

De medische opleiding en de buitenlandse patiënt

Naar verwachting zullen in 1990 één miljoen buitenlanders deel uitmaken van de Nederlandse samenleving. Een groot deel van hen zal bestaan uit mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Het merendeel van de buitenlandse werknemers, die ooit als tijdelijke kracht naar Nederland werden gehaald, zal voorgoed in Nederland blijven. Zij zijn of worden vaak met hun gezin herenigd en krijgen hier kinderen die het vaderland van hun ouders niet of nauwelijks kennen. Nederland is hard op weg een multiraciale en multiculturele samenleving te worden. Met alle problemen vandien, ook voor de gezondheidszorg.

Problemen

De specifieke problemen die bij het verlenen van gezondheidszorg aan Turken en Marokkanen ontstaan, berusten op twee dingen: de taalbarrière en het culturele verschil. De problemen met de taal zullen bij de tweede en daarop volgende generaties afnemen en zijn nu al overkoombaar door gebruik te maken van de - ook telefonisch te consulteren - tolkendiensten, maar het culturele verschil zal voortduren. Daarbij zijn in de nabije toekomst grote sociale problemen te verwachten, doordat de volgende generaties als mensen tussen twee culturen een identiteitsprobleem zullen krijgen, het slachtoffer kunnen worden van de toenemende openlijke discriminatie en toch al - qua opleiding b.v. - tot een kansarme groep gaan behoren.

Medische opleiding

Hoe speelt de medische opleiding in op die specifieke problemen bij Turkse en

Marokkaanse patiënten? De nadruk is tot nu toe gelegd op postacademisch onderwijs: verstrekking van informatie en het organiseren van symposia en congressen. Door de hierbij overgedragen kennis over culturele achtergronden kan de hulpverlener effectiever functioneren. In mijn persoonlijke ervaring heeft deze vorm van bijscholing duidelijk een positief resultaat afgeworpen: veel hulpverleners hebben een beter begrip voor hun buitenlandse patiënten gekregen.

Het betreft hier echter slechts incidenteel onderwijs op vrijwillige basis. Gezien de in het begin van dit artikel geschetste omvang van het probleem - het groeiende aantal mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst dat Nederland zal bevolken - is het van belang, dat naast incidentele bijscholing ook binnen het courante curriculum aan de universiteit hieraan aandacht wordt besteed, zodat de medische studenten leren in de toekomst hun Turkse en Marokkaanse patiënten adequaat te behandelen.

Initiatief

Een eerste stap op deze weg is gezet aan de Universiteit van Utrecht. Mede op initiatief van de Werkgroep gezondheidszorg buitenlanders en gesteund door het Ministerie van WVC, de medische faculteit en het Academisch ziekenhuis geef ik sinds januari 1984 onderwijs aan de medische studenten over de problemen die de gezondheidszorg voor buitenlandse patiënten oplevert. Dit onderwijs vindt formeel plaats tijdens de introductiecursus die aan het junior-co-assistentenschap interne geneeskunde voorafgaat en informeel tijdens mijn speciale consultatieve spreekuur voor Turkse en Marokkaanse patiënten op de polikliniek interne geneeskunde. Op dat formele onderwijs tijdens de introductiecursus ga ik hier verder in.

Cursusopbouw

Dat onderwijs valt uiteen in twee onderdelen met verschillende doelstellingen:

- Inleiding in de gezondheidszorg voor buitenlandse patiënten
- Praktische anamnesetraining met behulp

van buitenlandse simulatiepatiënten. De doelstelling van het eerstgenoemde onderdeel is om in klinisch relevante vorm informatie te geven over de problemen rondom de gezondheidszorg met betrekking tot Turkse en Marokkaanse patiënten in Nederland, waarbij met name de nadelige consequenties van het Nederlandse systeem voor deze patiëntengroep naar voren komen en de onnodig gemaakte kosten die hiervan het gevolg zijn. De punten die ter sprake komen staan opgesomd in de tabel.

tabel

- om wat voor bevolking gaat het
 - invloed van cultuur en godsdienst in de relatie tot de gezondheidszorg
 - rol van de man, de vrouw en de kinderen in het islamitische gezin
 - opvattingen van buitenlanders over ziek zijn
 - verwachtingen en illusies van buitenlanders m.b.t. de gezondheidszorg
 - opvang van en communicatie met buitenlanders
 - knelpunten bij het opnemen van de anamnese
 - voorzorgen bij het lichamelijk onderzoek
 - problemen bij laboratorium- en beeldvormend onderzoek (o.a. röntgenonderzoek)
 - problemen indien voor klachten geen lichamelijke (somatische, biologische verklaring kan worden gevonden
 - gebruik van geneesmiddelen en therapietrouw
 - terminale zorg bij buitenlanders
 - arbeidsongeschiktheidsproblematiek
 - specifieke ziekten bij buitenlanders (importziekten)
-

Dit onderwijs wordt steeds gegeven aan groepen van ongeveer tien studenten gedurende één middag. De verschillende punten breng ik ter sprake aan de hand van reële patiëntengevallen, die ik ontleen aan mijn speciale spreekuur. Daarbij kunnen de studenten reageren en hun

eigen ervaringen en ideeën naar voren brengen. Het is dus interactief onderwijs.

