

Onzichtbare pijn bij migranten: Hoe kan de huisarts helpen?

M.Rijpkema

Master these

ONZICHTBARE PIJN BIJ MIGRANTEN: HOE KAN DE HUISARTS HELPEN?

Een kwalitatieve studie naar succesfactoren in de huisartsenzorg aan niet-westerse migranten met onverklaarde lichamelijke klachten: visies van zowel huisartsen en praktijkondersteuners GGZ als niet-westerse patiënten

Algemene informatie

Auteur: M. Rijkema
Studentnummer: s0163899
Studie: Master Gezondheidspsychologie
Faculteit: Gedragswetenschappen
Datum: 25 oktober 2013

Afstudeercommissie

Universiteit Twente: Dr. C.H.C. Drossaert
Dr. C. Bode

Pharos: Dr. K. Hosper

UNIVERSITEIT TWENTE.



ABSTRACT

Background: The GP (general practitioner) care for medically unexplained physical symptoms (MUPS) is troublesome for GPs and causes pressure on the doctor-patient relationship. When the patient with MUPS is a non-Western migrant, the care process is often even more challenging since the possible language barriers and cultural differences. Current guidelines provide some advice, but no concrete actions for GPs' daily practice. As a consequence, GPs face uncertainty in which approach they should take in these care processes. This study aims at exploring the success factors in the GP care process aimed at non-western patients with MUPS. The focus is especially on factors regarding building a doctor-patient relationship, discussing psychosocial backgrounds, explaining MUPS to patients and reaching an agreement.

Methods: A qualitative approach, interviewing a purposive sample of twelve non-western migrants with MUPS individually and fifteen healthcare providers (including ten GPs and five practice supporters mental health care*) within three focus groups. Data were analyzed according to the principles of 'theoretical coding' established by Strauss and Corbin (1998).

Results: This study has provided a list of practical success factors, including advice, formulations and materials for GP care for non-western migrant patients with MUPS. The most important factors for building and maintaining a good doctor-patient relationship are 'taking the complaints seriously' and 'employing an open and friendly attitude'. Regarding discussing the psychosocial backgrounds a set of questions related to the complaints can be managed. Discussing 'themes not related to the complaints' are important as well. For these themes adaptation to the needs of the patient is necessary. Several patients judge cultural themes as not important to discuss. Several formulations and materials have been given for explaining MUPS to the patient, some of them are more applicable to high and others to low language and education levels. Regarding reaching an agreement most important factors are 'determine whether the patient is afraid of something related to the complaints', 'shifting the focus of somatic to psychosomatic' and 'providing follow-up actions'. In addition, a number of factors have emerged which are important throughout the whole process, such as acknowledging the symptoms and continuing physical examination.

Conclusion: This study provided a few conclusions which were already known from the literature regarding doctor-patient communication and are particularly important for migrants with MUPS. Next to that new conclusions specifically for non-western migrants with MUPS have emerged. For doctor-patient communication the most important factor during the whole care process is adaptation to the patient regarding educational level, language level, needs and preparedness. It is also important to take the patient seriously which can be achieved by acknowledging the symptoms, taking time and providing follow-up actions.

Specifically for the GP-care aimed at non-western migrants with MUPS this study also provides some conclusions. Discussing cultural themes should be adapted to the needs of the patient since the study showed that some patients did not judge this as important, or even judged it as being negative. This study shows that a good relationship, respect, patience and an open attitude are more important than detailed knowledge about the culture of the patient. It can be concluded that most of the patients were open to the explanations in which the term 'stress' or 'psychosocial complaints' is used, provided that nothing has come up from investigations and 'stress' is not used too often. This study also shows that professional interpreters are barely used, notwithstanding that this is recommended in the guidelines. Ultimately, an extensive follow-up study is necessary to determine whether the results from this study can be generalized to all non-western migrants with MUPS.

**a relatively new profession in the Netherlands, whose job is to support the GPs on the psychological track.*

SAMENVATTING

Achtergrond: De zorg aan patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) is ingewikkeld voor huisartsen en veroorzaakt druk op de arts-patiënt relatie. Wanneer de SOLK patiënt van niet-westerse afkomst is, is het zorgproces vaak een nog grotere uitdaging omdat er taalbarrières en culturele verschillen kunnen spelen. Huidige richtlijnen verschaffen enige adviezen, maar geen concrete aanpakken die huisartsen in de dagelijkse praktijk kunnen toepassen. Als gevolg hiervan ervaren huisartsen onzekerheid over welke aanpak ze het best kunnen hanteren in de zorg aan deze patiënten. Deze studie beoogt succesfactoren in de huisartsenzorg aan niet-westerse migrantenpatiënten met SOLK te achterhalen. Hierbij wordt gekeken welke factoren van belang zijn voor het opbouwen van een relatie, het bespreken van psychosociale achtergronden, uitleg geven over SOLK en overeenstemming bereiken over het vervolg.

Methoden: Kwalitatief onderzoek bestaande uit interviews met twaalf niet-westerse migranten met SOLK individueel en drie focusgroep gesprekken met in totaal vijftien zorgverleners (tien huisartsen en vijf praktijkondersteuners GGZ). De data zijn geanalyseerd volgens de principes van 'theoretisch coderen' opgesteld door Strauss en Corbin (1998).

Resultaten: Het onderzoek heeft een lijst met succesfactoren opgeleverd in de vorm van adviezen, formuleringen en materialen voor de huisartsenzorg aan niet-westerse migranten met SOLK. Voor het opbouwen van de relatie zijn het 'serieus nemen van de klachten' en een 'open en vriendelijke houding' aangegeven als belangrijk. Voor het uitvragen van de psychosociale achtergronden is er een reeks vragen gerelateerd aan de klachten en een aantal 'thema's niet gerelateerd aan de klachten' naar voren gekomen. Een deel van de migrantenpatiënten met SOLK vindt het hierbij niet belangrijk om culturele thema's te bespreken. Er zijn verschillende formuleringen en materialen aangegeven voor het geven van uitleg, toepasbaar bij verschillend taal- en opleidingsniveaus en behoeften. Voor het bereiken van overeenstemming zijn als belangrijkste factoren 'het achterhalen of de patiënt ergens bang voor is met betrekking tot de klachten', 'het verleggen van de focus van somatisch naar psychosomatisch' en 'het geven van vervolgstappen' genoemd. Daarnaast zijn een aantal factoren naar voren gekomen die gedurende het hele proces van belang zijn, zoals het erkennen van de klachten en lichamelijk onderzoek blijven doen.

Conclusie: Deze studie heeft enerzijds een aantal punten opgeleverd die al bekend waren uit de literatuur over arts-patiënt communicatie en die van extra belang zijn bij migranten met SOLK en anderzijds een aantal nieuwe conclusies die specifiek zijn voor niet-westerse migranten met SOLK. Voor de arts-patiënt communicatie is de meest belangrijke factor tijdens het hele zorgproces de afstemming van de aanpak op de individuele patiënt naar opleidings-, taalniveau, behoefte en bereidheid. Ook is het belangrijk om de patiënt serieus te nemen door de klachten te erkennen, de tijd te nemen en vervolgstappen aan te geven.

Daarnaast zijn er uit deze studie een aantal conclusies gekomen die specifiek zijn voor deze groep patiënten. Zo moet het bespreken van culturele thema's afgestemd worden op de behoefte van de patiënt, omdat een deel dit niet belangrijk, of zelfs negatief vindt. Deze studie laat zien dat een goede vertrouwensrelatie, respect, geduld en een open houding van de huisarts belangrijker is dan kennis van de cultuur van de patiënt. Bij de meeste migrantenpatiënten in deze studie kan een huisarts uitleg hanteren waarin 'stress' en 'psychische klachten' voorkomen, mits er uit een aantal onderzoeken geen lichamelijke oorzaak is gevonden en de term 'stress' niet te vaak wordt gebruikt. Ook laat de studie zien dat er nauwelijks professionele tolken worden ingezet, ondanks dat richtlijnen dit aanraden. Tenslotte is uitgebreider vervolgonderzoek nodig om te achterhalen of de resultaten uit deze studie generaliseerbaar zijn naar alle niet-westerse migrantenpatiënten met SOLK.

VOORWOORD

De zorg aan migranten wordt door veel huisartsen als ingewikkeld ervaren, net zoals de zorg aan patiënten met SOLK. Daarmee is de zorg aan migrantenpatiënten met SOLK voor veel huisartsen helemaal ingewikkeld. Er zijn weliswaar enkele richtlijnen en algemene adviezen voor de huisartsenzorg aan deze groepen, maar concrete adviezen ontbreken.

In deze studie wordt gekeken naar concrete adviezen in de vorm van formuleringen, methoden en materialen om huisartsen te ondersteunen in de zorg aan niet-westerse migranten met SOLK. Het vormt een onderdeel van het project 'Onzichtbare pijn' van Pharos. De pijn wordt onzichtbaar genoemd omdat patiënten soms al jaren pijn ervaren, maar deze niet zichtbaar is voor de buitenwereld en hiervoor geen oorzaak wordt gevonden.

Zonder de hulp en steun van velen, zou ik niet in staat zijn geweest dit onderzoek uit te voeren en af te ronden daarom zou ik hen graag willen bedanken. Allereerst zou ik graag mijn begeleiders vanuit de Universiteit Twente, Stans Drossaert en Christina Bode, willen bedanken. Zij hebben geholpen om kritisch te kijken naar mijn stuk en ik heb echt het idee dat na iedere feedbackronde mijn stuk een hoger niveau bereikte. Op deze manier heb ik echt het idee dat ik het maximale eruit heb gehaald. Ik heb dan ook veel aan de feedback gehad en hier ook veel van geleerd.

Verder zou ik graag mijn begeleider vanuit Pharos, Karen Hosper, willen bedanken voor de mogelijkheid om mijn onderzoek bij Pharos uit te voeren en de ondersteuning die ik hierbij heb gekregen. Het was ontzettend fijn dat ik altijd bij haar terecht kon met mijn vragen. Ook wil ik Shobha Kamisetti en Marga Vintges bedanken die geholpen hebben bij het organiseren van de dataverzameling. Ik heb niet alleen veel geleerd over mijn afstudeeronderwerp, maar ik heb ook genoten van het werken bij Pharos.

Natuurlijk was het uitvoeren van deze kwalitatieve studie niet mogelijk geweest zonder de patiënten en zorgverleners die hebben deelgenomen. De patiënten die mij een kijkje in hun leven hebben gegeven en de zorgverleners die allemaal erg enthousiast waren om te helpen. Daarom wil ik hen graag bedanken voor de tijd en voor het delen van de ervaringen en meningen. Voor mij was het een mooie en bijzondere ervaring om met mensen met uiteenlopende achtergronden te spreken.

Tenslotte zou ik Caspar en mijn familie willen bedanken voor de ondersteuning tijdens het werk.

Martine Rijpkema
25 oktober 2013

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	6
1.1 Context migranten in Nederland	6
1.2 Uitdagingen in de zorg aan SOLK patiënten.....	7
1.3 Uitdagingen in de zorg aan migranten met SOLK	8
1.3.1 Uitdagingen in de huisartsenzorg vanuit de migrantenpatiënt	8
1.3.2 Uitdagingen in de huisartsenzorg aan migranten vanuit de huisarts.....	9
1.4 Richtlijnen en NHG-standaard voor zorg aan migranten en SOLK patiënten	10
1.4.1 Handvatten huisartsenzorg aan migrantenpatiënten.....	10
1.4.2 Handvatten huisartsenzorg aan patiënten met SOLK	12
1.5 Conclusie.....	13
1.6 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	14
2. METHODEN	16
2.1 Interviews migrantenpatiënten met SOLK	16
2.1.1 Design en deelnemers	16
2.1.2 Procedures.....	16
2.1.3 Interviewschema	16
2.1.4 Data analyse	16
2.2 Focusgroepen met zorgverleners	17
2.2.1 Design en deelnemers.....	17
2.2.2 Procedures en materialen.....	17
2.2.3 Data analyse	17
3. RESULTATEN INTERVIEWS MET PATIËNTEN	19
3.1 Beschrijving onderzoeksgroep	19
3.1.1. Perceptie van de patiënten met betrekking tot de oorzaak voor SOLK.....	20
3.2 Vertrouwensrelatie opbouwen.....	20
3.3 Psychosociale achtergronden uitvragen	22
3.3.1 Wat is belangrijk om te vragen?	22
3.4 Informatie geven	24
3.4.1 Formuleringen.....	24
3.4.2 Materialen	25
3.5 Overeenstemming bereiken	25
3.6 Overige succesfactoren	26
4. RESULTATEN FOCUSGROEPEN ZORGVERLENERS.....	28
4.1 Beschrijving onderzoeksgroep	28
4.2 Vertrouwensrelatie opbouwen.....	28
4.3 Psychosociale achtergronden uitvragen	29
4.3.1 Wat is belangrijk om te vragen?	31
4.4 Informatie geven	33
4.4.1 (On)geschikte formuleringen en metaforen	34
4.4.2 Bruikbare materialen en hulpmiddelen	36
4.5 Overeenstemming bereiken	37
4.6 Overige succesfactoren	39
5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE	41
6. REFERENTIES	46
BIJLAGEN	51

Lijst met tabellen

Tabel 1. Voorbeeldvragen uit het Cultureel Interview	12
Tabel 2. Overzicht functies gehanteerd in de studie van de Haes en Bensing (2009) en deze studie.	14
Tabel 3. Overzicht van de eigenschappen van de respondenten van de interviews	19
Tabel 4. Overzicht van de soort klachten, duur van de klachten, aantal huisartsbezoeken per maand en periode bij de huidige huisarts.....	19
Tabel 5. Oorzaak voor de klachten volgens de patiënt	20
Tabel 6. Succesfactoren voor het opbouwen van een goede arts-patiënt relatie	21
Tabel 7. Wat is belangrijk om te vragen?	23
Tabel 8. Wat is ongeschikt om naar te vragen?	23
Tabel 9. Welke uitleg hebben patiënten gekregen en wat is hun mening daarover?	24
Tabel 10. Welke materialen worden gebruikt voor uitleg geven en wat vinden patiënten hiervan?	25
Tabel 11. Succesfactoren voor het bereiken van overeenstemming	25
Tabel 12. Faalfactoren voor het bereiken van overeenstemming	26
Tabel 13. Overige succesfactoren in de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten met SOLK	27
Tabel 14. Kenmerken deelnemers focusgroepen	28
Tabel 15. Succesfactoren voor het opbouwen van een relatie met migranten	28
Tabel 16. Succesvolle strategieën voor het bespreken van psychosociale achtergronden	30
Tabel 17. Wat is belangrijk om te vragen? (klachtgerelateerd)	31
Tabel 18. Wat is belangrijk om te vragen? (niet klachtgerelateerd)	32
Tabel 19. Algemene succesfactoren voor het uitleg geven over SOLK	33
Tabel 20. Formuleringen en metaforen die succesvol zijn in het uitleg geven over SOLK	34
Tabel 21. Faalfactoren voor de formulering van uitleg over SOLK	36
Tabel 22. Formuleringen en metaforen die succesvol zijn in het uitleg geven over SOLK	36
Tabel 23. Succesfactoren voor het bereiken van overeenstemming over het vervolg beleid	38
Tabel 24. Overige succesfactoren in de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten met SOLK	39

1. INLEIDING

1.1 Context migranten in Nederland

Een derde van alle Nederlandse patiënten die bij de huisarts komt, heeft symptomen die medisch niet verklaard kunnen worden (Sharpe, 2006). 10-15 procent van deze klachten behoort tot Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten: SOLK (Multidisciplinaire richtlijn, 2010). Vanuit de Multidisciplinaire richtlijn (richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met SOLK, opgesteld door verschillende beroepsverenigingen) luidt de definitie voor Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten als volgt:

‘Lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart.’

Het gaat hierbij om lichamelijke klachten, waaronder vermoeidheid, buikkoliken, gewrichtsklachten, hoofdpijn, duizeligheid, hartkloppingen en nek- en schouderpijn, die enkele weken aanhouden en waarvoor geen medische oorzaak wordt gevonden (Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) voor de intercollegiale toetsing Richtlijn SOLK, 2010; Blok & Houtveen, 2011). Hieronder vallen ook klachten waar wel een somatische aandoening voor wordt gevonden maar de klachten ernstiger of langduriger zijn dan gebruikelijk. De klachten kunnen variëren van milde vormen tot heftige vormen met ernstige beperkingen (Rosendal, Olesen & Fink, 2005). Bij een groot deel verdwijnen de klachten na een tijd, maar bij 10-30 procent verergeren de klachten (Multidisciplinaire richtlijn, 2010). Ondanks het uitsluiten van lichamelijke ziektes voelt de patiënt zich vaak nog steeds ziek en blijft op zoek naar de juiste medische hulp (Rosendal, et al., 2005).

Hoewel SOLK voorkomt onder zowel de autochtone als allochtone bevolking, is het percentage hoger onder niet-westerse migranten (Bekker & van Mens-Verhulst, 2008; Verhaak, Meijer, Visser & Wolters, 2006). Een eenduidig aantal van niet-westerse migranten met SOLK is moeilijk aan te geven omdat de klachten niet op dezelfde manier worden geregistreerd, niet op één plek worden bijgehouden en patiënten bij verschillende hulpverleners in behandeling zijn (Verhaak, et al., 2006). Het percentage niet-westerse migranten waarbij de klachten chronisch worden, is ook onduidelijk (Verhaak, et al., 2006). SOLK komt veel voor onder de volgende groepen: oudere mensen, vrouwen, mensen met een lage sociaal economische status, werklozen (Verhaak, et al., 2006; Stafford, & Marmot, 2003; Nielen, Verheij, Bakker & Devillé, 2007) en mensen wonend in achterstandswijken (Nielen, et al., 2007). In deze studies is niet gekeken naar etniciteit. Een factor die sterk samenhangt met onverklaarde klachten is stress (Houdenhove, 2008). Er zijn twee oorzaken waarom veel migranten stress ervaren. Ten eerste wonen relatief veel migranten in achterstandswijken. Over het algemeen wordt er in deze wijken minder gezond geleefd, zijn mensen vaker werkloos en ervaart men meer stress (Van der Lucht & Verkleij, 2001). Het wonen in een achterstandsgebied wordt beschouwd als een onafhankelijk risicofactor voor onverklaarde klachten (Nielen, et al., 2007). Ten tweede brengt de migratie zelf extra stressoren met zich mee. Op die manier kunnen migranten stress (hebben) ervaren door het leren leven in een andere maatschappij en de moeilijkheden die met migratie gepaard gaan (Déville, 2010). Moeilijkheden in het migratieproces zijn bijvoorbeeld heimwee en het vluchten, wat de mensen kwetsbaar maakt voor stress. Ook is er in sommige gevallen sprake van verlies van een sociaal netwerk en mogelijk identiteitsverlies (Van Schayk & Hosper, 2012).

De doelgroep die centraal staat binnen deze studie zijn niet-westerse migranten met SOLK. Volgens de definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) wordt iemand als ‘allochtoon’ gezien wanneer de persoon zelf of minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren (Atria-kennisinstituut, 2013), in Nederland geldt dit voor één op de vijf inwoners (de Jong & Van Duin, 2011). Het CBS (2012) deelt de migranten op in ‘westers’ en ‘niet-westers’, deze categorisering is niet alleen gebaseerd op culturele of geografische kenmerken, maar ook op het gegeven dat een land wel of niet een westerse culturele achtergrond heeft (Atria-kennisinstituut, 2013). Op 1 januari 2012 telde Nederland 1,94 miljoen niet-westerse allochtonen (CBS, 2012).

1.2 Uitdagingen in de zorg aan SOLK patiënten

Het behandeltraject voor SOLK patiënten (zowel allochtoon als autochtoon) loopt veelal moeizaam waarbij arts en patiënt vaak ontevreden zijn (Carson, Stone, Warlow & Sharpe, 2004). De patiënt met SOLK voelt zich vaak niet serieus genomen, niet begrepen en blijft ongerust, terwijl de huisarts zich geïrriteerd en machteloos voelt (Multidisciplinaire richtlijn, 2010; Olde Hartman, Van Rijswijk, van Dulmen, van Weel-Baumgarten, Lucassen & van Weel, 2013). Het gevolg kan zijn dat de klachten toenemen, permanent worden en beperkend zijn in het dagelijks leven (Reid, Whooley, Crayford & Hotopf, 2001). Op deze manier leiden de klachten vaak tot een frequent huisartsenbezoek en daarmee tot een hoge werkdruk van de huisarts (Harmsen & Bruijnzeels, 2005). De frequentie van het huisartsenbezoek is nog hoger onder migrantenpatiënten met SOLK (Liefbroer & Mulder, 2004). Een huisarts werkzaam in een praktijk in het Utrechtse Overvecht schatte het percentage niet-westers patiënten met SOLK hoger dan 50 procent (bijeenkomst Zorginspiratie Nederland, Utrecht 10 maart 2011).

Er zijn verschillende oorzaken te noemen voor het vaak moeizame verloop van het behandeltraject bij SOLK. Ten eerste worden de gesprekken tussen huisartsen en SOLK patiënten vaak als ingewikkeld beschouwd doordat de relatie tussen oorzaak en symptoom onduidelijk is. Op die manier weet de huisarts, in afwezigheid van een diagnose en prognose, niet goed hoe hij de patiënt verder moet helpen (Olde Hartman, Hassink-Franke, Lucassen, van Spaendonck & van Weel, 2009). Ten tweede is het stellen van een diagnose ingewikkeld voor de huisarts doordat de patiënten de symptomen vaak op een vrij ongestructureerde manier weergeven (Olde Hartman, et al., 2013). Bij het omgaan met patiënten, waarbij ze geen diagnose hebben kunnen stellen, ervaren huisartsen vervolgens onzekerheid en stress (Atkins, Brownell, Kornelsen, Woollard & Whiteley, 2013). Daarnaast lijken artsen het moeilijk te vinden om bij deze patiënten te beginnen over psychosociale problemen. Zo geven veel patiënten wel psychologische signalen tijdens het consult, maar gaan huisartsen hier niet of nauwelijks op in (Salmon, Dowrick, Ring & Humphris, 2004). Wellicht dat artsen het lastig vinden omdat deze patiënten binnenkomen met een lichamelijke klacht en vaak niet over psychosociale problemen willen beginnen (Van Schayk & Hosper, 2012). Tenslotte vinden huisartsen het vaak lastig om een goede uitleg over de klachten te geven terwijl de patiënt hier veel behoefte aan heeft (Ring, Dowrick, Humphris, Davies, & Salmon, 2005; Kleinman, 1980; Rosendal, et al., 2005). Voor veel patiënten zorgt het hebben van pijnlachten zonder dat ze duidelijke uitleg of een diagnose krijgen voor meer onrust, het gevoel dat ze niet serieus worden genomen en ook kan het aanleiding zijn voor hulp-zoekgedrag waarbij ze verder zoeken naar verklaringen en behandelingen (Wilgen, van & Keizer, 2004; Olde Hartman, et al., 2013). Op deze manier is een behandeling waarin geen concrete uitleg wordt gegeven vaak niet effectief (Olde Hartman, et al., 2013).

Van een aantal factoren is bekend dat ze van belang zijn bij de behandeling van SOLK. Allereerst worden het expliciet uitvragen van psychosociale achtergronden samen met het bereiken van overeenstemming genoemd als belangrijke handelingen voor het bereiken van goede gezondheidsuitkomsten (Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam & Freeman, 1995). Met name bij SOLK is overeenstemming van groot belang omdat in veel gevallen de arts en de patiënt verschillende ideeën hebben over wat het probleem is en wat er aan gedaan zou moeten worden. Dit maakt het ingewikkeld om tot een behandelvorm te komen (Van der Feltz-Cornelis, Swinkels, Blankenstein, Hoedeman & Keuter, 2011). Ten tweede is goede communicatie belangrijk bij SOLK voor het opbouwen van een goede relatie, het bereiken van overeenstemming en het geven van uitleg. Voor het beleid bij SOLK zijn een goede arts-patiëntrelatie en communicatie van essentieel belang (Olde Hartman, et al., 2013). In de huidige situatie lijkt het er echter op dat (mis)communicatie tussen arts en patiënt bijdraagt aan het voortbestaan van SOLK (Sumathipala, Siribaddana, Hewege, Sumathipala, Prince, & Mann, 2008). Ook in het algemeen stelt Bot (p. 44, 2013) 'Goede zorg staat of valt met goede communicatie', terwijl bij de behandeling van niet-westerse migrantenpatiënten cultuur en de beheersing van taal nog een extra dimensie toevoegen in deze vaak al ingewikkelde communicatieprocessen tussen arts en patiënt (Ulrey & Amason, 2001; Olde Hartman, et al., 2013).

1.3 Uitdagingen in de zorg aan migranten met SOLK

Omdat er nauwelijks literatuur te vinden is over de zorg aan de specifieke groep 'niet-westerse migranten met SOLK', is gekeken naar wat er reeds bekend is over de uitdagingen in de huisartsenzorg aan niet-westerse patiënten met of zonder SOLK. Eerst wordt ingegaan op uitdagingen vanuit de migrantenpatiënt en vervolgens vanuit de huisarts.

1.3.1 Uitdagingen in de huisartsenzorg vanuit de migrantenpatiënt

Taal

De helft van de patiënten met een migratieachtergrond spreekt onvoldoende Nederlands om een gesprek met de hulpverlener te kunnen voeren en begrijpen (Bot, 2013), terwijl taal in de huisartsenzorg het belangrijkste middel is voor betekenisoverdracht. Gevolgen van het niet goed beheersen van de Nederlandse taal zijn ten eerste slechtere uitkomsten van zorg (Bischoff, 2012). Op deze manier kunnen de klachten in stand worden gehouden. Ten tweede kunnen patiënten door een taalbarrière vaak moeilijk hun vragen en klachten formuleren, wat belangrijk is voor de klachtrepresentatie (Bazelmans, 2006; Suurmond, Seeleman, Stronks & Essink-Bot, 2012). Daarnaast begrijpen ze de uitleg niet altijd (Liefbroer & Mulder, 2004). Tenslotte zullen patiënten die een taalbarrière ervaren, vaak een andere relatie opbouwen met de huisarts (Suurmond, et al., 2012). Door deze factoren zijn migranten met een lage taalvaardigheid vaker ontevreden over de uitleg van de huisarts (Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels & Meeuwesen, 2008). Richtlijnen voor de omgang met een taalbarrière in de huisartsenzorg ontbreekt vooralsnog (De Maesschalck, 2012). Enkel in een aantal richtlijnen wordt het gebruik van professionele tolken aangeraden, hier wordt echter niet duidelijk in welke gevallen dit al dan niet nodig is.

Cultuur

Naast taal beïnvloedt ook de culturele achtergrond de klachtenpresentatie van de patiënt (Suurmond, et al., 2012). Ten eerste is er verschil in gezondheid- en ziektebeelden van autochtonen en migranten en worden hiermee andere verklaringen gehanteerd voor ziektes. Op die manier zien sommige migranten bijvoorbeeld de geest en het lichaam als gescheiden van elkaar waardoor psychologische klachten niet aan fysieke klachten worden gerelateerd (Suurmond, et al., 2012). Ten tweede uiten migranten klachten vaak op een andere manier. Zo gebruiken Marokkanen en Turken bijvoorbeeld symbolen, anekdotes, gezegden en verhalen om te vertellen wat er aan de hand is (Vink, Heijden, Helma, van der, Wiese & Van Eerd, 2002). Een ander cultureel verschil is dat huisartsen het gevoel hebben dat migranten vaker somatiseren (Suurmond, et al., 2012). Somatiseren houdt in dat psychologische problemen in lichamelijke problemen worden omgezet bij het verklaren van symptomen of een ziekte (Lipowski, 1988). Een culturele reden voor somatiseren van psychische problemen kan zijn dat sociale harmonie van groot belang is en inter- en intrapersonlijke conflicten daaraan ondergeschikt zijn (Honecamp, Kramer & Sönmetz, 2012; Bekker & Schepman, 2009). Een andere oorzaak kan zijn dat er sociale en morele stigma verbonden zijn aan mentale problemen wat kan veroorzaken dat emotionele nood als lichamelijke pijn wordt geuit (Canino, Rubio-Stipec, Canino & Escobar, 1992). Omdat er een taboe op rust in sommige culturen, zijn migrantenpatiënten met SOLK vaker ontevreden met de uitleg dat de klachten psychisch zijn. Schrier (2013) nuanceert het beeld dat somatiseren vaker voorkomt onder niet-westerse patiënten. Uit dit onderzoek bleek dat de neiging om te somatiseren in grotere mate bepaald wordt door factoren die te maken hebben met sociaal economische status dan culturele of etnische factoren. Bovendien blijkt de hogere mate van somatisatie die aan migranten wordt toegeschreven gebaseerd op ongecontroleerde observaties en beoordelingen door kleine groepen ervaringsdeskundigen (Avezaat, 1990; Knipscheer & Kleber, 1994).

