

BSc Scriptie Gezondheid en Maatschappij

YSS84312

Consequenties van niet-biomedische verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid op de relatie tussen patiënten en medische professionals

Anne van Hamont

920131-303-130

Begeleider: J. Jongerden

Vakgroep: Sociologie

Juli 2014

Wageningen Universiteit

VOORWOORD

Drie jaar geleden begon in aan de studie Gezondheid en Maatschappij, nooit had ik gedacht dat de tijd van afstuderen al zo snel zou komen. Ik heb mijn studie altijd met veel plezier gevolgd, ook al schrijf ik deze scriptie bij de vakgroep Sociologie. De afgelopen periode is leerzaam en redelijk soepel verlopen, en was zeker ook plezierig dankzij mijn scriptiebegeleider Joost Jongerden. Bij dezen wil ik hem hartelijk bedanken voor alle hulp en de prettige samenwerking. Zijn adviezen hebben ervoor gezorgd dat ik verder en vooruit kon werken, wat uiteindelijk tot deze eindversie van mijn scriptie heeft geleid.

Anne van Hamont

Tilburg, juli 2014

SAMENVATTING

Onderwerp: In Nederland staat het biomedische model van gezondheid en ziekte centraal. Echter is er steeds meer sprake van de opkomst van niet-biomedische verklaringsmodellen in de gezondheidszorg. Medische professionals in de reguliere zorg die een biomedisch verklaringsmodel aanhouden krijgen daardoor te maken met patiënten die andere verklaringen van ziekte aanhouden en ander gezondheidsgedrag vertonen. Medische professionals zijn niet voldoende bekend met deze niet-biomedische verklaringsmodellen, wat heeft invloed op de relatie tussen medische professionals en patiënten. Er is echter niet veel bekend over de manier waarop de niet-biomedische verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid van invloed zijn op de relatie tussen patiënten en medische professionals in de reguliere gezondheidszorg. Het doel van het onderzoek was om daar duidelijkheid over te krijgen. De invloed die patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen hebben op de relatie tussen de patiënt en de medisch professional is onderzocht aan de hand van de onderzoeksvraag: *Wat is er bekend over de consequenties, in termen van communicatie en behandeling, van niet- biomedische verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid op de relatie tussen patiënten en medische professionals?*

De onderzoeksvraag is beantwoord aan de hand van drie deelvragen:

Deelvraag 1: *Welke categorieën van niet-biomedische verklaringsmodellen zijn er vastgesteld op het gebied van ziekte en gezondheid?*

Deelvraag 2: *Wat is de invloed van een naturalistisch en een personalistisch verklaringsmodel op het gezondheidsgedrag van patiënten?*

Deelvraag 3: *Wat is de invloed van patiënten met een naturalistisch of een personalistisch verklaringsmodel over ziekte en gezondheid, op de communicatie en behandeling in de gangbare biomedische praktijk in de gezondheidszorg?*

Methode: Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een literatuurstudie.

