkers goed samenwerken om aan allochtone patiënten zorg op maat te bieden. Het aanstellen van allochtone zorgverleners is slechts één van de manieren om een instelling te interculturaliseren. Daarnaast zijn veranderingen in het beleid, deskundigheidsbevordering van het hele personeel en aanpassingen in het zorgaanbod evenzeer nodig.

‘Zonder deze andere maatregelen ontstaat het gevaar dat de allochtone werker ten onrechte alleen verantwoordelijk wordt gesteld voor het oplossen van problemen met deze doelgroep. Ook moet je een onderscheid maken tussen allochtone werkers die worden aangesteld voor een algemene taak en allochtone werkers die een specifieke taak hebben om de zorg aan allochtone patiënten te verbeteren, zoals voorlichters eigen taal, tolken en verzorgers, of hulpverleners die worden aangesteld voor een bepaalde doelgroep.’

**Toos Bedeaux**, projectleidster van de Stichting werkervaringsplaatsen in de GGZ: ‘In de zorgverbetering aan allochtone cliënten zijn allochtone hulpverleners onmisbaar. De praktijk leert dat er nog meer onmisbare schakels zijn om het woordje ‘pas’ in de stelling tot zijn recht te laten komen.

‘Allochtone zorg- en hulpverleners moeten met uitvoering en beleid bezig kunnen zijn. Hiervoor zullen ze waar nodig moeten worden bijgeschoold en ondersteund. De specialistenopleidingen zullen veel actiever opleidingsplaatsen moeten toekennen aan allochtone professionals. Zorgverbetering voor allochtonen vraagt om interculturalisatie van het zorgbeleid en -organisatie van de instelling en is daarmee een verantwoordelijkheid van het management. Dat vraagt om deskundigheid en visie van alle betrokkenen. Interculturalisatie van beroepsopleidingen en bij- en nascholing is daarvoor een voorwaarde.’ •

*Robert Crommentuyn  
Ilse Vlaming*



# De dokter en de allochtone oncologische patiënt

Ben V.M. Crul

*Met het ouder worden van de eerste generatie gastarbeiders in Nederland stijgt hun kans op een maligniteit. Ook de asielzoekers worden niet gespaard voor kanker. Gevolg: de Nederlandse afdelingen Oncologie worden steeds veelvuldiger geconfronteerd met de allochtone patiënt.*

*Dr. C.C.E. Koning, hoofd van de Centrale Bestralings Afdeling van Medisch Centrum Haagland, locatie Westeinde Ziekenhuis te Den Haag, over haar frustraties in de communicatie met allochtone patiënten met oncologische problematiek.*

**L**AATST HAD ik tijdens een avonddienst een patiënt uit Somalië met een ernstige maligniteit en op basis daarvan een dreigende dwarslaesie. Hij was al icterisch en moest acuut worden bestraald. Ik kon het hem echter niet uitleggen, want hij sprak geen woord Nederlands. Dan voel je je ook als dokter beroerd en ongemakkelijk. En een tolk was 's avonds laat niet snel voorhanden. Meer dan een hand op zijn schouder leggen en zijn hand vasthouden, kon ik toen eigenlijk niet. Daarbij wist ik niet of dat gebaar, gezien zijn culturele achtergrond, wel op prijs zou worden gesteld.

Aan het woord is Caro Koning, radiotherapeut. Na twintig jaar werkzaam te zijn geweest in het Amsterdamse Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, verhuisde zij in 1995 naar het Haagse Westeinde Ziekenhuis. In een stad met een relatief hoog aantal allochtonen is het niet verwonderlijk dat de klantenkring van het in de binnenstad gelegen ziekenhuis ongeveer voor een kwart tot eenderde uit allochtone patiënten bestaat.

*Waar liggen voor de oncologie eigenlijk de specifieke problemen bij die allochtone patiënten en bij welke groep met name?*

'Die problemen liggen vooral bij de eerste generatie vrouwen van gastarbeiders, die nu op een leeftijd zijn gekomen waarin je vrij veel oncologie ziet. Die oudere vrouwen spreken vaak geen woord of erg weinig Nederlands. Maar ook de mannen die net Nederland zijn binnengekomen, geven hetzelfde probleem. Behalve een taalprobleem is er echter ook een cultuur-

probleem. Wij hebben geen idee wat ziekte, doodgaan, angst en aftakeling voor deze mensen betekent. We weten niks of weinig van het kader van waaruit ze denken. Het is aan de ene kant een informatieachterstand voor ons als Nederlandse artsen, maar het zijn aan de andere kant ook gewoon de onmogelijkheden waar je tegenaan loopt. Ik spreek nu eenmaal geen Turks of Soedanees.'

*Moet je voor de anamnese en behandeling van een allochtone oncologische patiënt extra tijd uittrekken?*

'Je kan aan de hand van een achternaam op het afsprakenlijstje natuurlijk niet beoordelen of deze patiënt voldoende Nederlands spreekt. Maar als ik wél weet dat dat niet het geval is, denk ik: "dat wordt lastiger". De kans dat de communicatie moeilijk en gebrekkig wordt, is dan groter. Je probeert soms wel in je voorbereiding al wat te regelen, zoals kijken of er iemand in huis is die de taal spreekt. Je wilt dat graag geregeld hebben, want anders ben je enorm gehandicapt in je mogelijkheden. De informatiebehoefte neemt nu eenmaal toe, niet het minst door de WGBO. Goede uitleg is hard nodig, zeker in mijn vak. Maar die onthoud je in zekere zin aan die allochtone patiënt. Juist in de oncologie, bij een ernstige bedreiging van het bestaan, met vragen over leven en dood en ingewikkelde behandelingen met vaak ernstige bijwerkingen, is miscommunicatie des te schrijnender.'

*Wat doe je als de patiënt helemaal geen Nederlands spreekt?*

'Meestal komt er een familielid mee, of de partner. Maar dan praat je dus eigenlijk via dat familielid. Dat vind ik bezwaarlijk. Het is beter dan niks, maar normaal gesproken praat je toch ook liever direct tegen een patiënt en heb je daarnaast graag dat er iemand als toehoorder of gesprekspartner bij is. Dat is hier dus net andersom. Als je via de man over de gynaecologische aandoening van zijn vrouw moet praten, vind ik dat niet altijd gemakkelijk. Dat geldt nog meer voor haar (jonge) kinderen.'

*Zijn er daardoor weleens dingen misgegaan?*

'Misgegaan niet, maar wel dat het niet zo goed ging als je graag zou willen. Ogen-schijnlijk kleine dingen, maar wel belangrijk. Zo doseer je bij Nederlandssprekende patiënten je informatie. Alles in één keer vertellen is niet erg effectief. Je doseert je informatie afhankelijk van de signalen die je van de patiënt terugkrijgt. Dus als je op een goed moment merkt "dit is genoeg", dan stop je, rond je het gesprek af en zegt dat je de volgende keer verder zal praten. Als je ziet dat iemand dichtklapt en helemaal niet meer luistert, moet je gewoon stoppen, want het komt toch niet meer over. Maar dat doe je bij deze patiënten niet. Je krijgt dat signaal nauwelijks of niet of we herkennen het niet. Als ik dan iemand hoor vertalen in het Turks of in het Marokkaans en ik vang ineens het woord 'radiotherapie' of 'simulator' op, dan denk ik: "Begrijpen die mensen wel waarover wij het hebben?" Niet denigrerend bedoeld, maar wie legt hun uit wat dat woord 'simulator' betekent?'

*En merk je, ook non-verbaal, dat er wat overkomt?*

'Soms, maar dat merk ik lang niet altijd. Waarschijnlijk ben ik zelf zo bezig met het overbrengen van mijn verhaal, dat ik die signalen minder goed zie, of er door die intensiteit wat minder aandacht voor heb. Kijk, als iemand huilt dan zie ik dat natuurlijk wel, maar de subtielere zaken, zoals nervositeit, gespannenheid, vallen me misschien wat minder goed op. Als je angst of verdriet ziet, kan je er ook niet zoveel tegenoverstellen. Je kan niet ■



Foto: Loek Zuyderduin

gemakkelijk hetzelfde zeggen wat je tegen een Nederlander zou zeggen. Je kan er niet direct op reageren, altijd via die ander. Je hebt ook geen idee wat voor informatie er via die ander allemaal verloren gaat of een ander accent krijgt en we weten hoe lastig het al is om bij Nederlanders die medische informatie direct over te brengen. Je weet trouwens ook niet of het geven van alle informatie wel op prijs wordt gesteld.

*Hoe verifieer je of de boodschap overkomt?*

'Ik vat altijd samen, en dan gaat het er eigenlijk om of de tussenpersoon het begrepen heeft. Dat is eigenlijk het belangrijkste. Je moet trouwens ook met de gevoelens van die tolk rekening houden. Als het kinderen zijn, die minder dan in onze samenleving gewend zijn met hun ouders over dit soort dingen te communiceren, weet je niet of het overkomt. Je weet niet hoe hun onderlinge communicatie hierover is. Je ziet al hoe moeilijk een moeder het vindt om zich in het bijzijn van een haar kinderen te ontkleden.'

*We komen geleidelijk van de problemen met de taal op onze onbekendheid met hun cultuur. Wat weet je van de culturele achtergrond die voor de behandeling van een allochtone oncologische patiënt van belang zou kunnen zijn?*

'Heel weinig, eerlijk gezegd. Ik denk dat dat voor het merendeel van mijn collega's ook geldt. Medisch Nederland weet natuurlijk wel iets over allochtone achtergronden. Er lopen immers hier en daar projecten, maar de daar vergaarde kennis stroomt niet goed door. Het Spaarne Ziekenhuis heeft bijvoorbeeld een heel goed boekje samengesteld over rouw-, afleg- en begrafenisrituelen van zeer veel verschillende culturen. Daar zouden anderen toch niet steeds naar op zoek moeten hoeven gaan. Die kennis is er gewoon, maar wordt blijkbaar onvoldoende verspreid. Daarbij komt dat de omvang van het probleem groot is, maar wel tijdelijk, en zeker niet alleen speelt bij de oncologie. Het zou dus een diepte-investering voor een betrekkelijk korte periode zijn. Eén generatie verder is het probleem voor een groot deel immers opgelost. Het is ook nog een divers probleem, want Turkse patiënten zijn nu eenmaal anders dan mensen uit Suriname of uit Afrika.'

*Misschien nog even ophalen: wat doet de radiotherapeut anno 1998 ook al weer, en is het vaak een 'zij'?*

Van oudsher vind je inderdaad veel vrouwen in ons vak. Wij behandelen nagenoeg alle tumoren, zowel in opzet curatief als palliatief. Vaak in combinatie met chirurg. ■

gie en soms met chemotherapie. Van deze disciplines is de chirurgie in opzet het meest curatief, maar als die niet kan, onnodig mutilerend is, of er sprake is van hele krappe marges of irradicaliteit, dan wordt vaak de radiotherapie te hulp geroepen. Ons vak groeit nog steeds, niet het minst door de toename van de technische mogelijkheden. Met name door de komst van computers kunnen wij steeds subtieler behandelen. Het betekent een betere benadering van het doelgebied, waardoor een hogere dosis te bereiken valt met minder beschadiging van het gezonde weefsel. Van de laatste ontwikkelingen zijn te noemen radiotherapie in combinatie met hyperthermie of met chemotherapie. Als je dat wilt, kan je ons vak heel technisch benaderen, maar je kunt het ook heel menselijk, en vooral klinisch doen. Ik zit meer in de laatste hoek.'

*Zijn er genoeg radiotherapeuten om dat werk allemaal te doen?*

'Eigenlijk niet, de Gezondheidsraad heeft een aantal jaren geleden een rapport uitgebracht waarin werd gesteld dat het aantal nieuwe patiënten per radiotherapeut per jaar zou moeten worden verkleind van 250 naar ongeveer 200 per jaar. Meer radiotherapeuten dus, omdat het aantal patiënten niet minder zal worden. Maar aan dat rapport is, zoals wel vaker, geen gevolg gegeven. Het zou de kwaliteit van steeds gecompliceerdere zorg, ook aan de groeiende groep allochtone patiënten, ten goede komen.'

*Wat zou je de hopelijk toch groeiende groep arts-assistenten radiotherapie aanraden in hun benadering van de allochtone niet-Nederlands sprekende patiënt?*

'Zorg in ieder geval voor een tolk, het liefst uit de nabijheid van de patiënt. De patiënt moet die tolk vertrouwen. Je moet de patiënt ook tijdig vragen dan en dan iemand mee te nemen. Je kan namelijk als ze alleen zijn heel moeilijk even iets tussendoor zeggen of iemand bemoedigen. Die kleine intermenselijke contacten zijn niet zo eenvoudig te leggen. 'Probeer te weten te komen welke werknemers in je eigen ziekenhuis verre talen spreken en daarbij ook nog vertrouwd zijn met de medische terminologie. Ik heb daar inmiddels een heel lijstje van aangelegd. Die roep ik er dan zo nodig bij. Het zou wel verstandig zijn als er ook met dit doel in de ziekenhuizen meer personeel met een allochtone achtergrond werd aangenomen.

'Houd er ook rekening mee dat sommige vrouwen liever niet door mannelijke medewerkers willen worden behandeld. Ik respecteer dat, maar soms kan het gewoon niet anders. Verder kan de ramadan een moeilijk periode zijn. Bij de keuze tus-



Foto: Loek Zuyderduin

sen gezondheid en religie is het belangrijk te weten dat de gezondheid in die periode toch voor gaat. Dat moet je als arts soms zelf nog even te berde brengen.

'Realiseer je dat om wat voor reden dan ook deze mensen soms weinig geld hebben. Laatst had ik een patiënt met een sarcoom aan zijn hart en die kwam om bestraald te worden steeds op de fiets, terwijl de taxi of auto in die omstandigheid gebruikelijker is.'

*Wie zou er wát moeten doen?*

'Op zich biedt de WGBO een stimulans voor een aantal instanties om goede communicatie ook bij allochtone patiënten tot haar recht te laten komen. Dezen horen dezelfde uitleg en dezelfde zorg te krijgen. Op basis van deze wet zouden er maatregelen moeten worden getroffen die de problemen oplossen. Al is het maar voor een gedeelte. Een aantal instanties zou daarvoor de handen moeten ineenslaan en een plan moeten maken. Ik denk daarbij aan de KNMG, het Bureau buitenland, het ministerie van VWS, de patiëntenorganisaties en de verzekeraars. Ze moeten wel rekening houden met de beperkingen van de doelgroep. Het KWF heeft bijvoorbeeld een informatiefolder in het Turks en in het Marokkaans uitgegeven, maar als je je realiseert dat een heleboel van deze mensen niet kunnen lezen, moet je wat anders verzinnen. Band/dia-series of video's zouden in dat opzicht een doeltreffender manier van informatie-overdracht zijn. Die zouden in het ziekenhuis kunnen worden afgedraaid. Ik weet dat het kostbaar is om ze te maken, maar je kunt het wel voor heel Nederland in één keer doen.'

*Zou er in het land van herkomst wel net zoveel behoefte aan al die medische informatie zijn? Met andere woorden, leggen we onze normen daarover niet op aan anderen? En heeft eigenlijk ooit iemand van de allochtone patiënten geklaagd over te weinig informatie?*

'Dat heb ik nooit gehoord, maar het kan wel. Het is onze interpretatie dat het contact en de uitwisseling van informatie aan

de zeer schaarse kant zijn. Waar je normaal bij elkaar checkt of het begrepen en overgekomen is, zo van "hebt u nog vragen en wat begrijpt u niet goed?", dat soort subtiliteiten valt wel weg. Ik weet niet of er in het land van herkomst anders over wordt gedacht, het is best mogelijk. Maar als wij denken dat onze Nederlandse manier van omgaan met patiënten goed is of aan een aantal eisen moet voldoen, dan moet dat voor iedereen gelden. We merken wel dat een goed geïnformeerde patiënt, waar die ook vandaan komt, die voorbereid is op bepaalde bijwerkingen, een behandeling beter aankan dan iemand bij wie zo'n behandeling mét de bijwerking als een donderslag bij heldere hemel komt.

*Waar zou je als radiotherapeut meer over geïnformeerd willen zijn? Over welke aspecten?*

'Ik zou - en niet alleen als radiotherapeut - meer willen weten over: Waar zijn de mensen bang voor? Hoe beleven ze hun lichaam en wat weten ze ervan? Nederlanders weten vaak al niet hoe hun lichaam functioneert. Hoe gaan ze om met ziekte en gezondheid, hoe gaan ze om met angst voor doodgaan? Zijn ze er bang voor? Geloven ze in een leven na de dood, wat mogelijk het doodgaan anders maakt? Daar weet ik allemaal niet veel van. Dat geldt ook voor de andere leden van ons oncologisch team. Met name de gynaecologie heeft het wat dat betreft het moeilijkst. Mannen spreken nu eenmaal beter de taal. Het probleem doet zich overigens, zoals ik al eerder zei, niet alleen in de oncologie voor.'

*Je hebt zelf ook initiatieven genomen?*

'Ik ben naar het KWF gegaan en de voorlichtingsafdeling wilde eerst precies weten of er wel behoefte was aan specifieke informatie en, zo ja, aan welke. Toen heb ik contact gezocht met de hoogleraren Hanneke de Haes, medisch psycholoog AMC, Niel Aaronson, medisch psycholoog AvL/ NKI, en Bert Schadé, huisartsgeneeskundige AMC. Allen prominent betrokken bij de psychosociale oncologie. Om er een KWF-project van te maken. Omdat het probleem echter verder reikt dan alleen de oncologie is er contact gezocht met de KNMG. Daar is echter tot op heden nog niet zoveel concreets uitgekomen. Ik heb wel verscheidene gesprekken gevoerd. Daarnaast hebben we zelf al een groot aantal brieven het land in gestuurd om mensen of instanties op te porren. Waarschijnlijk is door de omvang van het probleem iedereen wat aarzelend. Men lijkt bang zich eraan te vertillen. Maar misschien helpt dit themanummer van Medisch Contact ook bij dat wakker schudden.'





Leven in Las Vegas

Foto: Sabine E. Wildevuur

## ZUID-AMERIKAANSE ZIEKTEBEELDEN

# Nelson Mandela: hoop op beter

**B**USSEN STOPPEN aan de rand van de wijk, openbaar vervoer gaat niet verder, de weg wordt onverhard. Twintig kilometer buiten het centrum van toeristenstad Cartagena de Indias begint een andere wereld: de *barrio* Nelson Mandela. De ommuurde koloniale kuststad Cartagena, met haar schilderachtige straatjes met felgekleurde huizen, exotische bloemen en schaduwrijke patio's, wordt wel de mooiste van Colombia genoemd. Er zijn smaakvolle vijfsterrenhotels, uitstekende restaurants, warenhuizen met alle denkbare importartikelen en - belangrijk - er is weinig geweld. Staat in het hele land geweld als belangrijkste doodsoorzaak op de lijst, in Cartagena staat het 'slechts' vijfde.