Gezondheidsvaardigheden

Een relatief hoog aantal niet-westerse patiënten heeft dermate lage gezondheidsvaardigheden (Kickbusch, Pelikan, Apfel & Tsouros, 2013) dat ze informatie over gezondheid niet goed kunnen

verkrijgen, begrijpen en gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen (Twickler, Hoogstraaten, Reuwer, Singels, Stronks & Essink-Bot, 2009). Vanwege het gebrek aan voldoende kennis en inzicht in de werking van het lichaam en de geest hebben bepaalde onderwerpen een emotionele lading waarvan de huisarts zich niet bewust is (Vloeberghs & Bloemen, 2005). Bovendien spreken patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en gezondheidsprofessionals op verschillende niveaus, wat goede communicatie belemmert. Lage gezondheidsvaardigheden zijn dan ook gerelateerd aan minder interactie in ontmoetingen tussen arts en patiënt, welke in combinatie met het gebruik van complexe medische taal door artsen, kan bijdragen aan slechte arts- patiënt communicatie (Kripalani, Jacobson, Mugalla, Cawthon, Niesner & Vaccarino, 2010). Van de Nederlandse bevolking heeft 29 procent ontoereikende gezondheidsvaardigheden, gemeten aan de hand van het 47 items tellende European Health Measurement Instrument gericht op de waargenomen moeilijkheid van gezondheidsrelevante taken (Kickbusch, et al., 2013). Geletterdheid vormt een voorwaarde voor goede gezondheidsvaardigheden (Lechner, Mester & Bolman, 2010) en in Nederland zijn zo'n half miljoen laag- en ongeletterde migranten (Twickler, et al., 2009).

Verwachtingen ten aanzien van de zorg

Tenslotte hebben veel migranten andere zorgbehoeften en andere verwachtingen met betrekking tot de omgang met de patiënt door de arts (Bazelmans, 2006; Veling, Blom & Hoek, 2013). Sommige migranten verwachten bijvoorbeeld dat de huisarts meteen, zonder twijfel, weet wat er aan de hand is (Vink, et al., 2002) en de klachten doet verdwijnen (Ravensberg & Barendse, 2008). Vaak is er sprake van angst voor een bepaalde ziekte of aandoening en is de huisarts niet in staat deze weg te nemen (Vink, et al., 2002). Over het algemeen geven migrantenpatiënten aan onvoldoende duidelijk en begrijpelijk uitleg te ontvangen van de arts over zowel de diagnose als behandeling (Lindert, van, Friele & Sixma, 2000). Voornamelijk Turken en Marokkanen hebben hier last van (Lindert, van, et al., 2000).

Naast de communicatieve aspecten van het behandelproces, zijn er binnen het proces ook nog andere verwachtingen die vragen om andere zorg voor migrantenpatiënten. Onder Turken en Marokkanen is er bijvoorbeeld sprake van veel onvrede over aanvullend onderzoek. Op die manier geven veel Marokkanen en Turken aan dat ze wel eens hebben meegemaakt niet doorverwezen te zijn door de huisarts, terwijl zij dit wel wensten (Vink et al., 2002). Een oorzaak hiervoor kan zijn dat de patiënt niet helemaal op de hoogte is van de werking van de Nederlandse gezondheidszorg. Zo is er in veel andere landen, waaronder Marokko en Turkije, geen poortwachter functie zoals de Nederlandse huisarts die heeft en kunnen patiënten rechtstreeks naar de tweedelijns zorg (Vink, et al., 2002).

1.3.2 Uitdagingen in de huisartsenzorg aan migranten vanuit de huisarts

Behalve vanuit de patiënt zijn er ook vanuit het perspectief van de huisarts verschillende uitdagingen te noemen in de huisartsenzorg aan migranten. Zo geven huisartsen ten eerste aan dat ze migrantenpatiënten een complexe groep vinden omdat ze de klachtenpresentatie moeilijk te interpreteren en tijdrovend vinden (Schrier, 2013). Ten tweede ervaren huisartsen de zorgvraag van deze groep als overdreven (Wasei, 2004). Andere uitdagingen zijn dat ze vaak ver van de patiënt af staan en communicatieve problemen ervaren door een gebrek aan kennis en vaardigheden betreffende deze populatie (Schouten & Meeuwesen, 2006). Bovendien zijn artsen in vergelijking met het gedrag ten opzichte van autochtone patiënten, zakelijker (Figueroa, Rassam & Spong, 2013; Schouten & Meeuwesen, 2006), betrekken ze migranten minder bij de besluitvorming en controleren ze minder vaak of een migrantenpatiënt hen heeft begrepen (Schouten, Meeuwesen & Harmsen, 2007; Figueroa, et al., 2013). Ook geven artsen aan dat ze te maken hebben met het probleem dat de taal of het taalgebruik van de patiënt een beletsel is om voldoende informatie van hen te verkrijgen (Van den Over, 2005). Veel professionals gaan er onbewust van uit dat hun eigen lees- en denkniveau de norm zijn en beseffen op die manier niet hoe ver de niveaus van de professional en patiënt uit elkaar liggen. Ze gebruiken abstracte modellen en geven informatie die niet aansluit bij het perspectief van de patiënt (Seeleman, Stronks, Van Aalderen & Bot, 2012). Tot slot, verwacht een

Nederlandse huisarts van een patiënt dat hij in staat is de eigen klachten te vertalen in een behandelbaar probleem en daarbij passende hulp zoekt, wat bij migranten vaak niet het geval is (Vink, et al., 2002). Op deze manier sluit de informatie-uitwisseling vaak niet goed op elkaar aan (Wasei, 2004). Dit belemmert het uitvoeren van de functies van medische communicatie zoals opgesteld in het 'Six function model of medical communication' van de Haes en Bensing (2009). Het model geeft aan dat medische communicatie de volgende zes functies heeft: Relatie opbouwen, informatie verzamelen, informatie geven, beslissing maken, ziekte en behandeling gerelateerd gedrag stimuleren en reageren op emoties. Van deze functies zijn een aantal van groot belang voor SOLK, zoals eerder in paragraaf 1.2 is genoemd: het uitvragen van psychosociale achtergronden (informatie verzamelen), uitleg geven (informatie geven) en het bereiken van overeenstemming (beslissing maken) (Stewart, et al., 1995; Olde Hartman, et al., 2013). Daarnaast kan moeizame communicatie het opbouwen van een goede relatie ook belemmeren. Voor het uitvoeren van deze vier communicatiefuncties in de zorg aan migranten met SOLK hebben huisartsen dan ook aangegeven behoefte te hebben aan ondersteuning. Dit bleek uit eerder onderzoek van Pharos (persoonlijke communicatie van den Muijsenbergh, 10 juni 2013).

Conclusie

Vanuit de migrantenpatiënten zijn er factoren gerelateerd aan cultuur, opleidingsniveau (Schellingerhout, 2004), taal, gezondheidsvaardigheden en verwachtingen ten aanzien van de zorg die de klachtenpresentatie en communicatie negatief beïnvloeden. Dit terwijl bekend is dat communicatie vaak het belangrijkste middel vormt binnen het behandelproces van SOLK (Ring, et al., 2005; Olde Hartman, et al., 2013). Daarnaast zijn er ook verschillende factoren die vanuit de huisarts een uitdaging vormen, zoals het gebrek aan kennis betreffende de populatie wat samen met een laag taalniveau van de patiënt tot communicatieve problemen kan leiden.

Ondanks dat er een overzicht is in de literatuur van de uitdagingen in de huisartsenzorg bij SOLK patiënten en migrantenpatiënten, is er nog weinig bekend over de manier waarop met dergelijke uitdagingen omgegaan kan worden. In de komende paragrafen worden de reeds verschenen handvatten voor de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten enerzijds en aan SOLK patiënten anderzijds beschreven, waarbij wordt gekeken in hoeverre deze een concrete aanpak bieden voor deze zorg.

1.4 Richtlijnen en NHG-standaard voor zorg aan migranten en SOLK patiënten

Er zijn reeds verschillende handvatten opgesteld voor het inrichten van goede zorg aan migrantenpatiënten enerzijds en aan patiënten met SOLK (autochtoon en allochtoon) anderzijds. Hieronder worden eerst drie handvatten voor zorg aan migrantenpatiënten toegelicht en vervolgens twee handvatten voor de zorg aan patiënten met SOLK.

1.4.1 Handvatten huisartsenzorg aan migrantenpatiënten

Cultuur competente zorg

Om te zorgen dat zorg aansluit op behoeften en wensen van migranten is het belangrijk dat de zorg 'cultuur competent' is, wat inhoudt dat men taal gebruikt die past bij de cultuur van de patiënt, culturele kennis heeft van de cultuur van de patiënt, begrip heeft van diens culturele waarden en deze betreft in het diagnosticeren van patiënten en de behandeling aanpast volgens de culturele kennis die ze hebben over een patiënt (Schouten & Meeuwesen, 2006; Ulrey & Amason, 2001). Een cultureel competent zorgsysteem erkent en integreert op alle niveaus het belang van etnische herkomst, en de dynamiek die voortkomt uit etnische diversiteit van de populatie en past zijn zorgaanbod zodanig aan dat toegankelijkheid en kwaliteit gewaarborgd zijn en tegemoetkomen aan de zorgbehoefte in een etnisch diverse populatie (Ulrey & Amason, 2001).

Een gebrek aan culturele competenties bij de hulpverlener kan leiden tot onbegrip, terwijl wederzijds begrip tussen arts en patiënt essentieel is voor kwalitatief goede zorg. Wederzijds begrip is de kennis die de arts en de patiënt van elkaars opvattingen over de klacht hebben (Meeuwesen & Harmsen, 2007). Ook kan gebrek aan culturele competenties leiden tot fouten, waaronder bijvoorbeeld het stellen van een verkeerde diagnose en het kan de ethische waarden van de patiënt schaden (Ulrey & Amason, 2001; Schouten & Meeuwesen, 2006). De miscommunicatie die op die manier ontstaat, kan ontevredenheid, angst en stress veroorzaken bij de patiënt en de hulpverleners (Kreps & Thornton, 1984; Ulrey & Amason, 2001). Culturele competentie is dan ook gerelateerd aan effectieve interculturele communicatie (Ulrey & Amason, 2001).

Culturele competenties bestaan uit de volgende drie pijlers (Muijsenbergh, van den & Oostenberg, 2013):

1. Persoonsgerichte houding: empathie, respect en nieuwsgierigheid;
2. Kennis over de relatie tussen ziekte en etnische / sociaal-culturele factoren;
3. Vaardigheden; waaronder communicatie.

Volgens Van de Wakker (2006) zijn respect en geduld de belangrijkste voorwaarden om bij interculturele communicatie tussen hulpverlener en patiënt een brug te kunnen slaan. Dit komt overeen met de eerste pijler 'persoonsgerichte houding'. Wat houding betreft, blijkt uit onderzoek dat hulpverleners die getraind zijn in cultureel sensitief handelen, opener, flexibeler en toleranter zijn, een toegenomen zelfvertrouwen hebben, goed kunnen omgaan met dubbelzinnigheden en in staat zijn anderen beter te begrijpen in vergelijking met hulpverleners die geen training hebben gehad (Majumdar, 1999). Ook zijn ze beter in staat om verbale en non-verbale signalen op te vangen van mensen van verschillende culturele achtergronden (Majumdar, Browne, Roberts & Carpio, 2004). Het communiceren met mensen uit een andere cultuur gaat vaak gepaard met angst, onzekerheid en stress (Olaniran, 1993). Deze stress bij de huisarts kan verminderd worden door kennis te krijgen van andere culturen, het hebben van positieve contacten met individuen van andere culturen en het krijgen van sociale steun en feedback (Adelman, 1988).

Van belang in cultuur competente zorg is dat de arts de klachten serieus neemt. Een andere belangrijke competentie is het kunnen inschatten wanneer de arts op basis van kennis kan generaliseren en wanneer hij meer moet weten over de individuele patiënt (Sue, 1998). Het doel hiervan is stereotypering en daarmee een verkeerde diagnose te voorkomen. Hiervoor moet de arts zich bewust zijn van zijn of haar stereotype ideeën. Ook is het belangrijk dat de arts en de patiënt samen verschillende oplossingen bekijken en een keuze maken (Suurmond, et al., 2012).

Hoewel bovenstaande beschrijving van cultuur competente zorg een aantal voorwaarden geeft waaraan goede zorg aan migrantenpatiënten moet voldoen, wordt er niet ingegaan op de migrantenpatiënten met SOLK. Ook is er ondanks de vele aandacht geen eenduidige visie op wat de culturele competenties zouden moeten inhouden en hoe deze kunnen worden gemeten. Binnen Nederland is er nauwelijks onderzoek gedaan naar culturele competenties (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008). Bovendien wordt niet concreet aangegeven wat een huisarts kan doen om te zorgen voor succesvolle communicatie. Zo wordt bijvoorbeeld niet aangegeven op welke manier een huisarts overeenstemming met de patiënt kan bereiken en welke vragen er gesteld kunnen worden om belangrijke dingen van de patiënt te weten te komen. Voor het stellen van vragen om een patiënt te leren kennen is een instrument ontwikkeld, dat in de volgende paragraaf wordt beschreven.

Cultureel interview

Een handvat dat is ontwikkeld ter ondersteuning van cultuur competente zorg is het cultureel interview. Het cultureel interview biedt de zorgverlener hulp bij het leren kennen van de achtergrond van de patiënt, wat belangrijk is voor het bieden van goede zorg aan migrantenpatiënten. Om het bestaande classificatiesysteem binnen de hulpverlening beter op de behoeften van migranten te laten aansluiten, is in 2002 de 'culturele formulering' als bijlage van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' opgenomen (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Oorspronkelijk is de culturele formulering geschreven voor gebruik binnen de GGZ. Onderdeel hiervan is het Cultureel Interview (Rohloff, Loevy, Stassen & Helmich, 2002), een vragenlijst gericht op het verzamelen van

informatie die nodig is om het zorgaanbod op maat te maken en te personaliseren en contextualiseren. Het cultureel interview biedt een aantal concrete voorbeeldvragen aan die ingaan op de culturele identiteit van het individu (taal/etniciteit en cultuur), culturele verklaringen voor de ziekte, culturele factoren in de psychosociale omgeving (familie) en culturele elementen tussen patiënt en hulpverlener (geloof). In tabel 1 staan per thema een aantal voorbeeldvragen weergegeven.

Tabel 1. Voorbeeldvragen uit het Cultureel Interview

Thema	Voorbeeldvraag
<i>1. Culturele identiteit van het individu</i>	
Taal	• Wat is de taal waarmee u bent opgegroeid? Welke taal spreekt u thuis?
Etniciteit en cultuur	• Hoort u tot een bepaalde groep in uw land die anders is dan andere (etnische) groepen? Wat maakt deze groep anders dan andere groepen?
<i>2. Culturele verklaringen voor de ziekte</i>	
Klachten in cultureel perspectief	• U heeft over uw klachten verteld: hoe noemt u die in uw eigen taal?
<i>3. Culturele factoren in de psychosociale omgeving</i>	
Familie	• Hoe zou u de verhouding met uw partner omschrijven? Praat u met haar / hem over uw klachten?
Geloof	• Bent u gelovig? Gaat u naar de kerk / moskee / synagoge?
<i>4. Culturele elementen tussen patiënt en hulpverlener</i>	
	• Is het voor u belangrijk dat uw hulpverlener een man of een vrouw is of dezelfde religie heeft als u?

Uit evaluatie blijkt dat met behulp van het cultureel interview in relatief korte tijd een systematisch overzicht van de culturele referentiekaders van een cliënt kan worden verkregen en een interpretatie van de klachten naar stereotiepe beeldvorming kan worden voorkomen (Feijter, de, 2006). Ook draagt het bij aan de opbouw van de relatie tussen arts en patiënt waardoor de behandeling meer kans van slagen krijgt.

Het cultureel interview biedt een mogelijk hulpmiddel om de huisartsenzorg op maat te maken voor migrantenpatiënten, echter is de effectiviteit ervan in de huisartsenzorg nog niet onderzocht. Het biedt voorbeeldvragen die gesteld zouden kunnen worden tijdens de klachtexploratie. Het cultureel interview is echter geschreven voor de GGZ en het is nog onzeker of het praktische haalbaarheid heeft in de huisartsenzorg. Ook is onduidelijk op welke manier het cultureel interview ingezet zou kunnen worden in de huisartsenzorg. Op een pilot studie (Van Dijk, Beijers & Groen, 2011) na, is nog niet onderzocht of het cultureel interview daadwerkelijk succesvol is bij migranten en op welke manier het bij deze doelgroep het beste ingezet zou kunnen worden.

1.4.2 Handvatten huisartsenzorg aan patiënten met SOLK

Naast de in de vorige paragraaf beschreven aanpakken voor de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten, zijn er ook een aantal richtlijnen geschreven met betrekking tot de behandeling van patiënten met SOLK. Hieronder wordt op twee van deze richtlijnen ingegaan.

Multidisciplinaire richtlijn voor SOLK

In 2010 hebben verschillende beroepsverenigingen van onder andere psychologen, verpleegkundigen, psychotherapeuten en huisartsen een multidisciplinaire richtlijn opgesteld voor de

diagnostiek en behandeling van patiënten met SOLK (Multidisciplinaire richtlijn, 2010). Hierin wordt een algemeen stappenplan aangeboden voor de fasen van herkenning, bejegening, diagnostiek en behandeling van patiënten met SOLK. De multidisciplinaire richtlijn gaat niet tot nauwelijks in op de zorg aan migranten met SOLK. Daarnaast ontbreekt een concrete aanpak. Bovendien worden dergelijke multidisciplinaire richtlijnen die geschreven zijn voor meerdere beroepsgroepen, vrijwel niet gebruikt door huisartsen (persoonlijke communicatie van den Muijsenbergh, 10 juni 2013).

NHG-standaard voor SOLK

De NHG-standaard voor SOLK biedt richtlijnen om de diagnostiek en het medische beleid bij SOLK patiënten in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen (Olde Hartman, et al., 2013). NHG staat voor Nederlands Huisartsen Genootschap: de wetenschappelijke vereniging van huisartsen, waarvan nagenoeg alle huisartsen lid zijn. Voor ieder gezondheidsprobleem en klacht heeft een huisarts een NHG-standaard, dit is een protocol waarnaar de Nederlandse huisarts dient te handelen. De NHG-standaard wordt in tegenstelling tot de Multidisciplinaire richtlijn veelvuldig door huisartsen gebruikt (persoonlijke communicatie van den Muijsenbergh, 10 juni 2013).

De NHG-standaard biedt in vergelijking met de Multidisciplinaire richtlijn meer houvast voor de zorg aan SOLK patiënten. Het biedt een stappenplan waarin de stappen: klachtexploratie, uitleg geven en samenwerking of doorverwijzing worden gegeven. Een belangrijk onderdeel van de klachtexploratie is 'het uitvragen van de psychosociale achtergronden' (Olde Hartman, et al., 2013). Het doel van deze stap is het verkrijgen van een beeld van de patiënt met zijn onverklaarde klachten, het opsporen van eventuele prognostisch gunstige of ongunstige factoren (die belemmeren in het herstel) en het inschatten van de ernst van SOLK (Olde Hartman, et al., 2013). Ook uitleg geven over SOLK vormt een belangrijke stap in de behandeling. Bij beide activiteiten vormt communicatie het belangrijkste middel (Ring, et al., 2005; Olde Hartman, et al., 2013).

De standaard heeft in vergelijking met de Multidisciplinaire richtlijn meer aandacht voor de migranten populatie, zo wordt er enige achtergrondinformatie gegeven over de manier waarop niet-westerse patiënten omgaan met dergelijke klachten en tevens worden er enkele algemene adviezen geboden voor de zorg aan deze groep. Eén van de adviezen voor deze groep is om uitleg te geven aan de hand van metaforen. Een algemeen advies is bijvoorbeeld om samen te werken met praktijkondersteuners GGZ die de begeleiding van de SOLK patiënt op zich kunnen nemen. Praktijkondersteuners GGZ ondersteunen de huisarts bij de zorg aan patiënten met psychische en/of psychosociale problemen.

Conclusie huidige handvatten

Hoewel de NHG-standaard voor SOLK een overzicht geeft van de stappen die genomen moeten worden in de huisartsenzorg aan patiënten met SOLK, ontbreken concrete richtlijnen. Zo worden de handelingen uitvragen psychosociale achtergronden en uitleg geven over SOLK benadrukt als belangrijk in de behandeling van SOLK. Ook worden in deze standaard aandachtspunten bij de zorg aan migrantenpatiënten met SOLK genoemd. Wat echter nog ontbreekt, zijn concrete richtlijnen voor de manier waarop de stappen uitgevoerd kunnen worden, terwijl dit voor veel huisartsen een groot struikelblok vormt. Er wordt bijvoorbeeld benadrukt dat het belangrijk is uitleg te geven aan de patiënt, maar hierbij staat niet aangegeven welke uitleg en op welke manier dit gegeven kan worden. Bovendien bestaat er nog geen aanpak met voorbeeldvragen voor het uitvragen van psychosociale achtergronden bij migrantenpatiënten met SOLK.

1.5 Conclusie

Zowel vanuit de migrantenpatiënt met SOLK als de huisarts zijn er verschillende uitdagingen in de huisartsenzorg. Zo is goede communicatie van groot belang in de behandeling van SOLK, maar er is bij deze groep patiënten sprake van veel belemmeringen zoals laag taalniveau, laag opleidingsniveau, lage gezondheidsvaardigheden, culturele achtergrond en andere verwachtingen van de zorg. De huisartsen vinden het een ingewikkelde groep en communicatiefuncties waarbij behoefte aan

ondersteuning is, zijn: het uitvragen van psychosociale achtergronden, het geven van uitleg over SOLK en het bereiken van overeenstemming over het beleid.

Ondanks dat er verschillende richtlijnen voor de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten enerzijds en aan patiënten met SOLK anderzijds zijn, is de manier waarop de huisarts de zorg aan niet-westerse patiënten met SOLK het best concreet kan aanpakken onderbelicht gebleven. Er wordt in de richtlijnen wel aangegeven wat er gedaan kan worden, maar nog niet zozeer op welke manier de huisarts dit kan doen.

1.6 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Het doel van deze studie is het verkrijgen van inzicht in factoren die een belangrijke rol spelen in de aanpak van de huisartsenzorg aan niet-westerse patiënten met SOLK, vanuit het perspectief van zowel de patiënten als de huisartsen en praktijkondersteuners GGZ. Hierbij gaat het om de concrete aanpak die gehanteerd kan worden door huisartsen.

Deze studie vormt het vooronderzoek binnen het project 'Onzichtbare pijn' dat wordt uitgevoerd door Pharos, naar aanleiding van de grote behoefte onder huisartsen in achterstandswijken aan ondersteuning bij de behandeling van niet-westerse patiënten met SOLK. Pharos is het landelijke kennis- en adviescentrum dat zijn expertise inzet voor een hoge kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van gezondheidszorg voor migranten, vluchtelingen en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het project 'Onzichtbare pijn' richt zich op het ontwikkelen van een toolkit met adviezen en materialen voor huisartsen in de zorg aan niet-westerse SOLK patiënten (zie bijlage 1).

Er is gekozen om deze studie te richten op de eerder genoemde communicatiefuncties uit het model van de Haes en Bensing (2009) waarvan huisartsen aangaven moeite mee te ervaren: relatie opbouwen, psychosociale achtergronden uitvragen (informatie verzamelen), informatie geven en overeenstemming bereiken (beslissing maken) (zie tabel 2). De functies 'psychosociale achtergronden uitvragen' en 'overeenstemming bereiken' zijn sub thema's binnen de thema's 'informatie verzamelen' respectievelijk 'beslissing maken'. Hier is voor gekozen omdat deze specifieke functies knelpunten zijn binnen de zorg aan migranten met SOLK. Omdat tevens interessant is om ondersteuning aan de huisartsen te bieden bij niet-communicatie gerichte factoren, is er ook een thema 'overige factoren' toegevoegd.

Tabel 2. Overzicht functies gehanteerd in de studie van de Haes en Bensing (2009) en deze studie

De Haes en Bensing (2009)		Deze studie	
1	Relatie opbouwen	1	Relatie opbouwen
2	Informatie verzamelen	2	Psychosociale achtergronden uitvragen
3	Informatie geven	3	Informatie geven
4	Beslissing maken	4	Overeenstemming bereiken
5	Ziekte en behandeling gerelateerd gedrag stimuleren	-	
6	Reageren op emoties	-	
		5	Overig

De onderzoeksvragen zijn als volgt gedefinieerd:

Hoofdvraag

Wat zijn succesfactoren in de huisartsenzorg aan niet-westerse patiënten met SOLK volgens huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en niet-westerse patiënten met SOLK?

Deelvragen

1. Wat zijn succesfactoren volgens niet-westerse migrantenpatiënten met SOLK in de huisartsenzorg, met betrekking tot de volgende punten:

- a. opbouwen relatie;
- b. uitvragen van psychosociale achtergronden;
- c. informatie geven over SOLK;
- d. bereiken van overeenstemming;
- e. overige belangrijke factoren?

2. Wat zijn succesfactoren volgens ervaren huisartsen en praktijkondersteuners GGZ in de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten met SOLK, met betrekking tot de volgende punten:

- a. opbouwen relatie;
 - b. uitvragen van psychosociale achtergronden;
 - c. informatie geven over SOLK;
 - d. bereiken van overeenstemming;
 - e. overige belangrijke factoren?
-

2. METHODEN

In deze studie zijn niet-westerse patiënten met SOLK geïnterviewd over de ervaringen en behoeften met betrekking tot de huisartsenzorg. Daarnaast zijn focusgroepen met zorgverleners gehouden gericht op belangrijke factoren voor succes in de huisartsenzorg aan niet-westerse patiënten met SOLK.

2.1 Interviews migrantenpatiënten met SOLK

2.1.1 Design en deelnemers

In totaal is met twaalf niet-westerse patiënten met SOLK een interview gehouden, waarvan negen vrouwen en drie mannen. Twaalf interviews is over het algemeen voldoende om 'gegevensverzadiging' te bereiken (Guest, Bunce & Johnson, 2006). De patiënten zijn tussen de 31 en 69 jaar en van verschillende afkomst. Elf patiënten zijn geworven door huisartsen die betrokken zijn bij dit onderzoek. De huisartsen waren gevraagd patiënten aan te leveren waarbij ze SOLK hadden gediagnosticeerd. De volgende inclusie criteria zijn gehanteerd: niet-westerse afkomst, 18 jaar of ouder en meerdere huisartsbezoeken voor dezelfde klachten. De patiënten hebben van de huisarts uitleg gekregen over het interview en zijn gevraagd om hieraan deel te nemen en voor meer informatie hebben ze flyers meegekregen (zie bijlage 2). Eén patiënt is in verband met de tijd via het netwerk van Pharos geworven.

2.1.2 Procedures

Voorafgaand aan ieder interview is door de patiënten een formulier voor informed consent (bijlage 3) ondertekend en is gevraagd of het interview opgenomen mag worden. Twee patiënten gingen niet akkoord met het opnemen van het interview, bij deze interviews zijn dan ook enkel schriftelijk aantekeningen gemaakt. Elf van de twaalf interviews zijn gehouden in de huisartsenpraktijk van de desbetreffende huisarts. Het interview met de patiënt die is geworven via het netwerk van Pharos is in een aparte kamer afgenomen. De interviews duurden gemiddeld één uur. Bij vijf interviews is een onafhankelijke tolk aanwezig geweest om te vertalen. Na afloop hebben de patiënten als dank een waardebon meegekregen.

2.1.3 Interviewschema

Als basis voor het interview is een interviewschema ontwikkeld (bijlage 4). Er zijn open vragen gehanteerd omdat de respondent op deze manier zoveel mogelijk aan het woord komt. In het interviewschema komen allereerst 'algemene inleidende vragen' aan bod om een beeld te schetsen van de patiënt met onder andere diens opleidingsniveau en niveau van beheersing van de Nederlandse taal. Vervolgens wordt ingegaan op de klachten en zorgen van de patiënt om te achterhalen welke klachten er spelen en wat de duur is van deze klachten. Daarna volgt het grootste deel van het interview, wat gericht is op de gang van zaken bij de huisarts en specifieke thema's hieromtrent, zoals uitleg en taal. De vragen zijn gericht op wat de patiënt goed en minder goed vindt gaan in de huisartsenzorg. Ook staan er vragen weergegeven om hierop door te vragen. De vier thema's: relatie opbouwen, psychosociale achtergronden uitvragen, informatie geven over SOLK en overeenstemming bereiken komen ook aan bod. Tenslotte is ook gevraagd naar de perceptie van de oorzaak van de klachten.

