



CHARLES AGYEMANG
EPIDEMIOLOOG EN HOOGLERAAR



Migranten in de spreekkamer: ‘Neem ruim de tijd, dat betaalt zich later terug’

Met de veranderende migrantenstroom krijgen medisch specialisten nieuwe nationaliteiten in hun spreekkamer. Soms gaat het om statushouders met heel wat in hun bagage. Epidemioloog Charles Agyemang, hoogleraar Global Migration, Ethnicity & Health aan het Amsterdam UMC pleit voor meer onderzoek naar de gezondheid van deze groepen en geeft medisch specialisten handvatten voor een beter gesprek met 'de hele mens'.

TEKST FRED HERMSEN BEELD MERLIJN DOOMERNIK

Migranten hebben een eigen set aan problemen: trauma's, relatief grote vatbaarheid voor specifieke aandoeningen, multimorbiditeit, gebrekkige gezondheidsvaardigheden, onbekendheid met onze medische mores en een gebrekkige beheersing van een Europese taal. Ingrediënten voor stroeve gesprekken, incomplete diagnoses, niet begrepen medische adviezen en slechte therapietrouw. 'Artsen en zorginstellingen zijn diep doordrongen van deze problematiek', weet epidemioloog Charles Agyemang, hoogleraar Global Migration, Ethnicity & Health aan het Amsterdam UMC. 'Toch wordt er nog weinig gewerkt aan leidraden, richtlijnen of gedeelde best practices. En ook gericht wetenschappelijk onderzoek – wat hiervoor een mooie basis zou kunnen leggen – ontvangt lippendienst, maar onvoldoende funding.'

Minder gezondheidseffecten

Vraagstukken genoeg. Agyemang richt zijn onderzoek tot op heden sterk op aandoeningen die relatief vaak voorkomen bij migranten: hoge bloeddruk, herseninfarcten, diabetes en depressies. Hij ziet dat bij sommige aandoeningen meer behandeling en meer medicatie tot minder gezondheidseffecten leiden dan bij mensen die in Europa zijn opgegroeid. Denk aan Zuid-Aziaten met diabetes: 'Dat het percentage migranten dat hiermee kampt tot wel vier keer hoger kan liggen, vraagt echt om nader onderzoek. Net als de wisselwerking tussen genetische eigenschappen van patiënten en de situatie waarin ze leven. Momenteel subsidieert de Europese Commissie onderzoek daarnaar, in de hoop dat het veel inzichten oplevert voor diagnostisering en behandelmogelijkheden.' Ook intrigerend: waarom komen sommige aandoeningen onder bepaalde etnische groepen relatief meer voor? Zo hebben Marokkanen statistisch gezien een lagere kans op herseninfarcten en mensen uit Sub-Sahara Afrika hebben relatief lagere cholesterolgehalten maar vaker hoge bloeddruk. Komen mensen uit Zuidoost-Azië, dan hebben ze vaker hart- en vaatziekten dan andere migranten. Obesitas en diabetes type 2 kom je weer tegen in alle migrantengroepen. Meer onderzoek naar deze zaken zou de medisch specialist

'Laten we dus vooral voorzichtig omgaan met generalisaties en het copy-pasten van inzichten'

bewuster kunnen maken als hij migranten behandelt.' De hoogleraar hamert daarbij op eigen Nederlands onderzoek. Hij gruwelt bij de gedachte aan extrapolatie van onderzoeksresultaten over – zeg – Afro-Amerikanen. 'Invloedrijke parameters zijn zo anders in de Verenigde Staten: de aard van het verzekeringswezen, behandelmethoden, toegankelijkheid tot medicijnen en zorg, leefomstandigheden en eetpatronen, sociale verschillen en discriminatie, het klimaat. Allemaal zaken van invloed op de gezondheid. Laten we dus vooral voorzichtig omgaan met generalisaties en het *copy-pasten* van inzichten.'

De hele mens

Agyemang waagt zich ondanks een hoofd vol vragen toch aan een analyse, en geeft *en passant* nuttige adviezen. 'Het is sowieso aan te raden in de gesprekken verder te kijken dan de specifieke aandoening waarmee iemand binnenkomt. Neem de tijd om de hele mens te bezien, en zoom desgewenst in met vragen of een test als je weet dat de patiënt statistisch gezien meer kans maakt op bepaalde aandoeningen.'

Het heikele woord is gevallen: gesprekken. Want wie gesprekken zegt, heeft het over samen beslissen. Wat zijn de kansen op samen beslissen met net gearriveerde statushouders? 'Tja, iedereen weet dat het verwachtingspatroon aan de andere kant van de tafel heel anders kan zijn dan wat jij gaat bieden. Bekend is ook dat patiënten keurig ja knikken als je ze vraagt of ze je uitleg hebben begrepen, om onderweg naar huis te klagen dat de arts hén niet heeft begrepen.'