Resultaten en conclusies: Het gezondheidsgedrag van mensen met een niet-biomedisch verklaringsmodel heeft invloed op de gezondheidszorg in Nederland, en leidt tot verschillende consequenties voor de communicatie en de behandeling. Het belangrijkste punt is dat de verklaringsmodellen van de patiënten en de medische professionals niet overeenkomen, wat een negatieve invloed heeft op de inter-persoonlijke relatie. Er is sprake van minder vertrouwen en daarmee samenhangend minder uiting van emotie door de patiënt, en minder empathie van de kant van de medisch professional. Daarnaast is er sprake van andere verwachtingen van de patiënt en de medisch professional, dit heeft invloed op de mate van vertrouwen en daarnaast op de uitwisseling van informatie. De context van de verklaringsmodellen van zowel de patiënt als de medisch professional moet duidelijk zijn om wederzijds begrip te creëren. Wederzijds begrip van de verklaringsmodellen staat centraal, en is cruciaal voor de communicatie tussen patiënten en medische professionals. Wederzijds begrip is ook van invloed op de behandeling, en blijkt een grote voorspeller van therapietrouw te zijn. Het niveau van de communicatie, wederzijds begrip en de relatie tussen patiënten en medische professionals bepalen de mate van therapietrouw. Therapietrouw blijkt lager te zijn onder mensen met niet-biomedische verklaringsmodellen in de reguliere zorg. Dit wordt naast wederzijds begrip voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat patiënten van zowel de reguliere zorg als de alternatieve zorg gebruik kunnen maken, op hetzelfde moment of los van elkaar. Kortom, het niveau van de communicatie en de behandeling is lager bij mensen met niet-biomedische verklaringsmodellen die in contact komen met medische professionals met een biomedisch verklaringsmodel in de Nederlandse gezondheidszorg.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding.....	6
2. Methode.....	7
2.1 Probleemstelling.....	7
2.2 Theoretisch kader.....	7
2.3 Conceptueel framework.....	8
2.4 Operationalisering onderzoeksvraag.....	8
2.5 Operationalisering deelvragen.....	9
2.6 Zoekstrategie.....	10
2.7 Zoek criteria.....	10
3. Niet-biomedische verklaringsmodellen.....	11
3.1 Verklaringsmodellen.....	11
3.2 Personalistisch verklaringmodel	12
3.3 Naturalistisch verklaringmodel.....	12
3.4 Vermenging van de verklaringmodellen.....	13
3.5 Conclusie.....	14
4. Gezondheidsgedrag van mensen met een naturalistisch en een personalistisch verklaringmodel in Nederland.....	15
4.1 Illness en verklaringmodellen.....	15
4.2 Gezondheidsgedrag.....	16
4.2.1 Niet-biomedische verklaringmodellen in Nederland.....	17
4.2.1.1 Personalistisch verklaringmodel: Islamitische geneeskunde, Winti en Hindoeïstische volksgeloof.....	17
4.2.1.2 Naturalistisch verklaringmodel: Ayurveda en Chinese geneeskunde.....	21
4.2.1 Hulpzoekgedrag.....	22
4.2.2 Hulpzoekgedrag: Culturele constructie.....	22
4.2.3 Hulpzoekgedrag: Sociale omgeving.....	23
4.2.4 Hulpzoekgedrag: Ziekte verklaring.....	24
4.2.5 Hulpzoekgedrag: Ziekte-uiting	25
4.2.6 Hulpzoekgedrag: Ziekte- ervaring.....	26
4.2.7 Hulpzoekgedrag: Individuele opvattingen en verwachtingen.....	27
4.3 Conclusie.....	28
5. Communicatie en behandeling in de biomedische praktijk.....	30
5.1 Verklaringsmodellen en klinische realiteit.....	30
5.2 Communicatie.....	30
5.2.1 Inter-persoonlijke relatie.....	31
5.2.1.1 Communicatieproblemen: Verklaringsmodellen.....	32
5.2.1.2 Communicatieproblemen: Onjuiste generalisatie en culturalisering.....	33
5.2.2 Uitwisselen van informatie.....	34
5.2.2.1 Communicatieproblemen: Diagnose stellen.....	35
5.2.3 De rol van de medisch professional met betrekking tot communicatie.....	36
5.4 Behandeling.....	37

5.4.1 Het maken van behandeling gerelateerde beslissingen.....	37
5.4.2 Therapietrouw.....	37
5.4.2.1 Problemen met de behandeling: Therapietrouw.....	38
5.4.3 Alternatieve zorg in Nederland.....	38
5.4.4 Alternatieve genezers in Nederland.....	39
5.4.5 Relatie alternatieve genezer en reguliere medisch professional..	40
5.4.5.1 Problemen met de behandeling: Gezondheidszorgfaciliteiten...	40
5.4.6 De rol van medische professionals met betrekking tot Behandeling.....	42
5.5 Conclusie.....	43
6. Conclusie en discussie.....	46
7. Literatuurlijst.....	51