Stereotypieën

Vaak blijken de studenten in stereotypieën over buitenlandse patiënten te denken. Shadid en Van Koningsveld (1983) hebben er onlangs op gewezen, dat bepaalde goedbedoelde informatie, b.v. in medische tijdschriften, hier mede schuld aan is. Een ervaring met één uitzonderlijke buitenlandse patiënt wordt daarin soms beschreven als typisch voor "de" buitenlandse patiënt. In mijn onderwijs probeer ik die misvattingen recht te zetten. Zo'n misvatting is b.v., dat Turkse en Marokkaanse patiënten niets willen weten van een psychische of maatschappelijke oorzaak voor hun klachten. Essentieel is echter, dat zij in hun klachten au serieux genomen willen worden en dat zij in de wijze waarop een Nederlandse arts vertelt dat de oorzaak niet lichamelijk is, vaak beluisteren dat er dus "niets" is.

Een andere misvatting is, dat Turkse en Marokkaanse patiënten zich niet lichamelijk willen laten onderzoeken. In de praktijk hoeft zo'n onderzoek door een arts geen problemen op te leveren - noch op religieuze, noch op maatschappelijke gronden zijn er bezwaren tegen - als de arts maar rekening houdt met een grotere gêne, vooral bij vrouwen, dan de Nederlandse patiënt tegenwoordig heeft en dus zorgt voor een vertrouwde sfeer. Hij moet dus zorgen voor een onderzoekkamer waar niet secretariële hulp in en uit loopt, de echtgenoot bij het onderzoek toelaten of de deur van de onderzoekkamer op een kier laten staan. En bovenal: een goede, duidelijke uitleg vooraf.

Overeenkomsten

Geldt dit eigenlijk ook niet voor de Nederlandse patiënt? In de gebruikelijke voorlichting over buitenlandse patiënten ligt de nadruk altijd op de verschillen. Daardoor lijkt de medische studenten de behandeling van buitenlandse patiënten vaak iets heel moeilijks en ingewikkelds, waarvoor zij terugschrikken. Tekenend

hiervoor is, dat enige tijd geleden een junior-co-assistent die op de polikliniek een nieuwe patiënt met een Turkse naam moest statussen, nog zonder de patiënt gezien of gesproken te hebben uitriep: "die patiënt moet maar door dokter Delawi gezien worden!" De patiënt bleek echter perfect Nederlands te spreken en bovendien de Nederlandse nationaliteit te bezitten!

Ik leg tijdens mijn onderwijs juist de nadruk op de overeenkomsten met de behandeling van Nederlandse patiënten. Daardoor krijgen de studenten meer zelfvertrouwen en leren zij een aanpak voor de omgang met buitenlandse patiënten door van vaardigheden gebruik te maken die zij reeds beheersen. De studenten zeggen b.v.: "Maar hoe moet het nu met een Marokkaanse patiënt die nauwelijks Nederlands spreekt als er geen tolk is?" Ik laat ze dan zien, dat contact zonder tolk best lukt, als zij maar simpele, veel voorkomende woorden gebruiken en ook van gebarentaal gebruik maken. De kracht van de urinestraal kun je b.v. uitvragen door een kraan harder of zachter te laten lopen of eventueel te laten druppelen...! Ik vertel ze ook, dat rechtstreeks contact zonder tolk - hoe gebrekkig ook - in mijn ervaring vaak de voorkeur heeft, omdat het contact rechtstreekser is, terwijl een gevoel van geheimhouding verzekerd is.