2.1.4 Data analyse

De interviews zijn volledig getranscribeerd, zodat een 'chain of evidence' ontstaat (Yin, 2009). De transcripties van de interviews zijn gelezen door meerdere onderzoekers. Vervolgens is door één van de onderzoekers (MR) op basis van de onderzoeksvragen gekeken welke relevante fragmenten naar voren kwamen in de interviews. Deze fragmenten zijn gelabeld en zijn onderverdeeld in hoofdthema's door één onderzoeker (MR). Vervolgens is overlegd tussen de twee onderzoekers en bij verschil van mening, is dit doorgesproken en is er met zijn tweeën naar overeenstemming gezocht om bias te

voorkomen. Op deze manier zijn per onderzoeksvraag één of meerdere hoofdthema's geformuleerd en indien mogelijk zijn deze weer verder onderverdeeld in deelthema's. Op die manier zijn bijvoorbeeld de succesfactoren voor het informatie geven over SOLK opgedeeld in 'formuleringen' en 'materialen' en per subonderdeel nog in succes- en eventueel faalfactoren.

2.2 Focusgroepen met zorgverleners

2.2.1 Design en deelnemers

Er zijn drie focusgroepen gehouden met in totaal vijftien deelnemers, waarvan twee focusgroepen met ieder vijf huisartsen en één focusgroep met vijf praktijkondersteuners GGZ. Alle deelnemers zijn werkzaam in een huisartsenpraktijk in een achterstandswijk waarvan bekend is dat er migranten met SOLK komen. Op deze manier zijn er homogene groepen samengesteld wat ervoor zorgt dat deelnemers makkelijk kunnen praten (Krueger & Casey, 2000). Er is gekozen voor vijf deelnemers per focusgroep omdat het gaat om deskundige deelnemers. Op deze manier heeft iedere deelnemer voldoende tijd gekregen om uitleg te geven bij zijn argumenten, wat ervoor heeft gezorgd dat de gesprekken voldoende diepgang hebben gekregen (Krueger, & Casey, 2000). Naast deze focusgroepen zijn aanvullende interviews gehouden met twee Haarlemse huisartsen afkomstig uit de eerste focusgroep. Hier is voor gekozen omdat de eerste focusgroep met name verkennend was en er behoefte was om dieper op de vier centrale thema's in te gaan. Deze interviews zijn telefonisch afgenomen en hebben twintig, respectievelijk veertig minuten geduurd.

2.2.2 Procedures en materialen

Er is gekozen voor focusgroepen omdat groepsinteractie de deelnemers stimuleert om hun eigen perspectief in detail te verduidelijken (Kitzinger, 1995). De discussies werden geleid door een medewerker van Pharos, die zelf ook jarenlang huisarts is geweest in een achterstandswijk. Hier is voor gekozen omdat zij bekend is met de terminologie en veel gemeen heeft met de deelnemers, wat het spreken gemakkelijker kan maken voor de deelnemers. De focusgroepen hebben plaatsgevonden in een gezondheidscentrum in Utrecht en in Haarlem en duurden ongeveer anderhalf uur. De focusgroepen en de twee aanvullende interviews zijn opgenomen met een audio recorder en na afloop volledig getranscribeerd.

De eerste focusgroep met huisartsen had als doel te achterhalen wat er zoal speelt in de huisartsenzorg aan niet-westerse patiënten met SOLK. De gespreksleider heeft het gesprek geleid volgens een topic lijst (bijlage 5), waarbij de volgende thema's centraal stonden: de kenmerken van de patiënt, de behoefte van deze patiënt, de diagnose, aanpak en communicatie. Naar aanleiding van deze uitkomsten was er behoefte aan verdieping en in de twee volgende focusgroepen is een andere topic lijst (bijlage 6) en bijbehorend draaiboek (bijlage 7) gehanteerd. In dit draaiboek stonden de vier thema's (relatie opbouwen, psychosociale achtergronden uitvragen, informatie geven en overeenstemming bereiken) en de succesfactoren per thema centraal. Per thema zijn een aantal vragen gesteld en op basis van de reacties van de deelnemers is een discussie op gang gebracht. Als methode is bij de focusgroepen de 'critical incidence techniek' gehanteerd waarbij de deelnemers een situatie moesten beschrijven waarin een bepaalde methode goed of juist minder goed heeft gewerkt (Grace, 1973). Hierbij hebben de deelnemers de antwoorden op post-it's geschreven en vervolgens vormden de post-it's het uitgangspunt van de discussie. De post-it's maakten het mogelijk dat ieder zijn eigen visie kon geven zonder eerst beïnvloed te worden door wat een andere deelnemer al had genoemd. Daarnaast heeft het ervoor gezorgd dat iedereen een gelijke inbreng kon leveren. In de aanvullende interviews stonden dezelfde thema's centraal als in de twee laatste focusgroepen. Een topic lijst (bijlage 8) die grotendeels gelijk is aan de topic lijst voor de focusgroepen is als leidraad gehanteerd.

2.2.3 Data analyse

Het hoofddoel van de analyse was om de reacties in de vier thema's te organiseren. Twee onderzoekers hebben alle transcripties van de focusgroepen en interviews gelezen en onafhankelijk

van elkaar betekenisvolle fragmenten eruit gehaald en deze ingedeeld in categorieën. De twee analyses zijn door één onderzoeker (MR) vergeleken en op basis van deze vergelijking is door deze onderzoeker een definitieve indeling opgesteld. Deze indeling is gecontroleerd door een derde onderzoeker (KH). De codes zijn op basis van de vier thema's uit de onderzoeksvragen (bespreken van psychosociale achtergronden, informatie geven over SOLK en overeenstemming bereiken) gerangschikt om de hoofdkenmerken te identificeren in de aanpak per thema. Deze hoofdthema's zijn, indien mogelijk, weer verder onderverdeeld in deelthema's. Op die manier zijn de psychosociale achtergronden opgedeeld in 'algemene succesfactoren' en 'succesvolle thema's om uit te vragen'. Indien mogelijk zijn deze subthema's nog opgedeeld in zogenaamde 'sub-subthema's'. Bij de indeling van de analyse van de interviews en de focusgroepen is geprobeerd om tot dezelfde indeling te komen zodat dit eenvoudig met elkaar kan worden vergeleken. Alle post-it's die niet zijn behandeld in de focusgroep zijn wel meegenomen in de data analyse. Het ging hierbij om slechts twee post-it's.

3. RESULTATEN INTERVIEWS PATIËNTEN

3.1 Beschrijving onderzoeksgroep

De geïnterviewde patiënten vormden een heterogene groep met overwegend vrouwen (zie tabel 3). In totaal hebben er patiënten met zes verschillende nationaliteiten deelgenomen. Er was sprake van een grote variatie in het opleidingsniveau en de beheersing van het Nederlands van de patiënten. Twee patiënten waren slechts twee tot drie jaar naar school geweest en zijn waarschijnlijk analfabeet. Het merendeel van de patiënten had geen baan.

De soort klachten en de duur van de klachten lopen erg uiteen per patiënt (zie tabel 4). De duur van de klachten verschilt van anderhalf tot achttien jaar. Het merendeel van de patiënten heeft minimaal één huisartsenconsult per week en zit al meer dan tien jaar bij dezelfde huisarts.

Tabel 3. Overzicht van de eigenschappen van de respondenten van de interviews

Nr.	Leeftijd	M/V	Afkomst	Niveau Nederlands*	Aantal jaar school	Werk
1	48	V	Irak	Slecht	2-3	Nee
2	31	M	Turkije	Goed	14	Niet meer
3	69	V	Suriname	Goed	10	Pensioen
4	63	M	Iran	Redelijk**	15	Nee
5	61	V	Turkije	Slecht**	2	Niet meer
6	42	V	Turkije	Slecht**	13	Nee
7	47	V	Turkije	Goed	10	Ja
8	40***	M	Marokko	Slecht**	5	Niet meer
9	44	V	Marokko	Goed/matig	13	Niet meer
10	41	V	Marokko	Goed	11	Niet meer
11	54	V	Turkije	Slecht**	7	Niet meer
12	49	V	Afghanistan	Redelijk	14	Nee, vrijwilliger

*De kolom 'Niveau Nederlands' geeft de beheersing van de Nederlandse taal aan die geschat is op basis van het taalgebruik tijdens het interview. 'Slecht' geeft hierbij aan dat de vragen in het Nederlands niet allemaal begrepen werden.

**Bij dit gesprek is een tolk aanwezig geweest die het gesprek heeft vertaald en de opname heeft uitgewerkt.

***Deze man gaf aan 40 jaar te zijn maar hij leek ouder. Het zou kunnen dat zijn geboorte niet goed geregistreerd is.

Tabel 4. Overzicht van de soort klachten, duur van de klachten, aantal huisartsbezoeken per maand en periode bij de huidige huisarts

Soort klachten (duur van de klachten)	Hoe vaak bij HA (per maand)	Hoelang al bij deze HA
Hoofdpijn, schouders, benen, hypochondrie (3-4 jaar)	8 tot 12 keer	10 jaar
Hoofdpijn, verkrampte spieren, duizeligheid, koude voeten/handen, opgeblazen gevoel, hypochondrie (1,5 jaar)	2 tot 4 keer	paar maanden
Rug, heupen, armen (onduidelijk)	1 tot 6 keer	12 jaar
Buik, onderbenen, schouder, constipatie, koude voeten (2 jaar)	8 keer	21 jaar
Longklachten, hoofdpijn, duizeligheid, spieren, benen (8 jaar)	4 tot 12 keer	47 jaar
Pijn in armen en benen: fybromyalgie, transpireren, moe. (4 jaar)	4 keer	24 jaar
Migraine, fibromyalgie, pijnlijke spieren, moe, suf, last van arm, darm (18 jaar)	3 tot 6 keer	10 jaar
Duizeligheid, drukte in het hoofd, vergeetachtigheid, last van dij (17 jaar)	4 keer	7-8 jaar
Onbegrepen buikklachten, schouder (2 jaar)	1 tot 2 keer	2 jaar
Chronische lage rugklachten, borst (1,5 jaar)	4 tot 8 keer	9 maanden
Armen, knieën, maag (4 jaar)	3 keer	10 jaar
nek, rug, benauwdheid, hoofdpijn (12 jaar)	0 tot 1 keer (1 keer per 3 maanden)	15 jaar

In dit hoofdstuk is in de resultatentabellen een indeling gehanteerd van meest tot minst vaak genoemde succes- of faactor. Achter ieder citaat staat aangegeven of het gaat om een arbeidsmigrant of vluchteling, het geslacht en hoeveel jaar iemand last heeft van de klachten. De niet-westerse SOLK patiënten die hebben deelgenomen aan deze studie, worden in dit hoofdstuk aangeduid met 'patiënt'. Naar zowel de huisarts als de patiënt wordt voor het gemak verwezen met 'hij' en 'hem'.

3.1.1. Perceptie van de patiënten met betrekking tot de oorzaak voor SOLK

Op de vraag wat volgens hen de oorzaak is voor de klachten, gaf het merendeel van de patiënten geen somatische oorzaak. Zo werden 'stress' en 'weet ik niet' het meest genoemd, van de in totaal vijf genoemde oorzaken (tabel 5). Over 'stress' gaven de meeste patiënten aan stress te ervaren door gebeurtenissen in hun leven wat vervolgens tot klachten heeft geleid. Ook waren er twee patiënten die 'angst' noemden als oorzaak. De oorzaken 'stress' en 'angst' lijken door deze patiënten aan elkaar gerelateerd te worden. Zo kan angst voor een ziekte leiden tot stress en vervolgens lichamelijke klachten. Tenslotte weet slechts een derde deel van de patiënten de klachten aan een externe oorzaak als 'werk' of 'een ongeluk' en gaf hiermee een somatische oorzaak aan.

Tabel 5. Oorzaak voor de klachten volgens de patiënt

Thema's	Voorbeeld citaat
Stress	<i>'Ja, de hoofdoorzaak is natuurlijk spanning enzo en onduidelijkheid in die periode.'</i> (migrant, man, 1,5 jaar)
Weet ik niet	<i>'Als patiënt kan ik daar niets over zeggen! En ik weet ook niet waar de pijn vandaan komt, hiervoor ik heb de hulp van de dokter nodig.'</i> (vluchteling, man, 2 jaar)
Werk	<i>'Mijn ziekte is door mijn werk gekomen. Zo een ziekte komt niet voor in mijn familie.'</i> (migrant, vrouw, 8 jaar)
Ongeluk/valpartij/ bevalling	<i>'Het is gewoon pijn omdat ik een ongeluk heb.'</i> (migrant, vrouw, 1,5 jaar)
Angst	<i>'Als je alleen bent, en je mankeert wat. Het hoeft niet ernstig te zijn, maar je gaat alle soort dingen denken. (...) Alleen komen al die dingen in je op. Ja, je hoort dit en je hoort dat.'</i> (migrant, vrouw, onduidelijk)

3.2 Vertrouwensrelatie opbouwen

De patiënten hebben twaalf succesfactoren aangegeven voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie, waarbij veel factoren te maken hebben met het serieus nemen van de patiënt en daarnaast met de houding van de huisarts (zie tabel 6). Vrijwel alle patiënten vermelden als succesfactor 'goed luisteren', 'serieus nemen van de patiënt' en 'vriendelijk zijn'.

Als onderliggende succesfactoren voor vriendelijkheid werd genoemd dat de huisarts 'naar de patiënt moet glimlachen' en 'lief moet zijn'. Over glimlachen zegt een patiënt *'Psychisch raakt een mens hierdoor al beïnvloed.'* (migrant, vrouw, 4 jaar). Een voorwaarde hierbij is dat het glimlachen oprecht is anders werkt het averechts: *'En als je hier komt dan is het zo, de huisarts lijkt naar mij nep te lachen, hij doet zo en daar irriteer ik me aan'* (migrant, vrouw, 4 jaar).

Veel patiënten noemden het leren kennen van elkaar een voorwaarde voordat de huisarts allerlei vragen kan stellen. Opvallend hierbij is dat sommige patiënten aangaven dat het van belang is dat de huisarts hen als persoon kent en anderen dat het vooral van belang is dat de huisarts de klachten van de patiënt goed kent. Over veel succesfactoren zeiden patiënten dat deze ervoor zorgen dat ze meer

durven te vertellen en dat hierdoor de klachten beter opgelost kunnen worden. Opmerkelijk is dat veel patiënten vertelden dat alleen het verhaal kwijt kunnen bij de huisarts er soms al voor zorgt dat de klachten zijn verdwenen: *'En vaak krijg ik ook niet eens medicijnen, maar na het praten, ga ik naar huis en dan is de pijn weg.'* (migrant, vrouw, 2 jaar). Tenslotte gaf een deel van de patiënten aan op dit moment niet tevreden te zijn met diens huisarts omdat bepaalde succesfactoren ontbraken. Over het algemeen zijn de patiënten het met elkaar eens over deze factoren.

Tabel 6. Succesfactoren voor het opbouwen van een goede arts-patiënt relatie

Succesfactor	Voorbeeldcitaat
A. Serieus nemen van de patiënt	
Goed luisteren	<i>'Ze luisteren naar je en dat is, dat vind ik het beste dat artsen naar je luisteren.'</i> (migrant, vrouw, onduidelijk)
	<i>'Het is net als in een huwelijk: je moet goed naar elkaar luisteren en met elkaar praten.'</i> (migrant, man, 17 jaar)
Aandacht hebben voor de patiënt	<i>'Elke patiënt wilt ook een beetje aandacht, omdat zij de pijn ervaart, wilt degene ook dat de persoon tegen over hem, hem ook begrijpt.'</i> (migrant, vrouw, 4 jaar)
Serieus nemen	<i>'Het belangrijkste punt is gewoon accepteren wat de patiënt zegt, het is zijn lijf.'</i> (vluchteling, man, 2 jaar)
	<i>'Als je het verhaal van de patiënt niet beluistert en niet in overleg met de patiënt beslissingen neemt, dan voelt de patiënt zich niet serieus genomen.'</i> (vluchteling, man, 2 jaar).
Tijd nemen voor de patiënt	<i>'Niemand komt snel weer naar buiten. Ja, ze hebben genoeg tijd voor al... Ja, voor iedereen denk ik.'</i> (migrant, vrouw, onduidelijk)
Patiënt gevoel geven dat huisarts zijn best doet voor de patiënt	<i>'Als ik een cijfer mag geven aan mijn huisarts, geef ik hem een 10+! Hij heeft alles voor mij gedaan. Hij wordt echt moe van mij, ik ben een lastige patiënt.'</i> (vluchteling, man, 2 jaar)
	<i>'Je moet echt een huisarts hebben waarbij je denkt 'Ik ga naar iemand die mij gaat helpen'.</i> (migrant, vrouw, 1.5 jaar)
Open omgaan met informatie	<i>'Dit is ook... zij riep mij en vroeg mij of ik eraan (dit interview) wil meedoen. (...) en ze gaf me gelijk de site. (...) De site, dus dan kan ik meteen lezen. (...) En daarom ben ik hartstikke blij met deze huisarts. (...) het is niet dat ze zegt van 'Dit en dit en dit'. Maar van 'Ja, ga zelf ook maar kijken' (...) En dan weet je ook precies waar het over gaat en zo.'</i> (migrant, vrouw, 1.5 jaar)
B. Houding van de huisarts	
Vriendelijk zijn	<i>'Je moet vriendelijk zijn. Als je geen vriendelijke huisarts hebt, dan wil je ook niet zo graag daar naartoe. Dan heb je dus klachten en dan "O jee, moet ik ook weer naar die huisarts die chagrijnig is". Het is belangrijk dat de huisarts vriendelijk is en vrolijk.'</i> (migrant, vrouw, 2 jaar)
Geduld hebben	<i>(Op de vraag wat een goede huisarts moet doen)</i> <i>'Een beetje geduld hebben met patiënten.'</i> (migrant, vrouw, onduidelijk)
Patiënt op zijn gemak laten voelen	<i>'Ja, je moet je ook op je gemak kunnen voelen bij je huisarts, vind ik. Dat je open kan zijn.'</i> (migrant, vrouw, onduidelijk)
C. Overig	
Patiënt leren kennen	<i>'Maar naarmate ik hem leerde kennen. Hij mij leerde kennen (...) Dan werd ik een</i>

	<i>beetje open tegen hem om hem zo te vertellen wat er met mij is en alles.’ (migrant, vrouw, onduidelijk)</i>
	<i>‘Ik zeg “Ik wil niet ruilen omdat ik ken jou, jij kent mij”. Ik ben zo blij met deze dokter. Ik wil niet dokter ruilen.’ (vluchteling, vrouw, 3-4 jaar)</i>
Klachten van patiënt goed kennen	<i>‘Kijk nu mijn huisarts die weet precies waar het over gaat. (...) Ze wist het precies. Ja, ze kent mij gewoon. (migrant, vrouw, 1.5 jaar:)</i>
Vertrouwen opbouwen bij patiënt	<i>‘Je moet vertrouwen hebben in je huisarts. Want dan zeg je ook meer over jezelf.’ (migrant, vrouw, 2 jaar:)</i>

3.3 Psychosociale achtergronden uitvragen

3.3.1 Wat is belangrijk om te vragen?

De patiënten waren verdeeld over de vraag welke thema's belangrijk zijn om te bespreken met de huisarts. Zo zijn volgens de patiënten er acht thema's die wel en vier die niet succesvol zijn om naar te vragen (zie tabellen 7 en 8). Enkele thema's komen hierbij in beide rijtjes voor. Zo noemt ongeveer een kwart van de patiënten, in tegenstelling tot de rest, dat het niet belangrijk is om naast de klachten andere thema's te bespreken.

Het merendeel van de patiënten gaf aan het belangrijk te vinden dat de huisarts vraagt naar 'cultuur' en 'achtergrond'. Voor de meesten is dit met name in het begin belangrijk om elkaar te leren kennen. Ten eerste wordt 'cultuur' belangrijk gevonden omdat het van belang is dat de huisarts kennis heeft van de cultuur zodat hij bijvoorbeeld weet welke (zware) omstandigheden er zijn: *‘Als ik er nu over*

■ ■ *Als ik er nu over nadenk, eigenlijk moet hij er naar vragen wat ons cultuur onder zware omstandigheden is. ■ ■*

nadenk eigenlijk moet hij er naar vragen wat ons cultuur onder zware omstandigheden is.’ (migrant, vrouw, 4 jaar). Ten tweede wordt aangegeven dat cultuur van belang is omdat de huisarts op deze manier weet hoe de groep waartoe zij behoren in elkaar zit: ‘Nou, hij weet hoe wij in mekaar zitten, Turkse mensen.’ (Op de vraag of zij dat belangrijk vindt) ‘Ja, heel belangrijk.’ (migrant, vrouw, 18 jaar).

Een enkeling was echter van mening dat 'cultuur' en 'achtergrond' niet belangrijk zijn om naar te vragen. Als reden werd genoemd dat de patiënt in Nederland is opgevoed en hier al zijn hele leven woont. Ook vonden ze dit niet belangrijk om in het begin, ter kennismaking, te bespreken.

Er is sprake van een aantal opvallend punten in de resultaten. Allereerst valt het op dat vrijwel alle patiënten oordeelden dat het niet van belang is om naar 'geloof' te vragen. Als reden werd genoemd dat de huisarts daar niets mee te maken heeft en dat veel huisartsen zelf niet gelovig zijn.

Een tweede punt wat opvalt, is dat de patiënten aangaven geen probleem te hebben met vragen naar stress en thuissituatie. Ook is opvallend dat patiënten het logisch vinden dat huisartsen doorvragen naar andere thema's wanneer er uit onderzoeken niets blijkt omdat dit tegen de verwachtingen ingaat.

Een aantal patiënten waren ontevreden met diens huisarts omdat deze niet naar bepaalde thema's vraagt. Veel patiënten gaven echter aan dat ze inzien dat de huisarts onvoldoende tijd heeft om bij iedere patiënt vragen over bijvoorbeeld de thuissituatie te stellen. Uit de interviews is geen duidelijk beeld verkregen welke thema's belangrijk zijn om naar te vragen. Het is afhankelijk van de eigen situatie van de patiënt wat hij belangrijk vindt.

Tabel 7. Wat is belangrijk om te vragen?

Succes thema's	Voorbeeldcitaten
Vragen naar:.....	
Gezin/thuissituatie	<i>'Hij moet vragen naar je leven bijvoorbeeld thuissituatie, over mijn kinderen.'</i> (migrant, vrouw, 4 jaar)
Werk	<i>(Op de vraag 'Moet de huisarts ook over uw werk weten?') 'Dat vertel ik ook als er een probleem is op het werk, dat vertel ik ook.'</i> (migrant, vrouw, 18 jaar)
Relatie	<i>(Op de vraag of de huisarts ook de relatie moet weten om een goede dokter te zijn) 'Ja, natuurlijk'. (migrant, vrouw, 18 jaar))</i>
Cultuur	<i>'Ze moeten klein beetje cultuur weten. Ze moeten omstandigheden daar weten.'</i> (vluchteling, vrouw, 12 jaar)
Land van herkomst	<i>'Ik vind het heel belangrijk. (...) als iemand bijvoorbeeld uit één van die landen komt waar er gevochten wordt en (..) Want je weet niet wat voor soort trauma die persoon heeft opgelopen.'</i> (migrant, vrouw, onduidelijk)
Life events	<i>(Op de vraag of ze bedoelt dat de huisarts ernaar moeten vragen wat ze allemaal heeft meegemaakt?) 'Hm hm. (...) Klachten. Maar hoe kan dat? Want zo veel jaren oorlog en ook economisch. Heel veel economische problemen zij hebben. Heel veel stress.'</i> (vluchteling, vrouw, 12 jaar)
Context v/d klacht	<i>'Wanneer heeft u die pijn?' 'Op welke dag heeft u pijn?' (migrant, vrouw, 2 jaar)</i>
Waar patiënt bang voor is	<i>'Je kunt toch ook als dokter vragen(...) "Waar ben je bang voor?" (...) "Wat denk je dat je hebt?" (migrant, man, 1.5 jaar)</i>

Tabel 8. Wat is ongeschikt om naar te vragen?

Ongeschikte thema's	Voorbeeldcitaat
Niet vragen naar:.....	
Andere thema's	<i>'Maar met name gaat het in onze gesprekken over de klachten. Dat vind ik prettig. Dat is voor mij ook genoeg.'</i> (migrant, man, 17 jaar)
	<i>'Het hoeft niet. Ik kom voor mijn lichamelijke klacht'</i> (migrant, vrouw, 2 jaar)
Geloof	<i>'Over geloof, of je nou moslim of christen bent, de huisarts moet iedereen gelijk behandelen. Daar heeft de huisarts niets mee te maken.'</i> (migrant, vrouw, 2 jaar)
Achtergrond	<i>'Nee, ik vind het juist belangrijk dat ze er (achtergrond) niet over praat. (...) Ik vind het wel jammer dat iemand gelijk naar mijn achtergrond vraagt. Terwijl je hier opgevoed bent en hier woont.'</i> (migrant, vrouw, 1.5 jaar)
Cultuur	<i>'Een stuk over cultuur is niet belangrijk omdat ik nu hier in Nederland leef. Ook moet je Nederlands spreken.'</i> (migrant, man, 17 jaar)

3.4 Informatie geven

3.4.1 Formuleringen

De patiënten hebben verschillende uitleg van de huisarts gekregen. Wat betreft de uitleg, was een deel van de patiënten het hier mee eens, een deel was het hier niet mee eens, een aantal vonden de uitleg onduidelijk en tenslotte wist een deel niet (meer) wat de huisarts had uitgelegd (zie tabel 9). Een aantal punten vallen op aan de resultaten. Ten eerste is het opvallend dat de uitleg 'stress' door een groot deel van de patiënten werd herkend, terwijl een klein deel vond dat de huisarts dit te vaak noemde als oorzaak. Ten tweede viel op dat een patiënt met de uitleg 'hypochondrie' en een patiënt met de uitleg 'psychische klachten' het slechts deels eens waren omdat het volgens hen maar een deel van de klachten kon verklaren. Op deze manier lijkt het erop dat deze patiënten blijven zoeken naar een lichamelijke oorzaak voor de klachten. Tenslotte is opvallend dat een deel van de patiënten niet weet wat de huisarts voor uitleg heeft gegeven voor de klachten. Al met al blijkt uit de interviews dat veel patiënten geen duidelijk beeld hebben van de gekregen uitleg en/of het oneens zijn met de uitleg.

Tabel 9. Welke uitleg hebben patiënten gekregen en wat is hun mening daarover?

Uitleg	Citaat ter illustratie van de mening over de gegeven uitleg
Stress	
- mee eens	<i>'Ik vind wel dat ze gelijk heeft, ik herken het ook bij mezelf.'</i> (migrant, man, 17 jaar)
- mee oneens	<i>'En hij gooit het gewoon op stress....ik zeg eerlijk ik vind die doktoren van tegenwoordig die nemen je gewoon niet serieus.'</i> (migrant, man, 1.5 jaar)
Ongeluk	
- mee eens	<i>'Het tweede ongeluk is de oorzaak voor de vergeetachtigheid.'</i> (...) (Op de vraag: Wat geeft de huisarts daar als uitleg voor?) <i>'Ja, zij geeft ook aan dat het komt door de ongelukken.'</i> (migrant, man, 17 jaar)
Hypochondrie	
- deels mee eens	<i>'Nou zou best wel kunnen maar ik ben het er niet 100% mee eens omdat ik toch lichamelijk dingen voel, ik kan niet functioneren, er is wel wat aan de hand.'</i> (migrant, man, 1.5 jaar)
- onduidelijk wat het is	<i>'Hij zegt 'niet nadenken, niet nadenken' (...) Hypochondrie.'</i> (vluchteling, vrouw, 3-4 jaar)
Psychische klachten	
- deels mee eens	<i>'Ja het kan wel kloppen maar komen dan al die klachten door psychisch van de mens? Doet het overal daardoor pijn? Mijn knieën doen pijn, dat kan niet psychisch zijn dus mijn arm doet pijn mijn maag doet pijn, ik heb dagelijks hoofdpijn. Kijk dat kan wel, dat kan wel psychisch zijn maar ik weet het niet mijn arm de andere, mijn maag ook.'</i> (migrant, vrouw, 4 jaar)
Fybromyalgie	
- onduidelijk wat het is	<i>'Fibromyalgie dat is de naam, maar ze weten het niet hoe ze het moeten aanpakken. De huisarts zegt dat het geestelijk normaal gesproken zien ze nog niks, maar dat is gewoon geestelijk zeggen ze.'</i> (migrant, vrouw, 18 jaar)
Weet ik niet	-

3.4.2 Materialen

De patiënten gaven vrijwel allemaal aan het gebruik van materialen als plaatjes, tekeningen en informatie voor mee naar huis, fijn te vinden voor het krijgen van uitleg (zie tabel 10). Redenen hiervoor die patiënten hebben gegeven, zijn dat ze dan thuis niet verder gaan zoeken naar mogelijke oorzaken en dat ze familie en vrienden kunnen betrekken bij het begrijpen van de informatie. Een voorbeeld van een tekening die als 'duidelijk' werd beoordeeld, is de pijncirkel. De huisarts heeft hiermee uitgelegd dat de patiënt pijn heeft maar dat daar op dit moment niks mee gedaan kan worden en dat de zorg nu enkel gericht kan worden op de psychische kant.