1. INLEIDING

Een opleiding volgen tot pandit (hindoe priester)? Of warme kruidenbultjes op je rug leggen om je te beschermen tegen ‘winterziekten’ (IPS, 2012; Ramesar, 2007)? De Nederlandse gezondheidszorg krijgt steeds meer te maken met de opkomst van alternatieve geneeswijzen die samenhangen met niet-biomedische verklaringenmodellen over ziekte en gezondheid (CBS, 2014). Echter, in de reguliere Nederlandse zorgsector staat het biomedische model van ziekte, gezondheid en behandeling centraal. Bij het biomedisch verklaringenmodel wordt een ziekte gezien als een aantoonbare afwijking aan organen, weefsels en cellen of als een verstoring van intra- psychische mechanismen (Hoffer, 2012^b). Maar niet alle patiënten gaan uit van deze verklaring. Patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen zien ziekte en gezondheid niet alleen als puur biologisch en lichamelijk (Hoffer, 2005^a).

Niet- biomedische verklaringenmodellen kunnen worden ingedeeld in twee categorieën, een naturalistisch en een personalistisch verklaringenmodel (Foster, 1976). Deze niet-biomedische verklaringenmodellen nemen in de Nederlandse gezondheidszorg een steeds grotere plek in, en beïnvloeden zowel zorggevers als zorgnemers. Medische professionals krijgen te maken met andere verklaringen en uitingen van ziekte, en mensen die ander gezondheidsgedrag vertonen. Door de opkomst van andere verklaringenmodellen in Nederland is het biomedische model van ziekte en gezondheid aan veranderingen onderhevig. Doordat niet-biomedische verklaringenmodellen minder aandacht krijgen in vergelijking met het biomedisch verklaringenmodel in de reguliere zorg, kunnen de verklaringenmodellen van patiënten en medische professionals uit elkaar komen te liggen, wat invloed kan hebben op de onderlinge relatie (Hoffer, 2005^a).

Wat voor invloed niet-biomedische verklaringenmodellen van patiënten hebben op de relatie met medische professionals met een biomedisch verklaringenmodel, wordt onderzocht aan de hand van de onderzoeksvraag: *Wat is er bekend over de consequenties, in termen van communicatie en behandeling, van niet-biomedische verklaringenmodellen over ziekte en gezondheid op de relatie tussen patiënten en medische professionals?*

Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van drie deelvragen. De eerste deelvraag is gericht op het beschrijven van de twee niet-biomedische verklaringenmodellen, het personalistisch en het naturalistisch verklaringenmodel. In deelvraag 2 worden de kenmerken van de verklaringenmodellen verder onderzocht en in verband gebracht met het gezondheidsgedrag van mensen in Nederland die deze verklaringenmodellen aanhouden. Er wordt ingegaan op het gezondheidsgedrag door het hulpzoekgedrag en het zorggebruik van mensen met niet-biomedische verklaringenmodellen te onderzoeken. In de laatste deelvraag wordt er onderzocht wat de invloed van het gedrag van patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen is op de relatie met medische professionals die een biomedisch verklaringenmodel aanhouden. Er wordt ingegaan op de invloed op de communicatie tussen patiënten en medische professionals, en de behandeling van de patiënten. Verder wordt er aandacht besteed aan de problemen die voortkomen uit het gezondheidsgedrag van mensen met niet-biomedische verklaringenmodellen in de biomedische gezondheidszorg in Nederland. Er wordt daarbij ook ingegaan op de rol van medische professionals wanneer ze in contact komen met patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen.