Maar waar het openbaar vervoer stopt, wonen de allerarmsten. Naast de stortplaats van de stad en de *zona industrial* groeit Cartagena in armoede. Eind 1994 kwamen de eerste Nelson Mandela's. Een stuk grond werd platgebrand en schoongemaakt voor bewoning. Nu wonen in de wijk naar schatting 34.000 mensen. Onder hen ongeveer 5.000 *desplazados*, over het algemeen *campesinos*, boeren uit de binnenlanden, die met hun hele familie zijn gevlucht voor het geweld.

Op een heuvel bij de ingang naar de wijk is te zien hoe de wijk zich uitstrekt. Tot ver weg zijn de golfplaten en plastic daken te zien. De Movimiento por la Paz,

el Desarme y la Libertad (MPDL) - voor de vrede, de ontwapening en de vrijheid - is de enige humanitaire organisatie die hier werkt. Projectcoördinator Edgar Beltrán wijst naar de nieuwe aanwas Las Vegas.

'Iedere dag komen er *desplazados* bij. Sommigen blijven een paar dagen en trekken door naar een plaats waar familie en vrienden wonen.' De overgang naar de andere gedeelten van Nelson Mandela is duidelijk. In vier jaar is daar een eenvoudige structuur ontstaan met straten, houten huizen, watertanks en elektriciteit. Las Vegas bestaat daarentegen uit kriskras door elkaar staande hutjes van stokken en zwart plastic. En dat met temperaturen tegen de veertig graden Celsius. Hele families wonen op een paar vierkante meter. Nu, in de droge tijd, is het hier begaanbaar, maar als de regentijd komt verandert het in een modderbad.

'Nelson Mandela is een manier van leven geworden', zegt een bewoner. De wil om te overleven is zichtbaar. Mensen starten 'bedrijfjes' op, of pakken hun oude werk op. Een meubelmaker is bezig een kast te timmeren, er zijn barretjes en winkeltjes in houten barakken. Er is een tank waar je voor een paar dubbeltjes water kunt kopen. Niet duur, maar de meesten kunnen het niet betalen. Een bouwvakker metselt aan wat eens het ziekenhuis zal worden. 'Het ontbreken van medische voorzieningen is het grootste probleem', zegt Mercedes Rocioguarda, algemeen arts

bij MPDL. Om bij een ziekenhuis te komen - huisartsen kent Colombia niet - moeten de inwoners een kwartier lopen voordat ze een bus kunnen pakken. Velen kunnen die niet eens betalen en moeten, ziek, kilometers afleggen op zoek naar hulp.

MPDL heeft twaalf gezondheidsvoorlichters in dienst, die de mensen de basis voor een goede gezondheid bijbrengen. 'Verder dan gezondheidseducatie komen wij niet,' zegt Mercedes, 'op curatief gebied doen wij niets.' Met name medische zorg voor kinderen ontbreekt. De sterfte onder zuigelingen en kinderen is hoog; veel van hen lijden aan diarree, luchtweginfecties, dengue, hepatitis en huidaandoeningen. Mercedes: 'Wegens gebrek aan opleiding en kennis weten ouders vaak niet wat te doen.' En dus sterven de kinderen, op twintig kilometer afstand van één van de rijkste steden van Colombia. •

Sabine E. Wildevuur

MC-journalist Sabine E. Wildevuur is een aantal maanden in Zuid-Amerika om te werken aan het leeronderzoek 'Internet en geneeskunde in ontwikkelingslanden' voor een Master of Science-opleiding. Daarnaast houdt zij u op de hoogte van de gezondheidstoestanden in Zuid-Amerika vanuit haar standplaats Cartagena (Colombia).

# De allochtone zorgconsulent

Een brug tussen hulpverlener en patiënt

Fred van Es en Margreet Kroesen

*In Utrecht zijn allochtone zorgconsulenten ingezet als intermediair tussen huisarts en migrant. In individuele spreekuren geven zij in de eigen taal voorlichting over diverse gezondheidsonderwerpen. Deze voorlichting wordt gegeven in overleg met de huisarts; zo ontstaat er 'voorlichting op maat'.*

**D**E AANWEZIGHEID van migranten in Nederland is van alle tijden en wordt door velen inmiddels als een vanzelfsprekendheid ervaren. Migrant nemen deel aan de samenleving en maken gebruik van de voorzieningen in de gezondheidszorg. Ook dat ervaren veel werkers in de gezondheidszorg als een vanzelfsprekendheid. Maar is de dienstverlening in de gezondheidszorg aan migranten daarmee wel van een vergelijkbare kwaliteit als de dienstverlening aan Nederlandse gebruikers? De culturele achtergrond bepaalt immers voor een groot deel de gezondheidsbeleving en de beeldvorming over de Nederlandse gezondheidszorg. Taalproblemen staan een heldere communicatie over lichamelijke en psychische klachten en over de toegepaste behandeling in de weg. Een tolk, professioneel of in de persoon van een kind of een familielid van de patiënt, kan een bijdrage leveren aan het slechten van deze taalbarrière, maar maakt het moeilijk om problemen onder vier ogen te bespreken. Een onlangs afgerond project in de stad Utrecht, waarbij allochtone zorgconsulenten zijn ingezet als intermediair tussen huisarts en migrant, biedt aanknopingspunten voor verbetering.

## Cultuur en gezondheid

De cultuur heeft invloed op de manier waarop mensen omgaan met gezondheid en ziekte.

In de eerste plaats is de *gezondheidsbeleving* sterk cultureel gekleurd. Het is bijvoorbeeld bekend dat er onder migranten veel spanningsklachten voorkomen, die vaak een psychische achtergrond hebben. Waar het Nederlandse patiënten vaak duidelijk is dat er mogelijk psychische problemen ten grondslag liggen aan dergelijke klachten, worden deze door

bijvoorbeeld Marokkaanse mensen vaak louter somatisch beleefd.

Ten tweede is de wijze waarop mensen *communiceren* over gezondheid afhanke-

lijk van hun culturele achtergrond. Denk maar aan de periode in de Nederlandse samenleving waarin leken aan alle klachten een psychische component hechtten. In het verlengde van wat werd gesteld bij gezondheidsbeleving, zullen Marokkanen bij spanningsklachten juist alleen communiceren over de somatische aspecten van hun klacht. Het is dan ook niet verwonderlijk dat, wanneer een arts ook de psychische kanten van spanningsklachten wil bespreken, de patiënt dit niet begrijpt en mogelijk zelfs geïrriteerd raakt. ■

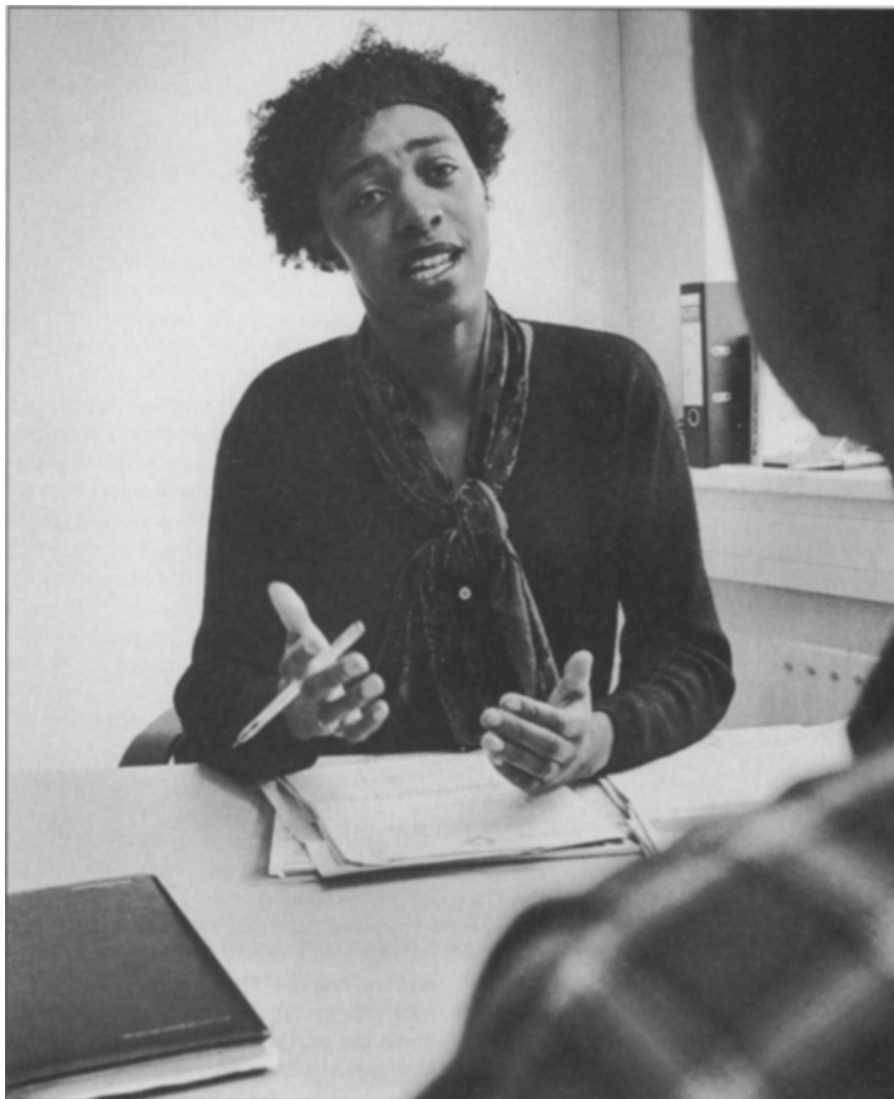


Foto: studio André Ruigrok

Ten derde zijn de verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg in de verschillende culturen vaak anders. Bij spanningsklachten die somatisch worden beleefd, is in het verlengde daarvan de verwachting dat de arts hiervoor wel een medicijn kan voorschrijven. Een verwijzing naar de maatschappelijk werker of naar het Riagg zal niet zonder meer worden begrepen.

Het voorbeeld van de patiënt met spanningsklachten staat uiteraard niet op zich. Ook bij andere klachten is er tussen culturen (en uiteindelijk tussen individuele mensen) een verschil in beleving, communicatie en verwachtingen. Denk hierbij aan lichamelijke klachten als koorts (is niet zonder meer een reden om onmiddellijk een arts te consulteren), diabetes (denk aan het belang van het juiste dieet of het juiste gebruik van insuline), therapietrouw (bijvoorbeeld onduidelijkheid over het belang van het afmaken van een kuur), of de kennis van het eigen lichaam. De arts heeft met alle drie deze invloedssferen te maken.

Zolang arts en patiënt beiden dezelfde culturele achtergrond hebben, zullen zij doorgaans goed kunnen communiceren. Er kunnen problemen ontstaan zodra de-

krijgt voor de culturele en individuele aspecten van ziekte en gezondheid bij patiënten die dichter bij zijn eigen cultuur staan.

### **Zorgconsulenten als intermediair**

Het blijft van groot belang dat artsen zelf probleemsituaties in de communicatie met migranten kunnen aanpakken. Daarnaast kan in praktijken waar veel migranten patiënt zijn, de inzet van een intermediair een zinvolle ondersteuning zijn. Consulenten die vanuit de eigen taal en cultuur worden ingezet als intermediair in huisartspraktijken en gezondheidscentra kunnen hiervoor een mogelijkheid bieden. Het project Allochtone Zorgconsulenten in Utrecht illustreert dit.


In de stad Utrecht zijn sinds 1997 twee zorgconsulenten werkzaam, één van Turkse en één van Marokkaanse afkomst.\* Beide zorgconsulenten verzorgen wekelijks spreekuren in de eigen taal op drie locaties in zuid-west Utrecht: een gezondheidscentrum, een solo- en een duopraktijk. In de individuele spreekuren wordt in de eigen taal voorlichting gegeven over diverse gezondheidsonderwerpen. De voorlichting door de zorgconsulenten wordt gegeven in overleg met

bij hun arts, kregen vaak na enkele gesprekken met de zorgconsulent meer inzicht in de eigen situatie. In deze gevallen werd het inzichtelijker voor de arts wat bij bepaalde klachten de achterliggende problematiek was.

De consulenten spreken met hun cliënten niet alleen over psychosomatische klachten, maar ook over bijvoorbeeld kinderopvoeding, de Nederlandse gezondheidszorg, diabetes en astma.<sup>2</sup> Bovendien kan een zekere bemiddeling plaatsvinden, bijvoorbeeld in het geval van een Marokkaans gezin met een paar kinderen die bedplasproblemen hadden. De wijkverpleegkundige kon nauwelijks in gesprek komen met de vader, de kinderen werden door hem bestraft en de moeder mocht niet naar een informatiebijeenkomst. Uiteindelijk kreeg de Marokkaanse zorgconsulente het echtpaar zover dat zij samen met de huisarts over oplossingen gingen praten. Ook hebben de consulenten bezorgde ouders met een kind met koorts kunnen uitleggen dat het niet altijd nodig is om gelijk de eerste dag naar het spreekuur van hun arts te gaan.

Uiteindelijk werd er in veel gevallen tijd gewonnen voor de artsen, omdat de patiënten minder vaak 'onnodig' naar hun spreekuur kwamen.<sup>3</sup> Ook gaven enkele artsen aan dat door tussenkomst van de zorgconsulenten er meer begrip was voor de achtergronden van problemen. Juist ook wanneer een arts het vermoeden had dat er met een patiënt 'meer aan de hand was', maar hij dit niet helder kon krijgen, konden de zorgconsulenten na enkele gesprekken de eigenlijke hulpvraag vaak wel duidelijk krijgen.

Het project in Utrecht staat niet op zichzelf. In verschillende andere steden zijn, soms al jaren geleden, vergelijkbare initiatieven gestart. De basis hiervoor is gelegd door het concept Voorlichting Eigen Taal en Cultuur (VETC): voorlichters (inmiddels vrouwen én mannen) die in een cursus van 1,5 jaar zijn opgeleid als groepsvoorlichter over verschillende gezondheidsonderwerpen. Na de training 'gesprekstechnieken en patiëntenvoorlichting' te hebben gevolgd, is een aantal VETC'ers aangenomen voor de nieuwe functie in de eerste lijn, in wijkgezondheidscentra, huisartsenpraktijken of in de eerste lijn. In de meeste steden is het steunpunt van de groepsvoorlichters ondergebracht bij de GGD.

In de verschillende steden blijkt de relatief nieuwe functie een tijdsinvestering te zijn voor de artsen, die patiënten naar de voorlichtsters verwijzen, voor de voorlichtsters zelf en voor de coördinerende instantie. Voor de voorlichtsters is het vertrouwen van de artsen en de patiënten onontbeerlijk om de intermediaire taak 

## *Vrouwelijke zorgconsulenten zijn voor migranten extra drempelverlagend in vergelijking met mannelijke huisartsen*

ze culturele achtergronden verschillen, zeker als men ook nog een verschillende taal spreekt. Het is aan de arts om effectief met dergelijke situaties om te gaan. De Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) bepaalt dat de arts 'de patiënt op duidelijke wijze (...) in(licht) over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen (...)'. Hiervoor is vereist dat een arts aandacht heeft voor:

- de eigen *attitude* ten aanzien van migranten (belangstelling hebben voor andere beleving van en communicatie over gezondheid en ziekte);
- enige *kennis* van verschillende culturen, met name die waarmee hij of zij in de professionele praktijk veel wordt geconfronteerd;
- de *vaardigheden* om met leden van een andere cultuur effectief te communiceren. Uiteindelijk zal blijken dat de arts die hier serieus werk van maakt niet alleen de dienstverlening aan patiënten uit andere culturen verbetert, maar ook meer oog

de huisarts, zodat er 'voorlichting op maat' ontstaat. Daarnaast wordt op procesmatige wijze de vraag van patiënten verhelderd. Indien patiënten bij de zorgconsulenten met vragen komen die niet zijn bedoeld voor de huisarts, worden zij doorverwezen naar de juiste hulpverleners of dienstverlenende instanties.<sup>1</sup>

Een groot voordeel van de voorlichting in de eigen taal en vanuit de eigen culturele achtergrond is dat veel patiënten gemakkelijker hun verhaal kwijt kunnen of vragen durven stellen.

Bij veel migrantengroepen (en trouwens ook in autochtone groepen) spelen vrouwen een centrale rol binnen het gezin wanneer het om gezondheid gaat: Vrouwelijke zorgconsulenten zijn voor migranten extra drempelverlagend in vergelijking met mannelijke huisartsen.

In relatief veel gevallen bleken (vage) lichamelijke klachten van Turkse en Marokkaanse patiënten te maken te hebben met bepaalde psychische problemen en spanningen. Patiënten die, zonder veel resultaat, herhaaldelijk 'de deur plat liepen'

te kunnen uitoefenen. De taakafbakening van hun inhoudelijke kennis en hun functie (namelijk: géén tolk, maatschappelijk werker of doktersassistente) moet van het begin af aan duidelijk zijn.

### **Naar een interculturele gezondheidszorg**

Nederland is een multiculturele samenleving en zal dit wel altijd blijven. Nederland wil bovendien een samenleving zijn waar iedereen dezelfde rechten heeft, ook op een goede gezondheidszorg. Het is dan ook onontkoombaar dat artsen aandacht geven aan het realiseren van een adequate dienstverlening aan migranten. Niet alleen zij, maar ook andere dienstverleners in de gezondheidszorg, zoals apothekers, fysiotherapeuten en consultatiebureau-artsen, kunnen hieraan een bijdrage leveren. Uiteraard is het van belang te streven naar meer artsen met een andere culturele achtergrond. Niettemin is het voor elke arts van belang om aandacht te besteden aan de eigen attitude, kennis en vaardigheden.

Een zorgconsulent zou een functie kunnen hebben in de vorm van *training on the job*, waarbij artsen daadwerkelijk worden ondersteund en tegelijk iets leren over de bovengenoemde drie aandachtsgebieden. Niet overal is er echter een zo groot aantal migranten dat het aanstellen van een allochtone zorgconsulent gerechtvaardigd is. Er zijn echter ook andere middelen:

- Het meest simpele is om de *tijd* te nemen om naar mensen te luisteren, eventueel met een tolk of de tolktelefoon. Soms blijken de vijf of tien minuten die er normaal voor een consult staan, niet voldoende om je als arts te verdiepen in de beleving van de patiënt. Het is niet uitgesloten dat deze geïnvesteerde tijd zichzelf weer terugverdient doordat de hulpverlening effectiever plaatsvindt.

