

## Vlaamse arts en Turkse patiënten

Rie De Ridder

In dit artikel wil ik op een persoonlijke wijze de problematiek schetsen van mijn functioneren als huisarts onder Turkse migranten. Deze 'subjectieve' wijze van benaderen lijkt me de enige authentieke wijze waarop ik mijn ervaring van meer dan tien jaar contact met Turkse gezinnen -zowat twintig per dag- kan meedelen. Niettegenstaande mijn grondige kennis van de Turkse taal en cultuur, een verruiming van mijn medische kennis met basisbegrippen uit de antropologie, de filosofie, de sociologie en de sociale politiek en niet in het minst mijn intensief functioneren in een multidisciplinair team, heb ik nog steeds het gevoel op een muur te botsen van onmacht en onbegrip, van somatische fixatie, medicalisering en medische afhankelijkheid.

Het beschrijven van de specifieke aanpak van migrantengezinnen kan pas zinvol gebeuren als de gevoelens, die onderhuids bij de arts spelen tegenover de vreemde patiënt, eerst voor hem tastbaar worden gemaakt. De gevoelens van frustratie en onmacht, verkeerd begrepen goede bedoelingen en ongeduld, jezelf verliezen, tot en met openlijk tegen Turken uithalen moet je bij jezelf kritisch bevragen. Daardoor juist kan je je eigen identiteit als huisarts profileren en vandaar uit ook een moreel en wetenschappelijk aanvaardbare handelwijze ontwikkelen. Het is mijn voornaamste bedoeling hier de lezer (en niet alleen die onder allochtone groepen werkt) een moment van herkenning te bieden.

### Als je eenmaal betrokken bent geraakt

Ik hoor medische specialisten wel eens zeggen: "Die Turken, ach ja, ze houden zich niet aan afspraken en je verstaat hen zo slecht, maar ze zijn vriendelijk en zo dankbaar als je iets voor hen doet". Deze specialisten hebben echter sporadisch te maken met migranten; voor hen is het een soort *fait divers*, dat voor hun vertrouwde manier van werken nauwelijks storend werkt. De wereld van de specialist en die van de migrant liggen even ver uit elkaar als Brussel en Ankara. Als huisarts heb je die vrijblijvende afstandelijkheid niet, zeker niet als je wat interesse toont voor, je betrokken voelt bij wat er achter de individuele klacht schuilt, hetgeen overigens altijd verondersteld wordt in een huisarts-patiëntrelatie.

Bij Turkse patiënten ligt deze betrokkenheid om de bekende redenen van taal en cultuur doorgaans zo moeilijk dat de huisarts niet verder geraakt dan de klacht in de ar-

moede van haar klinische (ir)relevantie. Overigens kan ik dit de hulpverlener bezwaarlijk verwijten: immers dient hij of zij nu werkelijk alles te begrijpen? Veel kan immers helemaal niet gezegd worden. Er zijn hulpverleners die tijd en geld investeren in het overwinnen van de taal- en cultuurkloof. Ze zijn niet talrijk, eigenlijk zeldzaam gelet op de omvangrijke migrantenpopulatie in Vlaanderen. Op veel steun hoeven ze echter niet te rekenen, want wordt niet degene die het voor marginalen opneemt, spoedig zelf een randverschijnsel? Dat is alvast één frustratie! Waar halen die hulpverleners hun motivatie vandaan? Doorgaans menen ze het goed met de migranten. Dikwijls hebben ze moeten horen: "Jij bent nog een echte idealist" - "en een heel naïeve ook" wordt er dan in stilte bijgedacht. Vanwaar dat idealisme?

### Schuldcomplex en verdraagzaamheid

Je kunt dan bij jezelf ontdekken dat je met een *schuldcomplex* zit over al het kwade dat onze maatschappij zoal over de migranten uitstort: discriminatie, racisme, slechte behuizing, onzekerheid, enzovoort. We zien daarom bij migranten misschien al wat vlugger iets door de vingers, want "ach die arme Turken ...". Zijn we niet al te snel bereid om hun kinderbijslagformulieren in te vullen, "want die bureaucratie van ons, die *beseft* niet ...", enzovoort?