Islamitische cultuur

Ik heb al aangestipt, dat ik gebruik maak van eerdere ervaringen die de medische studenten hebben opgedaan met buitenlanders. Eén studente was b.v. van mening, dat mannelijke buitenlandse patiënten niet door haar onderzocht zouden willen worden. Dat kwam doordat zij, toen zij een vakantiebaan in een horeca-bedrijf had, had gemerkt dat haar buitenlandse collega's haar niet serieus namen. Toen ik dit analyseerde bleek de werkelijke reden daarvoor niet te zijn geweest dat zij een vrouw was, maar dat zij in de ogen van haar buitenlandse collega's voor een vrouw ongebruikelijke kleding droeg, zoals een strak T-shirt en een spijkerbroek. Islamitische patiënten hebben zeker geen

moeite met een vrouwelijke hulpverlener, als zij zich maar volgens hun culturele opvattingen normaal "vrouwelijk" gedraagt en kleedt. De Islam heeft zelfs een groot respect voor de vrouw, misschien wel meer dan in Nederland gebruikelijk is. Dat is in de bewoordingen die de Islamitische cultuur gebruikt vooral gericht op de moeder, maar straalt af op elke vrouw. Dat de Islamitische cultuur een "mannencultuur" zou zijn, is ook een misvatting die ik vaak moet rechtzetten tijdens mijn onderwijs. Alleen: de verhouding tussen man en vrouw ligt wel anders dan in Nederland en je moet die niet door een feministisch gekleurde bril bekijken!

Zojuist heb ik gesproken over "de" Islamitische cultuur, wat eigenlijk niet goed is. Eén van mijn belangrijkste taken is om te laten zien, dat de Islamitische cultuur niet iets amorfs is, zoals bijna alle studenten menen, maar enorme verschillen binnen zich herbergt, die b.v. al te maken hebben met de geografische herkomst van de patiënten.

Anamnesetraining

Dat ik in mijn onderwijs vooral de nadruk leg op de overeenkomsten met de Nederlandse patiënten, komt nog meer tot zijn recht bij het tweede onderdeel: de praktische anamnesetraining met behulp van buitenlandse simulatiepatiënten. De doelstelling daarvan is niet om "het typische gedrag" van buitenlanders toe te lichten, maar om de studenten daadwerkelijk te laten oefenen in het contact met een patiënt die uit een andere cultuur stamt. Deze training is dan ook geïntegreerd in de verdere anamnese-oefening die tijdens de introductiecurcus plaatsvindt. Nadat een student met de buitenlandse simulatiepatiënt gesproken heeft, ga ik tijdens de nabespreking alleen in op de communicatieproblemen die onder het gesprek zijn gerezen en tracht ik daarvoor, samen met de studenten, praktische oplossingen te vinden. Ik vermijd dan dus algemene uitweidingen over de Islamitische cultuur e.d. De studenten moeten zich dus naar aanleiding van het anamnese-gesprek niet afvragen: "weet ik wel genoeg van de Islam om een goed contact met deze patiënt

te hebben?", maar: "was ik niet teveel met mijn routine-vragenlijst bezig; heb ik wel goed genoeg geluisterd naar wat de patiënt vanuit zijn andere - mij min of meer onbekende - culturele achtergrond trachtte mee te delen en heb ik daarbij ook gelet op het nonverbale?" In wezen dus niet zoveel verschillend van een Fries die een anamnese afneemt van een Limburger!

Evaluatie

Uit de evaluatie door de studenten aan het eind van de introductiecursus blijkt mijn onderwijs zeer positief gewaardeerd te worden. Op grond van deze evaluatie is de volgorde van de beide onderdelen op een gegeven moment gewijzigd: de inleiding in de gezondheidsproblemen van buitenlandse patiënten vóór de praktische anamnesetraining. Tijdens mijn werk op de polikliniek en mijn consulten in de kliniek heb ik de indruk gekregen, dat dit onderwijs op de junior-co-assistenten zijn vruchten heeft afgeworpen.

Literatuur

- Shadid, W.A.R. & Koningsveld, P.S. van (1983) Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg; achtergrondinformatie ten behoeve van de zorg voor moslimse migranten. Assen, Van Gorcum

Summary

Medical Education and the Immigrant Worker as a Patient

Holland is becoming increasingly multi-racial and multicultural. Many immigrant workers from the Islamic world, mainly Turkey and Morocco, stay on, are reunited with their families, and have children here. This causes specific problems for the health care system, mainly linguistic and cultural ones. Until now, medical education on these problems has been restricted to post-graduate teaching. An undergraduate course in methods to cope with these problems is outlined. It takes place at the start of the first clerkship (intern-

al medicine). This course consists of two parts:

- Introduction to health care problems of immigrant workers, their relatives and offspring, which has the format of problem-based, interactive small group-teaching, and which applies the analysis of case-histories.
- Practical training in history-taking, using foreign simulated (programmed) patients.

Unlike the usual teaching about immigrant workers, emphasis is not put on the differences, but on the similarities with Dutch patients, in order to give the students more self-confidence. Both parts of the course have received good evaluation by the students and there are indications that the course has a strong beneficial influence on their functioning later on in the hospital and the outpatients department.