- Bijscholing en training is een ander effectief middel, met name ter versterking van kennis en (interculturele) communicatievaardigheden. Het NIGZ heeft op dit terrein onder meer een aanbod voor huisartsen ontwikkeld.

- Een aantal huisartsen in Den Haag heeft het initiatief genomen om een dialoog aan te gaan met migranten, om te achterhalen wat zij belangrijk vinden in de dienstverlening door huisartsen,<sup>4</sup> gevolgd door een aantal concrete aanbevelingen.

- Veel GGD'en hebben Voorlichters Eigen Taal in dienst. Deze zijn in te schakelen bij het uitvoeren van groepsvoorlichting over onder meer kennis van het eigen lichaam, diabetes of psychosomatische klachten.

Het is dus van belang dat er in de gezondheidszorg een interculturalisatieproces in

gang wordt gezet. Artsenorganisaties, zoals KNMG en LHV, moeten dit proces ondersteunen en de vereiste randvoorwaarden verzorgen: uiteraard dient er voldoende tijd en geld beschikbaar te zijn voor onder meer bijscholing. Daarnaast hebben deze artsorganisaties een belangrijke rol bij het motiveren van artsen door in het kader van een landelijke aanpak activiteiten te coördineren en artsen te informeren over de resultaten hiervan. Uiteindelijk zouden de vereiste kennis en vaardigheden van artsen beschreven moeten staan in de kwaliteitscriteria waaraan een arts dient te voldoen.

Daarnaast zou de allochtone zorgconsulent op plaatsen met hoge concentraties migranten, een structurele voorziening moeten worden. Voor migranten die door de complexiteit van de problematiek of door een grote culturele afstand problemen ondervinden in de communicatie met hun arts, blijft een dergelijke voorziening van belang. •

#### **Fred van Es**

is een van de initiatiefnemers en tevens projectleider van het project Allochtone Zorgconsulenten. Hij is momenteel als senior adviseur in dienst bij Schakels, partner in Welzijn en Zorg te Utrecht en onder andere actief in de interculturalisatie van zorg- en welzijnsinstellingen

#### **Margreet Kroesen**

was projectmedewerker en begeleider van de Turkse en Marokkaanse zorgconsulenten en was in dienst bij het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform (PP/CP) Utrecht. Momenteel is zij werkzaam bij de GG&GD Amsterdam als coördinator van het project 'VETC in de huisartspraktijk'.

#### **Literatuur**

1. Kroesen MC. Haalbaarheidsstudie Allochtone zorgconsulenten in Utrecht-Zuid. Utrecht: PP/CP Utrecht, 1996.

2. Kroesen MC. Allochtone zorgconsulent: een brug tussen hulpverlener en cliënt. Utrecht: PP/CP Utrecht en Schakels, 1997.

3. Meijers TA. Kwalitatieve eindevaluatie project allochtone zorgconsulenten in Utrecht. Utrecht: Provincie Utrecht, 1997.

4. Kraetzer S, Erp R van. Dialoog tussen huisartsen en migranten. Den Haag: Werkgroep Huisarts en Migrant, 1997.

De eindrapportage en het evaluatieverslag van het project Allochtone Zorgconsulenten zijn te bestellen via het PP/CP Utrecht, tel. 030 - 262 80 24.

Informatie over landelijke ontwikkelingen is te verkrijgen bij het Landelijk Steunpunt VETC dat is ondergebracht bij het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ, Maria Dreves, tel. 0348 - 43 76 32).

Informatie over het uitvoeren van interculturalisatietrajecten is beschikbaar bij Fred van Es, Schakels, tel. 030 - 275 33 50.

\* De Utrechtse zorgconsulenten maakten in 1997 deel uit van een pilotproject Allochtone Zorgconsulenten, uitgevoerd door het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform (PP/CP) Utrecht en het toenmalige Combi 95 (Provinciaal Ondersteuningsbureau voor Zorg en Wonen). Sinds januari 1998 zijn de consulenten in dienst van Thuiszorg Stad Utrecht en worden gefinancierd uit het Grote Steden Fonds.



Van de Afrikaanse migranten is het merendeel afkomstig uit Marokko (eerste generatie: 142.533, tweede generatie: 82.844), gevolgd door Somaliërs (eerste generatie 19.801, tweede generatie: 3.958) en Kaapverdianen (eerste generatie: 10.627, tweede generatie: 4.891).

De oorspronkelijk bevolking van Marokko, de berbers, die circa veertig procent van de Marokkaanse bevolking vormen, bestaat uit drie groepen: de Rifberbers in het noorden, de Beraber in het hoge gebergte in het zuiden, waar ze als nomaden leven, en de Sjlauh, die de westzijde van de Hoge en de Middenatlas bewonen en een agrarisch volk zijn. Ruim vijftig procent van de bevolking is van Arabische komaf, circa 2,8 procent, voornamelijk in het zuiden, is negroïde. Van de bevolking (28 miljoen in 1993) is 91 procent moslim, 6 procent christen en 3 procent joods. Vijftig procent van de Marokkanen boven de vijftien jaar is analfabeet, bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen. De officiële schrijftaal is het Marokkaans Nieuw Hoog Arabisch. Daarnaast worden er verschillende berbertalen gesproken, die ieder weer meerdere dialecten hebben.

Per 1.000 geboortes overlijden 53 baby's. De gemiddelde levensverwachting bij geboorte is 67,5 jaar.

De bevolking van Somalië (zeven miljoen) bestaat voor de helft uit nomaden en halfnomaden. Somaliërs behoren tot een clan, genoemd naar een gemeenschappelijke voorouder langs de mannelijke lijn. Er zijn zes belangrijke clan-families, een groep clans, verbonden door een gemeenschappelijke verre voorouder. Van de Somaliërs is 98 procent soennitisch (orthodox) moslim. Moedertaal is het Somalisch, ook wordt er Arabisch gesproken. Bij geboorte is de levensverwachting circa 49 jaar. Van de 1.000 baby's sterven er 112 voor het eerste levensjaar. Naar schatting heeft zestig procent van de Somalische vluchtelingen Nederland alweer verlaten, om terug te keren naar hun eigen land of een Engelstalig land.

Kaapverdië, een groep van vijftien eilanden ten westen van West-Afrika telt circa 410.000 inwoners, 71 procent creools, 28 procent Afrikaans en 1 procent Europees. De vrijwel geheel katholieke bevolking spreekt Portugees en de omgangstaal Crioulo, een met dialect doorspekt Portugees. De levensverwachting is 66,5 jaar, 41 op de 1.000 zuigelingen overlijden.



# Schizofrenie wordt bij Turkse patiënten niet snel herkend

Y. Güzelcan en H. Örücü

*Bij Turkse patiënten wordt de diagnose 'schizofrenie' vaak gemist. Deze patiënten komen minder vaak bij GGZ-instellingen en worden minder vaak opgenomen vanwege schizofrenie. Hoe komt dat?*

**I**N NEDERLAND worden Turkse patiënten minder vaak opgenomen met de diagnose 'schizofrenie' dan andere etnische minderheden of dan Nederlanders. Zou schizofrenie bij Turkse mensen minder vaak voorkomen dan bij andere bevolkingsgroepen?

In de literatuur hebben we hierover niets kunnen vinden. Wel wordt een incidentie van schizofrenie van 1,5-4,2 per 100.000 in verschillende bevolkingsgroepen in de wereld beschreven.

Hoe kan het lage opnamecijfer van Turkse schizofreniepatiënten in Nederland dan worden verklaard? Wij ontwikkelden hierover twee voorzichtige hypothesen:

1. De diagnose 'schizofrenie' wordt bij Turkse patiënten vaker gemist dan bij andere bevolkingsgroepen.
2. Turkse patiënten die aan schizofrenie lijden, worden minder vaak opgenomen.

## Verkeerde diagnose

Hoe komt het dat de verkeerde diagnose wordt gesteld?

1. Veel Turkse patiënten beheersen de Nederlandse taal onvoldoende. Hierdoor kunnen er communicatieproblemen ontstaan tussen patiënt en medewerker, wat het stellen van een diagnose bemoeilijkt.
2. Patiënten en ook familieleden van patiënten vragen hulp voor andere klachten dan voor hun psychotische symptomen. Schizofrene Turkse patiënten hebben meestal een psychiatrische familieanamnese. In de literatuur wordt hiervan eveneens melding gemaakt. In sommige families waar meerdere schizofreniepatiënten zijn, kunnen psychotische symptomen ten onrechte als (normale) karaktertrekken worden beschouwd, omdat ze ook bij andere familieleden worden waargenomen. Binnen de Turkse cultuur kunnen bepaalde bizarre ideeën en hallucinaties, alsmede agressief gedrag door familieleden en partners als 'normaal' worden beschouwd en niet als uitingen van een gees-

telijke stoornis. Bij een heteroanamnese worden deze symptomen dan ook vaak niet genoemd.

3. Onzekerheid van de hulpverlener.

4. Zowel in de praktijk als uit de literatuur blijkt dat de meeste Turkse schizofreniepatiënten gediagnosticeerd worden als 'paranoïde type schizofrenie'; ook in Turkije wordt meestal deze diagnose gesteld. De patiënten zien er niet verwaarloosd uit. Ze maken goed oogcontact en kunnen hun verhalen duidelijk vertellen; wel hebben ze de neiging hun psychotische klachten te verbergen. Dit maakt het stellen van een juiste diagnose moeilijk.

5. Turkse schizofrene patiënten zijn meestal getrouwd. Ze worden vaak door hun ouders uitgehuwelijkt aan iemand die uit de familie van vader of moeder komt, en/of ze hebben een partner met een hoger opleidingsniveau. Mannelijke patiënten worden verzorgd door hun vrouw, vrouwelijke patiënten door hun dochter, moeder of zusjes. Ze komen dan ook meestal goed gekleed en verzorgd bij de hulpverlener. Dit is er onder andere de oorzaak van dat de klachten worden gediagnosticeerd als een minder ernstige stoornis dan schizofrenie.

## Minder opgenomen

Waarom worden Turkse schizofrene patiënten minder vaak opgenomen?

1. In de Turkse cultuur bestaan negatieve ideeën over psychiatrische ziekenhuizen. Ongehuwde patiënten willen niet worden opgenomen. Ook ouders willen niet dat hun kinderen worden opgenomen. Zij zijn bang dat ze hun kinderen (patiënten) na een opname niet meer kunnen uithuwelijken.
2. Vanwege het migratieproces zijn patiënten, ouders en familieleden bang hun veilige omgeving te verliezen.
3. De meeste patiënten zijn getrouwd en sommige wonen nog bij hun ouders. Deze patiënten hebben meestal geen werk.

Mannelijke patiënten verrichten nooit huishoudelijke taken. Ze doen de hele dag bijna niks. Vrouwelijke patiënten krijgen vaak hulp van familieleden. Als de dochters ouder zijn dan tien jaar, nemen zij de taken van hun moeder over. Deze patiënten hoeven dan ook niks. Het huis is voor hen een veilige, rustige omgeving. Reden waarom ze minder hulp voor hun ziekte vragen en ze vaak niet willen worden opgenomen.

4. De psychiatrische ziekenhuizen bieden weinig mogelijkheden voor migrantenpatiënten.

## Conclusie

Vanwege de communicatieproblemen, het ziektegedrag, de geringere hulpvraag, de grotere verdraagzaamheid van de Turkse omgeving ten opzichte van ziekte, het migratieproces en de culturele normen en waarden komen Turkse mensen minder snel bij GGZ-instellingen om hulp vragen. Als gevolg daarvan worden ze minder vaak opgenomen. De eerste en tweede generatie Turkse kinderen beginnen langzamerhand te integreren in de Nederlandse maatschappij: de familiebanden worden losser, ze verliezen het beschermende gedrag van hun omgeving, terwijl ze nog dezelfde sociale problemen hebben. Ze gaan ook vaker scheiden en patiënten moeten vaker alleen wonen. Er zullen bij hen meer stressfactoren een rol gaan spelen. Dit alles betekent dat zij vaker als schizofreniepatiënt zullen worden gediagnosticeerd.

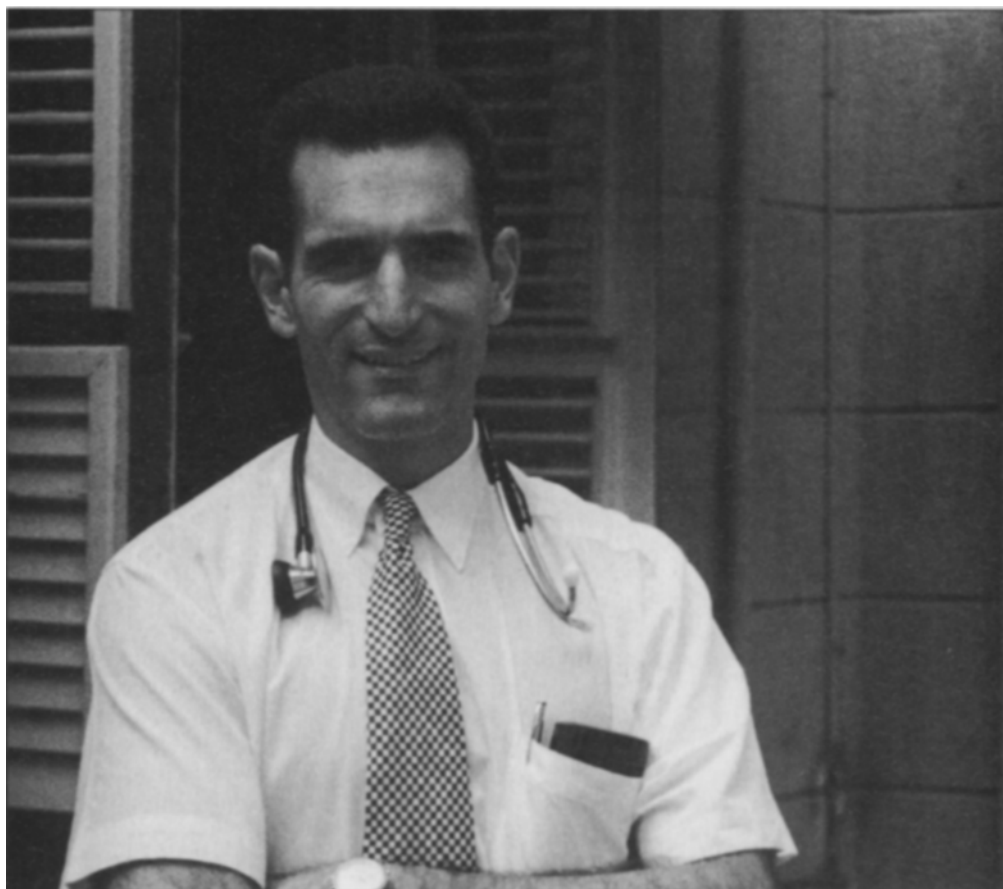
In de toekomst zullen GGZ-instellingen meer problemen krijgen bij het helpen van Turkse schizofreniepatiënten. Er zou onderzoek moeten worden verricht naar schizofrenie bij Turkse migranten, de drempel van GGZ-instellingen zou verlaagd moeten worden en er zouden voor deze patiëntengroep resocialisatiemogelijkheden moeten worden gecreëerd. •

Y. Güzelcan,  
arts, Ziekenhuis Overvecht, Utrecht

H. Örücü,  
psycholoog-psychotherapeut, APZ-  
Brinkgreven, Deventer

*Een Antilliaanse internist en een Nederlandse arts-assistent. Beiden studeerden geneeskunde in Nederland en werkten daar enige jaren als arts. De patiënt bepaalt hoe je als arts werkt, stellen zij. De Nederlandse patiënt is mondig, dat houdt je als arts alert. Nu oefenen zij hun vak uit op Curaçao. 'De Antilliaanse patiënt is niet betrokken bij zijn ziekte, is niet therapietrouw. Hij laat je maar lullen, en doet ondertussen wat hijzelf wil.'*

Sabine E. Wildevuur



**H**ET VERSCHIL IN benadering tussen een Nederlandse en een Antilliaanse arts is subtiel. Antilliaanse artsen die een paar jaar in Nederland hebben gewerkt, zijn geneigd informatie uitgebreid aan patiënten uit te leggen. Antilliaanse artsen hebben een meer paternalistische houding: een patiënt hoeft niet veel te weten, die doet wel wat ik zeg. Tegen mij wordt vaak gezegd: "Jij legt zoveel uit", analyseert Irma Hinke (30). De Nederlandse werkt als arts-assistent obstetrie en gynaecologie in het Annapaviljoen van het St. Elisabeth Hospitaal op Curaçao. In een andere hoek van het ziekenhuis werkt internist-nefroloog Nouaf Ajubi (33), geboren en getogen op Curaçao. 'Als Antilliaan in Nederland kun je niet paternalistisch zijn. Je krijgt tijdens je studie gesprekstechnieken, medische psychologie en cursussen cursorische interactieve consultvoering (CIC). Je wordt opgeleid tot een Nederlandse arts. Hoe communiceer je goed met een patiënt? Daarbij rekening houdend met de Nederlandse wetgeving. Alles moet worden vastgelegd: dit en dit heb ik met de patiënt besproken, dit en dit zijn de voor- en nadelen van de behandeling. Maar ik kan me voorstellen dat als je tientallen jaren op Curaçao werkt waarbij je niet te maken hebt met een mondig patiëntenpopulatie, je niet meer wordt gestimuleerd om zo te blijven werken. Want het kost wel extra tijd en moeite.'

#### Studeren in Nederland, werken op Curaçao

De ruime, modern ingerichte directiekamer mét airconditioning van het St. Elisabeth Hospitaal in Willemstad (Curaçao) is de plek van de multiculturele ontmoeting tussen een Nederlandse en een Antilliaanse arts, die beiden hun opleiding hebben gevolgd in Nederland. Nouaf Ajubi en Irma Hinke wisselen gedachten uit over wat iemands achtergrond bijdraagt aan zijn attitude en gedrag als arts. En wat de 'couleur locale' meegeeft als bagage voor het vak.

Ajubi, stethoscoop om de nek, komt als eerste binnenlopen, onrustig. Zijn werkdag moet nog beginnen, over een uur loopt hij visite. Hij zit nauwelijks of hij wordt opgepiept, wat tijdens het gesprek meerdere malen zal gebeuren.

In 1983 begon hij in Nijmegen aan de studie geneeskunde. 'Wij kwamen doelbewust naar Nederland om te studeren, niet om te feesten. Onze ouders offerden veel op. Hun verwachting was hoog: je moest

iets bereiken. Wij stimuleerden elkaar enorm.' Ajubi zat met zes Antillianen en drie Arubanen in het jaar. 'Een aparte groep, wij waren heel ijverig, zaten altijd op de tweede rij. Wij presteerden boven gemiddeld.'