Zo wordt de geëngageerde hulpverlener, die doorgaans een avant-garde visie heeft op het huisarts-functioneren, de ijverige ombudsman die eens even al dat onrecht zal rechtzetten. De migrant *verwacht* dat overigens ook, zij het dan dat zijn mening over de aan te wenden middelen grondig anders is (bijvoorbeeld een ziekenbriefje eerder dan een gesprek tussen de school en de ouders, pillen of spuiten eerder dan een grondig gesprek).

Met zo een aanpak raak je na verloop van tijd behoorlijk in de knoei met je eigen huisarts principes omtrent, bijvoorbeeld, de patiënt als actieve partner in het genezingsproces. En dan heb ik het nog niet over het feit dat je binnen de kortste keren overwerkt geraakt, met lede ogen je Vlaamse patiënten ziet verdwijnen, hopeloos op zoek gaat naar een buitenverblijf, ja, zelfs in het weekend je auto niet meer voor de deur durft te parkeren omdat die hét symbool is voor je lijfelijk aanwezigheid en dus van een onbeperkte toegankelijkheid tot de reddende engel in bange tijden.

Naast het begrip dat je hebt voor de maatschappelijke randpositie van je patiënt is ook het rekening houden met diens cultuur een gevaarlijke *booby-trap*. Wij Vlamingen lijken soms wel kampioenen in aanpassing aan de andere, in *verdraagzaamheid*. Denken we bijvoorbeeld maar aan de vele initiatieven, zoals bi-cultureel onderwijs, mondiale vorming, transculturele psychiatrie, enzovoort.

Op het principiële vlak heet de pluri-etnische, multiculturele samenleving een verrijking te zijn, maar de praktische toepassing ervan, ... dat is iets heel anders. Wat doe je als Turkse meisjes van de middelbare school je een 'medisch voorschrift' vragen om niet te moeten meezwemmen, of als iemand tijdens de vastenperiode weigert noodzakelijke medicatie in te nemen, of als een vrouw geen mannelijke verpleger of kinesist wil?

## Multi-rationale samenlevingen en culturele botsingen

Ongetwijfeld zijn bepaalde gedragingen, die voor ons vanzelfsprekend lijken, voor Islamieten hoogst onbetamelijk. Het omgekeerde geldt uiteraard evenzeer, ja toch? In een pluri-etnische samenleving, en dus ook in een interculturele relatie tussen hulpverlener en hulpvrager, is er noodzakelijk sprake van wederzijds geven en nemen, zonder dat er hiërarchie dient te zijn van de ene cultuur tegenover de andere.

Onze maatschappij is natuurlijk *hoegenaamd geen multiraciale samenleving*. Migranten hebben doorgaans geen inspraak in het vaststellen van de gangbare waarden en normen, zoals die bijvoorbeeld in de wetgeving en instellingen bepaald zijn. Dat de migranten dan net wel *daar* normen gaan opleggen waar ze nog enige ruimte hebben, mag dan ook geen verwondering wekken. Er ontstaan Turkse en Marokkaanse wijken en -wat voor ons erg belangrijk is- de migranten gedragen zich volgens onze normen al te assertief in hun contact met de gezondheidszorg. Dat komt bijzonder scherp tot uiting in die contacten tussen hulpvrager en hulpverlener waarin de zorgvrager eisen gaat stellen op terreinen buiten zijn competentie, zoals het eisen van antibiotica of van een verwijzing naar een specialist, ofwel van een radiografie of een medicatie in plaats van een rust, of een onderhandeling met de overige gezinsleden. In dergelijke situaties voelt de therapeut dat zijn eigen rol enorm wordt ingeperkt; hij voelt minachting en wantrouwen, hoewel dat bij de migrant misschien helemaal niet meespeelt. Het ligt voor de hand dat artsen niet bepaald gelukkig zijn wanneer ze in een zuiver instrumentale rol worden geduwd.

Als hulpverlener word je in elk geval emotioneel geraakt door de sociale positie en de culturele identiteit van je patiënten. Het gaat tweemaal om het *anders-zijn* van de patiënt, maatschappelijk en etnisch. Openheid voor dit anders-zijn is op zich positief, maar het betekent ook: kwetsbaarheid. Emotionele betrokkenheid brengt bij de arts ook emotionele verwachtingen mee, zoals bijvoorbeeld dankbaarheid, trouw, of volgzzaamheid; doch dat komt niet altijd uit.