Tabel 10. Welke materialen worden gebruikt voor uitleg geven en wat vinden patiënten hiervan?

Soort materiaal	Oordeel van patiënt over het gebruik van het materiaal
Gebruik maken van:	
Plaatjes/schema's	<i>'Door het te laten zien dan begrijp ik het beter.'</i> (migrant, man, 17 jaar)
Tekeningen/foto's	<i>(Op de vraag 'Wat vindt u daarvan?' (Uitleg krijgen via tekeningen))</i> <i>'Ja, fijn.'</i> (migrant, vrouw, 2 jaar)
Informatie mee naar huis	<i>(Over een bewegingsprogramma voor allochtone vrouwen)</i> <i>'Dan weet je gelijk waar het over gaat want je weet nog niet wat het is.'</i> (migrant, vrouw, 1.5 jaar) <i>'Ja..je stelt die persoon een beetje gerust, als je dat doet. Goede informatie dan hoeft je ook niet aan zoveel dingen te denken. Dan hoeft ik niet aan 1000 dingen te denken van wat ik heb en wat ik niet heb.'</i> (migrant, vrouw, onduidelijk)
Gemakkelijk taalgebruik	<i>'Mijn huisarts spreekt geen Farsi. Hij probeert met makkelijke woorden moeilijke termen uit te leggen.'</i> (vluchteling, man, 2 jaar)

3.5 Overeenstemming bereiken

Over het bereiken van overeenstemming lijken patiënten duidelijker faalfactoren dan succesfactoren te hebben (zie tabellen 11 en 12). Zo geven patiënten met name aan dat het belangrijk is dat ze niet met lege handen worden weggestuurd. Ook werkt het niet succesvol om de keuze voor het vervolg over te laten aan de patiënt zonder van te voren als arts aan te geven wat de mogelijkheden zijn. Daarnaast zijn vier succesfactoren naar voren gekomen die vooral benadrukken dat de huisarts vervolgstappen moet aangeven. Hierover vertelde een patiënt dat ze het op prijs stelt dat haar huisarts altijd zegt wat ze gaat doen en meteen een vervolgspraak maakt. Een andere patiënt gaf aan dat ze het fijn vindt dat de huisarts haar de mogelijkheid biedt om te bellen na het consult mochten de klachten verergeren.

Tabel 11. Succesfactoren voor het bereiken van overeenstemming

Succesfactor	Voorbeeldcitaat
Vragen wat patiënt wil na vertellen van opties	<i>(Op de vraag of hij dat altijd vraagt)</i> <i>'Ja, 'Wat wil jij?'</i> (migrant, vrouw, onduidelijk)
Als patiënt iets wil, dit (in overleg) goedkeuren	<i>'(over de huisarts) ze wil helemaal samen met mij als patiënt een oplossing zoeken. Bijvoorbeeld als ik graag een foto wil laten maken ergens van, dan mag dat.'</i> (migrant, man, 17 jaar)
Vervolgstappen geven	<i>(Op de vraag waardoor het komt dat de patiënt een goed gevoel heeft nadat ze bij de huisarts is geweest?)</i> <i>'Ja, zij begint altijd met onderzoek. En dan zegt ze 'Over twee weken terug'. En</i>

	<i>anders geeft ze bijvoorbeeld een medicijn. Maar ze stuurt jou nooit weg (zonder vervolgstap) met "Ik heb nu geen tijd." (migrant, vrouw, 2 jaar)</i>
Pas als huisarts en patiënt tevreden zijn gesprek afronden	<i>'Maar bij die nieuwe (huisarts) ik maak echt mijn verhaal gewoon af en dat we alle twee gewoon eruit zijn dat we klaar zijn. (...) Want bij de vorige was het heel vaak ik wilde nog een paar dingen. (...) Dan ben ik te duur voor haar om verder te praten. (...) Dat vind ik wel jammer.'</i> (migrant, vrouw, 1.5 jaar)

Tabel 12. Faalfactoren voor het bereiken van overeenstemming

Faalfactor	Voorbeeldcitaat
Zeggen 'Ik kan niks voor je doen'	<i>'Maar als iemand zegt 'Ik kan niks voor je doen' en je hebt die pijn een paar weken, dan krijg je zoveel in je hoofd 'misschien is dat het, misschien is dat het'. (migrant, vrouw, 1.5 jaar)</i>
Zelf beoordelen of iets nodig is of niet	<i>'Als ik ergens niet uit kom, op zijn minst kan hij een verwijzing maken naar de specialist, snap je? Die moet niet zelf gaan beoordelen van 'Uhh is niet nodig'. (migrant, man, 1.5 jaar)</i>
Zeggen 'jij hebt niks'	<i>'Ik ga niet gelijk naar de huisarts als ik pijn heb, want hij zegt uiteindelijk dat ik niks heb.' (migrant, vrouw, 8 jaar)</i>
Een advies geven	<i>'Wat ik onder advies versta, advies is een vraagteken, dat kan goed en slecht uitlopen. Net zoals ergens staat een adviessnelheid, snap je? Wij adviseren dat u met 80 de bocht ingaat, maar je kan hem ook met 120 nemen. Dat is aan jou of jij het advies wilt aannemen snap je? (...) Maar als je zegt concreet 'Dit moet je doen' dan moet je dat doen.' (migrant, man, 1.5 jaar)</i>
Open keuze geven	<i>'Dan vroeg ze "Wat moet ik doen?" en ik zei "Jij bent de dokter, dat weet jij." (migrant, vrouw, 10 jaar)</i>

3.6 Overige succesfactoren

Naast succesfactoren voor de vier communicatiefuncties uit het model van de Haes en Bensing (2009) zijn er vijf succesfactoren naar voren gekomen die betrekking hebben op het gehele behandelproces en niet enkel de communicatie waarover de Haes en Bensing schrijven (zie tabel 13). Over het algemeen vonden de patiënten het van groot belang dat de huisarts actie onderneemt. Ten eerste worden de factoren 'onderzoek doen' en 'doorverwijzen' vaak genoemd. Het doel van deze handelingen is voor de patiënten geruststelling: *Als ik onderzocht word dan voel ik me beter en heb ik minder pijn.* (migrant, vrouw, 2 jaar). Hierbij is het van belang dat de huisarts, wanneer de patiënt met dezelfde klacht komt, weer serieus lichamelijk onderzoek doet. Over het doorverwijzen gaven patiënten aan dat dit dient te gebeuren wanneer duidelijk is dat de zorg van de huisarts en/of medicijnen niet werken.

Bij twijfel over doorverwijzen, werd aangegeven dat de huisarts zou kunnen overleggen met een expert. Ten tweede is het tijdens het hele proces van belang dat de huisarts zich bewust is van opleidingsniveau en behoefte van de patiënt om het gespreksniveau hier op af te kunnen stemmen. Een deel van de patiënten gaf aan dat diens huisarts deze acties niet of nauwelijks onderneemt: *'Je moet bijna gaan smeken of hij je even wat wil controleren.'* (migrant, man, 1.5 jaar). Tenslotte oordeelden een aantal patiënten dat de huisarts te lang wacht met het ondernemen van actie en pas hulp biedt als het ernstig is of zelfs al te laat is.

|| *Als ik onderzocht word dan voel ik me beter en heb ik minder pijn.*

||

Tabel 13. Overige succesfactoren in de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten met SOLK

Succesfactor	Voorbeeldcitaat
Onderzoek doen	(Op de vraag wat ze zo goed vindt aan de huidige huisarts) 'Dat ze meteen begint met vragen en onderzoeken.' (migrant, vrouw, 2 jaar) (Op de vraag 'Wat moet een goede dokter van zijn patiënt weten?') 'Alles. Ja, eerst de klachten en dan zoeken naar de oorzaak van de klachten. Op een goede manier, dus eerst luisteren en dan steeds meer vragen stellen want er zijn altijd meerdere oorzaken.' (migrant, vrouw, 2 jaar)
Doorverwijzen	'Als jij het niet kan doen, als ik een week lang aan medicijnen heb gezeten en het heeft niet geholpen, dan zie ik dat het niet helpt. Stuur mij dan door.' (migrant, vrouw, onduidelijk)
Medicijnen voorschrijven	(Op de vraag wat het verschil is tussen huidige goede en eerdere minder goede huisarts) 'Oh, veel verschil. Sommige dokter niet tablet geven, niet schrijven. Ja, goed vanzelf over. Maar ik niet vanzelf over. 'Iets geven alsjeblieft' ik zeg.' (vluchteling, vrouw, 3-4 jaar)
Stap voor stap werken	'En ze doet heel goed stap voor stap onderzoek. Ze gaat eerst al het onderzoek doen wat zij als huisarts kan doen en als dat niet lukt, dan verwijst ze me naar het ziekenhuis. (...) Zo gaat het ook het snelst denk ik. Als je naar het ziekenhuis moet, moet je eerst vaak drie weken wachten of zo. Als de huisarts eerst dan onderzoeken kan doen en later pas doorstuurt, gaat het sneller.' (migrant, vrouw, 2 jaar)
Afstemmen van 'gespreksniveau' op opleidingsniveau en behoefte	(Op de vraag of de patiënt en de huisarts het samen eens zijn over wat ze gaan doen). 'Nee. nee dat heb ik nooit gedaan. (...) Misschien met huisarts was ik niet tot dat 'level' gekomen. Heel oppervlakkig, dan klaar.' (...) Dat is niet tot ver gekomen.' (vluchteling, vrouw, 12 jaar)

4. RESULTATEN FOCUSGROEPEN ZORGVERLENERS

4.1 Beschrijving onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit totaal vijftien respondenten, waaronder tien huisartsen en vijf praktijkondersteuners GGZ. Alle respondenten zijn werkzaam in een huisartsenpraktijk in een wijk met veel verschillende etnische achtergronden. Op deze manier hebben ze allemaal ervaring met niet-westerse migranten met SOLK. In tabel 14 staat de verdeling naar geslacht en aantal jaren werkervaring van de huisartsen en praktijkondersteuners GGZ weergegeven.

Tabel 14. Kenmerken deelnemers focusgroepen

	Aantal huisartsen	Aantal praktijkondersteuners GGZ
<i>Geslacht</i>		
Man	4	2
Vrouw	6	3
<i>Ervaring in migrantenzorg</i>		
Minder dan 5 jaar	2	
5 tot 15 jaar	2	3
Meer dan 15 jaar	6	2

In dit hoofdstuk worden de huisartsen en de praktijkondersteuners GGZ aangeduid met 'zorgverleners'. In de resultatentabellen in dit hoofdstuk wordt een indeling gehanteerd van meest tot minst genoemde succesfactor en achter ieder citaat staat aangegeven of dit een uitspraak is van een huisarts (HA) of praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ) en hoeveel jaar ervaring deze zorgverlener heeft in de migrantenzorg. In bijlage 9 is een overzicht van alle succesfactoren (zowel uit de interviews als focusgroepen) toegevoegd.

4.2 Vertrouwensrelatie opbouwen

Nagenoeg alle zorgverleners waren zich bewust van het belang van een goede (vertrouwens)relatie: *'Dan zit je alleen aan de relatie te werken. En dat is toch heel belangrijk bij dit soort klachten.'* (POH GGZ, 5-15). Voor het opbouwen van een goede relatie met de patiënt zijn acht succesfactoren genoemd (zie tabel 15). De meest genoemde succesfactoren hebben betrekking op het serieus nemen van de patiënt en de houding van de huisarts. Wat betreft de houding van de huisarts moet hij de patiënt met oprechte vriendelijkheid, respect, geduld en nieuwsgierigheid tegemoet treden. Door de patiënt te laten merken dat hij altijd welkom is, kan de band worden versterkt en kan bovendien voorkomen worden dat de patiënt naar andere zorgverleners gaat voor hulp en op die manier het beleid van de huisarts omver werpt. Zorgverleners zijn het over het algemeen eens dat serieus nemen en open houding van de huisarts van groot belang zijn bij deze groep patiënten, zowel bij binnenkomst van een nieuwe patiënt als tijdens de rest van het proces om een goede relatie te behouden.

Tabel 15. Succesfactoren voor het opbouwen van een relatie met migranten

Succesfactor	Voorbeeldcitaat
A. Serieus nemen van de patiënt	
Goed luisteren	<i>'Belangrijk is om de patiënt gewoon niet te onderbreken, zijn verhaal te laten vertellen.'</i> (HA, >15)
Serieus nemen van de klacht	<i>'Ja, dat je het serieus neemt de klacht, ook al is het in jouw ogen een geringe klacht. En als dokter zijn wij al erg blij dat het niet iets ernstigs is en dan wordt de klacht in onze ogen gering. Maar voor de patiënt zelf is die groot, die klacht. Dus dan moet je</i>

het ook als zodanig behandelen en er ook serieus naar vragen de volgende keer.'
(HA, >15)

Tijd nemen
(accepteren dat
het extra tijd kost)

'En ga er toch even voor zitten hè? Raffel het niet af, of maak een vervolgspraak. (...) Het kost gewoon tijd. En het hoeft niet allemaal op hetzelfde moment, het kan ook prima in het volgende gesprek.' (HA, >15)

B. Houding van de huisarts

Respect, geduld
en
nieuwsgierigheid
tonen

'En ik denk dat helemaal bovenaan staat: Heb respect, heb geduld, en wees nieuwsgierig. Dat zeg ik altijd tegen mijn AIOS.' (HA, >15)

Patiënt laten
merken dat hij
'altijd welkom' is

'Je moet bij me terug komen zo van "Kom bij me terug, ik ga je helpen". Het vertrouwen hè dat ze niet weg hoeven te blijven. (...) We hebben nu je klacht misschien niet opgelost, maar mijn deur staat altijd open. Ik wil je altijd helpen, ook al kan ik het vandaag niet oplossen, ik wil altijd met je meedenken.' (HA, >15)

C. Overig

Vertrouwen
opbouwen

'Je moet migranten soms even voor je winnen in vertrouwen, maar als ze dan eenmaal door hebben van "Oh dit is een fijne dokter" (...) Vinden ze het heel fijn als je geïnteresseerd bent en zijn ze je ook heel dankbaar als je uit interesse vragen stelt.' (HA, 5-15)

Geruststellen

'Niet zozeer het weten wát het is, als wel de geruststelling dat het niet kanker is of dat het niet iets ernstigs is.' (HA, >15)

4.3 Psychosociale achtergronden uitvragen

Door de zorgverleners zijn twaalf succesfactoren genoemd voor het bespreken van psychosociale achtergronden, waarbij een oprechte houding en afstemming belangrijke voorwaarden vormen (zie tabel 16). Een deel van de succesfactoren vormen 'voorwaarden voor het kunnen stellen van vragen' (1). De meest belangrijke voorwaarden die door vrijwel alle zorgverleners werden onderstreept, zijn 'met oprechtheid vragen stellen' en het 'hanteren van maatwerk'. Nadat aan de voorwaarden voor het vragen naar psychosociale achtergronden (1) is voldaan, gaven de zorgverleners praktische aanpakken (2) en materialen (3) aan waarmee het uitvragen afgestemd kan worden op een individuele patiënt. Wanneer een huisarts over de psychosociale achtergronden kan beginnen, is volgens de zorgverleners afhankelijk van de bereidheid en behoefte van de patiënt: *'Nou dat doe je in een iets verdere fase natuurlijk. (...) nou ja, soms komt het in eerste consult al aan de orde.'* (HA, 5-15).

Opvallend is dat de zorgverleners elkaar tegenspreken, zo wordt enerzijds aangegeven dat er geen oorzakelijke relaties moeten worden gesuggereerd, maar anderzijds dat een huisarts kan aansluiten op een bekend probleem van de patiënt. In dit laatste geval wordt er wel een oorzakelijke relatie gesuggereerd.

Tabel 16. Succesvolle strategieën voor het bespreken van psychosociale achtergronden

Succesfactor	Voorbeeldcitaat
1. Voorwaarden voor het kunnen stellen van vragen:	
Maatwerk hanteren: Patiënt volgen in tempo en woordkeus	<i>'Ik denk dat het belangrijk is om af te stemmen met de patiënt die tegenover je zit. Dus dat je vanuit het referentiekader van de patiënt de klacht heel goed serieus neemt, heel goed luistert en doorvraagt. En dat je daar dan aanknopingspunten moet zien te krijgen.'</i> (HA, 5-15)
	<i>'Ik denk dat je meer naar een individu kijkt. Je merkt al gaandeweg in het gesprek of iemand een opening geeft om iets te bespreken.'</i> (POH GGZ, 5-15)
Met oprechtheid vragen stellen	<i>(Op de vraag of patiënten dat soort vragen accepteren)</i> <i>'Ik denk dat het heel erg te maken heeft met de intentie waarmee je de vraag stelt. Als je het oprecht wilt weten, dan heb ik het nog nooit meegemaakt dat ze het vervelend vinden.'</i> (POH GGZ, >15)
Interesse laten zien in thema's buiten klachten	<i>'Dus het gaat er als dokter eigenlijk om dat je laat merken dat je open staat voor dat soort zaken. Die niet zo hier met het lichaam te maken hebben. Dus moet je eigenlijk een patiënt laten weten. Ik ben een dokter die daar wel degelijk interesse in heeft. (...) Ja, dan uh, komt het wat makkelijker naar voren.'</i> (HA, >15)
Bespreekbaar maken van taboes	<i>'Het is vaak ook heel belangrijk om het gevoel te geven.. nee eerste aanzet te geven tot het bespreekbaar maken wat eigenlijk een taboe is.'</i> (HA, >15)
2. Praktische aanpak:	
Vanuit de klachten vragen stellen	<i>'En dan neem je in die zin (door vragen te stellen) de klacht nog heel serieus en kun je vandaar uit vragen wat allemaal nog wel en wat niet lukt. Vandaar uit probeer je dan weer een soort verhaal te krijgen.'</i> (HA, >15)
Open vraag/stelling geven	<i>'Goh, jullie hebben het ook zwaar hè?' En dan komt er vaak vanzelf wel weer wat'. (HA, 5-15)</i>
Aansluiten op een bekend probleem v/d patiënt	<i>'Ik weet toch al wel wat van die mensen enne je kunt dus al snel bijvoorbeeld een gerichte vraag stellen over iets waarvan je weet 'oh dat is een probleem'. Bijvoorbeeld 'zit u zoon nu nog in de gevangenis?'. (HA, >15)</i>
Geen oorzakelijke relaties suggereren	<i>'Als iemand last heeft van een bepaalde pijn klacht, heeft die persoon een pijnklacht. Want dat hebben ze natuurlijk heel vaak gehoord 'het zit tussen hun oren', of het heeft te maken met..'. Maar dat vermijd ik. Dus vandaar dat ik vraag naar 'Wat kunt u nou niet meer doen door de pijn?'. Dan wil ik dus de suggestie niet wekken dat er ook maar enige relatie is, oorzakelijke relaties.'</i> (POH GGZ, >15)
Een tweede keer terug laten komen	<i>'Ik vind dat u een heel ingewikkeld probleem hebt en daar zal ik toch nog een keer wat rustiger met u over willen praten'. (POH GGZ, >15)</i>
3. Materialen gebruiken:	
Cultureel Interview gebruiken	<i>'Wanneer ik dat interview toepas dan zeg ik duidelijk dat ik eens een paar dingen zou willen weten en dan moet je dat inleiden met een paar vragen en eventueel neem je dat interview erbij, dat je die vragen dan doorneemt. En dat je hebt gemerkt dat dat nuttig is om te doen om meer zicht te krijgen op de achtergrond van de klacht. Dat moet je een beetje uitleggen.'</i> <i>'Ik merk dat dat goed valt.'</i> (HA, >15)
	<i>'Ik houd het (het Cultureel Interview) er niet bij, maar je kunt wel vragen eruit gebruiken.'</i> (HA, 5-15)
Dagboek laten bijhouden en later	<i>'Wat ik vaak doe bij dit soort nog prille SOLK groepen, patiënten, dat is vragen om een dagboek bij te houden en ik maak een systematische afspraak voor over een maand.'</i>

bespreken	<i>gewoon in hun eigen taal. (...) De klacht en de ernst van de klacht in principe. En proberen aan te geven wat er aan is voorafgegaan. Schrijf dingen op als heb je ruzie gehad, ben je uit geweest, allerlei dingen die ik toevallig weet van de patiënt dat die nog wel eens een rol spelen of die uit het gesprek in de anamnese naar voren zijn voorgekomen.' (HA, >15)</i>
4 DKL gebruiken	<i>'De 4-DKL* kun je hier eigenlijk heel goed gebruiken. denk ik als mensen de Nederlandse taal goed machtig zijn. Want daar zit ook een angstschaal in (...) En ook een depressieschaal en op het moment dat mensen er niet aan willen geloven, kun je de 4-DKL meegeven (...) Omdat je die factoren wilt meten.' (HA, 5-15)</i>

* De 4 DKL is een vragenlijst, bestaande uit 50 items, gericht op psychosociale klachten. De subcategorieën van de lijst gaan in op 'distress', depressie, angst en somatisatie.

4.3.1 Wat is belangrijk om te vragen?

Ten eerste werden door de zorgverleners een aantal aspecten genoemd die in relatie staan met de klacht (zie tabel 17). Het doel van het vragen naar thema's gerelateerd aan de klachten is het achterhalen van eventuele problemen en opmerkelijke aannames van de patiënt.

Ten tweede werden een aantal aspecten genoemd die los van de klachten kunnen worden bevraagd (zie tabel 18). Op deze manier kan een huisarts, door veel te weten te komen over een patiënt, voorkomen dat hij enkel gericht op de lichamelijke klachten te werk gaat. Door verschillende thema's uit te vragen kan de huisarts namelijk achterhalen of één van deze thema's wellicht stress veroorzaakt die tot lichamelijke klachten kan leiden. Op deze manier kan bijvoorbeeld gevraagd worden naar het huwelijk en of er nog familie is achtergebleven omdat hier problemen als eenzaamheid en stress kunnen spelen. Ook vertelde een huisarts dat hij vaak vraagt naar 'opleiding en werk in land van herkomst' en 'wat de patiënt nu doet' omdat hier frustratie kan ontstaan als dit niet op elkaar aansluit: *'Het is heel moeilijk om op een eigen niveau van zeg maar ontwikkeling bezig te zijn.' (...) 'Dat is heel frustrerend voor de meesten.'* (HA, >15). Door een huisarts werd gesteld dat iedere migranten patiënt vragen over de achtergrond op prijs stelt: *Iedereen vindt het heel erg fijn om daarover te praten. Dat is een vraag die altijd met gretigheid wordt beantwoord.'* (HA, >15).

Bij het uitvragen van deze thema's kunnen de in de voorgaande paragraaf genoemde methoden (tabel 16) worden gehanteerd. Zo kan bijvoorbeeld het Cultureel Interview worden gebruikt voor het stellen van vragen over de achtergrond van de patiënt.

Over de klacht gerelateerde thema's waren zorgverleners het eens, over niet gerelateerde thema's gaven sommige zorgverleners veel en andere zorgverleners nauwelijks thema's aan.

“ *Iedereen vindt het heel erg fijn om daarover [achtergrond patiënt] te praten. Dat is een vraag die altijd met gretigheid wordt beantwoord.* ”

Tabel 17. Wat is belangrijk om te vragen? (klacht gerelateerd)

Succesfactor	Voorbeeldcitaat
Vragen:....	
Context van de klachten	
Naar de context waarin klachten ontstaan	<i>'Wat is er gebeurd rond de periode dat u klachten kreeg?' 'Welke omstandigheden geven meer klachten?'. (HA, 5-15)</i> <i>"Goh, heeft u daar en daar ook last van als u bijvoorbeeld met de kinderen iets leuks doet?" Of "Heeft u last als u op een feestje bent?" Of "Wanneer heeft u er het meeste last van?" (HA, 5-15) (bij laag taalniveau en/of opleidingsniveau)</i>
Psychosociale klachten	
Of patiënt (veel)	<i>'Pieker je veel? Heb je zorgen?' (HA, 5-15)</i>

nadenkt over de klachten	'Veel denken?' (Bij laag taalniveau) (HA, >15)
Of patiënt bang is m.b.t. de klacht	'Ja, wat denk je op het moment dat je hoofdpijn hebt?' (HA, >15) 'Ben je bang? Denk je van "Ik ga dood"? Of.. "Is het kanker?" (HA, >15)
Hoe patiënt slaapt	'Hoe slaap je?' (HA, 5-15) 'Uhm..en slapen daarvan kan iedereen beantwoorden of het goed gaat of niet. En als ze dan niet goed slapen, wat vaak zo is, nou ja dan heb je wel een link naar psychosociale problemen.'
Of patiënt somber is	'Maakt de pijn je somber?' (...) 'Ja, je prikt een beetje om signalen naar boven te halen als somberheid of angst.' (HA, 5-15)

Gevolgen van de klachten

Of het werk nog wel lukt	'Lukt het werk nog wel?' 'Heb je je veel ziek moeten melden? (...) Vandaar uit probeer je dan weer een soort verhaal te krijgen.
--------------------------	--

Visie van patiënt en diens omgeving op de klachten

Of patiënt andere geneesheer/ geneeswijzen gebruikt?	'Goh bent u al naar een eigen geneesheer geweest? Een genezer?'. (...) En vaak hebben ze daar altijd wel iets over te zeggen om mee aan de slag te gaan. Maar daarmee, als je dat dus vraagt dan hoor je ook meteen iets over die perceptie van die klacht, hoe ze denken dat het over kan gaan.' (HA, 5-15)
--	---

'Goh, ik heb wel eens begrepen in uw cultuur dat er sprake kan zijn van Winti's*. Na en dan komt er vanzelf wel iets.' (HA, 5-15)

Hoe patiënt de klachten verklaart	'Vraag ik hoe ze het zelf verklaren? Of ze er zelf al over nagedacht hebben. Ze hebben misschien al een idee wat ik helemaal gemist heb of niet opkom. (...) 'Dan vraag ik 'Hoe verklaart u het zelf?'. (...) 'vaak kom je dan aannames op het spoor die voor ons tamelijk vreemd zijn of ongewoon.' (HA, >15)
-----------------------------------	--

Wat vindt omgeving van de klachten?	'Wat vindt uw vrouw ervan?' (POH GGZ, >15)
-------------------------------------	--

* Winti geeft het geheel van goden, natuurgeesten en geesten van overledenen weer in die Creools Surinaamse cultuur. Het 'hebben van een winti' houdt in dat de persoon 'bezeten' is door de geest van een natuurgeest of overledene. Deze bovennatuurlijke wezens kunnen door rituele handelingen worden beïnvloed (Van Es, 1995).

Tabel 18. Wat is belangrijk om te vragen? (niet klacht gerelateerd)

Succesfactor	Uitspraken
Vragen naar:	
Algemeen	
Werk	'Heeft u werk? Wat doet u voor werk?' (POH GGZ, 5-15)
Gezin	'Goh, hoe ziet u thuisfront eruit?' Kunt u daar iets over vertellen?' (HA, 5-15) 'Hoe ziet iemands oorspronkelijke gezin eruit?' (HA, >15)
Huwelijk	'Bent u getrouwd?' (POH GGZ, 5-15)
Woonsituatie	'Woont iemand alleen?' (HA, >15)
Dagelijkse bezigheden	'Wat doet u allemaal overdag?' (POH GGZ, 5-15)
Opleiding	'Ik vraag ook naar opleiding' (HA, >15)

Culturele of achtergrond thema's

Land van herkomst	<i>'Ik vraag ook altijd wel ergens naar het land van herkomst. Van waar mensen vandaan komen.'</i> (POH GGZ, 5-15)
Leeftijd naar Nederland	<i>'Op welke leeftijd ze hier zijn gekomen.'</i> (HA, >15)
Life events	<i>'Kijk ik heb het natuurlijk vaak over life events.'</i> (HA, >15) <i>'meestal een zin van uh 'Vertel eens wat u allemaal heeft meegemaakt?'.(HA, >15)</i>
Moedertaal	<i>'Wat is je geboortetaal?'</i> (HA, >15)
Cultuur	<i>(op vraag: wat is belangrijk om te weten van patiënt?) 'De cultuur.'</i> (POH GGZ, 5-15)
Geloof	<i>(op vraag: wat is belangrijk om te weten van patiënt?) 'Het geloof.'</i> (POH GGZ, 5-15)
Hoe ze in moederland leefden	<i>(op vraag welke vraag je patiënten altijd stelt om culturele achtergronden te bespreken) 'Hoe ze daar leefden.'</i> (POH GGZ, 5-15) <i>'Ik vraag ook naar opleiding en naar wat ze in het andere land gedaan hebben voor werk.'</i> (HA, >15)
Of er familie is achtergebleven	<i>"Is er nog familie achtergebleven?" Dat is een hele belangrijke vraag. (...) Reken maar dat mensen dan allerlei klachten kunnen ervaren die te maken hebben met hun geliefden over zee.'</i> (HA, >15)
Werk in land van herkomst	<i>'Ik vraag ook naar (...) en wat ze in het andere land gedaan hebben voor werk.'</i> (HA, >15)

4.4 Informatie geven

De zorgverleners hebben een aantal algemene succesfactoren aangegeven voor het geven van informatie aan de patiënt (zie tabel 19). Het hanteren van een consistente uitleg lijkt hierbij met name van belang te zijn.