Het duurde tot aan zijn opleiding interne geneeskunde voor hij voor de eerste keer terugkwam op Curaçao: hij volgde - op eigen verzoek - de eerste twee jaar van zijn opleiding in het ziekenhuis waar hij nu is aangesteld. Voor de rest van de opleiding en de specialisatie nefrologie keerde hij terug naar Nijmegen. Sinds eind 1997 is hij terug op zijn geboortegrond.

#### Op avontuur

Voor Irma Hinke is de werkdag op dit vroege tijdstip in de ochtend al afgelopen. Zij komt net terug van de overdracht na een 24-uurdienst. Drie uurtjes heeft ze geslapen. 'Dat is veel; er waren niet veel bevelingen', glimlacht ze. Haar dikke oogjes verraden echter het tekort aan rust. Hinke startte in 1987 aan de Erasmus Univer- **■**

De multicult

# Het beste van

rekening mee houden. Kortgeleden hadden wij een Antilliaanse co-assistent die zich wilde specialiseren. Hij wist niet waarin, want hij wist niet waaraan er een tekort zou komen. Zoals Ajubi al zei: Het moet maar lukken terug te komen.'

### Arts in den vreemde

Ajubi's ervaring als allochtone arts met patiënten in Nederland is dat dezen over het algemeen de kat uit de boom kijken. 'Zij krijgen een niet-Nederlander als arts. In mijn geval kunnen ze moeilijk inschatten waar ik vandaan kom. Ik ben al aangezien voor een Turk, een Spanjaard, een Griek, een Egyptenaar, een Iraakees. Zelfs voor een Belg, vanwege mijn zachte g uit Nijmegen', lacht hij. 'Als het ijs gebroken is, zijn de patiënten over het algemeen tevreden, omdat de Antilliaanse arts hartelijk, warm en vriendelijk is. Van de verpleging en de patiënten krijg ik te horen dat ze dat als heel plezierig ervaren.

Hinke start als 'allochtone' arts op Curaçao viel haar zwaar. 'Ik zat met een taalprobleem. Mij was verteld dat iedereen hier Nederlands sprak. Dat is niet zo. Zeker van de derdeklasse patiënten met wie ik werk, spreekt het grootste deel geen Nederlands. Of ze spreken het gebrekkig en durven niet goed. Wat ik doe, is in heel gebrekkig Papiamentu en met handen en voeten praten. Dan is het ijs gebroken en praten ze wel.

'Ik werd echt uitgetest in het begin. Wat komt die *makamba* doen? Nederlanders worden hier gediscrimineerd. Zij zijn altijd de overheersers geweest en zo worden ze nog steeds gezien. Het geld komt uit

turele arts:

# twee werelden

siteit Rotterdam. Na haar artsexamen in 1994 werkte zij een jaar als arts-assistent chirurgie, twee maanden als arts-assistent gynaecologie en obstetrie, een jaar als keuringsarts bij de GG&GD en een jaar als arts-assistent interne en longziekten. Begin dit jaar vertrok zij naar Curaçao om haar geluk te beproeven. 'Ik ben wel een beetje avontuurlijk, maar ook een beetje bang aangelegd. Ik wilde altijd graag in het buitenland werken, maar ik vond het gevaarlijk om in mijn eentje naar Afrika of Azië te gaan. Curaçao is relatief veilig, ik had het idee dat de mensen hier goed Nederlands spreken. Vorig jaar zag ik de advertentie in het NTvG en ik heb er meteen op geschreven.'

### Terug naar de Antillen

Ajubi heeft nooit getwijfeld of hij zou terugkeren naar Curaçao. Dat geldt voor 99,9% van de Antillianen. 'Vanaf de brugklas wordt het je met de paplepel ingegoten: als je iets wilt bereiken moet je naar Nederland. Maar je gaat naar Nederland met het

idee dat je naar de Antillen terugkeert. Bijna alle Antillianen willen terug. Of ze terugkomen, hangt af van het vinden van een baan, en van hun partner.'

Hinke heeft echter het idee dat veel An-

tilliaanse artsen toch in Nederland blijven. 'Wij zijn hier op de afdeling met vier Nederlandse en één Antilliaanse arts-assistent. Er is een tekort aan Antilliaanse artsen. Maar iemand van de Antillen die in Nederland heeft gestudeerd, heeft als droom hier specialist te worden, geen arts-assistent niet in opleiding. Maar dan moet er wel een specialistenplaats zijn. Er zijn nu genoeg gynaecologen op Curaçao, maar over een paar jaar gaat er misschien een met pensioen en dan kan er een Antilliaan bijkomen. Antillianen moeten daar

Nederland. Zijn er hier problemen, dan zijn ze van Nederland afhankelijk. Je wordt hier gezien als de witte man met het opgeheven vingertje.'

### Grote overgang

Zeker de eerste week was het wennen voor Hinke. 'Ik had last van een jetlag. Ik kwam op de afdeling en zag vijf arts-assistenten kriskras door elkaar rennen. Daardoorheen liepen de verpleegkundigen. Dan waren er tien gynaecologen die af en toe hun neus lieten zien. Wat een

chaos!, dacht ik, ik ga naar huis. Achteraf bleek het net een drukke periode te zijn.' De overgang is van werken als arts in Nederland naar werken als arts op Curaçao is groot, zegt Hinke stellig. 'In Nederland zijn de mensen zakelijk. Het is: Hallo, vertel maar over je klachten. Hier is het: Hallo, hoe gaat het met je? Hoe is het met je familie? Je houdt eerst een algemeen praatje, pas daarna kom je toe aan de klachten. Dat is ook zo in de benadering met de verpleegkundigen. Hier vraag je uitgebreid hoe het gaat, pas daarna begin je over het werk. Dat is toch heel anders werken. 'Alles gaat hier ook langzamer. Je hebt wel meer te doen, maar je moet langzamer werken. Lab-uitslagen krijgen duurt langer, met de verpleging gaat het langzamer omdat je eerst een praatje maakt. Aan de andere kant is het zo, dat als je duidelijk maakt dat er echt haast bij is, het ook snel gebeurt. Ik heb wel eens een reanimatie gehad; dat ging goed. Het enige nadeel

diabetespatiënten; die houden zich nooit aan hun dieet, slikken geen medicijnen, spuiten misschien niet eens, want zij voelen zich goed.' Ajubi heeft geen tijd om te antwoorden, hij wordt opgepiept en snelt naar de dialyseafdeling. Hinke probeert haar Antilliaanse patiënten enigszins op te voeden in de Nederlandse traditie: 'Ik probeer patiënten meer te vertellen, want die ongeïnteresseerde houding komt ook doordat ze er niets van af weten. Mensen hebben weinig kennis hier, zeker op de afdeling waar ik werk.' De patiëntenpopulatie waarmee Hinke werkt verschilt dag en nacht van die van Ajubi. Hinke werkt met alleen vrouwelijke patiënten, allemaal derdeklasse, de allerarmsten.

#### **Aanpassen aan de patiënt**

'Als allochtone arts heb ik alleen een voordeel bij allochtone patiënten als ik hun taal spreek. Als het een Spanjaard is, voelt hij zich prima op zijn gemak, mijn Spaans is

is belangrijk om de juiste diagnose te stellen. Ik heb in Nederland Servische en Turkse patiënten meegemaakt en het is vervelend als je niet goed met hen kunt praten. De tolkentelefoon is niet altijd beschikbaar en de mensen zijn niet medisch geschoold.'

Ajubi is sceptisch ten opzichte van deze voorziening: 'De tolk interpreteert jouw woorden, vertaalt die voor de patiënt, die op zijn of haar beurt de informatie interpreteert. Het antwoord wordt vervolgens weer geïnterpreteerd en vertaald door de tolk. Dan zit er al vier keer een interpretatie tussen.'

#### **De gediscrimineerde arts**

Over discriminatie, in die zin dat zij niet serieus werden genomen als arts: Ajubi als buitenlander en Hinke als vrouw. Ajubi: 'Dat je geen hoogblonde Nederlander bent, vormt voor sommigen een barrière. Als je in opleiding komt in Nederland, ben je zeker niet minder dan een Nederlandse collega. Sterker nog: omdat je een aantal barrières hebt overwonnen, steek je qua karakter uit boven het gemiddelde. Ik moet de Nederlandse patiënten nageven dat zij dat beseffen. En dat ik niet minder bekwaam ben als arts omdat ik *de* en *het* door elkaar haal.'

Hinke: 'Het is grappig dat je dat zegt. Ik heb dat in Nederland ook. Ik ben een vrouw, in Nederland ben ik altijd zuster. Wat ik bij buitenlandse patiënten in Nederland merk, is dat een vrouw geen gezag heeft. Zij nemen mij absoluut niet serieus als dokter. Hier op Curaçao ben ik een *makamba*, dat is een voordeel. Iedereen neemt mij serieus omdat ik blank ben. Hier ben ik de dokter.'

### *... niet onverdeeld vóór speciale spreekuren voor allochtonen ...*

was dat toen de patiënt naar de IC moest worden gebracht, je met een bed over de gang moest. Dan struikel je over etenskarren of over een bed dat dwars in de gang staat.'

#### **De patiënt vormt de arts**

Hinke stelt dat de patiënt voor een groot deel bepaalt hoe je als arts werkt. 'Als je allemaal mondige patiënten hebt die alles uitgelegd willen hebben, ga je dat steeds meer doen. Maar als je een patiënt hebt aan wiens gezicht je kunt aflezen dat het hem niets kan schelen, dan vertel je minder.' In dat opzicht verschilt het werk van een arts in Nederland van die op Curaçao. De Nederlandse patiënt is veel mondiger (gemaakt), concluderen Ajubi en Hinke. Ajubi is een voorstander van de mondige patiënt. 'Een mondige patiënt stimuleert je om een goede arts te blijven. Het werkt prettiger als je een patiënt hebt die mondig is, die is actief en betrokken bij zijn eigen ziektebeeld. Het is frustrerend voor een arts als een patiënt als een meelzak alles met zich laat doen, niet betrokken is, niet actief, niet vraagt naar zijn ziektebeeld.'

Hinke valt in: 'Dat is inderdaad een verschil tussen een Nederlandse patiënt en een Antilliaanse. De laatste is niet betrokken bij zijn eigen ziekte, is niet therapietrouw. Die laat je maar lullen, maar doet ondertussen wat hij zelf wil.' Zij wendt zich tot Ajubi: 'Jij zult het wel merken met je

goed. Met een Amerikaan of Engelsman idem dito', merkte Ajubi in praktijk. Hij is inmiddels weer aangeschoven.

Hij gelooft echter niet onverdeeld in speciale spreekuren voor allochtone patiënten, zoals het initiatief voor een spreekuur voor Antillianen in Papiamentu in het Slotervaartziekenhuis. Ajubi aarzelt: 'Taal is heel belangrijk. Spanjaarden, Engelsen, mensen uit Curaçao, allen stellen ze het op prijs als blijkt dat ik met hen kan communiceren in hun eigen taal. Maar ik ben voor integratie in de maatschappij. Als je naar Nederland gaat, moet je de moeite nemen de taal te leren beheersen, anders bereik je niet veel. Maar er zijn mensen die dat door omstandigheden niet lukt. En dan vind ik zulke initiatieven heel goed. Want het scheelt zoveel in frustratie bij zowel de patiënt als bij de arts. En ook in economisch opzicht, want je kunt gericht diagnostiek doen. Ik vind het prima. Communicatie is heel belangrijk binnen de geneeskunde. Wat mij betreft stellen ze meer Turkse en Marokkaanse artsen aan, of artsen die Papiamentu spreken.'

Ook Hinke vreest dat dergelijke initiatieven de behoefte tot integratie verminderen: 'Hoe meer instanties er zijn waar de eigen taal wordt gesproken, hoe minder mensen worden gestimuleerd om Nederlands te leren. Maar ben je patiënt, ziek en kwetsbaar, dan is het prettiger en duidelijker om in je eigen taal uit te kunnen leggen wat er aan de hand is. Een anamnese



# Dokter in de Bijlmer

Sietse van der Hoek

*Joost Wiggelendam, Mohamed Makdoembaks, Piet Kager en Johanna Rijntjes. Vier artsen in Amsterdam-Zuidoost, een samenleving van migranten.*



Foto: Loek Zuyderduin

**I**N DE SPREEKKAMER van huisarts Joost Wiggelendam hangt een tekening aan de wand van 'dokterwiggelendametje'. Een gewone kindertekening op het eerste gezicht (met een extra 'm' naderhand toegevoegd boven 'dametje'). Maar wetend dat je in de Bijlmer bent, ziet het gepuntmutste figuurtje op de boomstamtrouwen eruit als een bonuman, een priester-medicijnman uit de Surinaamse winti-cultuur.

Joost Wiggelendam begon in 1982 met zijn praktijk in de Bijlmer. Zijn vader was huisarts in een kleine stad in Limburg. De herinnering daaraan en contacten met collega's van elders doen hem wel eens beseffen hoe 'buitengewoon' zijn Bijlmer praktijk eigenlijk is: 'Het klachtenpatroon is anders, de presentatie van klachten is anders, de beleving is anders.'

## Lucifersdoozjes in de lucht

Amsterdam-Zuidoost is in Nederland de stadswijk met de grootste concentratie

migranten. Tweederde van de negentigduizend inwoners is van buitenlandse herkomst. In de Bijlmer hoogbouwflats zelfs tachtig procent, woonachtig in 'lucifersdoozjes in de lucht', zoals een Afrikaan verbijsterd opmerkte.

Creolen en Hindoestanen uit Suriname vormen veruit de grootste groep. De Antillianen zijn officieel het tweede bestanddeel, zo'n zesduizend. Maar de illegalen meegerekend overtreft het aantal Afrikanen, met name Ghanezen, dat der Antillianen ruimschoots. Verder Dominicanen, Pakistani, Marokkanen, Turken en nog een kleine zestig nationaliteiten die met enkele tien- of honderdtallen vertegenwoordigd zijn in Nederlands multicultureelste stadsdeel.

Ze zijn uit tropische en subtropische windstreken voor een beter leven naar hier gekomen en hebben behalve de mode, de muziek, de sport en het eten ook de gezondheidszorg beïnvloed. Onder meer door, in de woorden van de Bijlmer huis-

arts/politicus Mohamed Makdoembaks, 'ook vervelende dingen uit hun culturen mee te nemen'. Als erfelijk bepaalde aandoeningen en ziekten die bij sommige bevolkingsgroepen significant meer voorkomen dan bij andere, en die je dus in meer of mindere mate etnisch-raciaal gekenmerkt mag noemen.

Algemeen bekend is suikerziekte bij Hindoestanen. Bij Creolen, afstammelingen van negerslaven, en bij Afrikanen zijn het hoge bloeddruk en de bloedziekte sikkelcelanemie. Naar schatting drie procent van de bewoners van het Caribisch gebied is geïnfecteerd met het humaan T-cel lymfotroop virus type I (HTLV-I), een broertje van het aidsvirus en op vergelijkbare wijze overdraagbaar, maar niet zo direct dodelijk. Vooral mensen van boven de vijftig en uit lagere sociaal-economische klassen lopen een groot risico het te krijgen. Onbekend is hoeveel uit de Dominicaanse Republiek, de Antillen of Suriname naar Nederland geëmigreerden ermee besmet zijn.

Huisartsen en specialisten in ziekenhuizen worden de laatste tien, twintig, dertig jaar meer geconfronteerd met gevallen van 'geïmporteerde' aids, malaria, knokkelkoorts (dengue). Maar dat hangt niet noodzakelijkerwijs samen met de komst van migranten uit de Cariben, Azië of Afrika. In diezelfde tijd zijn ook veel meer West-Europese en Amerikaanse vakantiegangers en zakenlui die tropische risicogebieden gaan bereizen en daar besmet geraakt.

## Een streekziekenhuis voor multi-etnisch Nederland

Prof. dr. Piet Kager is hoogleraar tropische geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, en was directeur van een eigen ziekenhuis in Zaïre. Met merkbaar plezier leidt hij me in hoog tempo rond door het AMC, waar zichtbaar is dat het Academisch ziekenhuis naast veel meer ook streekziekenhuis is voor de Bijlmer en multi-etnisch Nederland.

Rond de onafhankelijkheid van Suriname, in 1975, kwamen in golven de eerste grote groepen migranten uit de Cariben naar Nederland. 'Veel van de toen nog niet

vastgestelde zaken zijn inmiddels in kaart gebracht', zegt Kager. 'Het AMC weer- spiegelt de mobiliteit die zich meester heeft gemaakt van de wereld, en daarmee ten dele ook de geografische pathologie, ziektes die aan bepaalde gebieden gere- lateerd zijn.'

Dengue bijvoorbeeld, een ziekte die wordt overgebracht door moeilijk te bestrijden muggen en die vooral bij een tweede in- fectie leidt tot shock en ernstige interne bloedingen. In Zuidoost-Azië en India is het een epidemie, vooral veel kinderen ster- ven eraan. De laatste jaren is dengue ook in Zuid-Amerika en het zuiden van de Ver- enigde Staten in opmars. Medicijnen zijn er niet voor. Alleen 'een beetje goede ge- zondheidszorg' helpt, die hier wel is en ginds vaak niet.

Curieus in dit verband is Kagers opmer- king dat kanker in mond- en keelholte en longen ook zo'n geografisch bepaalde ziekte (in epidemische omvang) aan het worden is, naarmate in het Westen minder gerookt wordt en de sigarettenfabrikanten hun reclamecampagnes naar de Derde Wereld verplaatsen.

Onderzoeken wijzen uit dat heel in het al- gemeen allochtone kinderen minder ge- zond zijn dan autochtone kinderen. Vaak een kwestie van toegang tot en gebruik maken van de instellingen voor gezond- heidszorg. De reden dat baby's, peuters en kleuters minder 'naar controle gaan' zal deels cultureel en deels financieel van aard zijn.

Extra aandacht en inzet is volgens Kager nodig voor de tropische kindergenees- kunde. Een specifieke categorie zijn de hier geboren kinderen van Afrikaanse of Caribische ouders die niet op 'natuurlijke wijze' beschermd zijn tegen tropische in- fectieziekten, maar wel met moeder mee op vakantie en familiebezoek gaan naar Ghana, Suriname of de Dominicaanse Republiek.

En een eigentijds, multicultureel probleem is de uitwerking van medicijnen. Kager: 'Daar is nog te weinig van bekend. Nieuwe geneesmiddelen worden meestal niet uit- getest bij verschillende bevolkingsgroe- pen. Europeanen, Afrikanen en Aziaten blijken soms heel verschillend te reage- ren op hetzelfde medicijn. Dat moet je wel weten als arts met een praktijk met men- sen uit verschillende delen van de wereld. Maar ach, wat is nieuw? Tussen mediter- rane en Noordwest-Europeanen zijn er in dat opzicht ook aanmerkelijke verschillen. Hoeveel Spaans bloed zit er sinds de Tachtigjarige Oorlog via Zeeuwen en Bra- banders niet in ons?'