## Probleemsituaties uit de praktijk

Hoe ga je als hulpverlener om met die emotionaliteit, gesteld dat je niet bij xenofobie wilt uitkomen? Twee belangrijke voorwaarden moeten zeker vervuld zijn om op een gezonde wijze om te gaan met de verradelijke emoties, die door een uitgesproken *commitment* losgemaakt worden: je eigen grondhouding als hulpverlener bepalen en je verantwoordelijkheid juist inschatten. Om het belang hiervan te schetsen haal ik nog enkele probleemsituaties uit de praktijk aan.

### *Acting-out gedrag*

Heel wat patiëntencontacten houden eigenlijk de vraag in het statuut van ziek-zijn te bevestigen. De patiënt vraagt niet naar een oplossing of laat de voorgestelde remediering ongebruikt; hij of zij vraagt eigenlijk alleen om een medische bevestiging van zijn

of haar ziek-zijn met het oog op een maatschappelijke erkenning van het niet-meer-kunnen-functioneren. Een dergelijke verwachting conflicteert met onze probleemoplossende instelling en de maatschappelijke regel dat ziek-zijn, hoewel het een recht is, de plicht inhoudt te zoeken naar genezing. De patiënt heeft vaak heel andere plannen. Ik denk aan het geval van een patiënt met een hysterische aanval. Het heroïsche optreden van de hulpverlening (de dokter op spoedbezoek tot en met de M.U.G.-interventie) was daarbij alleen functioneel omdat het de dramatiek van de situatie nog meer kracht bijzette. Als arts voel je je dan in je hemd gezet vanwege de discrepantie tussen het theatrale karakter van de scène en de geringe ernst van de 'pathologie'.

#### *Wat is 'dringend'?*

Het lijkt er soms op dat het realiteitsbesef compleet verloren is gegaan, waardoor migranten lichamelijke ervaringen op een groteske wijze beleven, -tenminste van buitenaf bekeken.

Als je als hulpverlener daarin betrokken wordt, moet je oppassen niet in de valkuilen van somatische fixatie en de angstinductie te vallen. Herhaaldelijk geconfronteerd worden met niet-dringende problemen die als dringend gepresenteerd worden, is niet prettig. Het tegenovergestelde gebeurt overigens ook.

#### *Hulpverleners tegen elkaar uitspelen*

Dat hebben we natuurlijk aan ons *no-system system* te danken. Onze eigen bevolking blijkt toch over enige zelfcontrole te beschikken om de voorzieningen niet al te absurd door elkaar te gebruiken; migranten lijken daar echter helemaal geen problemen mee te hebben. Zij lopen van de ene huisarts of hulpverlener naar de andere, van het ene ziekenhuis naar het andere enzovoort. Argumenten als "die andere dokter doet het wel" worden vlug gehanteerd (en blijken vaak nog uit te komen ook). De medische aanpak blijkt daarbij zeer weinig *feed-back* te hanteren, in de zin dat zelden de vraag wordt gesteld of de medische interventie tot enig resultaat heeft geleid.

#### *Gebrek aan rationele verbaliteit*

Ik heb stellig de indruk dat *emotionele argumentatie* de pasmunt is voor het *gebrek aan rationele verbaliteit*. Non-verbale communicatie (met de ongebreidelde mogelijkheid van *acting the disease*) is noodzakelijk, maar eigenlijk juist weinig vatbaar om door artsen correct geïnterpreteerd te worden; zij zijn immers in een rationeel-verbale medische subcultuur grootgebracht. Rationeel is de arts doorgaans de sterkste, maar emotioneel is hij zeer kwetsbaar; hij wordt dan ook niet altijd begrepen, wat hij zich dikwijls niet realiseert.

## Hoe als arts reageren?

Hoe ga je als arts om met de problemen die opduiken wanneer arts en patiënt van elkaar verschillen (wegens cultuur, godsdienst en/of taal en met maatschappelijke ongelijkheid op de achtergrond)? Ik heb al op het gevaar van de goede bedoelingen gewezen. Op het consult ontmoeten twee totaal verschillende mensen elkaar, met verschillende visies op de rol van arts en van patiënt. Wij veronderstellen bij onze patiënten een bepaalde houding en zijn daarop ingesteld; de patiënt heeft echter ook zijn of haar eigen visie op wat de hulpverlener behoort te doen.