Tabel 19. Algemene succesfactoren voor het uitleg geven over SOLK

Succesfactoren	Voorbeeld citaat
Zelfde uitleg hanteren als andere hulpverleners	<i>'En als die patiënt dan weer komt bij de ene hulpverlener en die weet gewoon 'oké dit is er besproken en die herhaalt gewoon de boodschap die al eerder is aangegeven'. (POH GGZ, <5)</i>
Blijf bij de hypothese	<i>'Het is eerste wat bij mij opkomt is hè..je hebt een bepaalde hypothese, van dat zou het kunnen zijn en dat leg je iemand uit. Uh...om daar bij te blijven. Dus als iemand er niet aan wil, om dan niet meteen wat anders te gaan verzinnen.'</i> (POH GGZ, >15)
Niet direct oplossen	<i>'Je het moet benoemen zoals het is, dat het heel vervelend is, die klachten en dat er geen oorzaak voor gevonden kan worden. Ja lijkt me heel lastig, heel moeilijk enzo. Ik vind het wel goed om het dan eerst op tafel te leggen en het niet direct te gaan oplossen.'</i> (POH GGZ, 5-15)

In vroeg stadium duidelijk maken dat oorzaak ook stress kan zijn	<i>'Dat vlechten we er wel een beetje doorheen. Van wat ik net aangaf van met die hoofdpijn dan zeg je van 'ja, maar het kan dus heel goed stress zijn hè. En dan moet ik het onderzoek nog doen. Maar ik noem het bij haar dan expliciet al zo van. Houd er rekening mee dat ik daar rekening mee houd.'</i> (HA, >15)
--	---

4.4.1 (On)geschikte formuleringen en metaforen

De zorgverleners gaven drie succesvolle manieren van uitleg geven over SOLK aan, waarbij ze concrete formuleringen als voorbeeld noemden (zie tabel 20). Daarnaast gaven de zorgverleners een aantal formuleringen voor de uitleg over SOLK die juist niet succesvol werken (zie tabel 21). Ten eerste is bij deze groep patiënten het gebruik van metaforen volgens de zorgverleners zeer geschikt. In tabel 20 wordt hiervan één voorbeeld gegeven. Ten tweede is genoemd dat het belangrijk is om aan te geven dat er geen sprake is van een ziekte of dat het niets fysieks is. Niet alle zorgverleners waren het echter eens over de werking van de formulering 'Het is niets fysieks' aangezien dit zowel als een succes- en als een faalfactor is genoemd. Ook wordt aangegeven dat een positieve formulering zoals 'Uw bloed is goed' beter werkt dan een negatieve formulering zoals 'Dit en dit is het niet'. Een derde manier van uitleg geven, is het 'normaliseren van de klachten'. Hierbij leggen artsen uit dat de klachten horen bij de gebruikelijke werking van het lichaam en/of dat er een relatie is tussen psychosociale problemen en lichamelijke klachten.

Veel zorgverleners gaven aan de term 'stress' in de uitleg op te nemen. Als kanttekening wordt wel aangegeven dat stress niet te vaak moet worden genoemd: *'Want als mensen te vaak hebben gehoord "Ja, het is allemaal stress". (...) Kom daar dan niet meer mee aan.'* (POH GGZ, 5-15). Met betrekking tot de resultaten zijn een paar opmerkelijke punten te noemen. Zo gaven zorgverleners ten eerste aan dat enkel goede uitleg over de werking van het lichaam bij patiënten met een laag opleidingsniveau al kan zorgen voor het verdwijnen van de ongerustheid. Ten tweede is opvallend dat 'het expliciet aangeven waar de pijn vandaan komt', zowel behulpzaam als niet nuttig wordt ervaren. Zo wordt enerzijds aangegeven dat het bijvoorbeeld succesvol is om te vertellen dat op microscopisch niveau een zwakke plek te zien is terwijl anderzijds wordt afgeraden om expliciet aan te geven waar de pijn zit omdat patiënten zich hierop kunnen fixeren. Tenslotte is het opvallend dat alle zorgverleners de patiënten niet vertellen dat ze SOLK hebben omdat het nog geen erkende diagnose is. Al met al bieden de focusgroepen veel verschillende opties om uitleg te geven, waarbij de zorgverleners het over enkele opties oneens zijn.

Tabel 20. Formuleringen en metaforen die succesvol zijn in het uitleg geven over SOLK

Succesvolle formulering	Voorbeeld citaat
1. Metaforen	
Ongetraind een berg op fietsen	<i>'Ja, eigenlijk probeer ik voorbeelden aan te halen, probeer ik metaforen te maken met dingen die zij kennen. Uit het gesprek komt vaak iets naar voren waaruit een soort vergelijking mogelijk wordt. (...) Je kunt ook een voorstelling maken van 'je fietst een hoge berg op, als je niet getraind bent, kom je niet boven.'</i> (HA, >15)
2. Het is geen ziekte/Het is niets fysieks	
'Het is niet gevaarlijk'	<i>'Het is niet gevaarlijk'. 'Bloed goed'. 'Foto goed'. (Bij een laag niveau Nederlands) (HA, >15)</i>
'Het is niets fysieks'	<i>'Benadrukken dat er niks fysieks aan ten grondslag ligt. Het is natuurlijk best wel een teleurstelling.'</i> (HA, >15)
3. Normalisering	
A. Dit hoort bij gebruikelijke werking van het lichaam (normalisering)	
Last van de werking van een orgaan	<i>'Wat ik ook vaak gebruik bij uitleg is van je kunt een ziekte hebben van een orgaan en je kunt last hebben van de werking van een orgaan.'</i> (HA, >15)

'De functie doet gewoon pijn. (...) Ik zeg van het is allemaal goed, het verteert goed, goede werking hè. Maar je hebt te veel lucht, die lucht die blaast die darmwand..nou dat soort dingen, dat vertel ik. (...) Het is geen ziekte, het is gewoon de functie die niet prettig verloopt. Maar of het allemaal werkt en aankomt.' (HA, >15)

Het systeem is te scherp afgesteld *'Proberen te benoemen dat er soms bij mensen het uitleggen hoe die zenuwen dan werken. Heeeeel simpel van de buik naar het hoofd, zeg maar, en dat soms dat systeem scherp afgesteld staat. (...) Waardoor mensen dus soms pijn voelen in hun hoofd zonder dat we hier iets kunnen vinden. Maar die pijn is er wel.'* (POH GGZ, 5-15)

'Ik wil eigenlijk echt af van die scheiding tussen lichaam en geest. (...) Er is natuurlijk wel iets in het brein. die beleving van pijn is er. Dus er is iets in het hoofd wat maakt dat mensen pijn beleven.' (POH GGZ, 5-15)

Samenspel van de onderrug doet pijn *'Het samenspel van de onderrug...: De samenwerking tussen de wervels, de gewrichtjes de spieren, alles wat daarbij komt kijken, soms pijn kan doen.'* (HA, >15)

Op microscopisch niveau is het te zien *'Of ik zeg ook wel eens gewoon dat er op de foto van de rug niets te zien is maar vaak is het zo dat er wel iets gebeurd is en dat op microscopisch niveau - lastig woord, de één begrijpt dat wel de ander niet. Maar dat er daadwerkelijk hè, want ze heeft heel veel last van die klacht. Vooral die klacht heel erg bevestigen en dat er absoluut ook een kwetsbare plek zit.'* (HA, 5-15)

B. Relatie tussen psychosociale problemen en lichamelijke klachten (normalisering)

Iedereen heeft een zwakke plek die opspeelt bij stress *'Dat soms dus stress, of dat je problemen op andere gebieden hebt er soms wel voor kan zorgen dat je nog wat meer klachten krijgt. En dan hou ik het maar heel simpel met we hebben allemaal wel eens hoofdpijn of maagpijn of rugpijn als je wat dan ook hebt, je zit vol gedoe op je bordje hebt waar je door gestrest raken. Het kan ook een gevoeligheid zijn. Een gevoelige plek in je lichaam waar je dan meer last van gaat krijgen.'* (POH GGZ, 5-15)

Zenuwstelsel is geprikkeld *'Bij steken leg ik uit van "ja, dat kan". Dan leg ik uit dat het zenuwstelsel geprikkeld kan zijn. Zonder dat je dus iets aan je hart hebt, maar die zenuwen die naar het hart gaan, die gaan naar je longen, die gaan naar je maag, en dat kan geprikkeld raken door spanning door ongerustheid. (...) en dat geeft klachten die dan erg lijken op hartproblemen, maar dan is er met het hart zelf niets aan de hand.'* (HA, >15)

Verkramping *'Leg ik uit hoe klachten veroorzaakt kunnen worden door verkramping, harde spieren door niet goed slapen.'* (HA, >15)

Pijn krijgen door verdriet *'Ze had heel veel verdriet (...) gewoon puur en alleen uitgelegd over, nou goed hè, dat je daar ook pijn van kunt hebben.'* (HA, 5-15)

Pijn door stress *'Ik gebruik simpele voorbeelden die iedereen wel kent, ...als iemand toch schoolervaring heeft, dan kun je zeggen van 'Nou je hebt vast wel eens een keer een beurt gehad op school, of iets moeten vertellen voor de klas. Wat voel je dan in je lichaam? Dat soort dingen.'* (HA, >15)

'Ja, dan heb ik het wel over 'spanningsklachten'. Een begrip 'spanning' is dan belangrijker.' (HA, >15).

Tabel 21. Faalfactoren voor de formulering van uitleg over SOLK

Faalfactor	Voorbeeldcitaat
'Het is niet lichamelijk'	<i>'Je kunt niet zeggen dat het niet lichamelijk is, je kan wel zeggen dat je niks kan vinden.'</i> (POH GGZ, >15).
Te expliciete uitleg geven	<i>'Ik heb net de standaard nog even bekeken op het instituut en daar staat letterlijk in of er wordt afgeraden om rugpijn uit te leggen met dit soort substraten. Juist zeg niet "dat het die gespannen spieren zijn of die beetje gesleten gewrichten zijn", want dat is om te beginnen niet waar, dat weten we niet en dat maakt dat mensen zich juist fixeren op die klacht.'</i> (HA, >15)
Zeggen 'U heeft SOLK'	<i>'Ik heb het nog nooit in mijn hoofd gehaald tegen een patiënt te zeggen u heeft een SOLK... in deze bewoording.'</i> (HA, >15) <i>'Nee, het is nog geen erkende diagnose.'</i> (HA, >15)
Zeggen 'Dit en dit is het niet'	<i>'Niet wat het niet is, weet je, dat heeft helemaal geen zin in het leven. Dus heel af en toe doe ik het wel als je iets wilt uitsluiten. "Dit is het niet, dat is het niet", maar dat is zo moeilijk want ze willen weten wat het wel is. Daarvoor komen ze bij een dokter.'</i> (HA, >15)

4.4.2 Bruikbare materialen en hulpmiddelen

In de focusgroepen kwamen een aantal voorbeelden van materialen naar voren die succesvol zijn bij het geven van uitleg (zie tabel 22). Voor specifieke klachten gaven veel huisartsen aan dat ze een plaatje van Google of uit een boek tonen om uitleg te geven over hoe het lichaam werkt en waar eventueel de pijn zit.

Tabel 22. Formuleringen en metaforen die succesvol zijn in het uitleg geven over SOLK

Succesfactor	Uitspraken
A. Tekening maken van:	
Pijncirkel (zie bijlage 10)	<i>'De problemen die je hebt verergeren jouw pijn. Je hebt pijn, maar je hebt ook...en dan opnoemen wat ze allemaal heeft gezegd. Dan vinden ze vaak al fijn dat je goed geluisterd hebt. (...)financiële problemen, je vrouw is bij je weg. Op een gegeven moment is het op. Nou dat geeft dus weer, dat zorgt voor meer pijn. En eigenlijk leg ik niet eens uit hoe dan.'</i> (HA, <5)
4 Domeinen model (zie bijlage 11)	<i>'Dus hiervoor kom je bij de huisarts, dit is het lichaam, dit ben jij. Dit is de patiënt. Je komt met een lichamelijke klacht bij de huisarts en het heeft invloed op je gemoedstoestand.'</i> (POH GGZ, >15)
B. Plaatjes tonen van:	
Werking van lichaam	<i>'Nou ja, over...het kan zijn dat ze gewoon echt niet begrijpen wat er aan de hand is met hun lijf. En dan leg ik dus simpel uit hoe dat in het lijf werkt. Dan pak je dus die plaatjes van Google erbij en dan leg je dat uit en dan zit die tolk mee te doen.'</i> (HA, 5-15)
Rugzak	<i>'Het is een plaatje van een mannetje die of een zware zak heeft of zelf minder draagkracht heeft, dus dan staat hij al wat krommer. En dan gaat er een pijl naar de hersenen en dan gaat er een pijl naar alle organen. Dus dan laat het zien hoe je door stress buikpijn kunt krijgen.'</i> (HA, <5)
Ziekmakende stress (zie bijlage 12)	<i>'En het begint met dit plaatje... dan vertel ik 'Nou dit is eigenlijk een gezond iemand. (...) Die heeft een rugzak met het één en ander maar nou het is te doen. Hij heeft stevige knieën dus kan het goed dragen. De weg is vlak. En zijn gezin, nou daar gaat</i>

het ook wel goed mee.

En dan krijg je van "Wat gebeurt er nou?" Nou die man krijgt enorme tegenslag, de rugzak wordt veel groter, met zijn gezin gaat het ook niet goed. En zijn knieën worden kleiner, dus zijn draagkracht zullen we maar zeggen (...) En er komen ook nog allemaal problemen op zijn weg en de weg gaat ook nog eens omhoog (...) Hij snapt het ook niet meer. Dus hij komt in psychische nood. En dan is dit uh dit is dan de stressbeker zeg maar. (...) door die problemen ontstaat stress en daar wordt je ziek van dat komt in die beker. En nou uhh heb je nou gaatjes waar dat door wegloopt, dan raakt die beker niet zo vol...stress weg...stress erbij (hij wijst op gaten)...Als je die gaatjes niet hebt, dat is het heel veel. Nou dan raakt die beker vol. En als die beker dan overloopt en dan loopt ie hier over die ziekmakende stress. En dan is dit een heeel klein boompje, een heel klein boompje, maar die wordt gevoed door die stress en het wordt een hele grote boom. En dan noemen we dat de ziekte 'depressie'.' (POH GGZ, >15)

C. Uitbeelden van:

Spanningshoofdpijn

'De spieren in je nek trekken aan je hoofd, maar waar zitten die spieren aan vast? 'Aan mijn hoofd'. 'Oké ja, maar ze zitten aan een vlies vast'. En dan trek ik die badmuts over mijn hoofd en dan zeg ik 'Kijk die zitten aan dat vlies vast'. Dat vlies zit niet alleen achter, maar zit ook opzij, het zit bovenop en het gaat door tot aan de wenkbrauwen. (...) Dus als die spieren heel hard trekken dan kan het door het hele vlies trekken en dan kan het zelfs bij de ogen pijn doen.' (HA, >15)

D. Info mee naar huis geven

'Over stress en de gevolgen daarvan. Ook het hele verhaal van hyperventilatie dat komt wel eens aan de orde. Dan geef ik ze daar een goede folder over, die heb ik in verschillende talen.' (HA, >15)

4.5 Overeenstemming bereiken

De focusgroepen hebben acht succesfactoren opgeleverd voor het bereiken van overeenstemming over de vervolgaanpak, waarbij met name het achterhalen van de angst en het verleggen van de focus van somatisch naar psychosomatisch als belangrijk zijn genoemd door alle zorgverleners (zie tabel 23). Over stap één zijn nagenoeg alle zorgverleners het eens. Stap één houdt in dat wordt achterhaald of de patiënt gerustgesteld is met de uitleg dat er geen lichamelijke oorzaak is voor de klachten. Als de patiënt vervolgens nog ongerust is, moet worden achterhaald waar hij bang voor is: 'Als je dat niet goed achterhaald hebt, dan bereik je nooit een goed voorstel' (HA, >15). Voor stap twee hanteren de zorgverleners verschillende mogelijkheden, waarvan het doen van een final test door een relatief groot aantal zorgverleners wordt gehanteerd (zie tabel 23). Wat betreft stap drie zijn de zorgverleners het eens dat in alle gevallen dient te worden doorgesproken dat er geen lichamelijk onderzoek meer komt. Het feit dat er steeds niets wordt gevonden, leidt bij sommige patiënten tot ongerustheid en verergering van de klachten: 'Als niemand wat kan vinden dan krijgt de patiënt het idee "Oh, het moet wel heel erg zijn." (HA, >15). Gekoppeld aan het afsluiten van lichamelijk onderzoek in stap drie is het verleggen van de focus van somatisch naar psychosomatisch. Tenslotte werd nog genoemd door een huisarts dat zij bij migranten directiever is, wat inhoudt dat ze stelliger zegt wat er moet gebeuren.

■ ■ Als je dat [de angst van de patiënt] niet goed achterhaald hebt, dan bereik je nooit een goed voorstel. ■ ■

Opvallend is dat de hulpverleners blijkbaar niet altijd op één lijn zitten wat betreft het beleid van een SOLK patiënt. Het aanraden van het doen van een final test kan opmerkelijk worden genoemd omdat het te betwijfelen is of het altijd de ongerustheid bij de patiënt weg haalt. Ook valt op dat een aantal zorgverleners de patiënt zeggen dat ze niets kunnen doen en de patiënt op deze manier met lege handen wegsturen.

Tenslotte noemden de zorgverleners meerdere keren doelen naast het doel 'goede zorg bieden aan de patiënt', die belangrijk zijn om bewust van te zijn. Op die manier gaven zorgverleners als doelen aan: voorkomen van onnodig onderzoek, voorkomen dat de patiënt naar een andere collega (andere huisarts of huisartsenpost) gaat en minimaliseren van het aantal consulten van deze patiënt. Deze doelen zullen waarschijnlijk in veel gevallen strijdig zijn met de wensen van de patiënten.

Tabel 23. Succesfactoren voor het bereiken van overeenstemming over het vervolg beleid

Succesfactoren	Voorbeeldcitaten
Stap 1	
Achterhalen of patiënt gerustgesteld is met de uitleg	<i>'Het is goed. Alles is goed'. Maak je geen zorgen. (Als uitleg) Dan hoor je vaak wel aan de reactie of het een opluchting is, hè dat het daarmee klaar is. Of dat ze enorm teleurgesteld zijn van "Want hoe kan dat nou? Ik heb toch van alles, ik heb allerlei klachten en er is niks gevonden." Hoe kan dat? Dan kunnen ze nog ongeruster worden.'</i> (HA, >15)
Als patiënt nog ongerust is: achterhalen waar hij bang voor is	<i>'Nou ja, als je dat goed aanvoelt, dan moet je natuurlijk attent zijn en het er niet bij laten. (...) En dan zou ik eigenlijk gewoon vragen van (...) 'Waar denk je dan aan? Als je zo teleurgesteld bent?'. (...) "Ja, maar mijn oom die had darmkanker en die had dezelfde klachten".'</i> (HA, >15)
Mogelijkheden stap 2	
'Er is geen oplossing voor de klachten' 'Wat zou u nu zelf willen ?'	<i>'Zeg ik dat we daar niet echt een oplossing voor hebben en daaraan koppel ik: wat zou je zelf willen? Dan kan je als er bijvoorbeeld toch een specialistisch onderzoek gevraagd wordt daar weer een contract over afsluiten: stel dat we dat nou doen en daar komt verder geen nieuwe gezichtspunt uit, kunnen we dan het nog verder zoeken afsluiten.'</i> (HA, >15)
Verschillende opties geven en samen kiezen	<i>'...maar ik denk dat ik meer aan de patiënt aangeef van 'Nou, deze dingen spelen er, en uh... deze methodes zouden we kunnen inzetten of zo en dat ik de patiënt nog wel probeer te laten kiezen. Bijvoorbeeld van 'Je hebt veel problemen, het lijkt me nuttig om naar maatschappelijk werk te gaan. maar ik zal niet zeggen van "dat moet je doen".'</i> (HA, 5-15)
Het doen van een 'Final test' (somatisch)	<i>'En soms doe je zo'n Final test'. (...) 'U mag het zeggen, maar we spreken wel met elkaar af dat dan ook de laatste keer is voor deze klachten waarvoor u al tijd komt.'</i> (POH GGZ, >15)
	<i>'We gaan nu dit onderzoek doen waardoor ik zeker weet dat het niet fysiek is. Wanneer daar inderdaad niks uit komt dan gaan we verder praten over de psychische kant.'</i> (HA, >15)
Stap 3	
Doorspreken: geen lichamelijk onderzoek meer	<i>'Het moet duidelijk zijn dat onderzoek doen naar allerlei somatische oorzaken dat moet afgerond worden op een gegeven moment. (...) moet een bepaalde conclusie krijgen. En dat wordt met de patiënt doorgesproken en dan begin je met de patiënt met de volgende fase. En dat is meer dan gericht op het 'omgaan met'. (POH GGZ, >15)</i>
Focus verleggen van somatiek en mogelijk vervolg bespreken	<i>'Dan ga je het niet hebben over die klachten. Die ziekte die is altijd aanwezig, die neem je ook helemaal volledig serieus. Zeg je ook van 'Goh daarnaast doordat u die klachten heeft, heeft u ook een aantal problemen waar u tegenaan loopt in het dagelijks leven. En dat is iets misschien wel iets waar we iets aan kunnen doen.'</i> (HA, 5-15)
Overig	
Directief zijn	<i>'Maar ik ben een stuk directiever daar waar je anders misschien nog in gesprek gaat van 'Zal ik u een receptje antibiotica meegeven? En dan kunt u zelf naar eigen inzicht want het hoeft natuurlijk niet'. Nee, het is gewoon veel directiever. En zo gaan we het aanpakken en dan wil ik u over een paar weken terug zien.'</i> (HA, 5-15)

4.6 Overige succesfactoren

Naast de factoren met betrekking tot de vier behandelde communicatiefuncties uit het model van de Haes en Bensing (2009) zijn er tien factoren naar voren gekomen die overkoepelend tijdens het gehele zorgproces van belang zijn (zie tabel 24). De meeste factoren zijn in plaats van op communicatie gericht, praktisch in plaats van Zo zijn het 'hanteren van maatwerk' en 'erkennen van de klachten' factoren die tijdens het hele proces van groot belang zijn. Ook is het van belang om iedere keer aan te sluiten bij het taal- en opleidingsniveau van de patiënt, met name bij het informatie geven en het bereiken van overeenstemming. In de verschillende fasen is het nuttig om iedere keer opnieuw lichamelijk onderzoek te doen bij de patiënt omdat deze zo beter gerustgesteld kan worden.

Daarnaast zijn nog een aantal praktische tips gegeven waaronder het inschakelen van een tolk bij laag taalniveau, om te voorkomen dat de zorg vast loopt door een begripskwestie. Echter bleek dat een relatief groot deel van de zorgverleners geen professionele tolk inzet: 'Ik werk nu al zestien jaar

- *Ik werk nu al zestien jaar op de praktijk en heb maximaal tien keer een tolk.* ■ *op de praktijk en heb maximaal tien keer een tolk gebruikt.'* (HA, >15). Het inzetten van een tolk lijkt afhankelijk van de samenstelling van de populatie patiënten bij de desbetreffende praktijk: 'Nou ja, wij hebben een aantal vluchtelingen binnen de praktijk die geen sociaal netwerk hebben. (...) En daar moet je wel wat op een gegeven moment.' (HA, 5-15).

Opvallend hierbij is dat sommige uitspraken van zorgverleners elkaar lijken tegen te spreken. Zo wordt enerzijds aangegeven dat er iedere keer lichamelijk onderzoek moet worden gedaan en dat het onderzoek 'gaande gehouden' moet worden, terwijl anderzijds wordt aangegeven dat de huisarts niet te lang op het somatische pad moet blijven. Zoals bij het thema 'overeenstemming bereiken' echter is aangegeven, moet het gaande houden van onderzoek en doen van lichamelijk onderzoek bij een specifieke klacht op een gegeven moment worden afgerond en moet de focus verlegd worden van somatisch naar psychosomatisch.

Tabel 24. Overige succesfactoren in de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten met SOLK

Succesfactor	Voorbeeldcitaat
Hanteren van maatwerk	<i>'Het is meer maatwerk. Ieder mens is weer verschillend, uniek. Je kan er geen pasklare oplossing voor vinden vaak.'</i> (HA, >15)
Erkennen van de klachten	<i>'Erkennen van de klacht is heel belangrijk.'</i> (HA, >15) <i>'Het is wel heel essentieel dat je erkent dat die klachten er zijn en heel belemmerend zijn.'</i> (HA, >15)
Serieuze lichamelijk onderzoek doen	<i>'Ook daadwerkelijk het lichaam echt even betasten denk ik. Als dokter denk je vaak al 'het is niets' hè? Maar dan zou ik toch in dit geval adviseren om iemand wel goed te onderzoeken. Even aan te raken op de pijnplek, ja anders krijg je vaak later het verwijt van 'Ja, je hebt er helemaal niet naar gekeken of even gevoeld, hè?'. (...) Ook al denk je van 'het is niks', is het belangrijk om wel even te kijken.'</i> (HA, >15)
Tolk inschakelen	<i>(Op de vraag of het nodig is om een tolk in te schakelen) 'Ja ik heb wel het gevoel dat je dan echt goed stappen kan maken omdat je eindelijk elkaar dan echt begrijpt. Want soms is het puur een begripskwestie. Ja, had ik dit nou eerder uitgelegd, dan was het niet eens een SOLK geworden en nu heb ik eindelijk begrip en nu kunnen we verder.'</i> (HA, 5-15)
Onderzoek 'gaande houden'	<i>'Als ze zelf ook gewoon het idee hebben van 'Nou ja, het is gehoord en er wordt iets onderzocht'. Daar gaan ze tevreden mee de deur uit.'</i> (HA, >15)
Vaak controle-afspraken houden	<i>'Ik moet je zeggen ik heb heel vaak dubbele afspraken. Heel vaak controleafspraken, want ik wil ze terugzien.'</i> (HA, >15)
Overleggen met	<i>'Dus niet open naar een specialist van "Weet jij ook nog wat?" Nee, "Ik heb dat en dat</i>

specialist bij doorverwijzing	<i>gedaan, volgens mij is er niks aan de hand, kijk jij ook even?' (HA, >15)</i>
Terugroepen als patiënt naar Huisartsenpost is geweest	<i>'Eigenlijk iemand die steeds maar weer terug komt op de huisartsenpost, als je dat merkt. want dat zie je natuurlijk de volgende dag. Die zou je eigenlijk moeten oproepen. (...) dat zou toch nuttig zijn om meteen de koe bij de hoorns te vatten en te zeggen 'Hé hé, wat zag ik? Je bent gisteravond naar de huisartsenpost geweest met diezelfde klacht waar je 's middags voor bij mij was, hoe kan dat? hè? Eigenlijk is dat een bewijs van niet geloven.' (HA, >15)</i>
Lezen over cultuur/religie	<i>'Ik heb bij POH-somatiek dat ik wel eens zeg dat ze moeten afvallen, dat ze meer moeten bewegen. Dan zeggen ze 'ja, inshallah'. Dan zeg ik 'Nee, niet 'inshallah''. Ik zeg want in de Koran staat ook, want die heb ik helemaal gelezen, daar staat ook een stukje eigen verantwoordelijkheid in. Dat u eigen verantwoordelijkheid moet hebben want God heeft u zo geschapen dat u een eigen wil heeft, dat u er ook zelf over na kunt denken. Maar dat merk ik de laatste tijd als je daar wat dieper op ingaat, dat er dan toch een stuk openheid komt, dat ze breder willen kijken.' (POH GGZ, 5-15)</i>
Niet te lang op 'somatische pad' blijven	<i>'En (het proces) nog overgoten is met communicatie problematiek, waardoor het helemaal best een redelijke kans maakt dat het niet gaat slagen omdat de hulpverlener en de patiënt elkaar niet genuanceerd kunnen bereiken. Dus daarom wil je niet te lang door op een somatisch pad.' (HA, 5-15)</i>

5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Hieronder wordt op basis van de resultaten antwoord gegeven op de onderzoeksvraag *'Wat zijn succesfactoren in de huisartsenzorg aan niet-westerse migrantenpatiënten met SOLK (somaatich onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten)?'*. In deze studie is gekeken naar succesfactoren voor de volgende functies in de huisartsenzorg: opbouwen van de vertrouwensrelatie, bespreken van psychosociale achtergronden, informatie geven, overeenstemming bereiken en 'overige succesfactoren'. De resultaten bieden succesfactoren in de vorm van adviezen, methoden en materialen.