### **Sensitiever voor verschillen in cultuur**

Johanna Rijntjes is vijftien jaar kinderarts,

plaatsvervangend hoofd van de kinderpoli van het AMC. 'Ja, waarin kijkt het hier af van een kinderpoli in Zierikzee? Nou, dat bij een operatie sowieso ieder Surinaams of West-Afrikaans kind met bloedarmoede gescreend wordt op sikkelcelanemie. Dat is routine. En we zijn alert op Afri- kaanse kinderen met aids. Laatst hadden we een kind dat almaar infecties had en niet wilde groeien. Ik vroeg de Ghanese moeder: mag ik bloed bij uw kind afnemen

om te testen op aids? Ze zegt: "Jawel, maar dat hoeft niet hoor, ik ben al getest, en de uitslag was negatief." Maar het was wel aids en ze had door borstvoeding haar kind besmet.'

Ervaring heeft haar in de loop der jaren sensitiever gemaakt voor verschillen in cultuur. Op de afdeling is er in speciale gevallen een mogelijkheid voor winti- plechtigheden. 'Binnen bepaalde grenzen geven we ruimte aan rituelen. Knoflook on-



Foto: Loek Zuyderduin

der het kussen van een kind met koortsstuipen mag, als men gelooft dat het helpt. Een grensgeval is het wrijven met munten over de huid, wat verwondingen kan veroorzaken. Altijd moeten de mensen weten dat je hen en hun cultuur respecteert, ook als je iets pertinent maar met redenen omkleed weigert.

'Veel meer dan in Zierikzee of Franeker moet je als arts het hier hebben van je ogen en handen. Net als bij een zuigeling. Als de ouders of andere familieleden geen woord Nederlands spreken, maken we gebruik van de tolktelefoon. En als het ernstig is, bestellen we een tolk. Het kost veel tijd. Maar ...'

Zonder al die migranten zou Johanna Rijn-tjes het niet meer willen. 'Ze zijn zo'n waardevolle uitbreiding binnen mijn beroep. Van baby's met een kroeshaar voelt de huid anders, is de ontwikkeling anders: ze lopen soms al met zeven à acht maanden. In mijn opleidingstijd zat ik op een consultatiebureau en zag nogal veel Surinaamse kinderen. Baby's met een te hoge spierspanning. Kon een teken van hersenbeschadiging zijn, had ik geleerd. Wat bleek? Het was genetisch bepaald. Zwarte kinderen hebben een hogere spierspanning, drinken ook met grotere kracht. Het was helemaal geen neurologisch defect.'

Een Ghanees die voor de Amsterdamse GG & GD Afrikanen in Nederland voorlicht omtrent aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen, zei: 'Ik wou dat ik gruwelijke beelden mocht laten zien, dat zou pas helpen in onze cultuur. Maar dat mag hier niet.' Huisarts Makdoembaks zou met een deel van zijn patiënten ook graag doen wat hij als arts eigenlijk niet mag: ze schrik aanjagen. Patiënten met verhoogde bloeddruk, diabetes - en dan toch blijven 'eten en drinken uit gierigheid' (= gretig, met plezier). Eten is in veel niet-Westerse culturen veel meer dan iets noodzakelijks of gezelligs of zelfs sociaals; het is verbonden met existentie en religie.

### Een omgekeerde poortwachter

Makdoembaks doet bij de risicogroepen in zijn praktijk standaard eens per jaar bloedonderzoek op suiker en meet de bloeddruk, en houdt dan sommigen voor: 'Ook al heb je geen klachten, toch ben je ziek.' Helpt ook het praten als Brugman niet en blijken ze zich niet te houden aan het strenge dieet of het voorgeschreven medicijngebruik, dan stuurt hij ze een keer en zo nodig twee keer naar de specialist. Gaan ze door de medische molen, zijn ze tot patiënt gemaakt, denken ze: nou, dan moet er wel iets met me aan de hand zijn en zal ik maar doen wat de dokter zegt.

'Een omgekeerde poortwachter', noemt huisarts Makdoembaks zich, 'iemand die de poort zo breed mogelijk open houdt.' Net als Makdoembaks vraagt zijn Bijlmer collega-huisarts Joost Wiggelendam aan patiënten die met koorts zich op het spreekuur melden altijd: 'Ben je op reis geweest, op familiebezoek? Afrika? Cariben?', en onderzoekt hij ze op eventueel ginds opgedane infecties. Een standaardprocedure in een multi-etnische huisartsenpraktijk.

En wat Wiggelendam, nu ik ernaar vraag en hij erover moet nadenken, ook opvalt aan mensen uit die culturen is de sterke familieband. 'Hoe ze elkaar helpen en verzorgen bij ziekte en dood. Daar kunnen wij veel van leren.'

Hij kijkt er niet meer van op als in de wachtkamer van zijn Bijlmer flat een Ghaneese vrouw languit op de bank ligt. Die hoeft lang niet altijd doodziek te zijn, en toch is ze gaan liggen omdat ze zich niet in orde voelde. Of ze zit er met een deel van de familie, hoewel er maar één afspraak gemaakt was. 'Welke klacht het precies is, kom je niet altijd te weten. Tot de kern van mensen dring je als huisarts niet altijd door. Bij Nederlanders niet, laat staan bij mensen uit een voor jou vreemde cultuur.' Wiggelendam heeft in de bijna twintig jaar dat hij, zijn opleiding meegerekend, medisch praktiseert in de Bijlmer zelden gemerkt dat Surinamers, Antillianen, Pakistani of Ghanezen liever een niet-blanke als hun huisarts hadden. 'Wel soms een vrouw in plaats van een man. Er zouden ook meer vrouwelijke huisartsen in Amsterdam-Zuidoost moeten werken.'

Wat hem regelmatig opvalt is dat ouders zich zorgen maken over hun kinderen. Ghanezen zijn het nu, die nog niet zo lang gevestigd zijn in de Bijlmer, maar het is een patroon dat zich bij alle migranten van de eerste generatie voordoet. 'Hun kinderen groeien hier op, zitten met het ene been vast aan de cultuur van hun ouders, zetten het andere been in de Nederlandse cultuur, wat de ouders ook willen, maar wat tegelijkertijd onzekerheid schept.' Verhoudingsgewijs bezoeken mensen uit de Bijlmer vaker dan in andere Amsterdamse wijken hun huisarts. Wiggelendam denkt dat het vooral komt doordat de Bijlmer een samenleving van migranten is. 'Een vreemde omgeving, een vreemd klimaat, woonachtig in grote flatgebouwen die voor hen ook al vreemd zijn. Sociaal-economisch gezien verkeren de meesten in moeilijke omstandigheden. Dan is het niet verwonderlijk dat ze vaker klachten hebben en naar een huisarts gaan. Al is het maar ter geruststelling.' •

*Sietse van der Hoek,*  
journalist te Amsterdam



De grootste groep Amerikaanse migranten is afkomstig uit Suriname (eerste generatie: 179.979, tweede generatie: 73.891), gevolgd door de Nederlandse Antillen en Aruba (eerste generatie 56.966, tweede generatie 12.511). Uit de Verenigde Staten van Amerika komen 15.487 migranten, van wie er 808 tot de tweede generatie behoren.

De voormalige Nederlandse kolonie Suriname heeft circa 417.000 inwoners, van wie de helft in Paramaribo woont. Indianen, de oorspronkelijke bewoners, maken nu nog 2,5 procent van de bevolking uit. De meesten zijn animist. De nakomelingen van de door Nederland uit Ghana gehaalde slaven, nu 10 procent van de bevolking, heten marrons of bosnegers. Zij zijn over het algemeen rooms-katholiek of lid van de protestantse Evangelische Broedergemeente. Na het afschaffen van de slavernij vestigden veel voormalige slaven zich in Paramaribo, waar ze zich mengden met leden van andere bevolkingsgroepen, onder wie ook blanken; hun nakomelingen zijn de creolen, die circa 30 procent van de bevolking uitmaken. Na de slavernij werden werkrachten uit Zuid-China en Hongkong en uit Brits-Indië gerecruteerd. Hun afstammelingen beslaan respectievelijk 1,5 procent en 37 procent van de Surinaamse bevolking. Van de mensen van Indiase origine is 20 procent moslim en 80 procent hindoe. Vijftien procent van de Surinaamse bevolking bestaat uit vroegere Javaanse contractarbeiders en hun nakomelingen; de meesten zijn moslim. De levensverwachting is 71,5 jaar. Van de 1.000 baby's sterven er 24 in hun eerste levensjaar.

Aruba (60.000 inwoners) heeft sinds 1986 een aparte status en kan daarom eigenlijk niet meer in een adem worden genoemd met Nederlands-Antilliaanse eilanden Curaçao (150.000 inwoners), Bonaire (11.000 inwoners), St. Eustatius (1.500 inwoners), Saba (1.000 inwoners) en St. Maarten (25.000 inwoners). Op Curaçao en Bonaire is de bevolking vooral zwart of gekleurd, op Aruba blank of mesties (half Indiaans of zwart, half blank). Op de Bovenwindse Eilanden wonen verhoudingsgewijs meer blanken dan op de Benedenwindse Eilanden. Op de Nederlandse Antillen is de gemiddelde levensverwachting 76 jaar, op Aruba 76 jaar.

# Besnijdenisproject overb

'Het is een fantas

*In het Utrechtse Wilhelmina Kinderziekenhuis is sinds 1996 het Centrum voor migratie en gezondheid van het kind gevestigd. De initiatiefnemer van het centrum, professor Tom Schulpen, is voortdurend op zoek naar wegen om de gezondheid en het welzijn van allochtone kinderen te verbeteren. Het besnijdenisproject van het centrum is daarvan een voorbeeld. In het project gaat innovatieve gezondheidszorg hand in hand met aandacht voor de culturele achtergrond van patiënten.*



Prof. Tom Schulpen

Foto's: Frank Dries

**P** RIMA, uitstekend', zegt Çefika Karadacut op de vraag hoe de besnijdenis van haar zevenjarige zoontje Mehmet is verlopen. Door haar stem klinkt opluchting. Vooraf had ze zich de nodige zorgen gemaakt. Ook al omdat de besnijdenis bij de twee zoontjes van de burens bepaald niet probleemloos verliep. Bij één van de jongetjes ging de wond irriteren en de genezing duurde bij allebei wel twee weken. 'Bij Mehmet niet,' zegt mevrouw Karadacut, 'na twee dagen was hij al uit bed en na vijf dagen had hij nergens meer last van.'

In tegenstelling tot zijn buurjongetjes werd Mehmet niet in het ziekenhuis besneden, maar in het gebouw van de Utrechtse GG&GD in de wijk Kanaleneiland. Tot vorig jaar vonden alle besnijdenissen in Utrecht nog gewoon in het ziekenhuis plaats. Dat ze nu buiten het ziekenhuis gebeuren, is een onderdeel van het besnijdenisproject van het Centrum voor migratie en gezondheid van het kind. Dat centrum is opgericht op initiatief van prof. T.W.J. (Tom) Schulpen. Behalve hoogleeraar sociale kindergeneeskunde in het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) is Schulpen hoofd van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Utrechtse GG&GD. Schulpen: 'Ik vind dat de sociale geneeskunde zich vooral moet bezighouden met degenen die het 't meest nodig hebben, en dat zijn de allochtonen. Mijn dubbelfunctie verschaft me de mogelijkheid om me speciaal op hen te richten. Ongeveer de helft van de Utrechtse kinderen is tenslotte allochtoon. Met subsidie van het ministerie van VWS, de gemeente Utrecht en de Universiteit Utrecht heb ik daarom in 1996 het centrum opgericht.'

## Achterstandssituatie

Het centrum, dat is ondergebracht bij het WKZ in Utrecht, genereert via onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg aandacht voor de achterstandssituatie van allochtone kinderen. Inmiddels liepen en lopen er in samenwerking met tal van partners meerdere projecten. Daaronder bijvoorbeeld het onderzoek naar mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen dat afgelopen najaar landelijk de aan- **■**



# rugt culturele verschillen

tisch gebeuren'

Robert Crommentuyn

dacht trok. Maar ook het project Gastgezin (zie pagina 846 in deze MC) en het al genoemde besnijdenisproject. Dit laatste project, waarin behalve het centrum ook zorgverzekeraar Anova, de DHV Utrecht, het Nederlands Centrum Buitenlanders (NCB) en het Academisch Ziekenhuis

den is op initiatief van de Rotterdamse moslimgemeenschap samen met het Sophia Kinderziekenhuis in een moskee een soortgelijk project gestart. Schulpen: 'Wij hebben dat initiatief overgenomen, en er een wetenschappelijk onderzoek aan verbonden. We meten de pijn, of het resul-

der zijn artsen in het ziekenhuis veel te druk met andere dingen en behandelen ze je koel en zakelijk. Bij de GG&GD trof hij naar eigen zeggen een warme sfeer. De artsen daar namen de tijd om vragen te beantwoorden en stelden iedereen gerust. Overigens begrijpt Karadacut de houding van de artsen in een ziekenhuis wel. Zo'n kleine ingreep als een besnijdenis, dat is ook belachelijk om in het ziekenhuis te doen. Artsen kunnen hun tijd daar veel beter besteden aan hartkwalen, kanker en andere ernstige ziekten, vindt hij.

Maar niet alleen de sfeer is beter, ook het verschil in behandeling valt volgens de Karadacuts in het voordeel van de GG&GD-methode uit. Als de besnijdenis onder totale narcose gebeurt maakt het kind er helemaal niks van mee. Terwijl de Karadacuts het juist belangrijk vinden dat hun zoon zich de ingreep wel zal herinneren. Zelf werd Ender Karadacut besneden toen hij een half jaar oud was, en hij vindt het nog steeds jammer dat hij zich daar niets van weet te herinneren. Bewust hebben ze daarom met de besnijdenis gewacht tot Mehmet wat ouder was. De voordelen daarvan wogen ruimschoots op tegen de nadelen, want die waren er ook. Çefika Karadacut: 'Toen Mehmet de injectienaald zag, werd hij bang en begon te huilen, de prik voor de plaatselijke verdoving vond hij natuurlijk niet fijn.' Dat gold ook voor zijn vader: 'Ik kon het niet aanzien, het is toch je zoon en dan een ingreep op zo'n belangrijk deel van je lichaam', aldus Ender Karadacut. Omdat hij die reactie wel had voorzien, had hij aan zijn broer gevraagd mee te gaan om Mehmet's moeder bij te staan tijdens de besnijdenis.

## Klem

De nieuwe manier van besnijden betekent een belangrijke verbetering ten opzichte van vroeger, maar er is al weer een nieuwe ontwikkeling op komst. Schulpen: 'In Maleisië ben ik vorig jaar een kinderarts tegengekomen die een speciale klem heeft ontwikkeld voor besnijdenissen: de Tara-klem. Dat is een methode waarbij je heel snel, binnen twee minuten, de voorhuid eraf kan halen. Daarna blijft er een plastic klemmetje zitten dat er na vier dagen af ■

## De meesten maken er echt een feest van

(AZU) participeren, laat zien hoe de traditionele Nederlandse gezondheidszorg via een kleine aanpassing beter aansluit bij de eisen die een multiculturele samenleving stelt.

Schulpen over de achtergrond van het besnijdenisproject: 'Ik heb lange tijd in het Overvecht Ziekenhuis in Utrecht gewerkt en mij daar altijd geërgerd aan de gang van zaken rond de besnijdenissen. In het ziekenhuis vindt de ingreep onder volledige narcose plaats in de operatiekamer. De ouders mogen daar niet bij zijn en wachten de ingreep in spanning af. Vooraf zie je de kinderen in hun traditionele gewaden aan de hand van een ouder een beetje verdwaasd door het ziekenhuis rondlopen en na afloop zijn ze in diepe slaap. Er is op die manier niets feestelijks aan. En dat terwijl de besnijdenis van oorsprong een bijzonder belangrijke en feestelijke gebeurtenis is. Daarop heb ik me afgevraagd of het niet anders kon.'

Samen met het NCB ging Schulpen op onderzoek uit en werd daarbij geholpen door het feit dat hij zowel voor de GG&GD als voor de universiteit werkt. Via de GG&GD kon hij de beschikking krijgen over een van de wijkgebouwen. Tegelijkertijd vond hij chirurgen van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU) bereid om de besnijdenissen onder lokale verdoving uit te voeren. Moesten de kinderen voorheen een hele dag naar het ziekenhuis voor een behandeling onder algehele narcose, nu is de ingreep binnen een half uur achter de rug.

De eerlijkheid gebiedt Schulpen overigens te zeggen dat het idee voor de besnijdenissen buiten het ziekenhuis niet van hemzelf afkomstig is. Vier jaar gele-

taat goed is volgens de ouders, of de ouders verschil zien met een behandeling in een ziekenhuis en we meten de kosten. Overigens werken we nog steeds goed samen met de groep in Rotterdam, waar inmiddels duizend besnijdenissen zijn verricht.'

## Veilig

In enkele gevallen kost het nog moeite om ouders ervan te overtuigen dat een besnijdenis in het GG&GD-gebouw net zo veilig en verantwoord is als een besnijdenis in het ziekenhuis. Het merendeel van de mensen is echter enthousiast. Schulpen: 'Het loopt storm, we zitten al vol tot ver na de vakantie, er is zelfs een inschrijvingsstop. Het leuke van het besnijden op deze manier is dat iedereen erbij aanwezig kan zijn. Er wordt gefilmd en gefotografeerd en de meesten maken er echt een feest van, dat is een fantastisch gebeuren.'

Toen de huisarts had gezegd dat de besnijdenis van Mehmet niet in het ziekenhuis maar in het wijkgebouw zou plaatsvinden, wilde mevrouw Karadacut daar in eerste instantie niets van weten. Ze had meer vertrouwen in een behandeling in het ziekenhuis. Om toch wat meer vertrouwen in de zaak te krijgen, besloot haar man eerst een kijkje te gaan nemen bij de GG&GD. Toen hij hoorde dat de besnijdenis weliswaar buiten het ziekenhuis, maar door artsen uit het ziekenhuis zou worden verricht, was hij gerustgesteld.