Zo kan het gebeuren dat de arts zich afvraagt hoe hij meneer X ervan zal overtuigen dat een RX hem niet wijzer zal maken, terwijl de patiënt niet begrijpt waarom zijn arts de ernst van zijn ziekte niet onderkent (hij schrijft immers geen RX voor). Toch moet er uiteindelijk een zekere consensus komen; de patiënt is de vragende partij, dus ligt het probleem van de actie bij de arts.

Als de wederzijdse verwachtingen sterk uiteenlopen, is er een spel van geven en nemen nodig om tot een consensus te komen; het uitgangspunt is dat zowel de arts als de patiënt er zich goed bij moeten kunnen voelen. Dat geven en nemen kan enkel met goed gevolg gebeuren als de wederzijdse betrokkenheid in evenwicht is; het kan namelijk niet dat de arts altijd geeft en de patiënt altijd neemt -ik ga er dan vanuit dat de arts-patiëntenrelatie niet betekent: een ereloon in ruil voor het ingaan op alle verwachtingen van de patiënt.

## Geven en nemen

Concreet betekent geven en nemen voor de hulpverlener:

- respect verwachten, want je respecteert de migrant door je inspanningen om met hem rekening te houden;
- voldoende afstand houden tegenover de sociale problematiek, waar je niet zelf verantwoordelijk voor bent, zonder evenwel de sociale context te miskennen;
- vertrouwd worden, want je wil ook zelf onbevooroordeeld te werk gaan;
- jezelf als mens aanvaard weten;
- eerlijkheid verwachten.

Dat mag voor ons allemaal evident lijken vanuit de impliciete gedragscode van onze cultuur; zoiets beantwoordt daarom nog niet aan de impliciete cultuur van de (in het bijzonder Islamistische) immigranten. De islam speelt hier inderdaad een serieuze rol, niet-islamieten zijn immers heidenen voor hen, -wat vanuit de fundamentalistische revival sterk begint door te spelen. Daar komt zeer zeker ook bij dat Turkse en Marokkaanse immigranten zich -op zijn minst gezegd- niet altijd aanvaard voelen in onze samenleving. Het maatschappelijke conflict is tegelijkertijd een cultuurconflict; dat los je als hulpverlener niet op door je eigen cultuurwaarden te verloochenen. Onvermijdelijk wordt de arts-patiëntenrelatie er meer conflictueus door, maar dat dwingt de hulpverlener alleszins om op een zinnige manier met dat conflict om te gaan. Het is immers de mate van maatschappelijke achteruitstelling die de culturele kloof beïnvloedt.

De tweede voorwaarde is dat je je verantwoordelijkheid als hulpverlener, die namelijk

ook op het maatschappelijke vlak ligt, juist inschat. Als de maatschappelijke context een belangrijke rol speelt in het ziek-zijn van de patiënt -en dat is bij migranten vaak het geval- dan moet de hulpverlener daar ook zijn rol in spelen; hij/zij mag dit niet aan de patiënt alleen overlaten.

Door het conflict hulpvrager-hulpverlener tevens te herkennen als een maatschappelijk conflict en er als dusdanig mee om te gaan (bijvoorbeeld door je signaalfunctie waar te nemen), krijg je als hulpverlener de kans om een eigen identiteit te ontwikkelen, die verder gaat dan de sjablonen *voor* of *tegen* migranten.

Dit proces van bewustwording bij de hulpverlener aan migranten is een moeilijk proces: de patiënten begrijpen dikwijls niet waarom hun arts zich op een bepaalde manier gedraagt en eisen stelt, die ze niet verwachten. Zij zijn ook niet goedschiks en kwaadschiks, bereid om hun patiëntengedrag af te stemmen op een hulpverlener die uitgesproken beroep doet op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Op maatschappelijk vlak heeft de arts weinig meer dan een signaalmogelijkheid: macht om de maatschappelijke context werkelijk te verbeteren ontbreekt. Men kan zich afvragen of emancipatorische hulpverlening mogelijk is, en niet een *contradictio in terminis* is.

Ik herken bij een aantal hulpverleners dit proces van bewustwording. Hopelijk vinden we elkaar en worden we geen gefrustreerde aanhangers van het populaire vooroordeel dat Turken niet willen integreren.

#### Noot

Deze tekst is een bewerking van: R. De Ridder, Mijn wachtkamer zit vol Turken, *Huisarts Nu*, 16 (1987): 123-5.