Deze studie toont aan dat het **opbouwen van de vertrouwensrelatie** bij deze groep patiënten van groot belang is. De belangrijkste succesfactoren hiervoor zijn een oprechte, vriendelijke en open houding van de huisarts en het serieus nemen van de patiënt.

De resultaten uit zowel de focusgroepen als de interviews lieten geen duidelijk beeld zien van thema's die van belang zijn bij het **bespreken van de psychosociale achtergronden**. Het is afhankelijk van de specifieke situatie van de patiënt wat hij als belangrijk thema beoordeelt. Zo heeft een derde deel van de patiënten geen behoefte om thema's te bespreken naast de klachten. Door een enkele patiënt werden culturele thema's zelfs gezien als 'belangrijk om niet naar te vragen'. Het merendeel vindt het bespreken van thema's als 'familie' en 'thuisituatie' fijn. Zorgverleners benadrukten dat tijd nemen, oprechte interesse tonen en afstemming voor een anamnese van belang zijn.

Voor het **geven van uitleg** over de klachten biedt deze studie een grote hoeveelheid formuleringen. Bij de meeste formuleringen ligt de focus op het uitleggen dat de klachten horen bij de gebruikelijke werking van het lichaam en het uitleggen van de relatie tussen psychosociale problemen en lichamelijke klachten. Van groot belang is dat de uitleg consistent is met eerder gegeven uitleg van de huisarts of andere zorgverleners. Het merendeel van de patiënten kan zich herkennen in de uitleg dat 'stress' een rol speelt. Ook zijn patiënten het deels eens met de uitleg dat 'psychische klachten' een rol spelen. Zowel patiënten als zorgverleners waarderen het gebruik van tekeningen en afbeeldingen bij het geven van uitleg. Dit materiaal varieert van abstracte naar meer concrete modellen en tekeningen, hierbij is het van belang af te stemmen op het opleidingsniveau van de patiënt.

Voor de patiënten is de belangrijkste succesfactor voor het **bereiken van overeenstemming** over de vervolgaanpak het geven van 'vervolgstappen'. Het werkt averechts wanneer de huisarts aangeeft niets te kunnen doen en de keuze voor het vervolg overlaat aan de patiënt. De belangrijkste succesfactoren uit de focusgroepen zijn 'het achterhalen of de patiënt ergens bang voor is met betrekking tot de klachten', en 'het verleggen van de focus van somatisch naar psychosomatisch'. Tot slot zijn er een aantal **overige succesfactoren** die tijdens het gehele proces van groot belang zijn, namelijk: hanteren van maatwerk, erkennen van de klachten, lichamelijk onderzoek blijven doen bij dezelfde klacht, een tolk inschakelen en het houden van controleafspraken. Bij het hanteren van maatwerk moet er afgestemd worden op taalniveau, opleidingsniveau, behoeften en bereidheid van de patiënt.

Op bepaalde punten waren de resultaten verrassend omdat ze de literatuur tegenspreken of omdat er meningsverschillen zijn bij patiënten en zorgverleners over de succesfactoren. Deze meningsverschillen zijn zowel gevonden tussen de groepen als binnen de groepen. Hieronder wordt op deze punten ingegaan.

Het verschil in mening tussen patiënten en zorgverleners over een aantal succesfactoren kan deels verklaard worden doordat in een huisartsenconsult sprake is van interactie tussen individuen met ongelijke posities (Ong, de Haes, Hoos & Lammes, 1995). De huisarts is opgeleid voor het bieden van goede zorg en heeft hier ervaring in opgedaan. Op deze manier blijft de huisarts de persoon met expertise op het gebied van het zorgproces en diens voorkeur hoeft niet altijd overeen te komen met de voorkeur van de patiënt. Het lijkt erop dat de lijn van de huisarts gevolgd moet worden, maar vervolgonderzoek is nodig om dit daadwerkelijk voor de succesfactoren vast te stellen.

Daarnaast zijn de zorgverleners het onderling oneens over een aantal succesfactoren. Dit kan het gevolg zijn van het vooralsnog ontbreken van kennis over de oorzaken van SOLK en daarmee de best passende huisartsenzorg (Van Ravenzwaaij, Olde Hartman, van Ravesteijn, Eveleigh, van Rijswijk & Lucassen, 2010). Ook hier geldt dat vervolgonderzoek nodig is om te kijken of en in welke situaties de gevonden succesfactoren effectief zijn.

De resultaten tonen dat zo'n kwart van de patiënten het niet belangrijk, of zelfs negatief, vindt om **culturele thema's te bespreken**, terwijl de zorgverleners ervan uitgaan dat alle migrantenpatiënten dit van belang vinden. Voorgaand onderzoek naar de behoefte van migranten om culturele thema's te bespreken heeft zich met name gericht op de geestelijke gezondheidszorg en toont wisselende resultaten. Zo gaven migranten in het onderzoek van Piksen (2012) aan het bespreken van culturele thema's belangrijk te vinden, maar oordeelden migranten in het onderzoek van Van Dijk, et al. (2012) hier zowel positief als negatief over. Patiënten oordeelden positief omdat de dokter tijd neemt om naar het verhaal van de patiënt te luisteren en negatief omdat de patiënt zich door deze aandacht als 'anders' behandeld voelt. De resultaten van Van Dijk komen overeen met deze studie. De patiënten in deze studie die het bespreken van culturele thema's als negatief zagen, waren met name patiënten die vrijwel hun hele leven in Nederland wonen. De verdeeldheid onder de patiënten over het bespreken van culturele thema's zou dan ook veroorzaakt kunnen zijn door een verschil in het aantal jaar dat iemand in Nederland woont en daarmee de mate van 'acculturatie'. Hoewel het betrekken van patiënten en zorgverleners en het verzorgen van anonimiteit voor de patiënten ervoor heeft gezorgd dat meningsverschillen aan het licht zijn gekomen, heeft slechts een kleine onderzoeksgroep aan deze studie deelgenomen waardoor geen harde conclusies kunnen worden getrokken. Bovendien is er geen ander onderzoek bekend waarin de behoefte van migranten is onderzocht om in een *huisartsenconsult* culturele thema's te bespreken. Het is daarom wenselijk verder onderzoek te verrichten naar de behoefte van migranten om bij de huisarts culturele thema's te bespreken. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat huisartsen per patiënt moeten afstemmen of het bespreken van culturele thema's wenselijk is of niet. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door een filtervraag te hanteren.

Voor de meeste patiënten in dit onderzoek geldt dat ze **geen probleem hebben met de uitleg dat 'stress' en 'psychische klachten' een rol spelen**. Bovendien ziet een aanzienlijk deel van de patiënten psychosociale factoren als oorzaak voor de klachten. Dit lijkt ten eerste in tegenspraak met literatuur waarin wordt gesteld dat deze onderwerpen taboe zijn bij migranten (Dagevos, 2001; Honecamp, et al., 2012). Dit waren allemaal literatuurstudies. Het lijkt er in deze studies op dat de aanname "migranten staan niet open voor de uitleg dat stress en psychische klachten een rol spelen" wordt overgenomen, maar dat hier weinig wetenschappelijke onderbouwing voor is. Ten tweede zijn de uitkomsten in tegenspraak met kwalitatieve studies waarin migranten aangaven deze uitleg niet behulpzaam te vinden (Canino, et al., 1992; Atkins et al., 2013). De studies van Canino et al. (1992) en Atkins, et al. (2013) zijn echter beperkt tot het buitenland waarbij sprake is van andere onderzoeksgroepen, zoals Hispanics.

Doordat de patiënten in deze studie al een lange tijd SOLK hebben, staan zij mogelijk meer open voor de uitleg 'stress' en 'psychische klachten'. Zo gaven de patiënten aan dat het vragen naar thema's buiten de klachten (waaronder stress) pas op een moment kan wanneer uit een aantal onderzoeken niets is gekomen en op het moment dat patiënt en huisarts elkaar wat beter kennen.

Er zijn een aantal redenen waarom er nog geen harde conclusies kunnen worden getrokken over het hanteren van de uitleg dat 'stress' en 'psychische klachten' een rol spelen. Zo moet opgemerkt worden dat enkel naar 'stress' en 'psychische klachten' als termen in de uitleg is gevraagd en niet is gevraagd wat patiënten vinden om doorverwezen te worden naar een psycholoog. Ook zijn er maar twaalf patiënten geïnterviewd, die door de eigen huisarts zijn geselecteerd en vrijwillig hebben deelgenomen. Dit kan gezorgd hebben voor bias. Desalniettemin is het een mooi resultaat te noemen dat aan dit onderzoek twaalf personen hebben deelgenomen van een kwetsbare en moeilijk bereikbare groep patiënten. Verder onderzoek is nodig om te achterhalen in hoeverre migrantenpatiënten met SOLK

openstaan voor een uitleg gerelateerd aan 'stress' of 'psychische klachten'. Op deze manier kan worden onderzocht of het huidige beeld dat migrantenpatiënten in Nederland hier niet voor openstaan, genuanceerd dient te worden.

Er is verdeeldheid onder zorgverleners of **expliciet uitleggen waar de pijn zit**, succesvol werkt. Relatief veel zorgverleners gaven aan dat ze de patiënt expliciet vertellen *waar de pijn zit* in het lichaam omdat ze het idee hebben dat deze patiënten daar behoefte aan hebben. Een huisarts noemde als voorbeeld dat ze op een afbeelding de pijnplek aanwijst en zegt: 'Kijk het is die spier die pijn doet'. Een ander deel van de zorgverleners noemde deze aanpak absoluut niet succesvol aangezien de patiënten zich dan kunnen fixeren op de pijnplek. Ook gaat het uitleggen waar de pijn zit in tegen het advies van de Multidisciplinaire richtlijn en de NHG-standaard voor SOLK. In beide richtlijnen wordt aangeraden om aan te geven dat de plaats in het lichaam waar de patiënt pijn heeft gezond is, bijvoorbeeld 'Uw rug is recht en kan alle bewegingen maken'. Op deze manier wordt somatische fixatie voorkomen. Ook in de literatuur (Salmon, Peters & Stanley, 1999; Dowrick, Ring, Humphris & Salmon, 2004) wordt enkel gesteld dat het belangrijk is om aan te geven dat het lichaam gezond is en staat niet duidelijk of het al dan niet succesvol is om bij SOLK te vertellen waar de pijn zit. Uit deze studie bleek echter dat er een groep patiënten is met dusdanig lage gezondheidsvaardigheden waarbij simpel uitleg geven over de werking van het lichaam ervoor kan zorgen dat klachten verminderen of dat SOLK zelfs kan worden voorkomen. Het lijkt erop dat het expliciet uitleg geven niet wenselijk is omdat patiënten zich kunnen fixeren op de pijnplek. Omdat echter zoveel zorgverleners aangaven dit wel te doen en deze manier van uitleg geven in gevallen van lage gezondheidsvaardigheden juist wel waardevol lijkt te zijn, lijkt het erop dat expliciet uitleggen waar de pijn zit mogelijk is zolang er geen aannames worden gedaan die niet onderbouwd zijn (bijvoorbeeld aangeven: 'Het is die spier', terwijl dit onzeker is). Daarnaast is er weinig instructiemateriaal beschikbaar voor huisartsen voor het uitleg geven aan patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Een praktische aanbeveling is dan ook om voor deze groep patiënten instructiemateriaal te ontwikkelen voor uitleg over het lichaam.

Volgens de resultaten is het **inzetten van professionele tolken** in de huisartsenzorg aan migrantenpatiënten met een laag taalniveau van groot belang. Dit is in contrast met wat er in de praktijk wordt gedaan, zo blijkt uit de literatuur en deze studie. Zo is bekend dat er nauwelijks professionele tolken worden ingeschakeld in de Nederlandse huisartsenzorg (Meeuwesen, et al., 2011; Suurmond et al., 2012). Huisartsen zijn zich nauwelijks bewust van de taalproblemen en gebruiken over het algemeen vaker informele tolken (Meeuwesen, Harmsen & Sbiti, 2011; De Maesschalck, 2012). Ook in deze studie gaf een meerderheid van de zorgverleners aan geen professionele tolk in te zetten of alleen ter kennismaking, terwijl het belang hiervan door de meesten wel werd onderstreept. Dit gaat in tegen de NHG-standaard die voor migranten met SOLK het gebruik van een professionele tolk aanraadt en een informele tolk afraadt om de kans te vergroten dat psychosociale problemen boven tafel komen (Olde Hartman, et al., 2013). In de literatuur wordt aangeraden altijd een tolk in te schakelen in huisartsenconsulten met migranten met een ontoereikend taalniveau (Bischoff, Perneger, Bovier, Loutan & Stalder, 2003; Jacobs, Shepard, Suaya & Stone, 2004; Meeuwesen, et al., 2011; Suurmond et al., 2012; Fransen, Harris & Essink-Bot, 2013). Tevens ligt in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) de verantwoordelijkheid bij de zorgverlener om informatie te verschaffen 'in een vorm die voor de patiënt begrijpelijk is'.

Een verklaring voor het feit dat professionele tolken weinig worden ingezet, zou kunnen zijn dat huisartsen het te veel werk vinden om te regelen, zich niet goed bewust zijn van de meerwaarde en/of geen goede ervaring hebben met het samenwerken met tolken. Ook in deze studie gaf een zorgverlener aan geen goede ervaring te hebben met tolken. Daarnaast worden tolken in Nederland sinds 2012 niet meer vergoed, wat de drempel verhoogt om een tolk in te schakelen. Dit is opvallend omdat het wel wordt aangeraden in de NHG richtlijn. Een studie van Bischoff, et al. (2003) toont aan dat een training voor huisartsen om te leren werken met tolken, de kwaliteit van de communicatie kan verbeteren vanuit de perspectieven van beide partijen. Omdat bij SOLK patiënten de communicatie en

een goede arts-patiënt relatie van extra groot belang is, kan het inschakelen van een professionele tolk in veel gevallen al een deel van de problemen in de huisartsenzorg verhelpen. Er is vervolgonderzoek nodig om uit te zoeken op welke manier de inzet van professionele tolken kan worden bevorderd.

Het is de vraag **in hoeverre de succesfactoren uit deze studie gegeneraliseerd kunnen worden.**

Veel factoren uit deze studie lijken ook van toepassing bij andere groepen patiënten. Zo hebben meerdere zorgverleners aangegeven dezelfde aanpak te hanteren bij allochtone en autochtone Nederlandse patiënten met SOLK. De studie van Schrier (2013) laat ook voor depressie en angst zien dat de behandeling hiervan voor autochtone en allochtone Nederlanders niet zo verschillend hoeft te zijn. Voor het ontstaan en de behandeling van depressie en angst spelen individuele sociaaleconomische factoren (o.a. werkloosheid, inkomen en opleidingsniveau) een grotere rol dan etniciteit. Hierbij wordt aangegeven dat in plaats van de meeste nadruk te leggen op etnische afkomst en cultuur bij een migrantenpatiënt, met name de persoon en diens behoefte centraal moet staan (Schrier, 2013).

Ook deze studie laat zien dat met name de behoefte en bereidheid van de patiënt centraal moeten staan. Dit houdt in dat enerzijds de huisarts moet aansluiten bij de woorden en problemen die de patiënt aangeeft en anderzijds moet afstemmen op geletterdheid, taal- en opleidingsniveau. Het bespreken van de afkomst van de patiënt is dan ook niet in alle gevallen noodzakelijk voor de behandeling van SOLK.

Het lijkt erop dat de meeste succesfactoren uit deze studie voor zowel autochtone als allochtone Nederlanders met SOLK bruikbaar zijn. De resultaten uit deze studie zijn echter niet generaliseerbaar omdat slechts twaalf patiënten en vijftien zorgverleners hebben deelgenomen. Bovendien is de generaliseerbaarheid van deze studie laag omdat de zorgverleners die hebben deelgenomen ervaren zijn in het werken met migrantenpatiënten, vrijwillig hebben meegedaan aan deze studie omdat ze enthousiast zijn over dit onderwerp. Er was juist geen representatieve steekproef voor de focusgroepen beoogd, maar ervaren en gemotiveerde zorgverleners om zo te komen tot zoveel mogelijk succesfactoren. Het hoofddoel van deze studie was dan ook niet om generaliseerbare resultaten te behalen, daarvoor had een andere methode gehanteerd moeten worden. Als vervolgstudies wordt ten eerste aangeraden om een effectstudie te doen om vast te stellen of de principes daadwerkelijk effectief zijn. Ten tweede kan in een vervolgstudie worden onderzocht bij welke groepen patiënten de succesfactoren effectief zijn.

Sterke en zwakke punten

Er is nog één methodologische overweging die nog niet aan bod is gekomen: het gebruik van niet gediplomeerde tolken wat als 'zwak punt' kan worden genoemd. Zo zijn in totaal vier verschillende tolken betrokken geweest bij deze studie. De vertalingen van de interviews zijn steekproefsgewijs gecontroleerd om te zorgen dat er geen stukken zijn weggelaten of verkeerd vertaald. De invloed van het gebruik van een tolk is echter nooit helemaal vermijdbaar (Hoogstraten, 2004). Bovendien weegt de meerwaarde van het gebruiken van een tolk in vergelijking met het in het Nederlands afnemen van een interview met een patiënt met laag niveau Nederlands zwaarder dan het feit dat de invloed van een tolk nooit helemaal vermijdbaar is.

Deze studie heeft een lijst succesfactoren ter verbetering van de huisartsenzorg aan niet-westerse migranten met SOLK opgeleverd. Ook toont deze studie enerzijds een aantal punten die reeds bekend waren uit de literatuur over arts-patiënt communicatie en die van extra belang zijn bij migranten met SOLK en anderzijds een aantal nieuwe punten die specifiek zijn voor niet-westerse migranten met SOLK. Voor de arts-patiënt communicatie is de meest belangrijke factor tijdens het hele zorgproces de afstemming van de aanpak op de individuele patiënt naar opleidings-, taalniveau, behoefte en bereidheid. Ook is het belangrijk om de patiënt serieus te nemen door de klachten te erkennen, de tijd te nemen en vervolgstappen aan te geven.

Daarnaast zijn er uit deze studie een aantal conclusies gekomen die specifiek zijn voor deze groep patiënten. Zo moet het bespreken van culturele thema's afgestemd worden op de behoefte van de patiënt, omdat een deel dit niet belangrijk, of zelfs negatief vindt. Deze studie laat zien dat een goede vertrouwensrelatie, respect, geduld en een open houding van de huisarts belangrijker is dan kennis van de cultuur van de patiënt. Bij de meeste migrantenpatiënten in deze studie kan een huisarts uitleg hanteren waarin 'stress' en 'psychische klachten' voorkomen, mits er uit een aantal onderzoeken geen lichamelijke oorzaak is gevonden en de term 'stress' niet te vaak wordt gebruikt. Ook laat de studie zien dat er nauwelijks professionele tolken worden ingezet, ondanks dat richtlijnen dit wel aanraden. Tenslotte is uitgebreider vervolgonderzoek nodig om te achterhalen of de resultaten uit deze studie generaliseerbaar zijn naar alle niet-westerse migrantenpatiënten met SOLK.

Tot slot, de uitkomsten van dit onderzoek zullen in de volgende fase van het project van Pharos dienen als basis voor de ontwikkeling van een SOLK tool met praktische adviezen en materialen voor huisartsen. Wanneer de tool in vervolgonderzoek bruikbaar is gebleken, kan deze vervolgens als aanvulling op de meer algemeen geformuleerde NHG standaard gebruikt worden in de huisartsenpraktijk. Het merendeel van de succesfactoren en uitkomsten uit deze studie zullen ook de zorg aan autochtone Nederlandse patiënten met SOLK ten goede komen.

6. REFERENTIES

- Adelman, M. (1988). Cross-Cultural Adjustment: a theoretical perspective on social support. *International Journal of Intercultural Relations*, 12, 183-204.
- Atkins, C.G.K., Brownell, K., Kornelsen, J., Woollard, R., & Whiteley, A. (2013). Silos of silence, stress, and suffering: patient and physician experiences of MUPS and diagnostic uncertainty. *American Journal of Bioethics Neuroscience*, 4(3), 3-8.
- Atria-kennisinstituut emancipatie en vrouwengeschiedenis (2013). *Factsheet migratie- en etniciteitscijfers. Welke informatie voor welk beleidsthema?* Atria-kennisinstituut: Amsterdam.
- Avezaat, J. (1990). Psychosomatiek bij migranten. *The Practitioner*, 7, 305-310.
- Bazelmans, E. (2006). *Omgaan met cultuurverschillen*. In Kaptien, A.A., Erdman, R.A.M., Prins, J.B., & Van de Wiel, H.B.M. (2006). *Medische psychologie* (pp. 211-218). Bohn Stafleu van Loghum: Houten.
- Bekker, M.H.J., & Mens-Verhulst, J., van (2008). *GGZ en diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit. Programmeringstudie in het kader van het ZonMw programma 'Etniciteit en gezondheid'*. ZonMw: Den Haag.
- Bekker, M.H.J., & Schepman, R. (2009). Somatization and psychological awareness of ethnic minority clients in Western-European mental health care: A pilot study. *The European Journal of Psychiatry*, 23(3), 135-139.
- Bischoff, A. (2012). *Do language barriers increase inequalities? Do interpreters decrease inequalities?* In Ingleby, D. Chiarenza, A., Devillé, W., & Kotsioni, I., (Eds.). (2012) *Cost series on health and diversity Volume 2: Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities* (pp. 128-143). Garant Publishers: Antwerpen.
- Bischoff, A., Perneger, T.V., Bovier, P.A., Loutan, L., & Stalder, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 53, 541-546.
- Blok, A., & Houtveen, J. (2011). Omgaan met onverklaarde lichamelijke klachten. *Psychopraktijk*, 3(6), 24-26.
- Bot, H. (2013). *Taalbarrières in de zorg. Over tolkenbeleid en tolken met beleid*. Van Gorcum: Assen.
- Canino, I.A., Rubio-Stipec, M., Canino, G., & Escobar, J.I. (1992). Functional somatic symptoms: a cross-ethnic comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4), 605-612.
- Carson, A., Stone, J., Warlow, C., & Sharpe, M. (2004). Patients whom neurologists find difficult to help. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 75(12):1776-1778.
- Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing richtlijn SOLK (2010). *Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen. Richtlijn voor diagnostiek en behandeling*. Trimbos-instituut en Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, CBO: Utrecht.
- Centraal bureau voor de statistiek (2012). *Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering, 1 januari*. Verkregen van: [Statline: Immi- en emigratie naar diverse kenmerken; regio](http://statline.csb.nl). op 17 april.
- De Jong, A., & Van Duin, C. (2011). *Regionale bevolkings- en huishoudenprognose 2011-2040: sterke regionale contrasten*. Publicatie CBS/CPL. Verkregen van http://www.regionalebevolkingsprognose.nl/rapportages/Artikel_Regionale_Bevolking_en_Huishoudensprognose_2011_2040.pdf op 11 februari 2013.
- De Maesschalck, S. (2012). *Linguistic and cultural diversity in the consultation room: A tango between physicians and their ethnic minority patients*. Scriptie ingediend ter vervulling van de eisen voor de graad van Doctor in de Medische Wetenschappen. Ghent University. Verkregen op 15 april via <http://mighealth.net/nl/images/9/96/Maess.pdf>
- Déville, W. (2010). *Diversiteit in de Nederlandse gezondheidszorg. De migrant als klant*. Vossiuspers UVA: Amsterdam.
- Dowrick, C.F., Ring, A., Humphris, G.M., Salmon, P. (2004). Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *British Journal of General Practice*, 54:165-70.

- Feijter, C. de (2006). Haagse huisartsen positief over cultureel interview. *Huisarts in Praktijk*, 12-14.
- Figuerola, C.A., Rassam, F., & Spong, K.S. (2013). Geneeskundeonderwijs over etnische diversiteit in de zorg. Wat kunnen we leren van de VS? *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde*, 157: A5790.
- Fransen, M.P., Harris, V.C., & Essink-Bot, M.L. (2013). Stand van zaken. Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten met allochtone herkomst. Alleen een tolk inzetten is meestal niet genoeg. *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde*, 157, A5581.
- Grace, F. (1973). *The Critical Incident Technique: A Bibliography*. American Institute for Research: California.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18, 59-82.
- Haes, de, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 287-294.
- Harmesen, H., & Bruijnzeels, M. (2005). Etnisch-cultuur verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit? *Huisarts en Wetenschap*, 48(4), 765-770.
- Harmesen, J.A.C., Bernsen, R.M.D., Bruijnzeels, M.A., & Meeuwesen, L. (2008). Patients' evaluation of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*, 51, 99-106.
- Honecamp, E., Kramer, S., & Sönmez, N. (2012). *Intercultureel addendum Depressie*. Utrecht: Mikado. In Veling, W., Blom, M.B.J., & Hoek, H.W. (2013). Klinische les: Depressie bij allochtonen in de spreekkamer. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 157: A5606.
- Hoogstraten, J. (2004). *De machteloze onderzoeker. Voetangels en klemmen van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Boom Onderwijs: Amsterdam.
- Houdenove, van, B. (2008). Stress, het lijf en het brein. Ziekten op de grens tussen psyche en soma. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(7), 454-455.
- Jacobs, E.A., Shepard, D.S., Suaya, J.A. & Stone, E.L. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health*, 94, 866-869.
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health Literacy. The solid facts*. Report from the World Health Organization. Verkregen van http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf on the 18th of July 2013.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (1994). Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele huisartspraktijk: Gezondheidsklachten, verwijzingen en knelpunten. *Gedrag & Gezondheid*, 22, 248-254.
- Kreps, G.L., & Thornton, B.C. (1984). *Health communication: Theory and practice*. Longman: New York.
- Kripalani, S., Jacobson, T.A., Mugalla, I.C., Cawthon, C. R., Niesner, K.J., & Vaccarino, V. (2010). Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 5, 269-275.
- Krueger, R.A., & Casey, M.A. (2010). Focus group interviewing. Chapter seventeen in: Wholey, J.S., Hatry, H.P., & Newcomer, K.E. (Eds.) (2010). *Handbook of Practical Program Evaluation*. John Wiley and Sons: San Francisco.
- Lechner, L., Mester, I. & Bolman, C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Van Gorcum: Assen.
- Liefbroer, A., & Mulder, C. (2004). Op je familie kun je rekenen. Opvattingen over familiesolidariteit onder autochtonen en allochtonen. *DEMOS*, 20(10), 87-88.
- Lindert, van, H., Friele, R.L., Sixma, H. (2000). *Wat vinden migranten belangrijk in de huisartsenzorg? De verlanglijst van migranten*. Rapportage van het Nivel. Verkregen op 18 maart 2013 van:

- <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Wat-vinden-migranten-belangrijk-in-de-huisartsenzorg.pdf>
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Majumdar, B. (1999). Cultural sensitivity training among foreign medical graduates. *Medical Education*, 33, 177-184.
- Majumdar, B., Browne, G., Roberts, J. & Carpio, B. (2004). Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 161-166.
- Meeuwesen, L., & Harmsen, J.A.M. (2007). Valkuilen in de multiculturele huisartspraktijk: het 'stille' gesprek. *Modern Medicine*, 2, 34-38.
- Meeuwesen, L., Harmsen, H., & Sbiti, A. (2011). *Als je niet begrijpt wat ik bedoel: Tolken in de gezondheidszorg* [Good practices 16]. Mikado: Rotterdam.
- Multidisciplinaire richtlijn (2010). *Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van SOLK en Somatoforme Stoornissen*. Uitgave van de V&VN, NHG, NIP, NVVP, en NVP. Trimbos Instituut: Utrecht.
- Nielen, M., Verheij, R., Bakker, D., de, & Devillé, W. (2007). *Vooronderzoek verbetering kwaliteit huisartsenzorg in achterstandsgebieden grote steden*. Rapportage van het NIVEL: Utrecht. Verkregen op 13 maart 2013 van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Vooronderzoek-verbetering-kwaliteit-huisartsenzorg-in-achterstandsgebieden-grote-steden.pdf>.
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40, 903-918.
- Olaniran, B. A. (1993). International students' network patterns and cultural stress: What really counts. *Communication Research Reports*, 10 (1), 69-83.
- Olde Hartman, T.C., Hassink-Franke, L.J., Lucassen, P.L., van Spaendonck, K.P., van, Weel, C. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *Biomedical Central Family Practice* 10(68).
- Olde Hartman, T.C., Van Rijswijk, E., van Dulmen, S., van Weel-Baumgarten, E., Lucassen, P.L.B.J., & van Weel, C. (2013). How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Education and Counseling*, 90, 354-360.
- Piksen, B. (2012). Het culturele interview in Nederland: Patiënten erkend door aandacht voor hun achtergrond. *Phaxx*, 1. Verkregen van: http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/2012_1_10-11_het_culturele_interview_in_nederland.pdf op 4 september 2012.
- Ravensberg, D., & Barendse, T. (2008). Een gezondere leefstijl voor vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten. *Huisarts Wet*, 51(1), 45-50.
- Reid, S., Whooley, D., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms-GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*, 18, 519-523.
- Ring, A., Dowrick, C.F., Humphris, G.M., Davies, J., & Salmon, P. (2005). The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Social Science Medicine*, 61(7), 1505-1515.
- Rohlof, H., Loevy, N., Stassen, L., & Helmich, S. (2002). *Het culturele interview*. In Borra, R., Van Dijk, R., & Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met DSM-IV* (pp. 251-256). Bohn Stafleu van Loghum: Houten.
- Rosendal, M., Olesen, F., & Fink, P. (2005). Management of medically unexplained symptoms. *British Medical Journal*, 330, 4-5.
- Salmon, P., Dowrick, C.F., Ring, A., & Humphris, G.M. (2004). Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *The British Journal of General Practice*, 54, 171-176.