De Karadacuts hebben geen moment spijt gehad van hun beslissing: 'Als iemand het me zou vragen zou ik hem aanraden om het ook bij de GG&GD te laten doen', zegt Ender Karadacut. Volgens Mehmet's va-



gaat. In samenwerking met de Nieuwegeinse chirurg Schmitz experimenteert Schulp al met de Tara-klem, maar hij wil nog niet vooruitlopen op het daaraan gekoppelde onderzoek. De Utrechtse hoogleraar hoopt in ieder geval dat de methode, die werd ontwikkeld door de Maleise arts dr. Gurchan Singh, een doorbraak zal betekenen. Nu kost het immers twintig minuten om de wond te hechten. Het werken met de klem bespaart tijd, dus geld. Schulp: 'Ik heb uitgerekend dat een besnijdenis in het ziekenhuis, onder totale verdoving en met een consult van een anesthesist en een chirurg, ongeveer achthonderd tot duizend gulden kost. Met de klem kost het nog geen driehonderd gulden. Er zijn jaarlijks zeventienduizend religieuze besnijdenissen in Nederland, dus op jaarbasis levert dat zo'n vijf miljoen op.' De potentiële kostenbesparing zal de Ziekenfondsraad en menig ziekenhuis als muziek in de oren klinken. Uit die hoek klinkt regelmatig het verzoek om een an-

dere oplossing voor de dure en tijdrovende besnijdenissen. Tom Schulp is daarover enigszins verontwaardigd: 'Twintig jaar geleden hebben we tegen de moslimgemeenschap gezegd dat ze hun kinderen hier moesten laten besnijden, dat zou beter en gezonder zijn. Nu doet iedereen het, en dan willen de ziekenhuizen en de Ziekenfondsraad er weer vanaf. Als we het hier niet goed regelen, bestaat het gevaar dat mensen het illegaal laten doen of er voor naar hun land van herkomst gaan. En dan krijgen we nabloedingen, infecties en allerlei complicaties. Ik vind dat we dat niet kunnen maken.' Schulp hoopt dat door het vereenvoudigen van de ingreep besnijdenissen in de toekomst tegen geringe kosten door elke huisarts kunnen worden gedaan.

### Winst

Hoe belangrijk de klinische aspecten van het besnijdenisproject ook zijn, winst is er volgens Schulp vooral geboekt op sociaal en cultureel gebied. Niet alleen bij de besnijdenissen, maar ook op andere vlakken heeft hij meer dan eens ervaren hoe moeizaam de relatie tussen uit verschillende culturen afkomstige personen kan verlopen. Schulp: 'In de twaalf jaar dat ik kinderarts was in het Overvecht Ziekenhuis, had ik al veel te maken met allochtone patiëntjes. Ik merkte toen dat er weinig aandacht is voor culturele verschillen en dat er veel communicatieproblemen zijn tussen Nederlanders en allochtonen.' Het belang van goede communicatie kan volgens Schulp niet genoeg worden benadrukt. Ook op dat gebied valt er volgens hem het nodige te doen door het Centrum voor migratie en gezondheid van het kind. Schulp: 'Interculturele voorlichting is uiterst ingewikkeld. Vroeger gaf de dokter een foldertje, en dat was dan

dat. Maar dat werkt natuurlijk niet. Artsen moeten de tijd nemen om een diagnose en een behandeling uit te leggen. Als het even kan, moeten ze de tolkentelefoon of een zorgcoördinator inschakelen.'

Om meer inzicht te krijgen in de interculturele communicatie tussen artsen en patiënten is Schulp's centrum onlangs een onderzoek gestart in samenwerking met het Instituut Huisartsgeneeskunde van de Rotterdamse Erasmusuniversiteit. In dat onderzoek worden video-opnamen gemaakt van de contacten tussen huisartsen en (autochtone en allochtone) ouders. Vervolgens zal worden nagegaan of de communicatie van invloed is op de therapietrouw.

Schulp beaamt dat het willen overbruggen van culturele verschillen voor hem een belangrijke drijfveer is: 'Die verschillen boeien mij enorm. En het is niet alleen de taal, het is ook de andere manier van denken. Zelfs als je de taal spreekt, kunnen er misverstanden ontstaan. Nederlanders hebben al eeuwen vluchtelingen en asielzoekers over de vloer gehad. Wij kunnen goed omgaan met andere culturen, zeker als je het vergelijkt met de ons omringende landen. Het fascineert me hoe communicatieproblemen desondanks tot moeilijkheden kunnen leiden. Er valt wat betreft ook in de gezondheidszorg nog veel te verbeteren en het Centrum voor migratie en gezondheid van het kind zal daar met plezier aan bijdragen', besluit Schulp.

De Karadacuts hebben in ieder geval kunnen ervaren dat cultuurverschillen niet noodzakelijkerwijs tot problemen hoeven te leiden in de Nederlandse gezondheidszorg. 'Mijn complimenten aan de artsen van de GG&GD, echt waar', zegt Ender Karadacut nog maar eens om dat te onderstrepen. •

## H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

### Landelijke contactpersonen

*mw. drs. F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute*

De Gelderse Roos, centrum voor Psychotherapie  
Klompweg 175, 6741 PH Lunteren,  
tel. 0318-572141

*R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'*  
Endegeesterstraatweg 27,  
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-5170661

*H. van Berkestijn, psychiater*  
Van Ketwich Verschuurlaan 7  
9721 SB Groningen, tel. 0517-398818/398832  
(overdag)/050-274963 ('s avonds)

*J.J.C. Marlet, zenuwarts*  
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 0478-581610

*drs. W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut*  
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,  
tel. 035-6923630

*dr. J. Pols, psychiater*  
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,  
tel. 0592-314731 ('s avonds)

*prof. dr. M.M.W. Richartz*  
Postbus 88, 6200 AB Maastricht,  
tel. 043-3685330

*prof. dr. W.J. Schudel*  
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

*dr. M.J. van Trommel, psychiater*  
Terbregselaan 18, 3055 RG Rotterdam,  
tel. 010-4610750

*K. Visser, psychiater*  
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,  
gem. Loon op Zand, tel. 013-5159550

*J.M. Komen, huisarts*  
Prof. Lorentzstraat 27, 7557 AV Hengelo (Ov.),  
tel. 074-2509604 / 074-2912131

*W. Chr.F. de Vries*  
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 0546-  
833110/833333 (overdag), 0546-574774  
(s avonds).

### Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 035-6914097/  
078-6912292

Patnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/  
070-3559547

# Multiculturele geestelijke verzorging als vergrootglas

Gerlach J. Cerfontaine en Ari van Buuren

*Enige jaren geleden ging in het Academisch Ziekenhuis Utrecht het pilot-project 'Multiculturele geestelijke verzorging in zorginstellingen' van start.*

**Z**OMER 1997 moest het hoofd van de Dienst Geestelijke Verzorging (DGV) in het AZU/WKZ, ds. Ari van Buuren, waarneming regelen voor ziekenhuis-imam dr. Arslan Karakül wegens diens vakantie. Het ging om bijstand van een allochtoon echtpaar van wie het twee jaar oude kind na een tragische val in hersendode toestand was opgenomen. Na lang zoeken werd een Marokkaanse moskee-voorzitter bereid gevonden om als tolk zijn imam naar het AZU te vergezellen. Samen met de geestelijk verzorger en een maatschappelijk werkster vroeg de betrokken arts deze imam om zijn hulp. De nodige zorgvuldigheid betrachtend, stelde de arts aan de imam de vraag of de beademingsmachine mocht worden uitgezet. Zij legde uit dat er geen sprake meer kon zijn van enige medisch-zinnvolle behandeling. Ook mét de in bedrijf zijnde machine zou het hartje van het kind nog slechts zeer korte tijd kloppen. Het antwoord van deze imam luidde dat de islam categorisch 'nee' zegt op het uitschakelen van de beademing.

Direct hierna volgde een gesprek samen met de ouders, aan wie de arts de onontkoombare dood van hun kindje meedeelde. Zachtjes zat de moeder te snikken, wanhopig van verdriet. De vader hield zich uiterlijk 'goed'. Elkaar raakten ze niet aan; in hun cultuur doe je dat immers niet in het openbaar. In een lange monoloog maakten de tolk en de imam duidelijk dat de koran hun niet toestond verdrietig of opstandig te zijn, want Allah bepaalt immers het uur van je dood.

Van Buuren beschrijft deze ontroerende casus in een persoonlijk verslag, dat in november 1997 is gepubliceerd in het oecumenische tijdschrift Begrip. Hij schrijft na het sterven van het Marokkaanse kindje getroffen te zijn door de warmte tussen de familieleden en vrienden, die huilden en elkaar trachtten te troosten, en die hem overigens bedankten voor zijn

bemiddeling inzake de komst van de imam.

Van Buuren ziet de casus als 'een confrontatie met een andere cultuur en met een godsgeloof, dat *deels éénder maar tegelijk zó anders* is...' 'Opnieuw zette het mij,' zo zegt hij, 'aan het denken over de vanzelfsprekendheden die elk mens meedraagt en die de waarneming en de interpretatie daarvan kleuren'.

## Professionalisering

De hier beschreven casus toont aan dat elke cultuur en elke godsdienst ziekte, lijden en sterven op een eigen wijze definieert en specifieke manieren van 'coping' aanbiedt ter verwerking.

De ziekenhuis-imam van het AZU, Karagül, meent verder dat het optreden van de betrokken imam duidelijk heeft gemaakt dat bij het bieden van geestelijke bijstand professionele kwaliteiten vereist

## *Veel allochtonen is de scheiding tussen religie, levenswijze en samenleving vreemd*

zijn, en wel op de volgende vier punten: 'pastorale' habitus, kleding, beheersing der Nederlandse taal, en medische en medisch-ethische kennis. Wat dat laatste betreft stelt Karagül dat hij vanuit verschillende ziekenhuizen meermalen terzake van hersendood en het uitschakelen van beademingsapparatuur wordt geconsulteerd dan wel dat hem terzake wordt gevraagd te bemiddelen. Bij hersendood is zulk een uitschakelen zeker niet ongeoorloofd, aldus ook het bevoegde gezag in Turkije.

Religieuze leiders en begeleiders binnen

welke godsdienst dan ook zijn niet automatisch geschikt als geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg. Eerder hebben pastores, dominees en raadslieden dit ervaren in het proces van de integratie van geestelijke verzorging in het zorgaanbod. Inmiddels werken de katholieke, protestante en humanistische geestelijk verzorgers in bijna alle zorginstellingen geïntegreerd. Zij verrichten hun werk sinds lang niet meer uitsluitend categoriaal voor geestverwanten, maar territoriaal, zodat zij optimaal als geestelijk verzorger inzetbaar, beschikbaar én organisatorisch ingebed zijn. Pandits of imams zullen eerst nog geruime tijd uitsluitend categoriaal werken, zowel vanwege hun proces van emancipatie als vanwege hun nog te ontwerpen specifieke route naar professionalisering.

## Veranderingen in het zorgbeleid

In het AZU gingen reeds begin jaren tachtig onder de toenmalige directie van mw. dr. Els Borst-Eilers innovaties van start op het terrein van de zorg voor buitenlandse patiënten. Dit op basis van door werknemers geconstateerde knelpunten.

De uit Irak afkomstige internist dr. Ibrahim Delawi werd aangesteld als *consulent voor buitenlandse patiënten*; tevens werd hij belast met opleidingstaken voor de derde- en de vijfdejaars medisch studenten.

Toen in 1989 het geheel nieuwe AZU in de Uithof zijn poorten opende, bevond zich daarin een royaal stiltecentrum waarin tevens een *islamitische gebedsruimte* was opgenomen, met een *rituele wasplaats* ernaast.

In 1993 organiseerde de NZf in samenwerking met allochtonenorganisaties en de VGVZ het congres 'Kleur bekennen' met als thema: 'Een veranderende geestelijke verzorging in een multiculturele gezondheidszorg'. In het kader hiervan besloot de Raad van Bestuur van het AZU conform het conceptuele kader van het zogeheten total quality management tot het aanstellen van een *imam/onderzoeker*. Dit moest iemand zijn met een open mentaliteit en met enige kennis van de westerse cul- ■

tuur. Verder kreeg het hoofd van de Dienst Geestelijke Verzorging de opdracht tot het concipiëren van een *nieuwe onderzoeks-opzet multiculturele geestelijke verzorging (McGV)*, te subsidiëren door VWS.

Dit betekende de start van veranderingen in het zorgbeleid. Er was principieel gekozen voor het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid voor allochtonen. Vrijblijvendheid en voorlopigheid waren van de baan. In 1996 kwam de eerste AZU-imam, in de persoon van Arslan Karagül: academisch opgeleid in Turkije en Nederland, gepromoveerd in de theologie aan de Universiteit van Amsterdam en reeds werkzaam als geestelijk verzorger in het VU-ziekenhuis. In de drietalige AZU-folder 'Islamitische geestelijke verzorging' kon men lezen dat de patiënt een beroep op de imam kon doen voor onder andere: het brengen van een bezoek en het voeren van een gesprek; het reciteren uit de koran en bidden; het begeleiden en/of verrichten van religieuze handelingen, bijvoorbeeld rond geboorte of sterven.

### Multiculturele activiteiten

De Nederlandse samenleving ontwikkelt zich meer en meer tot een multiculturele en multireligieuze samenleving. Er zijn twee tegenstrijdige tendensen te signaleren: enerzijds is er sprake van ontkerking en individualisering, anderzijds groeit de invloed van andere wereldgodsdiensten en van spirituele stromingen binnen specifieke gemeenschapsvormen. Vele allochtonen is de westerse scheiding tussen religie, levenswijze en samenleving vreemd. Anders gezegd: hun eerste referentiekader in hun 'condition migrante' is hun godsdienst. Zij bevinden zich tussen inculcatie en isolement, wat expliciet zichtbaar wordt als zij zorgvrager worden op het veld van de gezondheidszorg.

De Kwaliteitswet bepaalt dat zorginstellingen moeten zorgdragen voor het beschikbaar zijn van geestelijke verzorging die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensbeschouwing van de patiënt of cliënt. In de handreiking en het raamwerk 'Kwaliteitszorg voor allochtonen' wordt dit ook duidelijk geaccentueerd. In het AZU is men het er volledig mee eens, dat dit in ieder geval betekent dat de grotere zorginstellingen in de grote steden een vorm van geestelijke verzorging in huis moeten hebben die tegemoetkomt aan de behoefte van allochtonen en dat andere instellingen ervoor zullen moeten zorgen dat in hun externe netwerken deze expertise voorhanden is. Interculturele zorg en management zijn dan ook volop in ontwikkeling in onze ziekenhuizen AZU en WKZ. Enkele voorbeelden:

In het WKZ verricht prof. Tom Schulpen baanbrekend werk met zijn 'Centre for

migration and child health', dat participeert in het McGV-project.

In de Divisie Obstetrie Neonatologie en Gynaecologie (DONG) is in mei 1997 een multiculturele projectgroep gestart, gestimuleerd door het McGV-project. Er werden vier knelpunten gesignaleerd: de drempels om de tolkentelefoon te hanteren; het gebrek aan voorlichtingsmateriaal en ervaringenformulieren in vreemde talen; het feit dat medewerkers van het ziekenhuis, ook wegens onkunde, te weinig rekening houden met het culturele referentiekader van de patiënt; en het feit dat er waardeoordelen worden geveld en dat er subtiele discriminatie plaatsvindt. De McGV-projectbegeleider is adviseur van deze projectgroep, waarvan tevens de imam en de afdelings-geestelijk verzorger lid zijn.

Het McGV-project helpt de gehele gezondheidszorg op een goed spoor te komen wat betreft de multiculturele integratie. De geestelijke verzorging legt die integratie als het ware onder een vergrootglas.

### De McGV-structuur

De McGV-projectgroep vervult een voortrekkersrol in de zin dat ze verschillende dwarsverbindingen legt in de wereld van wetenschap, religie en cultuur.

Drie projectgroepen, representatief samengesteld uit diverse deskundigheids-gremia, begeleiden het gehele project. Het zijn de Landelijke Stuurgroep (LSG), de AZU-Begeleidings-Commissie (ABC), en de werkgroep Identiteit, Ambtelijkheid en Professionaliteit (IAP). In alle projectgroepen participeren een lid van het DGV-team, een academisch islamoloog, en de heren Karagül en Van Buuren, respectievelijk als imam/onderzoeker en projectbegeleider. In de LSG participeren bovendien vertegenwoordigers van de moslim- en hindoe-achterban en van de VGVZ, een islamoloog én deskundigen uit de Raad van Kerken en de NZf. De LSG superviseert het gehele McGV-project.

In de IAP participeren vertegenwoordigers van de moslim- en hindoe-achterban, islamologen én de leden van de VGVZ-commissie voor multiculturele geestelijke verzorging. In deze VGVZ-commissie participeren ook de imam en de pandit van het Haagse psychiatrisch centrum 'Rosenburg'. De IAP bereidt tevens de oprichting voor van een VGVZ-sector MOS/HIN (moslim-hindoe) naast de joodse, katholieke, protestantse en humanistische sectoren. De IAP houdt zich bezig met vakinhoudelijke vragen ter ijkning van de ambtelijke en professionele identiteit van de allochtone geestelijk verzorger, waarover thans twee deelnota's gereed zijn.

De ABC is zowel multidisciplinair als qua levensbeschouwing (met speciale atten-

tie voor de islam) breed samengesteld, met onder andere vertegenwoordigers van het verpleegkundig convent, het maatschappelijk werk, het bureau Patiëntenvoorlichting en het WKZ. Niet alleen het DGV-team, maar ook het Convent van Geestelijk Verzorger Utrecht (CGVU) is in de ABC vertegenwoordigd. Deze projectgroep wordt bovendien bijgestaan door een beleidsadviseur gezondheidszorg en allochtone bevolkingsgroepen. Aan de ABC rapporteren de imam en de project-leider over hun werkzaamheden. De onderdelen 'patiënten-enquêtes' en 'diepte-interviews AZU-patiënten & medewerkers uit het McGV-project' vallen onder de verantwoordelijkheid van de ABC. Hieruit moet zichtbaar worden wat de verwachtingen zijn van moslimpatiënten ten aanzien van islamitische geestelijke verzorging. Tevens willen wij hun ervaringen daarmee evalueren. Ook de attitude en de verwachtingen van ziekenhuismedewerkers ten aanzien van de aanwezigheid van een ziekenhuis-imam worden in kaart gebracht. Niet alleen de consulent voor buitenlandse patiënten, maar ook de imam heeft een belangrijke consultatieve functie.

### Praktische consequenties

Reeds gedurende het McGV-project vinden zorgverbeteringen plaats. Zo is de islamitische gebedsruimte in het stiltecentrum uitgebreid; er zijn nu gescheiden ruimtes voor vrouwen en mannen. De open rituele wasplaats naast het stiltecentrum is niet geschikt voor vrouwen; voor hen zal een aparte wasruimte worden gecreëerd. De imam heeft contact met de Hotel-Civiele Dienst, zodat er voor moslims geschikt (en) halal-voedsel verkrijgbaar is.

Er zijn signalen dat in navolging van het genoemde DONG-project ook andere disciplines de imam ter voorlichting en zorgverbetering willen consulteren, bijvoorbeeld over voor moslims onacceptabel gemengd verplegen.