Te kwetsbaar

Agyemang verklaart: 'Medisch specialisten worden in hun land van herkomst gezien als halve heiligen, tegen wie je niet ingaat, met wie je alles kunt bespreken en op wiens oordeel je volledig kunt vertrouwen. Op zichzelf kunnen medisch specialisten in Nederland dat uitgangspunt benutten, want immigranten staan dus open voor brede gesprekken over de hele mens. Maar dan moeten deze patiënten zich eerst op hun gemak voelen, en moeten ze zeker weten dat je de tijd neemt om hun wereld en hun problemen serieus mee te wegen. Ze voelen zich te kwetsbaar om dat vertrouwen zomaar te geven.'

Hierop inspelen vergt allereerst inzicht in het gespreksverloop. 'De migranten zijn gewend dat de arts de tijd neemt op weg naar een krachtig advies. Zonder in hun ogen confronterende vragen te stellen, zoals: "Vertelt u eens, kunt u uitleggen wat er aan de hand is?" Patiënten komen juist immers om dat van hun arts te horen. In feite zeggen ze alleen maar: kunt u mij helpen?' Nederlanders zijn voorbereid op korte en direct gevoerde gesprekken waarin de arts hardop nadenkt en afweegt, waarin direct wordt



gevraagd wat de patiënt zelf belangrijk vindt en welke behandeloptie de voorkeur heeft. 'Dat gesprek kan ook zo gevoerd worden doordat Nederlanders meestal redelijk goed geïnformeerd en assertief zijn. Dat schept een basis voor samen beslissen.'

Ander gesprek

Moeten medisch specialisten het samen beslissen met migranten dan maar vergeten? 'Niet zomaar', vindt Agyemang, want we zijn tenslotte in Nederland met een eigen zorgcultuur, daar hoort die gesprekstijl bij. Het is wel belangrijk om hierover te meta-communiceren. 'Vertel dus bij aanvang dat het zorgsysteem in Nederland anders werkt- of laat dat uitleggen door bijvoorbeeld een stafmedewerker of verpleegkundige. Schets vooraf dat het een ander gesprek kan worden dan de patiënt gewend is, dat er - wellicht ook nieuw - een mannelijke arts is voor bijvoorbeeld een vrouw uit Somalië. Weerleg zo sensitief mogelijk eventuele onjuiste veronderstellingen en complottheorieën - ook die komen voor onder migranten - en betrek meegekomen familieleden in dat gesprek. Benadruk ook de privacy van de patiënt. En merk op dat de patiënt gaandeweg het consult zich op z'n gemak gaat voelen, en vertrouwen gaat geven.'

Inspirerende normen en waarden

Zou het helpen als de behandelend arts standaard iemand van kleur is? 'Nee, wat wel telt is het gevoel van representativiteit. Het zou dus goed zijn als er op iedere afdeling minstens één medisch specialist van kleur werkt, wat ook

'Zoom desgewenst in met vragen of een test als je weet dat de patiënt statistisch gezien meer kans maakt op bepaalde aandoeningen'

geldt voor een verpleegkundige en een stafmedewerker. Migranten zien nu vooral witte mensen in de gangen, weinig herkenbare mensen waarvan ze denken: "He, die lijkt op mij en zal mijn achtergrond dus wel begrijpen." Zo'n constatering alleen al kan het gevoel opwekken dat het allemaal wel goed komt. Het kan ook praktisch zijn, als deze persoon kan aanschuiven bij bijvoorbeeld communicatieproblemen of spanning in de spreekkamer.' En er is nog een voordeel: 'Artsen met een andere culturele achtergrond moet je niet alleen zien als de oplossing voor een probleem, maar verrijken ook de zorg. Iemand kan inspirerende normen en waarden meebrengen, kan leerzame invalshoeken en vragen aandragen die je van Nederlanders niet snel zult krijgen. En belangrijk: die persoon kent gewoonten en gebruiken in andere culturen, de culturen waar je als medisch specialist meer van zou willen weten.'

Op de vraag of je deze culturele vaardigheden zomaar kunt verwachten van iedere medisch specialist, zegt hij: 'Cultuursensitieve trainingen zullen natuurlijk pas het echte verschil maken, daarmee zou het curriculum van iedere specialist verrijkt moeten worden.' Wat in ieder geval nodig is, en niet al te moeilijk om op te brengen, zijn tijd en luisterend begrip. Maak er desnoods een half uur voor vrij in het begin. Hierin kun je je dus beter wél aanpassen aan wat de migrant gewend is, dat betaalt zich later terug.'

Agyemang wijst erop dat de ervaringen van de patiënt voorafgaand aan het consult al de toon hebben gezet. Hij roemt het zorgstelsel, maar noemt het ook lastig te doorgronden, zeker voor laagopgeleide mensen die de weg in Nederland nog niet kennen. 'De deuren openen zich niet makkelijk zonder technische en sociale vaardigheden, zelfs niet met een verwijsbriefje van de huisarts in de hand. Voorlichting en begeleiding op maat kunnen die drempel sterk verlagen, dat is een opdracht voor het ziekenhuis en de overheid.'

Lees verder op demedischspecialist.nl/Charles-Agyemang waarom hij niet blind vertrouwd op de inzet van tolken.