- Salmon, P., Peters, S., & Stanley, I. (1999). Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *British Medical Journal*, 318, 372-376.
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Schouten, B.C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educational Counselling*, 64, 21-34.
- Schouten, B.C., Meeuwesen, L., & Harmsen, H.A. (2008). GPs' Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(6): 468-75.
- Schrier, A. (2013). *Depression and anxiety in migrants in the Netherlands. Population studies on diagnosis and risk factors* [proefschrift]. Vrije Universiteit: Amsterdam.
- Seeleman, C., Stronks, K., van Aalderen, W., & Bot, M.L. (2012). Deficiencies in culturally competent asthma care for ethnic minority children: a qualitative assessment among care providers. *Biomedical Central Pediatrics*, 12:47.
- Seeleman, C., Essink-Bot, M.L., & Stronks, K. (2008). *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Literatuurstudie. Programmeringstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw*. Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum: Amsterdam. Verkregen op 5 maart 2013 van http://mighealth.net/nl/images/a/af/ZonMw_Toegankelijkheid_en_kwaliteit_van_de_somatische_zorg.pdf.
- Sharpe, T. (2006). Omgaan met medisch onverklaarde klachten in de huisartspraktijk: van ergernis naar 'de fijne kneepjes van het vak'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 657-659.
- Stafford, M., & Marmot, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology*, 32(3), 357-366.
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., & Freeman, T.R. (1995). *Patient Centred Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks: Sage.
- Strauss, A.L., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychology*, 53(4), 440-448.
- Sumathipala, A., Siribaddana, S., Hewege, S., Sumathipala, K., Prince, M., & Mann, A. (2008). Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: a Sri Lanka Study. *Biomedical Central Psychiatry*, 8, 8-54.
- Suurmond, J., Seeleman, C., Stronks, K., & Essink-Bot, M-L. (2012). *Een arts van de wereld: etnische diversiteit in de medische praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum: Houten.
- Twickler, B.M., Hoogstraaten, E., Reuwer, A.Q., Singels, L., Stronks, K., & Essink-Bot, M.L. (2009). Stand van zaken. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om antwoord in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 153, A250.
- Ulrey, K.L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Communication*, 13(4), 449-463.
- Van den Muijsenbergh, M.E.T.C., & Oosterberg, E.H. (2013). Patiëntgericht- én cultureel competent. Goede zorg voor allochtone patiënten vereist specifieke competenties. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157: A5612.
- Van den Over, H. (2005). *Arts- patiënt relaties in een multiculturele context in een kliniek in Amsterdam*. Eindverslag doctoraal leeronderzoek Sociologie der Niet-westerse samenlevingen. Universiteit Leiden: Leiden.
- Van der Lucht, F., & Verkleij, H. (2001). *Gezondheid in de grote steden: Achterstanden en kansen*. Een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van der Feltz-Cornelis, C.M., Swinkels, J.A., Blankenstein, A.H., Hoedeman, R., & Keuter, E.J.W. (2011). De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn 'Somatisch onvoldoende verklaarde

- lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 155(1244), 1-4.
- Van Dijk, R., Beijers, H., & Groen, S. (2011). *Het Culturele Interview In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context Deel 2 – Beschouwingen*. Pharos: Utrecht.
- Van Ravenzwaaij, J., Olde Hartman, T.C., van Ravesteijn, H.J., Eveleigh, R., van Rijswijk, E. & Lucassen, P.L.B.J. (2010). Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 223–231.
- Van Riet, J., & Makkes, N. (2012). *Het 4-Domeinen model: zorgmanagement op spreekkamerniveau*. Huisartsenkliniek Overvecht. Verkregen op een bijeenkomst over SOLK.
- Van Schayk, M., & Hosper, K. (2012). *Medically unexplained physical complaints among Turkish migrant women: exploring their illness experience and the underlying causes of their distress*. Paper gepresenteerd op de conferentie van Health, Culture and the Human Body op 13 september 2012. Verkregen op 11 februari 2013 van pharos.nl.
- Veling, W., Blom, M.B.J., & Hoek, H.W. (2013). Klinische les: Depressie bij allochtonen in de spreekkamer. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 157: A5606.
- Verhaak, P.F., Meijer, S.A., Visser, A.P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414-420.
- Vink, M., Heijden, Helma, van der, Wiese, I., & Eerd, van (2002). *De dokter begrijpt het niet: onderzoek naar de ervaringen van migranten met de huisartsenzorg in Amsterdam*. Amsterdam Patiënten/Consumenten Platform (APCP): Amsterdam.
- Vloeberghs, E., & Bloemen, E. (2005). *Uit lijfsbehoud: lichaamsgericht werken met vluchtelingen in GGZ*. Pharos: Utrecht.
- Wakker, A. van de (2006) *Wederzijds onbegrip: Je hoeft me niets te geven, als je me maar begrijpt! Allochtonen en knelpunten in de zorg*. PON Noord-Brabant: Tilburg.
- Wasei, L. (2004). *Kennislijn Huisartsenzorg aan allochtonen, State of the art study. Pacemaker in Global health*. Landelijke huisartsenvereniging: Amsterdam.
- Wilgen, van, C.P., & Keizer, D. (2004). Het sensibilisatiemodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148(51). 2535-2538.
- Yin, R.K. (2009). *Case Study Research. Design and methods*. Fourth Edition. Sage publications: Londen.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Beschrijving organisatie Pharos en het project 'Onzichtbare pijn'	1
Bijlage 2: Informatie flyer voor patiënten.....	2
Bijlage 3: Informed consent formulier.....	3
Bijlage 4. Topic lijst Interviews met migrantenpatiënten met SOLK	5
Bijlage 5: Topic lijst eerste Focusgroep	8
Bijlage 6: Topiclijst Focusgroepen 2 en 3	11
Bijlage 7: Draaiboek Focusgroep 2 en 3.....	13
Bijlage 8: Topic lijst aanvullende interviews met huisartsen	19
Bijlage 9: Overzicht succesfactoren	20
Bijlage 10: Pijn cirkel zoals getekend door één van de huisartsen.....	21
Bijlage 11: 4 Domeinen model	21
Bijlage 12. Ziekmakende stress – Draagkracht/Draaglast in tekeningen (Said Bellari).....	21

Bijlage 1: Beschrijving organisatie Pharos en het project 'Onzichtbare pijn'

Pharos

Pharos is een stichting die in 1993 is opgericht als opvolger van het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen wat behoorde tot het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Pharos werkt vraaggericht en ondersteunt landelijke en lokale organisaties, overheden en professionals die vragen hebben over verbetering van hun zorg- en preventieaanbod. De werkzaamheden waarop Pharos zich richt zijn het aanvullen van interventies en kwaliteitsinstrumenten en kennisvergroting bij professionals en cliënten.

Project 'Onzichtbare pijn'

De afdeling 'Somatische zorg' binnen Pharos richt zich op het verbeteren van de effectiviteit en kwaliteit van zorg aan migranten en mensen met lage gezondheidsvaardigheden, waarbij de focus ligt op de eerstelijnszorg. Naar aanleiding van de grote behoefte onder huisartsen in achterstandswijken aan ondersteuning bij de behandeling van niet-westerse patiënten met SOLK, heeft de afdeling 'Somatische zorg' het project 'Onzichtbare pijn' opgesteld. Dit project richt zich op het ontwikkelen van een stappenplan voor huisartsen voor de zorgverlening aan migrantenpatiënten met SOLK op basis van een gedegen vooronderzoek. De vier thema's die hierbij centraal staan, zijn reeds in de probleemdefinitie aan bod gekomen.

Binnen het project werkt Pharos met eerstelijns zorgverleners en patiënten op pilotlocaties in Utrecht en Haarlem, ook zijn het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Stichting Eerstelijnszorg Haarlem-Oost (SEHO) bij het project betrokken.

Het doel is dat de aanpak voor zowel de patiënt als de huisarts bevredigender werken dan in de huidige situatie, waarbij de volgende eindproducten zullen worden opgeleverd:

1. Een stappenplan voor de huisarts gericht op niet-westerse SOLK patiënten;
2. Training voor huisartsen waarin het stappenplan wordt aangeleerd;
3. Protocol voor doorverwijzing naar aanbod in de eerste lijn en in de wijk.

Een uitgebreide beschrijving van de einddoelen van het project is toegevoegd in bijlage 1.

Met de training beoogt Pharos zowel positieve resultaten voor de huisarts (toegenomen kennis, vaardigheden en attitudes) maar ook voor de patiënt op de lange termijn (positieve gezondheidsuitkomsten) en kostenbesparing. Hiermee wordt tevens beoogt op de lange termijn het aantal huisartsenconsulten te laten afnemen.

Met een aanvulling op de huidige richtlijn wil Pharos de resultaten bewerkstelligen met betrekking tot:

A. Het zorgproces en de tevredenheid uitgedrukt in:

- o Verbeterde arts- patiënt relatie en communicatie;
- o Snellere klachtverheldering;
- o Grotere acceptatie (en vertrouwen) in de gestelde diagnose en behandeling;
- o Geruststelling van patiënten met betrekking tot de ernst van de aandoening;
- o Verandering in visie op oorzaak van de klachten;
- o Therapietrouw (onder andere de mate van uitval uit behandeltraject bij huisarts, opvolgen van verwijzingen);
- o Passende doorverwijzing naar SOLK relevant aanbod in de wijk of de tweede lijn.

B. Effectief gebruik van zorg en daarmee kostenbesparing uitgedrukt in:

- o Minder verwijzingen naar de tweede lijn;
- o Afname van consulten bij de huisarts (op termijn);
- o Ervaren werklast vermindering onder huisartsen en meer werksatisfactie.

C. Gezondheidswinst uitgedrukt in: verbetering van de (ervaren) mentale en fysieke gezondheid van allochtone patiënten met SOLK

Bijlage 2: Informatie flyer voor patiënten

Wilt u meedoen aan onderzoek?

Uw huisarts doet mee aan onderzoek

Uw huisarts doet mee aan een onderzoek waarbij we de behandeling en zorg voor patiënten willen verbeteren. Hiervoor willen we graag een aantal patiënten interviewen en de huisarts heeft u gevraagd om mee te doen. Hieronder leest u er meer over.

Waarom dit onderzoek?

De huisarts wil zijn patiënten goed helpen. Daarvoor is het belangrijk om te weten wat de ervaring en mening is van patiënten over het contact met de huisarts en de behandeling.

Wat vragen we van u?

We vragen u om eenmalig met de onderzoeker te spreken over uw contact met de huisarts en de zorg die u ontvangt. Als u mee wilt doen, geeft de huisarts uw naam en telefoonnummer door aan de onderzoeker.

De onderzoeker belt u om een afspraak te maken voor 1 gesprek. De afspraak vindt plaats in het gezondheidscentrum/ de praktijk van uw huisarts.

Een onderzoeker stelt u vragen over uw contact met de huisarts, de behandeling en wat u ervan vindt. Dit gesprek duurt ongeveer 1 uur.

Tolk

Als het Nederlands niet uw moedertaal is, regelt de onderzoeker een tolk. Dit kost u niets.

Anoniem en vertrouwelijk

Alles wat u zegt tijdens het gesprek wordt alleen voor het onderzoek gebruikt. Van het gesprek komt een verslag gemaakt. Uw naam komt niet in het verslag te staan.

Het gesprek wordt op een geluidsband opgenomen. Na het maken van het verslag wordt de geluidsband vernietigd.

De onderzoeker praat niet over uw gesprek met uw huisarts.

Cadeaubon als dank

Als dank voor het meewerken ontvangt u een cadeaubon van €10,-. Deze bon ontvangt u aan het einde van het gesprek.

Wie voert het uit?

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Pharos (kenniscentrum voor migranten, vluchtelingen en gezondheid) in samenwerking met de huisarts.

Contactpersoon

Als u meer wilt weten over het onderzoek kunt u contact opnemen met:

Mevr. Shobha Kamiseti, s.kamiseti@pharos.nl, 030- 234 98 00

Bijlage 3: Informed consent formulier

INFORMED CONSENT - deelname aan onderzoek

Onderzoek naar betere zorg

Uw huisarts wil u graag beter kunnen helpen. Daarvoor is het belangrijk om te weten wat uw mening is over de zorg en welke zorg u graag zou willen. Daarom vraagt de huisarts of u mee wil doen aan dit onderzoek. Hieronder leest u er meer over.

Wat vragen we van u?

Als u mee doet geeft de huisarts uw naam en telefoonnummer door aan de onderzoeker. De onderzoeker belt u om een afspraak te maken voor een gesprek. De afspraak is in het gezondheidscentrum/ de praktijk. Het gesprek gaat over uw contact met de huisarts, de behandeling en wat u ervan vindt. Dit gesprek duurt maximaal 1 uur.

Tolk

Als u niet goed Nederlands spreekt kan de onderzoeker een tolk regelen. Dit kost u niets.

Anoniem en vertrouwelijk

Alles wat u zegt tijdens het gesprek wordt alleen voor het onderzoek gebruikt. Van het gesprek komt een verslag zonder uw naam. Het gesprek wordt op een geluidsband opgenomen. Na het maken van het verslag wordt de geluidsband vernietigd. De huisarts krijgt niet te weten wat u heeft gezegd.

Cadeaubon als dank

Als dank voor uw medewerking ontvangt u een cadeaubon ter waarde van €10,- Deze bon ontvangt u aan het einde van het gesprek.

Wie voert het uit?

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Pharos (kenniscentrum voor migranten, vluchtelingen en gezondheid) in samenwerking met de huisarts.

Contactpersoon

Als u meer wilt weten over het onderzoek kunt u contact opnemen met:
Mevr. Shobha Kamisetti, s.kamisetti@pharos.nl, 030- 234 98 00

Toestemming

Ja, ik doe mee aan het onderzoek.

Naam: _____ Telefoonnummer: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Handtekening: _____

Plaats: _____ Datum: _____

☐ Nee, ik wil niet mee aan het onderzoek.

Als u niet mee doet, wilt u dan deze vragen beantwoorden?

Ik ben een: ☐ man
☐ vrouw

Mijn leeftijd is: _____

Mijn geboorteland is: ☐ Marokko
☐ Turkije
☐ Suriname
☐ Antillen
☐ Anders:

Geboorteland vader: ☐ Marokko
☐ Turkije
☐ Suriname
☐ Antillen
☐ Anders:

Geboorteland moeder: ☐ Marokko
☐ Turkije
☐ Suriname
☐ Antillen
☐ Anders:

Hoeveel jaar bent u naar school geweest?

☐ Nooit naar school geweest
☐ Wel naar school geweest, namelijk: _____ jaar

Bijlage 4. Topic lijst Interviews met migrantenpatiënten met SOLK

TOPIC LIJST Interviews met migrantenpatiënten met SOLK

Hoofdvraag van dit onderzoek is: Hoe kunnen huisartsen patiënten met klachten waarvoor geen medische oorzaak gevonden kan worden het beste helpen?

Inleiding

Wij zijn gestart met een onderzoek om zorg te verbeteren. Voor dit onderzoek praten we met huisartsen en met patiënten. We willen graag weten hoe de huisarts zijn patiënten het beste kan helpen.

Wij willen van u graag weten wat u vindt van de hulp door de huisarts. En wat er beter kan. Uw mening en ervaring is heel belangrijk voor dit onderzoek.

- Daarbij is het belangrijk dat u alles kunt vertellen.
- Dit is een vertrouwelijk gesprek.
- Alles wordt op een geluidsband opgenomen, maar alleen gebruikt voor dit onderzoek.
- Na het maken van het verslag wordt de band vernietigd.
- Wij praten niet met uw huisarts over dit gesprek.
- Uw naam komt niet in het verslag te staan.
- Er zijn geen goede of foute antwoorden.
- We willen u graag helpen. Als u iets niet begrijpt of u heeft vragen, dan hoor ik het graag.

NB: Informed consent laten tekenen voordat je met interview begint.

Heeft u nog vragen?

1. Algemene inleidende vragen

Eerst wil ik graag wat meer over uw achtergrond weten. Ik begin daarom met een paar algemene vragen.

- 1) Waar komt u oorspronkelijk vandaan? Waar bent u geboren?
- 2) Indien in NL geboren: waar zijn uw ouders geboren? (1^e/2^e/3^e generatie)
- 3) Indien buiten NL geboren: hoe lang bent u in Nederland?
- 4) Hoeveel jaren bent u naar school geweest?

2. Hoe gaat het met u?

De volgende vragen gaan over uw gezondheid en hoe u zich voelt.

2.1 Ervaren klachten en zorgen van de patiënt

- 5) Hoe gaat het met u? (Hoe voelt u zich?/Welke specifieke klachten?)
- 6) Hoe lang heeft u deze klachten al?)*
- 7) Hoe vaak komt u bij de huisarts?

* Gebruik tijdens interview de woorden die de patiënt geeft aan zijn ziekte, pijn, klacht

2.2 Oorzaken volgens patiënt/ sociale omgeving

- 8) Wat denkt u zelf dat er aan de hand is met u? Waarom bent u ziek? Weet u dat?
- 9) Wat denken uw familieleden of vrienden over uw ziekte? Wat vindt u daarvan? Weet uw familie hoe het komt dat u ziek bent? En de rest van de familie?

3. Hoe gaat het bij de huisarts?

De volgende vragen gaan over de dokter. We willen graag weten hoe het gaat als u praat met de dokter en wat u daarbij goed of juist niet zo goed vindt.

3.1 Algemeen

- 10) Hoe gaat het bij de huisarts? (patiënt laten vertellen over zijn doktersafspraak)
Wanneer was u voor het laatst bij de huisarts? Wat voor klachten had u toen? Hoe heeft u de afspraak gemaakt? En hoe ging u hier naartoe? Daarna kwam de huisarts u ophalen, hoe ging dat daarna?
(Ingaan op onderwerp waar patiënt over begint!)
- 11) Wat vindt u allemaal goed gaan? De laatste keer dat u bij de huisarts was, wat vond u toen goed gaan? Wat vond u fijn? Kunt u een voorbeeld geven?
Wat doet een "goede dokter"? Kunt u een voorbeeld geven? Doorvragen!!!
- 12) Zijn er ook dingen die minder goed gaan? Kunt u een voorbeeld geven? Wat kan er beter? (Heeft u misschien wel eens een minder goede dokter gehad? Wat is dan het verschil met dokter (naam)?)

3.2 Uitleg

- 13) Heeft de huisarts uitgelegd wat er met u aan de hand is? Hoe heeft hij dit aan u uitgelegd? (Wat vindt u daarvan? Wilt u graag uitleg hierover?)
- 14) Hoe ging dat? Wat ging er goed? Wat kan er nog beter?
- 15) Naast uw lichamelijke klachten, praat u ook met de huisarts over andere problemen?
 - Vraagt de huisarts wel eens hoe het thuis gaat/met de kinderen gaat? Wat vindt u daarvan?
 - Spreekt de huisarts ook over psychische klachten? Wat vindt u daarvan? Denkt de huisarts dat u daar ook ziek van kan worden? Klopt dit, denkt u? Wat vindt u daarvan? Wat vond u van de uitleg van de huisarts?
 - Heeft de huisarts het wel eens over stress? Wat vindt u daarvan? Heeft de huisarts dit uitgelegd? Hoe heeft hij dit uitgelegd? Begreep u deze uitleg?

3.3 Beleid/Behandeling

- 16) U heeft al verteld dat u Lang last heeft van de klachten. Hoe bent u in deze tijd geholpen door de huisarts? Wat vindt u daarvan? Begrijpt u waarom de huisarts deze dingen heeft gedaan? Was/bent u het daarmee eens?
- 17) [Bij een patiënt die bij 16 niet zoveel vertelt, vragen naar:]

- Heeft u vaste afspraken bij de huisarts? *Wat vindt u daarvan?*
- Krijgt u medicatie van de huisarts? *Wat vindt u daarvan?*
- Doet de huisarts onderzoeken? *Wat vindt u daarvan?*
- Bent u wel eens doorverwezen door de huisarts? *Wat vindt u daarvan?*

3.4 Taalbarrière

- 18) Hoe is het om in het Nederlands iets te vertellen aan uw huisarts? Zijn er dingen die u niet goed kunt vertellen in het Nederlands (of moeilijk vindt om te vertellen/niet goed kunnen uitdrukken)?
- 19) Neemt u wel eens iemand mee om te vertalen? Hoe gaat dat? Wat vindt u daarvan? Wat kan de dokter doen zodat je elkaar beter kan verstaan?

3.5 Begrip

- 20) Als u de huisarts iets vertelt, begrijpt de huisarts dan wat u bedoelt? *Hoe gaat dat? Wat gaat er goed? Hoe komt dit? Voelt u zich begrepen? Wat doet u als de huisarts u niet begrijpt?*
- 21) Als de huisarts u iets vertelt, begrijpt u dan wat de huisarts bedoelt? *Hoe gaat dat? Wat gaat er goed? Hoe komt dit? Wat kan de huisarts doen om te zorgen dat u hem/haar beter begrijpt?*

3.6 Praten over andere dingen/cultuur

- 22) Vraagt de huisarts wel eens over waar u vandaan komt/uw geloof/.....cultuur? Hoe gaat dat/Wat voor vragen stelt de huisarts? Wat vindt u daarvan?
- 23) Is dit voor u belangrijk? Zou u uit kunnen leggen waarom u dat belangrijk vindt? Wat moet een goede dokter weten over zijn patiënten (over u)?

3.7 Vertrouwen in de arts/geruststellen

- 24) Vindt u de dokter deskundig? Doet hij zijn werk goed? Waarom wel/niet? Kunt u een voorbeeld geven?
- 25) Voelt u zich goed als u bij de huisarts bent? Waardoor komt dit?
- 26) Hoe voelt u zich na een afspraak bij de huisarts? Waardoor komt dit?
(tevreden/gerustgesteld/geholpen/verward)
- 27) *Maakt u zich minder zorgen na een afspraak?*
- 28) Vertrouwt u (naam huisarts)? Wat zorgt ervoor dat u hem/haar vertrouwt? Wat doet hij/zij dat u hem/haar vertrouwt?
- 29) Als we nog een keer kijken, zijn er nog meer dingen die u goed vindt gaan bij de huisarts?

4. Afsluiting

Dat waren de laatste vragen. Dank u wel voor uw hulp.

- 30) Wilt u nog iets aan mij vertellen? Heeft u nog vragen?

Wilt u op de hoogte gehouden worden over het interview?

Bijlage 5: Topic lijst eerste Focusgroep

FOCUSGROEP HAARLEM, 08-11-12

Technische zaken

- opname apparatuur
- naambordjes
- whiteboard met stift
- voorstellen met naam (voor het bandje)
- uitprinten multidisciplinaire richtlijn (samenvatting) en NHG standaard (embargo, voor mezelf)

Taak gespreksleider

- iedereen moet zijn mening kunnen laten horen over de topics
- empathisch, aanmoedigend, luisteren
- samenvatten en doorvragen
- balanceren tussen dirigeren en loslaten
- het gaat om een interview en niet om probleem oplossen
- geen besluitvorming, geen consensus, geen uitkomst

Inleiding

Doel van dit SOLK project is te komen tot een methode van aanpak/ behandelen van migrantenpatiënten met SOLK en te komen tot een training gebaseerd op die methode.

Doel van deze focusgroep is om gegevens te verzamelen, nl jullie ervaring en meningen over dit onderwerp. Dat kan ons helpen bij het ontwikkelen van een methodiek en het maken van de training.

Het gaat in deze bijeenkomst om het verzamelen van informatie en niet om het komen tot een consensus of uitkomst.

Het gaat hier om uw persoonlijke ideeën, mening en ervaringen.

Handig is te denken aan de jonge collega die u adviezen geeft over de aanpak van migrantenpatiënten met SOLK. Uw adviezen zullen gebaseerd zijn op uw ervaring van wat wel en niet goed werkte bij uw patiënten.

We zijn vooral geïnteresseerd in jullie ervaring met behandeling van migrantenpatiënten met (of bij wie je vermoed dat er sprake is van) SOLK en hoe je dat aanpakt. Waar heb je moeite mee? Wat gaat er juist goed? En hoewel we geïnteresseerd zijn in de don'ts willen we vooral de do's horen.

Ik zal u zo nodig af en toe hieraan herinneren

Er zijn al uitgebalanceerde richtlijnen gemaakt voor SOLK (niet migranten), nl de multidisciplinaire richtlijn en de concept NHG standaard. Het is in dit project de bedoeling dat we komen tot een aanvulling van de bestaande richtlijnen, die cultuur sensitief is, dwz rekening houdt met de culturele achtergrond van de patiënt.

Uitgangspunten (NHG standaard/ multidisciplinaire richtlijn)

Deze zijn in dit gesprek geen punt van discussie meer

- Begeleiden van SOLK patiënten is een huisartsgeneeskundige taak
- Migranten in dit project: alle mensen van 18jr en ouder met een niet-westerse achtergrond
- De definitie van SOLK: lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en die leiden tot functionele belemmeringen en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart
- SOLK is een werkhypothese

1. OVER WIE HEBBEN WE HET

Beschrijf een patiënt uit je praktijk, een migrant met SOLK. Het gaat om de patiënt en nog niet om jouw interventies. Hoe vaak zie je de betreffende patiënt op spreekuur

Trefwoorden/thema's hierbij

- Is SOLK bij een migrant anders dan bij een Hollandse patiënt, wat is het verschil?
- Heb je een verklaring voor ontstaan van SOLK?

2. WAT WIL DE PATIËNT

Wat denkt u dat patiënten met SOLK zelf van hun huisarts willen
En hoe ligt dat volgens u bij migranten

Trefwoorden/thema's hierbij

- Frustratie, ergernis
- Misverstanden
- Arts- patiënt relatie
- vertrouwen

3. DIAGNOSE

Wanneer kan je de diagnose SOLK stellen, hoe ziet het voortraject eruit

In de voorbespreking heb ik paar uitspraken opgetekend:

- ik durf de diagnose pas na 1,5 a 2 jaar te stellen
- zodra de dokter het besluit is de patiënt een SOLK patiënt
- Uitsluiten Psychiatrische stoornis zoals somataforme stoornissen /depressie/ angst stoornis.

Trefwoorden/thema's hierbij

- Tijdsbestek/ periode
- Stappenplan
- Overeenstemming patiënt

4. AANPAK Als de diagnose SOLK eenmaal is gesteld

Neem een migrantenpatiënt met SOLK in je hoofd met wie je bent vastgelopen en vertel wat er fout ging en hoe je dat nu anders zou doen

Kan je een stappenplan beschrijven?

Trefwoorden/thema's hierbij

- acceptatie van de klachten door de patiënt / Overeenstemming patiënt
- Uitspraak: je gezag inzetten. dat is belangrijk
- Uitspraak: een specialistentraject is nu eenmaal nodig; maar als je ervaring hebt kan je dat voorkomen dat de patiënt hierin terecht komt: waarom wil je dit voorkomen?
- Rol van herhaald lichamelijk onderzoek
- (Zorg rituelen)
- Medicatie voorschrijven
- Controles afspreken
- Is er verschil in aanpak bij kort of langdurige klachten
- de SCEGS methode
- Medicaliseren

5. COMMUNICATIE

In de richtlijnen en ook in onderzoek wordt gewezen op het belang van een goede communicatie met de patiënt, meer nog bij SOLK patiënten dan bij andere patiënten.

Hoe verloopt de communicatie met migrantenpatiënten met SOLK? en wat zijn volgens u de kenmerken van een goede communicatie, speciaal bij migranten?

Trefwoorden/thema's hierbij

- Gebruik van tolk noodzakelijk?/ wanneer wel/niet?

- Vertrouwen winnen, hoe doe je dat?
- Arts- patiënt relatie
- Hoe leg je aan een SOLK patiënt uit wat er aan de hand is en doe je dat anders bij migranten? Hoe dan?
- Is het behulpzaam om meer te weten over de context van de patiënt? (gezinssituatie, relatie partner, opvoeding, migratiegeschiedenis, scholingsachtergrond, etc). Heb je hiervoor een systematiek?
- assistentes rol

6. AFSLUITING, waar houdt je taak op?

Wanneer is een goed moment om patiënt te verwijzen naar een SOLK-gerichte behandeling?