### Registratie levensbeschouwing

Het McGV-project werkt hoe dan ook bewustmakend wat betreft de eigen identiteit én de plaats die levensbeschouwing inneemt in de gezondheidszorg. Dit laatste leidt tot principiële discussies onder de geestelijk verzorger in de ABC-projectgroep én tot overleg hierover met de Raad van Bestuur.

Het gaat hier om de registratie van levensbeschouwing/geloofsovertuiging. Het AZU had op grond van een bepaalde interpretatie van de Wet Persoonsregistratie (WPR) deze registratie afgeschaft. Het blijkt echter wél toegestaan naar de le- ■





Foto: studio André Ruigrok

vensbeschouwing te vragen, mits de patiënt daarmee akkoord gaat. Door het McGV-project beseffen we eens te meer dat deze vraag essentieel is voor inzicht in de totale psychosociale kaart van de patiënt. Ook terwille van onderzoeksgegevens voor ons project wordt de levensbeschouwelijke registratie in het AZU weer ingevoerd, zonder dat dit op het patiëntenponsplaatje wordt vermeld. Deze vraag is niet alleen voor de islamitische of hindoeïstische geestelijke verzorging van belang, maar voor de geestelijke verzorging in het algemeen. Wezenlijk is dat geestelijk verzorgers criteria en instructies voor levensbeschouwelijke registratie en/of anamnese gaan concipiëren, vooral gezien de eerder aangeduide religieuze en spirituele veranderingen in de Nederlandse samenleving. Ook hier ligt voor de beroepsvereniging der geestelijk verzorgers een belangrijke taak! In de meeste zorginstellingen geschiedt in principe geestelijke verzorging op verzoek. Daarnaast heeft elke geestelijk verzorger vrije toegang tot patiënten. Op grond van religieus/culturele argumenten heeft de imam in het kader van het McGV-onderzoek gevraagd het bezoekerrecht van alle moslimpatiënten in het AZU te actualiseren. Vervolgens is hij alle moslimpatiënten gaan bezoeken. Deze bezoeken zullen door middel van de enquête worden geëvalueerd.

### Perspectieven

Op 3 maart 1999 zullen tijdens een nationaal congres de ervaringen, uitkomsten en aanbevelingen van dit pilot-project worden gepresenteerd. De grote vraag is wat daarvan de resultaten zullen worden. Het mag niet weer zo zijn dat het blijft bij intentieverklaringen, zoals bij het eerdergenoemde NZf-congres 'Kleur bekennen' in 1993. Duidelijk moet worden hoe multiculturele geestelijke verzorging dient te worden ingebed in de gezondheidszorg. In het AZU is hiervan nu reeds de meerwaarde aantoonbaar. De emancipatie van met name hindoes en moslims vergt voorlopig extra investeringen. Het zou bovendien méér dan een daad van rechtvaardigheid zijn als de joodse Nederlanders twee landelijke ziekenhuisrabbijnen ter beschikking kregen. Dit alles kan alleen door een bundeling van krachten en financiën. De overheid gaf intussen reeds positieve signalen aan de moslim- en hindoe-achterban en aan de VGVZ. In februari 1998 verscheen de nota 'Het integratiebeleid betreffende etnische minderheden in relatie tot hun geestelijke bedienaren' van de minister van Binnenlandse Zaken en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Deze beide ministeries, verder die van Defensie, Justitie en VWS, en het kabinet, zijn bereid Nederlandse opleidingen van imams en anderen

te bevorderen en applicatiecursussen te financieren. Tevens verklaarde de minister van VWS zich bereid 'voor een periode van vijf jaar een helpdesk te ondersteunen die tot taak heeft de zorgsector te stimuleren tot een evenredige geestelijke verzorging voor alle groeperingen, en behulpzaam te zijn bij het aantrekken van allochtone geestelijk verzorgers'. De VGVZ komt als beroepsvereniging primair in aanmerking voor de genoemde helpdeskfunctie. En wat kunnen de zorginstellingen bijdragen? Het is van zeer groot belang, dat zorginstellingen regionaal zorgvuldig overleggen over de wijze waarop gestalte moet worden gegeven aan de multiculturele geestelijke verzorging. Om te beginnen zouden zij gezamenlijk een aantal imams en pandits kunnen aanstellen.

Het pilot-project 'Multiculturele geestelijke verzorging in zorginstellingen' blijkt inderdaad als een vergrootglas te werken in een Nederland, dat religieus, levensbeschouwelijk en cultureel gezien steeds kleurrijker wordt! •

*drs. Gerlach J. Cerfontaine,*  
arts, voorzitter Raad van Bestuur  
AZU/WKZ

*drs. Ari van Buuren,*  
projectleider McGV

## Kwaliteit van zorg

**T**WAALF JAAR geleden werkte ik als beginnend tropenarts in Zimbabwe. Ik vond de kinderafdeling van het ziekenhuis het zwaarst. Er lagen veel kinderen van Mozambikaanse vluchtelingen, met zware ondervoeding en soms kwam daar tuberculose bij. Veel kinderen overleden. Ze waren al te ver heen, of lag het ook aan ons? Het onmiskenbare afglijden naar de dood kon vaak dagen duren en de verpleegkundigen vonden het buitengewoon zwaar zoveel kinderen te zien sterven. De artsen ook. Ik was meestal wel bestand tegen de deprimerende kanten van de gezondheidszorg, maar heb op de kinderafdeling menige traan gelaten. Niet als de moeders treurden om een stervend kind, dan hield ik me in, maar als de verpleegkundigen het er te kwaad mee kregen, schoot ik ook vol. Het gaf een voortdurend crisisgevoel en lezen over de behandeling van ondervoeding bood weinig soelaas. Op een goed moment verscheen er een ervaren collega op het toneel. Hij zag ons worstelen en overlegde met verpleegkundigen, verpleeghulp en artsen. We herzagen de protocollen - de standaarden - en de beste, meest ervaren verpleegkundigen werden op de kinderzaal geïnstalleerd. Er kwam een wekelijks overleg over het medisch en verpleegkundig beleid. Ik geloof dat er sindsdien relatief minder kinderen doodgingen, maar het kan ook aan een betere oogst hebben gelegen. In ieder geval ging het moreel omhoog, voelden de verpleegkundigen zich meer gesteund en konden ze de rouwende moeders beter bijstaan in hun verdriet. Bovendien voelden ze zich veiliger en kwamen ze gemakkelijker met vragen en onzekerheden. Dat gold ook voor mij - ik kon voordien moeilijk het idee afschudden dat je als dokter toch bijna alles moest weten en een onverstandige indruk maakte als dat niet het geval was. Later kwam daar ander overleg bij. Zo

was er een wekelijkse conferentie over overleden patiënten en levenden bij wie iets opvallends of ogenschijnlijk onbegrijpelijks was gebeurd, waaruit wij lering wilden trekken. Het kwam niet bij ons op deze processen een naam te geven. Britse collega's hadden het wel over 'audit', een woord dat ik liever niet noemde, uit angst door de mand te vallen omdat ik niet wist wat het betekende. Nu zou ik de activiteiten van de verpleegkundigen en artsen 'kwaliteitsbeleid' kunnen noemen en er termen aan kunnen geven als 'standaardontwikkeling door consensus' - op de kinderzaal - of 'critical incident audit', of liever nog 'significant event audit' en 'intercollegiale toetsing'. Sindsdien ben ik het normaal - maar niet gemakkelijk - gaan vinden op deze manier met werk om te gaan, of dat nu de aidsbestrijding in Afrika was, of de sociale geneeskunde of de klinische zorg in Nederland en Engeland. Wel vergat ik vaak dat ikzelf aanvankelijk onwennig tegen dit kwaliteitsbeleid had aangekeken! Heb ik dan alleen maar lof voor kwaliteitsbeleid? Nee. Kwaliteitsbeleid kan ook gebureaucratiseerd worden en door jargon en terminologie gemystificeerd. Het kan voor heel wat anders worden gebruikt dan waarvoor het bedoeld is. In de Britse ziekenhuiszorg wordt veel gewerkt met 'performance indicators', die relatief gemakkelijk in maat en getal zijn uit te drukken. Meestal niet bedacht door artsen, maar door managers en economen. Bijvoorbeeld het aantal minuten - of uren - tussen de aankomst op de polikliniek en het moment waarop de patiënt voor het eerst door een gezondheidprofessional wordt gezien. Een specialist vertrouwde me onlangs toe dat op zijn polikliniek 'hello nurses' waren aangesteld, die de patiënten snel groeten, korte vragen stellen en de 'performance indicators' opkrikken. Eerder werkte ik op een ziekenhuisafdeling waar de tijd werd gemeten tussen de aankomst van spoedpatiënten op de

eerste hulp en de opname op een zaal. De ziekenhuisdirectie had bedacht dat dat niet langer dan twee uur mocht duren. Menig arts probeerde zich te verzetten tegen het voortijdig afvoeren van de patiënt naar een slecht verlichte zaal met veel te weinig verpleegkundigen, zonder uitslagen en zonder diagnose. Maar ik heb zulke 'performance indicators' tot mijn treurnis teruggezien in prachtige folders op glimp papier, waarin managers trots hun kwaliteitsindicatoren presenteren en in het kader van de marktgedachte het naburige ziekenhuis de loef afsteken. Aan kwaliteit van zorg en kwaliteitsbeleid zitten veel kanten, praktisch en theoretisch. Het is veelomvattend en kan ingewikkeld zijn. Bovenal vergt het veel tijd en een lange-termijninvestering in mensen. Het is echter een thema dat intussen ook politiek- en modegevoelig is, en daarmee bestaat het gevaar dat bestuurders, ver weg van de werkvloer, ermee aan de haal gaan. Ik me vraag af of we in de thuiszorg en de ouderenzorg in Nederland al te zeer die kant opgaan en kwaliteit te veel meten in termen van 'tijd', 'kunstmatig opgesplitste handelingen' en 'geld'. En hoe staat het met het Kwaliteitsproject 2000 van de Nederlandse GGD'en? Dit heeft mij indertijd als GGD'er vooral getroffen als een gebeuren dat veraf stond van het alledaagse werk. Kwaliteitsbeleid is een noodzaak, maar moet met het oog op patiënt en doelgroep gedragen worden door gezondheidsprofessionals en niet te veel in handen vallen van mensen achter grote bureaus, managers en public relations officials, vooral niet als die voor baan of promotie afhangen van goed likkende 'images' en statistieken. De ook in ons land opkomende marktwerking en privatisering kunnen dat echter in de hand werken. •

*G. de Wildt is huisarts  
in Birmingham, Engeland*

# Turkse patiënten krijgen vaak ten onrechte het stempel 'somatiserende patiënt'

Yener Güzelcan en Inike Dijkstra



Foto: studio André Ruigrok

*Migranten komen vaak in gezondheidszorginstellingen terecht met somatische klachten zonder lichamelijke oorzaak. Hulpverleners stellen bij deze patiënten al snel de diagnose 'somatoforme stoornis', maar die is niet altijd terecht. In de praktijk merken we vaak dat de migrant met deze diagnose toch een lichamelijke ziekte heeft.*

## Valkuilen en knelpunten

De uitdrukking 'somatiserende patiënt' wordt vaak gebruikt. Deze term heeft een wat negatieve bijklank. Een migrant die wel eens zo is genoemd, wordt door de hulpverleners met een bepaald vooroordeel bekeken. De patiënt kan dan in een vicieuze cirkel terecht komen.

Met de term 'somatiseren' doelt men op lichamelijke klachten die niet of volstrekt onvoldoende uit een lichamelijke ziekte te verklaren zijn. De redenen waarom deze klachten onvoldoende kunnen worden verklaard, zijn:

1. de onbekendheid van de arts met de andere cultuur;
2. het betreft een onbekende ziekte;
3. het door de patiënt(e) vertalen van psy-

chische onlustgevoelens in lichamelijke klachten;

4. door een andere psychiatrische aandoening veroorzaakte klachten.<sup>1</sup>

*ad 1.* Gebrek aan kennis van de cultuur en het sociale leven van Turkse migranten, alsmede de manier waarop in hun cultuur klachten worden gepresenteerd, kunnen een rol spelen bij het stellen van een diagnose of het missen daarvan. Met een voorbeeld kunnen we dit illustreren:

Een 48-jarige Turkse patiënte werd al jaren behandeld als iemand met een somatisatiestoornis. Zij had altijd last van ernstige moeheid. Na bloedonderzoek bleek dat haar Hb 4,5 was. Zij werd acuut opgenomen voor de behandeling van bloedar-

moede, waarna haar vermoeidheidsklachten verdwenen waren.

*ad 2.* Turkije is een derdewereldland. Infectieziekten vormen daar nog steeds een groot probleem. Turken die in Nederland wonen, gaan regelmatig naar hun land terug. Ze kunnen daar verschillende soorten besmettelijke ziekten opdoen, met klachten van aspecifieke aard. Als er niet aan wordt gedacht dat patiënten deze ziekten kunnen hebben, wordt het stellen van een diagnose moeilijker. Brucellose bijvoorbeeld is nog steeds een probleem in Turkije. Brucellose heeft vaak aspecifieke symptomen, zoals moeheid, rugpijn of artritis. Parasitaire ziekten en helmintaire ziekten komen ook regelmatig voor in Turkije. Deze ziekten kunnen eveneens aspecifieke gastro-intestinale symptomen hebben.

Bepaalde erfelijke ziekten komen nog vaker bij Turken voor, bijvoorbeeld thalassemie en FMF (Familial Mediterranean Fever); beide ziekten hebben ook vaak aspecifieke symptomen. Als een Turkse patiënt bij een arts komt met aspecifieke klachten, moet er aan dit soort ziekten worden gedacht.

Een 37-jarige Turkse vrouw was bij ons onder behandeling in verband met een paniekstoornis zonder agorafobie. Zij had ook somatische klachten: gastro-intestinale symptomen. Haar panieklachten werden behandeld, maar de somatische klachten niet. Tijdens een herdiagnostisch gesprek bleek dat haar hele familie besmet was met *Ascaris lumbricoides*. Nadat de huisarts dit had behandeld, waren de somatische klachten over.

*ad 3 en 4.* Het is bekend dat depressieve Turkse patiënten meer somatische klachten hebben dan Duitsers, Nederlanders, Denen en Engelsen.<sup>2-6</sup> In de praktijk zien we vaker Turkse patiënten die depressief zijn of andere psychiatrische stoornissen hebben die gepaard gaan met somatische klachten. Ze worden in de meeste gevallen behandeld als een patiënt met een somatisatiestoornis. Een goed intake-gesprek en een goed diagnostisch onderzoek, waarbij men deze wetenschap in

het achterhoofd moet houden, zijn dan noodzakelijk.

Een 52-jarige Turkse vrouw werd naar ons verwezen in verband met pijnklachten zonder lichamelijke oorzaak. Zij bleek al anderhalf jaar last te hebben van depressieve klachten met psychotische kenmerken. Zij bezocht herhaalde keren de huisarts met hoofdpijn, rugpijn en vermoeidheidsklachten. De huisarts verwees de vrouw naar de pijnpoli van een ziekenhuis, maar zij kon daar niet worden geholpen. Wij boden haar als behandeling psychofarmacotherapie en gesprekstherapie aan. Zij had na een paar maanden geen last meer van pijnklachten en haar psychische klachten verminderden.

Een 49-jarige Turkse man werd door de huisarts en de internist verschillende keren behandeld voor zijn maagklachten. Bij nader onderzoek door een psychiater bleek dat patiënt depressief was en paniekaanvallen had. Hij werd behandeld met antidepressiva en psychotherapie. Na een paar maanden had hij geen somatische klachten meer.

### Hoe kunnen we deze knelpunten doorbreken?

#### Algemene aanbevelingen

1. Een uitgebreid anamnestic gesprek en onderzoek. Er moet worden gezocht naar een goede manier van communiceren met de migrant-patiënt. Het is het best om zonder tolk met de patiënt te communiceren. Als er toch een tolk nodig is, moeten in verband met het eergevoel en de hiërarchie binnen de familie van de migrant-patiënt, nooit de kinderen of de familieleden van de patiënt als tolk fungeren.
2. Vanwege de communicatieproblemen en de andere culturele achtergrond van de migranten moeten hulpverleners meestal wat meer tijd besteden aan deze patiënten. Maar het komt ook vaak voor dat hulpverleners aan deze patiënten minder tijd besteden dan aan autochtone Nederlanders.
3. Informatie vragen over eerdere onderzoeken, diagnoses en behandelingen. Omdat migranten-patiënten vaak niet genoeg informatie krijgen over eerdere onderzoeken en bevindingen en ze veel informatie verkeerd of niet begrijpen, is het goed om na te gaan of ze alles hebben begrepen.
4. Een goede differentiële diagnose stellen.
5. Zonder diagnose geen behandeling starten. Specialisten en huisartsen starten vaak een behandeling zonder dat zij een duidelijke diagnose hebben gesteld. Een 48-jarige Turkse patiënte werd naar de polikliniek psychiatrie verwezen in verband met hoofdpijnklachten. Voor haar periodieke hoofdpijnaanvallen kreeg zij van

haar huisarts al eerder een antipsychoticum in depot-vorm. De huisarts wist niet waarom patiënte deze hoofdpijnaanvallen kreeg.

6. Goede voorlichting geven over ziekten en behandelingsmogelijkheden.

7. Als de patiënt het niet met u eens is, moet over eventueel verder onderzoek nog eens uitgebreid worden gesproken.

### Slotwoord

Een Turkse patiënt met somatische klachten zonder duidelijke oorzaak, krijgt al snel het etiket 'somatiserende patiënt' opgeplakt. Deze patiënten hebben wel duidelijk de neiging tot somatiseren. Maar vaker hebben ze een lichamelijke ziekte die bij de arts niet bekend is, of die in Nederland minder vaak voorkomt. Als de reden van de somatisatie psychisch is, hebben ze eerder een andere psychische stoornis, namelijk depressie of angststoornis, dan een somatoforme stoornis. Om deze patiënten goed te kunnen helpen, moet er een zorgvuldige diagnose worden gesteld. De hulpverlener zou als er geen goede diagnose is gesteld, nooit een behandeling moeten starten. •

#### Yener Güzelcan,

arts, consultatieve psychiatrische dienst voor ziekenhuis Overvecht, Ziekenhuis Oudenrijn en Diaconessenhuis, Utrecht

#### Inike Dijkstra,

verpleegkundige, Diaconessenhuis, Utrecht

### Literatuur

1. Rooijmans HGM, Hemert AM van, Speckens AEM. Wat is 'somatiseren'? NedTijdschr Geneesk 1996; 140 (23): 1217-20.
  2. Balli S, Jacobs T, Trekker H. Turkish women and psychosomatics. De Huisarts 1989; 18 (10): 505-7.
  3. Dedeo lu N. Gezondheidsproblemen van Turkse gastarbeiders. Amsterdam: KIT, 1994.
  4. Ebert D, Martus P. Somatization as a core symptom of melancholic type depression. Evidence from a cross cultural study. J affect disorders 1994; 32 (4): 253-6.
  5. Güney E, Haag A. Illness and emigration. A study on Turkish women. Noropsychiater ars 1990; 40/41: 417-22.
  6. Ulu ahin A, Ba o lu M, Poykel ES. A cross cultural comparative study of symptoms in British and Turkish clinical samples. Soc psychiatry psychiatr epidemiol 1994; 29 (1): 31-9.
- CBS (met medewerking van het Koninklijk Instituut voor de Tropen). De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland, 1989/1999. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1991.
- Six MJA, Örcü H, Botros A. Migratie en geestelijke gezondheid. Maandblad Geestelijke Volksgezondheidszorg 1981; 645-55.



Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele Samenleving (OGM)  
Postbus 5406, 2280 HK Rijswijk, tel. 070 - 340 54 65.

Nederlands Centrum Buitenlanders  
Peterskerkhof 16-17, Postbus 638, 3500 AP Utrecht, tel. 030 - 239 49 59.

Anti Racisme Informatie Centrum (ARIC)  
Grotekerklein 5, 3011 GC Rotterdam, tel. 010 - 414 34 34, [www.aric.nl](http://www.aric.nl)

Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg (JWS)  
Postbus 1551, 3800 BN Amersfoort, tel. 033 - 47 26 749. [www.johannes-wier.nl](http://www.johannes-wier.nl)

Pharos, Stichting Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen  
Herenstraat 35, 3512 KB Utrecht, tel. 030 - 2349800

Nationaal Instituut voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie (NIGZ)  
De Bleek 13 3440 AM Woerden, tel. 0348 437 600, [www.nigz.nl](http://www.nigz.nl)

Centrum voor migratie en gezondheid van het kind  
Wilhelmina Kinderziekenhuis, Nieuwegracht 137, 3501 CA Utrecht, tel. 030 - 232 03 63.

Gezondheidswinkel De Witte Jas, gezondheidscentrum voor onverzekerden  
De Wittestraat 43, 1052 AL Amsterdam, tel. 020 - 688 11 40

Het allochtoon Videocircuit, NPS-video's  
[www.omroep.nl/nps/tv/allochtoon/catalogus](http://www.omroep.nl/nps/tv/allochtoon/catalogus)

Tolkcentra  
Gelderland: tel. 026 - 3 843 843  
Noord-Holland: tel. 020 - 55 11 666  
Noord en Oost Holland: tel. 074 - 25 55 222  
Utrecht: tel. 030 - 2 399 399  
Zuid-Holland: tel. 010 - 2 822 800  
Zuid-Nederland: tel. 040 - 24 33 554



# Nieuwe inschrijvingen

## S R C

Specialisten ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maanden maart en april 1998.

### Anesthesiologie

Ch. van Velzen,  
01-01-1998  
W.T.A. Walraeven,  
25-11-1997

### Cardiologie

A.W.J. van 't Hof,  
01-03-1998  
mw. S.K. Nugteren,  
01-01-1998  
B.J.W.M. Rensing,  
01-01-1998

### Cardiopulmonale chirurgie

G.J. Brandon Bravo  
Bruinsma,  
01-01-1998

### Dermatologie en venerologie

mw. A.F.E. Laane,  
01-01-1998  
P. van Mierlo,  
01-03-1998  
mw. M.B. Visch,  
01-03-1998

### Gastro-enterologie

F.J.G.M. Kubben,  
01-11-1997  
F.J.F.E. Vismans,  
12-09-1997  
H.J. Wolters,  
01-02-1998

### Heelkunde

L.M.E. Bellens,  
25-12-1997  
O.R.C. Busch,  
01-04-1998  
mw. L.M.C. van  
Dortmont,  
01-01-1998  
M. van Elst,  
01-10-1997  
R. Jairam,  
01-01-1998  
mw. B.M. van der  
Kolk,  
01-01-1998  
G.A.P.  
Nieuwenhuijzen,  
01-02-1998  
mw. M.B.E. Pluyms,  
01-02-1998  
A. Rijbroek,  
01-01-1998  
P.H.J.M. Veldman,  
01-02-1998

### Inwendige geneeskunde

mw. N.M.A. Blij-  
levens,  
01-01-1998

H.J. Faber,  
01-02-1998  
M.L. Hommes,  
01-03-1998  
mw. M.J. Langereis,  
01-01-1998  
mw. E. Pijpers,  
01-05-1998  
R.J. van Thiel,  
01-01-1998

### Keel-neus-oorheelkunde

J.K. Bean,  
01-04-1997  
R.M. Cardinaal,  
01-04-1998  
T. Godthelp,  
01-10-1997

### Kinder-geneeskunde

J.H. de Bie,  
01-03-1998  
J.P.J. van Gestel,  
01-08-1997  
mw. A.A.C. van Goor,  
01-01-1998  
mw. G.A. Kamp,  
15-02-1998  
R. Kohl,  
14-04-1997  
mw. E.M.L.  
Rammeloo,  
01-10-1997  
mw. I.A. von Rosen-  
stiel,  
01-01-1994  
mw. P. Schram,  
06-06-1961

### Klinische geriatrie

M.G.M. Olde Rikkert,  
01-03-1998

### Longziekten en tuberculose

mw. N.A.M. Cobben,  
01-01-1998  
R.S. Djamin,  
08-05-1964  
P.Th.W. van Hal,  
01-03-1998

### Neurochirurgie

P.W. Hanlo,  
01-01-1998  
F.J.S. Verhoeven,  
19-12-1997

### Neurologie

L.R. Canta,  
01-01-1998  
R.J.W. Dunnewold,  
01-01-1998

### Nucleaire geneeskunde

E.F.I. Comans,  
01-09-1997  
D.J. Kwekkeboom,  
01-02-1998

### Oogheelkunde

H.J.M. Beckers,  
01-02-1998

L.I. van den Born,  
01-01-1998  
A.C. Bubberman,  
16-02-1998  
V.P.T. Hoppenreijns,  
01-01-1998  
J.M.D. de Smet,  
11-09-1997

### Orthopedie

H.I.H. Lampe,  
01-01-1998

### Pathologie

mw. H. Kuiper,  
01-04-1998  
J.H. Lagendijk,  
01-01-1998

### Plastische chirurgie

S.D. Strackee,  
01-10-1997

### Psychiatrie

mw. C.T.W. van  
Beuzekom,  
01-10-1997  
mw. N.J.L. Buitelaar,  
01-03-1998  
mw. F.P.J. Derks,  
01-01-1998  
S. Dijkstra,  
22-11-1956  
mw. S. Heij,  
01-03-1998  
E. Hofma,  
01-03-1998  
mw. D.T. Kampen,  
01-01-1998  
Y. de Kok,  
04-02-1998  
A.M. Korebrits,  
01-03-1998  
mw. J. Koster,  
01-03-1998  
mw. J.M.M. Liefferink,  
01-03-1998  
mw. C.F. Mooij,  
01-01-1998  
A. van Rhijn,  
01-10-1997  
A.C.M. Vergouwen,  
21-01-1998  
F. Versonnen,  
11-12-1997

mw. E.J.M. de Vos,  
01-03-1998

### Radiodiagnostiek

H.C.M. van den  
Bosch,  
01-12-1997  
mw. M.J.A.  
Geirnaerd,  
01-04-1998  
mw. A. van der  
Goten,  
31-10-1997  
E.I.J. Rasenberg,  
01-02-1998

### Radiotherapie

mw. H.M. Ceha,  
01-02-1998  
I.M. Schulz,  
01-02-1998

### Reumatologie

J.C. Ehrlich,  
27-10-1997  
mw. I.G. Idema,  
01-10-1997

### Revalidatie-geneeskunde

mw. J.M.P.I. van  
Haelst,  
01-01-1998  
mw. N. Otter,  
01-03-1998

### Urologie

L.H.C. Donkers,  
01-02-1998  
K.W.H. Gisolf,  
01-01-1998  
D.W.W. de Knijff,  
01-01-1998  
A. Kooistra,  
01-01-1998  
D. van den Ouden,  
01-01-1998  
B.P. Wijsman,  
01-01-1998

### Verloskunde en gynaecologie

J.W. de Leeuw,  
01-02-1998  
D.A.A. Verkuyl,  
20-04-1995

## KNMG

Koninklijke Nederlandse Maatschappij  
tot bevordering der Geneeskunst  
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
tel. 030 - 2823911

### Postadres

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

### Postgironummer

58083

### Bankrekeningnummer ABN-AMRO

45 64 48 969

### Telafax

030-2823326

### Dagelijks bestuur

prof. dr. J.M. Minderhoud, voorzitter  
R.G.P. Hagenouw, ondervoorzitter  
dr. A.A.W. Kalis  
R.W.M. van Velzen  
F.B.M. Sanders  
prof. dr. H. Rengelink

### Bureau

dr. P.J.J.M. van Loon, algemeen directeur  
dr. R.J.M. Dillmann, secretaris-arts  
mr. W.P. Rijkse, secretaris-jurist  
R.J. Mulder, secretaris PA en PR  
K. Theunissen, hoofd financieel-economische  
en administratieve zaken

### LHV

#### Landelijke Huisartsen Vereniging

drs. Chr. R.J. Laffr e, algemeen directeur  
mr. G.J.M. Venneman, coördinator informatievoorziening

### Orde

#### Orde van Medisch Specialisten

P.A.W. Edgar, arts, MBA, directeur  
mw. R.W.P.M. van Unen, secretaresse

### LAD

#### Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband

mr. A.W.J.M. van Bolderen, directeur  
mr. J.C. Steenbrink, secretaresse

### LVSG

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen

drs. B.H.J.M. Reerink, directeur  
drs. A.Th. Buruma, secretaris

### CC

#### Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten

mr. J.C. de Hoog, secretaris  
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse  
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

### CSG

#### College voor Sociale Geneeskunde

mr. J.C. de Hoog, secretaris  
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse  
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

### CHVG

#### College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde

mr. J.C. de Hoog, secretaris  
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse  
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

### SRC

#### Specialisten Registratie Commissie

dr. A.A.W. Op de Coul, secretaris  
N.J.F.G. Kolkman, bureauhoofd

### SGRC

#### Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie

mr. mr. P. A. Hadders, secretaris  
mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse  
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

### HVRC

#### Huisarts en Verpleeghuisarts

#### Registratie Commissie

dr. L.R. Kooij, algemeen secretaris  
N.F. de Pijper, secretaris  
mw. drs. E.T. Wismeyer, chef de bureau

### Bibliotheek

prof. dr. M.J. van Lieburg, bibliothecaris  
Industrieweg 16,  
8321 EB Urk, fax 0527-686833

### Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

SWG Uitzendbureau, telefoon: 030-2823371  
SWG Werving en Selectie, telefoon: 030-2823760  
SWG Vacaturetelefoon, telefoon: 030-2823307 (voor het opgeven van vacatures); telefoon: 0900 - 40 40 3 40 (voor het beluisteren van vacatures)

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

Bij dit nummer van Medisch Contact treft u informatie en het inschrijfformulier aan voor het KNMG-congres 'Zitwerk of Loopbaan', dat op 31 oktober 1998 in Groningen zal plaatsvinden. Mocht u vragen over het congres hebben, of meerdere exemplaren van het inschrijfformulier en de congresinformatie wensen, dan kunt u contact opnemen met de heer A.J.M. Steegmans, project-coördinator KNMG, tel. 030 - 28 23 758.

## JUNI

- 30/6- Rotterdam, World Trade Center. Tweedaagse conferentie **'Aanpak van wachttijden in de zorg. Voorrangsbehandeling, wachtlijstomzetting of preventie?!'** NSC, tel. 010-2073355.

## AUGUSTUS

- 3-7 Nijmegen. European Bioethics Seminar **'Health care issues in pluralistic societies'**. Inlichtingen: dr. B. Gordijn, vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, tel. 024-3615320.
- 11-13 Amsterdam, RAI Congrescentrum. Eerste internationale conferentie **over de relatie milieu en gezondheid van kinderen**, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde (NVVM). Inlichtingen: Congressecretariaat, tel. 026-3773915.
- 25-28 Amsterdam, Schiphol Airport. Wereldcongres **Impotentie Onderzoek**. Inlichtingen: ISIR Congres Office, tel. 0343-443888.
- 28-29 Academisch Ziekenhuis Leiden. Cursus **'Praktische nefropathologie'**. Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-5275296.

## SEPTEMBER

- 4 Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaal cursus **'Arbeidstoxicologie'**. Bureau Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde, tel. 024-3617051.
- 9 Nijmegen. PAOG-Heyendaalcursus **'Capita Selecta uit de seksspecifieke huisartsgeneeskunde'**. Bureau PAOG-Heyendaal, tel. 024-3540568.
- 15 Amsterdam, AMC. Eeuweest Vrouwenkliniek AMC **'Mensen van morgen': symposium 'Hulp, de bloeddruk stijgt!'** Inlichtingen: mw. L. Schuitemaker, tel. 020-5663754.
- 15 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus **'Somatisatie bij allochtonen'**, georganiseerd door de Commissie Artsencursus Rotterdam (CAR). Inlichtingen: 010-2200235.
- 17 AZU, blauwe collegezaal. **'AZU-dag'**. PAO-H, tel. 033-4229998.
- 18 Amersfoort, de Eenhoorn. Symposium **'Oproepen of roept u maar'**, georganiseerd door de Stichting Ouder- en Kindzorg. Inlichtingen: Congresbureau I.I.T, tel. 0592-311914.
- 18 Utrecht, de Jaarbeurs. Symposium **'Ethiek in de GGZ'**. Inlichtingen: Centrale Rino Groep, mw. J. den Drijver, tel. 030-2306110.
- 24 Ede, de Reehorst. Symposium **'Anticonceptie in Nederland anno 1998'**. Inlichtingen: Stichting Anticonceptie Nederland, tel. 0543-530927.
- 24 Rotterdam, de Doelen. Congres **'De toekomst van de AWBZ'**. Inlichtingen: NSC, tel. 010-2073333.
- 25 Maastricht, MECC. Conferentie **'Maastricht Travel & Tropical Medicine'**. Inlichtingen: MTTM, tel. 043-3560726.
- 25 Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaalcursus **'Verwijzen naar de IC'**. Bureau Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde, tel. 024-3617051.
- 25 Enschede, de Vrijhof. Studiedag **'Hyper, hypo... hoezo? Dokter, peut, shrink, samen leggen we de link'**, georganiseerd door de Dr G.J. van Hoytema Stichting. Inlichtingen: Secretariaat, tel. 053-4892409.

## OKTOBER

- 1 Amsterdam, AMC. Eeuweest Vrouwenkliniek AMC **'Mensen van morgen': symposium 25 jaar Afdeling Seksuologie 'Verleden, heden en toekomst van de Amsterdamse seksuologie'**. Inlichtingen: mw. L. Schuitemaker, tel. 020-5663754.

- 2 Amsterdam, Vrije Universiteit. Symposium **'VU-visies op veroudering'**. Doelgroep: wetenschappers, huisartsen, geriateren, psychiaters, verpleeghuisartsen, verzorgenden, managers in zorginstellingen en beleidsmakers bij overheden en instanties. Inlichtingen: PAOG-VU, tel. 020-4448444.

- 5-6 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus **'Orthopedie'**, georganiseerd door de Commissie Artsencursus Rotterdam (CAR). Inlichtingen: 010-2200235.
- 7-8 Katholieke Universiteit Nijmegen. Lustrumcongres Katholieke Universiteit Nijmegen **'Grenzeloze selectie'**. Inlichtingen: Congresorganisatie KU Nijmegen, tel. 024-3615968.
- 7-9 Groningen. 23rd International Symposium on Blood Transfusion **'Risk management in blood transfusion: the virtue of reality'**. Inlichtingen: Symposium Secretariaat Bloed Bank Noord Nederland, tel. 050-3695555.
- 8 Utrecht, Jaarbeurs. Rehabilitatie Manifestatie '98 **'Samen werken'**. Inlichtingen: SWP, tel. 030-2368060.
- 9 Rotterdam, World Trade Center. EMD-symposium **'De huisarts, de specialist en het elektronisch medisch dossier'**. Doelgroep: huisartsen en specialisten. Inlichtingen: Symposiumsecretariaat EMD'98, tel. 010-4087050/8151.
- 15 AZU, Collegezaal. Cursus **'Dermatologie'**. PAO-H, tel. 033-4229998.
- 23 Rotterdam, De Doelen. Symposium **'Psychosociale factoren en ziekteprogressie bij kanker en aids'**, georganiseerd ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van het Helen Dowling Instituut. Inlichtingen: Secretariaat Helen Dowling Instituut, tel. 010-2411010.
- 26-30 Bilthoven, de Hartenark. Cursus **'Ergometrie voor artsen'**. Doelgroep: bedrijfs-, sport- en overige geïnteresseerde artsen. Inlichtingen: De Hartenark, mw. L.M.C. Kerkhof, tel. 030-2290244.
- 30 Den Haag, Nederlands Congrescentrum. Symposium **'Niet alleen het verleden'**. Doelgroep: artsen, psychiaters, psychotherapeuten en overige hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling van oorlogsgetroffenen en vluchtelingen voor asielzoekers. Inlichtingen: Centrum '45, H.H. Vogelaar, tel. 071-5155242.
- 30 Rotterdam, revalidatiecentrum Rijndam. Cursus **'Allergie in beweging'**. Doelgroep: allergologen, dermatologen, longartsen, KNO-artsen, internisten, kinderartsen en bedrijfsartsen. Inlichtingen: PAOG, Erasmus Universiteit Rotterdam, tel. 010-4087880.

## NOVEMBER

- 1-7 Utrecht, Jaarbeurs. **Nationale diabetesdag** ter ere van het twintig jaar bestaan van Diabetes Fonds Nederland. Inlichtingen: Diabetes Fonds Nederland, tel. 033-4622055.
- 2 en 16 Zeist, Slot Zeist. Training **'Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik'**. Doelgroep: professionals die werknemers begeleiden in geval van disfunctioneren en vermoede alcoholproblematiek (bedrijfspsychologen, bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, psychologen, hulpverleners en instellingen voor verslavingszorg). Inlichtingen: Stichting ALCON, mw M. Bakker, tel. 035-6030334.
- 5 - 6 Rotterdam, de Doelen. Cursus **'Ontwikkelingen in de geneeskunde'**. Doelgroep: huisartsen (in opleiding) en andere belangstellenden. Inlichtingen: PAOG, Erasmus Universiteit Rotterdam, tel. 010-4087880.