- Wat wil je dan bereikt hebben bij de patiënt?
- GGZ verwijzing?
- Wanneer ben je tevreden?

Bijlage 6: Topiclijst Focusgroepen 2 en 3

Onderwerpen

1. Bespreken van psychosociale achtergronden (30 min)

- a) Inleiding:
Invulling van Marga
- b) Vragen om op post-it's keywords te schrijven m.b.t de volgende vragen:
 - 1. *Hoe begin je over psychosociale achtergronden? (goede openingszin?)*
 - 2. *Op welk moment begin je hierover?*
 - 3. *Wat zijn belangrijke thema's?*
- c) Discussie post-it's:
 - Aantal uitkiezen waarbij je vraagt:
 - a. Wat ging zo goed/minder goed? Hoe kwam dit? (doorvragen)
 - b. Wat zorgde voor de effectieve dan wel ineffectieve uitkomst?
- d) Vragen:
 - 1. Hoe bespreek je psychosociale achtergronden?
 - 2. Gebruik je hierbij hulpmiddelen/instrumenten?
 - 3. Wat werkt wel/niet? Waarom? Bij welke patiënt?
 - 4. Volg je meteen 2 sporenbeleid? Wat werkt wel/niet? Waarom?

<Is het anders dan bij autochtonen?>

<Bovennatuurlijke krachten?>

2. Uitleg geven over SOLK (30 min)

- a. Inleiding
Invulling van Marga.
- b. Vragen om op post-it's keywords te schrijven m.b.t de volgende vragen:
 - 1. *Als je bij een patiënt geen lichamelijke oorzaak hebt gevonden, hoe leg je dit dan aan de patiënt uit?*
 - 2. *Hoe leg je de relatie uit tussen psychosociale klachten en lichamelijke klachten?*
- c. Discussie post-it's:
Aantal uitkiezen waarbij je vraagt:
 - a. Wat ging zo goed/minder goed? Hoe kwam dit? (doorvragen)
 - b. Wat zorgde voor de effectieve dan wel ineffectieve uitkomst?
- d. Vragen:
 - Welke uitleg geef je? (ook stress? En hoe dan?)
 - Hoe leg je het uit? (Gebruik je ook hulpmiddelen? Lukt dit altijd in het Nederlands?)
 - Verschillende niveaus van de Nederlandse taal; hoe ga je hiermee om?

<Hoe check je bij de patiënt of uitleg wordt begrepen?>

<Hoe check je laaggeletterdheid? (gebruik tolk?)>

3. Behandeltraject/Overeenstemming (30 min)

- a) Inleiding
Invulling van Marga
- b) Vragen om op post-it's keywords te schrijven m.b.t de volgende vragen:
 - 1. *Wat is uw ervaring met het bereiken van overeenstemming met de patiënt?*
- c) Discussie post-it's
Aantal uitkiezen waarbij je vraagt:
 - a. Wat ging zo goed/minder goed? Hoe kwam dit? Waar ligt dit dan aan? (doorvragen)
 - b. Wat zorgde voor de effectieve dan wel ineffectieve uitkomst?
- d) Vragen:
 - Hoe kom je tot gezamenlijke probleemdefinitie? Wat werkt? Waardoor?

- Hoe kom je tot gezamenlijk plan van aanpak? Wat werkt? Waardoor? Wat zijn voorwaarden om verder te kunnen?
- Hoe ga je om met lichamelijk onderzoek bij deze groep?
- Hoe ziet plan van aanpak eruit bij deze patiënten (LO, aanv o'zoek, verwijzen, etc.)?
- Welke afspraken maak je met de patiënt?
- Rol POH-GGZ: Wanneer verwijst je? Wat zijn succesfactoren?
- Hoelang volg je het tweesporenbeleid?

Afsluiting

- Conclusie waar we het over gehad hebben
- Terugkoppeling van de resultaten
- Vraag om patiënten voor de interviews (Martine?)
 - Vertellen over patiënten interviews (na akkoord, bellen wij voor afspraak, liefst in eigen gezondheidscentrum) In Haarlem gaat het al goed!
 - Wie zou patiënten kunnen aanleveren? (deze namen opschrijven)
 - Deze mensen krijgen een mail met concrete vragen
 - Folders uitdelen voor patiënten interview
- Bedanken met cadeaubon

Bijlage 7: Draaiboek Focusgroep 2 en 3

1. Doel Focusgroep

Doel SOLK project

Doel van dit SOLK project is te komen tot een methode van aanpak/ behandelen van migranten patiënten met SOLK en te komen tot een training gebaseerd op die methode. De NHG-standaard die in mei verschijnt beschrijft wat je als huisarts moet doen bij SOLK-patiënten en gaat hierbij deels ook in op migrantenpatiënten. Wij willen een aanvulling doen op deze richtlijn specifiek voor niet-westerse migranten, waarbij met name gericht wordt op *hoe* je dit ten uitvoer moet brengen.

Doel Focusgroep

Doel van deze Focusgroep is om gegevens te verzamelen, namelijk de ervaring en meningen van de huisartsen over de hulp aan niet-westerse migrantenpatiënten met SOLK. We willen graag heel praktisch blijven: wat werkt wel en wat niet bij de behandeling van deze patiënten. Hierbij gaat het om het delen en vergelijken van ervaringen (Morgan, 1998). Dat kan ons helpen bij het ontwikkelen van een methodiek en bij het maken van de training.

2. Organisatorisch

Technische zaken

- opname apparatuur + extra batterijen
- naambordjes
- whiteboard met stift
- post-it's + pennen
- flyers voor patiënten
- draaiboeken
- cadeaubonnen

catering is er om 16.30 met de broodjes!

Taak gespreksleider

- iedereen moet zijn mening kunnen laten horen over de topics
- empathisch, aanmoedigend, luisteren
- samenvatten en doorvragen
- balanceren tussen dirigeren en loslaten
- het gaat om een interview en niet om probleem oplossen
- geen besluitvorming, geen consensus, geen uitkomst; als ze op overeenkomst afstevenen vragen of er nog andere meningen zijn
- niet door elkaar heen praten i.v.m. bandopname

Taak observatoren

- verantwoordelijk voor audio-opname (geen rinkelende regels/glazen/borden o.i.d.)
- tijd bewaken
- aantekeningen maken:
 - o non-verbale uitingen (emoties/lichaamstaal/uiting van (des)interesse/oneens, etc.)
 - o onderwerpen waar gespreksleider nog op kan doorvragen
 - o 'quotes': typerende uitspraken
- cadeaubonnen uitdelen aan het eind

3. Tijdsplanning

16.30-17.00: Voorbereiding: o.a. broodjes klaarzetten

17.00-17.15: Introductie

17.15-17.45: Onderwerp 1: Bespreken van Psychosociale achtergronden

17.45-18.15: Onderwerp 2: Uitleg geven over SOLK

18.15-18.25: Pauze

18.25-18.55: Onderwerp 3: Overeenstemming over beleid

18.55-19.00: Afsluiting + hulp bij patiënten interviews

4. Opbouw van de Focusgroep

17.00-17.15: Introductie

1. Welkom/bedanken voor de komst
2. Voorstellen gespreksleider en de observatoren
3. Voorstellen deelnemers (*ook voor op het bandje*)
4. Introductie onderwerp, tijdschema en 'algemene regels' (3 min)
5. Voorbeeld van een SOLK patiënt: Vragen naar een voorbeeld van een typische SOLK patiënt en twee mensen aan het woord laten.

17.15-18.55: Methode

Gespreksleider geeft uitleg wat de bedoeling is om te gaan doen per onderwerp, nl het volgende:

- uitleg geven over het onderwerp
- post-it's (op basis van Critical Incident Technique (Gremier, 2004))
 - o op groene post-it's één goede ervaring schrijven
 - o op rode post-it's één minder goede ervaring schrijven
 - o per ervaring moet het volgende worden opgeschreven:
 - wat heeft gezorgd voor de effectieve dan wel ineffectieve uitkomst (welke actie was kritiek?)
 - o Deze post it's op het bord plakken
- Discussie van goede en minder goede ervaringen aan de hand van de post it's. Hierbij doorvragen.

+18.15-18.25: Pauze

Eventueel: doorspreken hoe het gaat en hoe we na de pauze verder gaan.

18.55-19.00: Afsluiting

- Conclusie waar we het over gehad hebben
- Terugkoppeling van de resultaten
- Vraag om patiënten voor de interviews (Marga of Martine?)

6. Onderbouwing Focusgroep

Een Focusgroep is een groepsinterview gericht op een specifiek onderwerp, waarbij een gespreksleider het interview coördineert en het doel is om door middel van interactie tussen de deelnemers te komen tot kwalitatieve data (Sim, & Snell, 1996). Het is belangrijk dat er vooral een dialoog gecreëerd wordt tussen de deelnemers en minder tussen de gespreksleider en de deelnemers (Sim, 1998).

Om verschillende redenen is er gekozen om Focusgroepen te hanteren. Ten eerste is het een geschikt middel gebleken voor het uitvoeren van een behoefteanalyse in de gezondheidszorg (Krueger, & Casey, Morgan, 1998; Lockyer, Simpson, Toews, & Becker, 1996) en specifiek onder huisartsen (Gelula, & Sandlow, 1998). Zo is het een geschikt hulpmiddel voor het identificeren van processen die nog niet goed begrepen worden (Morgan, 1998). Daarnaast wordt er samen met de interviews gezorgd voor datatriangulatie (Gelula, & Sandlow, 1998) en worden deelnemers gestimuleerd om hun eigen perspectief in detail te verduidelijken (Kitzinger, 1995).

Tijdens het Focusgroep proces moet de onderzoeker in staat zijn om affectieve gegevens te verzamelen over de gevoelens en meningen over een onderwerp, probleem of ervaring en verwachtingen die gehouden worden door de geïnterviewden over het onderwerp (Gelula, & Sandlow, 1998).

Critical incident technique

De 'critical incident technique' is een kwalitatieve interviewmethode die ondersteunt bij het onderzoeken van belangrijke gebeurtenissen geïdentificeerd door de respondent, de manier waarop ze ermee om zijn gegaan en de uitkomsten in termen van waargenomen effecten.

Het doel is om begrip te creëren van de gebeurtenis vanuit het perspectief van de deelnemer, waarbij rekening wordt gehouden met diens gedachten, gevoelens en gedrag (Gremier, 2004).

Het doel van de inhoudsanalyse die je vervolgens houdt van de gedeelde ervaringen is een classificatiesysteem om inzicht te verschaffen met betrekking tot de frequentie en patronen van factoren die het fenomeen van interesse beïnvloeden (Gremier, 2004).

Een gebeurtenis kan gedefinieerd worden als 'kritisch' als de actie die ondernomen is heeft bijgedragen aan een **effectieve uitkomst** (geholpen heeft om een probleem op te lossen of een moeilijke situatie). Een gebeurtenis kan ook als 'kritisch' worden gezien wanneer de actie resulteerde in een **ineffectieve uitkomst** (het heeft deels een probleem opgelost, maar creëerde nieuwe problemen of de behoefte aan verdere actie). Hierbinnen moet beschreven worden **welke actie** kritiek is geweest om vast te stellen dat de uitkomst effectief of ineffectief was (Grace, 1973).

7. Richtlijnen die zijn gehanteerd

- Volgens Krueger, & Casey (2010) moet er 10-20 minuten per vraag worden gerekend. Morgan (1998) rekent drie minuten per participant per vraag;
- Van globaal naar meer specifiek (Roulston, 2010; Krueger, & Casey, 2010);
- De meest belangrijke vragen/onderwerpen aan het begin omdat er zo voor wordt gezorgd dat er in ieder geval voldoende tijd voor deze onderwerpen is (Stewart, et al, 2007 in: (Roulston, 2010);
- Het doel van de Focusgroep is niet om tot overeenstemming te komen. Het nemen van een besluit wordt pas na de Focusgroep gedaan (Krueger, & Casey, 2010; Morgan, 1998);
- De omgeving en de gespreksleider zijn vertrouwelijk en open (Krueger, & Casey, 2010);
- De introductie van ieder onderwerp bepaalt het soort data dat zal worden verzameld en de kwaliteit van deze data (Morgan, 1997; Krueger, & Casey, 2010). Daarom moet goed over deze inleiding worden nagedacht.

Topics

Introductie

1. Doel SOLK project:

- Methode/ aanpak voor behandelen van migrantenpatiënten met SOLK
- training gebaseerd op deze methode.
- Bij methode: aanvulling op bestaande richtlijnen (multidisciplinaire richtlijn + de NHG standaard) die cultuur sensitief is, d.w.z. rekening houdt met de culturele achtergrond van de patiënt.

2. Doel Focusgroep

- jullie ervaring en meningen over dit onderwerp verzamelen: wat werkt wel en wat niet?
- deze gegevens gebruiken bij ontwikkeling van een methodiek en ontwerpen van de training.
- 3 thema's waarop we ons richten + uitleg waarom:
 1. Bespreken van psychosociale achtergronden
 2. Uitleg over SOLK
 3. Beleid/Overeenstemming over beleid

3. Uitgangspunten/Algemene regels:

Uitgangspunten:

- Begeleiden van SOLK patiënten is een huisartsgeneeskundige taak
- Migrant in dit project: alle mensen van 18jr en ouder met een niet-westerse achtergrond
- SOLK is en blijft een werkhypothese
- SOLK werkhypothese: lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en die leiden tot functionele belemmeringen en waarbij bij adequaat (*d.w.z. de gebruikelijke bij de klachten passend*) medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart
- We gaan het hebben over 'milde tot matige SOLK', d.w.z. klachten geven licht tot matige functionele belemmeringen, betreffen klachten uit max. 3 clusters, en duren niet langer dan 3 maanden (standaard NHG)

Algemene regels Focusgroep:

- een verschil in mening is geen probleem
- namen komen niet in het rapport
- geen verkeerde antwoorden, het gaat om persoonlijke ideeën, meningen en ervaringen
- don'ts maar vooral DO's.

[Handig is te denken aan de jonge collega die u adviezen geeft over de aanpak van migrantenpatiënten met SOLK. Uw adviezen zullen gebaseerd zijn op uw ervaring van wat wel en niet goed werkte bij uw patiënten.]

4. Tijdsplanning aangeven

5. Casussen

Beschrijf een patiënt uit je praktijk, een migrant met SOLK. Het gaat om de patiënt en nog niet om jouw interventies. Hoe vaak zie je de betreffende patiënt op spreekuur? etc. (1 of 2 huisartsen)

Onderwerpen

1. Bespreken van psychosociale achtergronden (30 min)

- e) Inleiding:
Invulling van Marga
- f) Vragen om op post-it's keywords te schrijven m.b.t de volgende vragen:
 - 4. *Hoe begin je over psychosociale achtergronden? (goede openingszin?)*
 - 5. *Op welk moment begin je hierover?*
 - 6. *Wat zijn belangrijke thema's?*
- g) Discussie post-it's:
 - Aantal uitkiezen waarbij je vraagt:
 - a. Wat ging zo goed/minder goed? Hoe kwam dit? (doorvragen)
 - b. Wat zorgde voor de effectieve dan wel ineffectieve uitkomst?
- h) Vragen:
 - 1. Hoe bespreek je psychosociale achtergronden?
 - 2. Gebruik je hierbij hulpmiddelen/instrumenten?
 - 3. Wat werkt wel/niet? Waarom? Bij welke patiënt?
 - 4. Volg je meteen 2 sporenbeleid? Wat werkt wel/niet? Waarom?

<Is het anders dan bij autochtonen?>

<Bovennatuurlijke krachten?>

2. Uitleg geven over SOLK (30 min)

- e. Inleiding
Invulling van Marga.
- f. Vragen om op post-it's keywords te schrijven m.b.t de volgende vragen:
 - 3. *Als je bij een patiënt geen lichamelijke oorzaak hebt gevonden, hoe leg je dit dan aan de patiënt uit?*
 - 4. *Hoe leg je de relatie uit tussen psychosociale klachten en lichamelijke klachten?*
- g. Discussie post-it's:
Aantal uitkiezen waarbij je vraagt:
 - a. Wat ging zo goed/minder goed? Hoe kwam dit? (doorvragen)
 - b. Wat zorgde voor de effectieve dan wel ineffectieve uitkomst?
- h. Vragen:
 - Welke uitleg geef je? (ook stress? En hoe dan?)
 - Hoe leg je het uit? (Gebruik je ook hulpmiddelen? Lukt dit altijd in het Nederlands?)
 - Verschillende niveaus van de Nederlandse taal; hoe ga je hiermee om?

<Hoe check je bij de patiënt of uitleg wordt begrepen?>

<Hoe check je laaggeletterdheid? (gebruik tolk?)>

3. Behandeltraject (30 min)

- e) Inleiding
Invulling van Marga
- f) Vragen om op post-it's keywords te schrijven m.b.t de volgende vragen:
 - 2. *Wat is uw ervaring met het bereiken van overeenstemming met de patiënt?*
- g) Discussie post-it's
Aantal uitkiezen waarbij je vraagt:
 - a. Wat ging zo goed/minder goed? Hoe kwam dit? Waar ligt dit dan aan? (doorvragen)
 - b. Wat zorgde voor de effectieve dan wel ineffectieve uitkomst?
- h) Vragen:
 - Hoe kom je tot gezamenlijke probleemdefinitie? Wat werkt? Waardoor?
 - Hoe kom je tot gezamenlijk plan van aanpak? Wat werkt? Waardoor? Wat zijn voorwaarden om verder te kunnen?
 - Hoe ga je om met lichamelijk onderzoek bij deze groep?
 - Hoe ziet plan van aanpak eruit bij deze patiënten (LO, aanv o'zoek, verwijzen, etc.)?

- Welke afspraken maak je met de patiënt?
- Rol POH-GGZ: Wanneer verwijst je? Wat zijn succesfactoren?
- Hoelang volg je het tweesporenbeleid?

Afsluiting

- Conclusie waar we het over gehad hebben
- Terugkoppeling van de resultaten
- Vraag om patiënten voor de interviews (Martine?)
 - o Vertellen over patiënten interviews (na akkoord, bellen wij voor afspraak, liefst in eigen gezondheidscentrum) In Haarlem gaat het al goed!
 - o Wie zou patiënten kunnen aanleveren? (deze namen opschrijven)
 - o Deze mensen krijgen een mail met concrete vragen
 - o Folders uitdelen voor patiënten interview
- Bedanken met cadeaubon

8. Referenties

- Gelula, M.H., & Sandlow, L.J. (1998). Use of focus groups for identifying specialty needs of primary care physicians. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 18, 244-250.
- Grace, F. (1973). *The Critical Incident Technique: A Bibliography*. American Institute for Research: California.
- Gremler, D.D. (2004). The critical incident technique in service research. *Journal of Service Research*, 7(1), 65-89.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302.
- Krueger, R.A., & Casey, M.A. (2010). Focus group interviewing. Chapter seventeen in: Wholey, J.S., Hatry, H.P., & Newcomer, K.E. (Eds.) (2010). *Handbook of Practical Program Evaluation*. John Wiley and Sons: San Francisco.
- Lockyer, J.E., Simpson, E., Toews, J., & Becker, W. (1996). Use of focus groups from different disciplines to identify clinical management educational issues. *Teach Learn Med*, 8, 223-226.
- Morgan, D.L. (1988). Focus groups as qualitative research. *Qualitative Research Methods Series#16*. Newbury Park, CA: Sage.
- Roulston, K. (2010). *Reflective interviewing. A guide to theory and practice*. Sage Publications: Londen.
- Sim, J., & Snell, J. (1996). Focus groups in physiotherapy evaluation and research. *Physiotherapy*, 82, 189-198. In: Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 345-352.
- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 345-352.

Bijlage 8: Topic lijst aanvullende interviews met huisartsen

Aanvullend interview huisartsen Haarlem

Inleiding

1. Psychosociale achtergronden uitvragen (10 min)

7. Hoe begin je over psychosociale achtergronden? (goede openingszin? werkt het voor iedere migrantenpatiënt? Wie wel/niet? is deze zin geschikt voor alle groepen opleidingsniveaus?)
8. Wat zijn belangrijke thema's?
9. Op welk moment begin je hierover? (als je patiënt nog niet zo lang kent)
10. *Waar zit hier het verschil tussen allochtone en autochtone patiënten?*

2. Uitleg geven over SOLK (10 min)

5. Als je bij een patiënt geen lichamelijke oorzaak hebt gevonden, hoe leg je dit dan aan de patiënt uit? (*Welke uitleg wordt geaccepteerd?*) (*stress? hoe breng je dit? wanneer kun je dit zeggen?*)
6. Hoe leg je de relatie uit tussen psychosociale problemen en lichamelijke klachten? (*werkt dit altijd? bij wie wel/niet?*)

3. Overeenstemming bereiken (10 min)

3. Wat is uw ervaring met het bereiken van overeenstemming met de patiënt? Hoe zorgt u ervoor om tot overeenstemming te komen? (*is hierbij verschil tussen allochtone en autochtone patiënten?*)
4. Wat gaat hierbij goed/minder goed? Waar komt dit door?
5. Hoe kom je tot gezamenlijk plan van aanpak?

4. Verschillen tussen patiënten in behoefte: hoe ze behandeld willen worden/de eisen die ze stellen

1. Jongere en oudere generatie (mensen die wel/niet op internet zoeken) hierbij speelt ook vaak opleidingsniveau.
2. Arbeidsmigranten en politieke vluchtelingen

5. Ook nog vragen naar: hoofdprobleem bij deze patiënten

1. Als een patiënt blijft komen iedere week 2 keer, kunt u dat doorbreken? Hoe doet u dat? (Vaste afspraken?)
2. Hoe doe je het bij nieuwe patiënten die nog geen SOLK diagnose hebben? Als je het gevoel hebt dat dit SOLK zou kunnen worden, hoe probeer je dan te voorkomen dat het ernstiger wordt. (Hoe leg je het je jonge collega uit?)

Bijlage 9: Overzicht succesfactoren

Relatie opbouwen

Serius nemen patiënt

1. Goed luisteren/aandacht hebben
2. Serius nemen
3. Tijd nemen

Houding van de arts

4. Vriendelijk zijn respect, geduld en nieuwsgierigheid tonen
6. Patiënt laten merken dat hij 'altijd welkom' is
7. Patiënt op z'n gemak laten voelen
8. Patiënt gevoel geven dat huisarts z'n best doet
9. Open omgaan met informatie

Overig

10. Vertrouwen opbouwen
11. Geruststellen
12. Patiënt leren kennen

Psychosociale achtergronden bespreken

Voorwaarden voor het kunnen stellen van vragen

1. Patiënt volgen in tempo en woordkeus
2. Met oprechtheid vragen stellen
3. Interesse laten zien in thema's los v/d klacht
4. Taboes bespreekbaar maken

Praktische aanpak

5. Vanuit de klachten vragen stellen
6. Open vraag/stelling geven
7. **Aansluiten op bekend probleem v/d patiënt**
8. **Geen oorzakelijke relaties suggereren**
9. Een tweede keer terug laten komen

Materialen gebruiken

10. Cultureel Interview
11. Dagboek
12. 4 DKL

Welke thema's zijn van belang?

Gerelateerd aan de klachten

13. Context van de klachten
14. Psychosociale klachten
15. Gevolgen van de klachten
16. Visie van patiënt en diens omgeving op de klachten

Los van de klachten

17. Algemene thema's
18. Culturele/achtergrond thema's

Informatie geven

Algemene succesfactoren

1. Zelfde uitleg als andere hulpverleners
2. Blijf bij de hypothese
3. Niet direct oplossen
4. In vroeg stadium aangeven dat stress ook oorzaak kan zijn

Geschikte formuleringen

A. Metaforen

5. Ongetraind een berg op fietsen

B. Het is geen ziekte

6. Het is niet gevaarlijk

7. Het is niets fysieks

C. Normalisering

8. Gebruikelijke werking orgaan
9. Systeem te scherp afgesteld
10. Samenspel onderrug
11. **Op microscopisch niveau zichtbaar**
12. Zwakke plek bij stress
13. Zenuwstelsel geprikkeld
14. Pijn door verdriet
15. Pijn door stress
16. Verkramping

Materialen

17. Tekening (o.a. pijncirkel, 4 Domeinenmodel)
18. Afbeelding (o.a. werking v/h lichaam, rugzak, ziekmakende stress)
19. Informatie voor thuis
20. Uitbeelden
21. Makkelijk taalgebruik

Overeenstemming bereiken

1. Vragen wat patiënt wil, nadat opties zijn verteld
2. **Wens van patiënt goed keuren**
3. Vervolgstappen geven
4. Als HA en patiënt tevreden zijn, gesprek afronden
5. Achterhalen of patiënt gerustgesteld is
6. Achterhalen waar patiënt bang voor is
7. **Doen van een final test**
8. **Doorspreken geen lichamelijk onderzoek**
9. Focus verleggen van somatisch
10. Directief zijn

Overig

1. Hanteren van maatwerk
2. Erkennen v/d klacht
3. Serius lichamelijk onderzoek doen
4. Tolk inschakelen indien nodig
5. Regelmatige afspraken
6. Stap voor stap werken
7. Niet te lang op somatische pad blijven
8. **Onderzoek doen***
9. **Doorverwijzen***
10. **Medicatie voorschrijven**
11. **Overleggen met specialist bij verwijzing***
12. **Terugroepen als patiënt huisartsenpost bezocht**
13. Lezen over cultuur/religie

* (totdat afgesproken is hiermee te stoppen voor deze klacht)

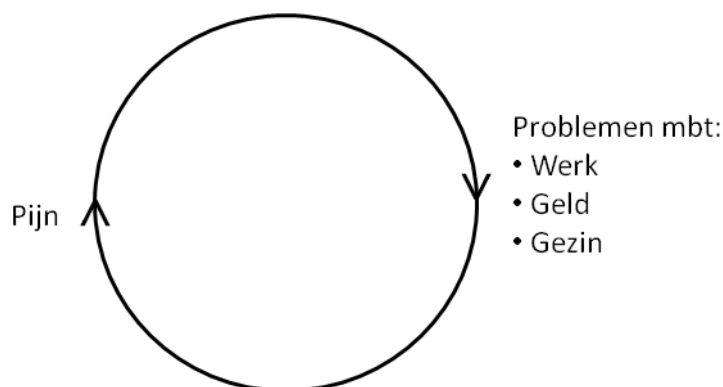
Een aantal richtlijnen zijn **roodgekleurd** aangezien hierover onduidelijkheid is omdat:

A. ze de literatuur tegenspreken

OF:

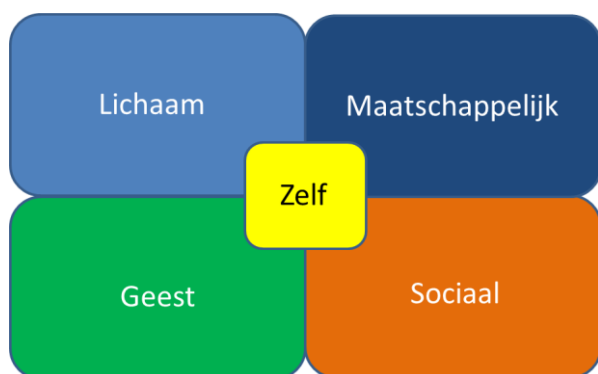
B. er meningsverschillen zijn bij patiënten en zorgverleners, hetzij tussen of binnen deze groepen.

Bijlage 10: Pijn cirkel zoals getekend door één van de huisartsen



Getekend door één van de deelnemers aan de focusgroepen

Bijlage 11: 4 Domeinen model



4-Domeinen model (Van Riet, & Makkes, 2012)

Bijlage 12. Ziekmakende stress – Draagkracht/Draaglast in tekeningen (Said Bellari)

Uitleg bij de figuren:

In het eerste plaatje wordt een persoon getoond die gezond is te zien aan sterke knieën, met een gezond gezin en geen tegenspoed te zien aan een kleine rugzak en vlakke weg. In het volgende plaatje wordt een persoon getoond die tegenslag krijgt, te zien aan de weg die stijl loopt en een grote rugzak en daarbij zijn ook de krachten minder geworden te zien aan de kleinere knieën. Op dat moment snapt het poppetje het niet meer en komt ook in psychische nood. In het volgende plaatje is te zien dat er stress ontstaat die zich verzamelt in een stressbeker. En als de persoon geen manieren heeft om de stress van zich af te laten glijden dan ontstaan er geen gaten in de stressbeker waardoor de stress weg kan en zal de beker overstromen. Als de beker overstromt, is er sprake van 'ziekmakende stress'. Die 'ziekmakende stress' zorgt ervoor dat een kleine klacht veel groter wordt; van een kleine boom wordt het een hele grote boom.