2. METHODE

Dit onderzoek bestaat uit een literatuurstudie, waarbij de nadruk gelegd wordt op niet-biomedische verklaringenmodellen over ziekte en gezondheid. De probleemstelling en het doel van het onderzoek worden eerst kort toegelicht. Vervolgens wordt de theorie van Kleinman (1978) beschreven, die als uitgangspunt voor het onderzoek wordt genomen. De onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvragen worden geoperationaliseerd, en de gebruikte zoekstrategie en zoekcriteria van het onderzoek worden toegelicht.

2.1 Probleemstelling

Er is niet veel bekend over de manier waarop het personalistisch en het naturalistisch verklaringenmodel van ziekte en gezondheid van invloed is op de relatie tussen patiënten die deze verklaringenmodellen aanhouden en medische professionals met een biomedisch verklaringenmodel (Hoffer, 2005^a). Er zou meer inzicht moeten komen in niet-biomedische verklaringenmodellen van mensen, aangezien deze verklaringenmodellen invloed hebben op de biomedisch gerichte gezondheidszorg in Nederland. Wanneer medische professionals beter op de hoogte zijn van de verklaringenmodellen van patiënten over ziekte en gezondheid en het gezondheidsgedrag dat eraan verbonden is, kan er eerder een adequate patiënt- medisch professional relatie ontstaan en kan er mogelijk betere zorg geleverd worden aan patiënten (van Dulmen, 2001; Ong, de Haes, Hoos & Lammes, 1995).

Inzicht in de verschillende niet-biomedische verklaringenmodellen van patiënten is van belang in de zorg, omdat het kan zorgen voor beter begrip voor de belevingswereld van patiënten (Hoffer, 2005^a). Begrip kan een belangrijk middel zijn om de communicatie tussen patiënten en medische professionals goed te laten verlopen, en om de behandeling van patiënten te laten slagen. Bovendien kan kennis over de verklaringenmodellen van patiënten ervoor zorgen dat de medisch professional in kan spelen op de behoeften van patiënten. De relatie tussen patiënten en medische professionals kan hierdoor worden verbeterd (Hoffer, 2012^a).

Het doel van het onderzoek was om te onderzoeken hoe niet-biomedische verklaringenmodellen over ziekte en gezondheid van invloed zijn op de relatie tussen patiënten en medische professionals. Hierbij is er uitgegaan van patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen, en medische professionals die het biomedische verklaringenmodel aanhouden.

2.2 Theoretisch kader

In dit onderzoek is er uitgegaan van de theorie van Kleinman (1978) die verschillende verklaringenmodellen of 'health care systems' over ziekte en gezondheid beschrijft. De theorie is gebruikt om inzicht te krijgen in het ontstaan van verschillende verklaringenmodellen over ziekte en gezondheid. Daarnaast geeft de theorie inzicht in de manier waarop verschillende verklaringenmodellen over ziekte en gezondheid invloed hebben op de relatie tussen patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen en medische professionals met een biomedisch verklaringenmodel.

Kleinman (1978) beschrijft ziekte als een cultureel fenomeen waarin overtuigingen over de oorzaken van ziekte gekoppeld worden aan de ervaring van de symptomen, het specifieke ziektegedrag, beslissingen omtrent alternatieve behandelingen, de feitelijke behandeling en de evaluatie van de behandeling. Binnen dit verklaringenmodel kan ziekte met behulp van drie begrippen aangeduid worden, namelijk illness, disease en sickness. Met disease worden de biologische en fysieke processen bedoeld en wordt de ziekte belicht vanuit een medisch oogpunt. Illness heeft betrekking op de subjectieve ervaring van een ziek persoon, in relatie met de invloed van familie en sociale netwerken. Hoe mensen omgaan met ziekte is deels gebaseerd op de verklaring van sickness. Sickness wordt gezien als de manier van het begrijpen van en omgaan met de individuele perceptie van ziekte en de onderliggende pathologie (Berry, Poortinga, Breugelmans, Chasiotis & Sam, 2011).

2.3 Conceptueel framework

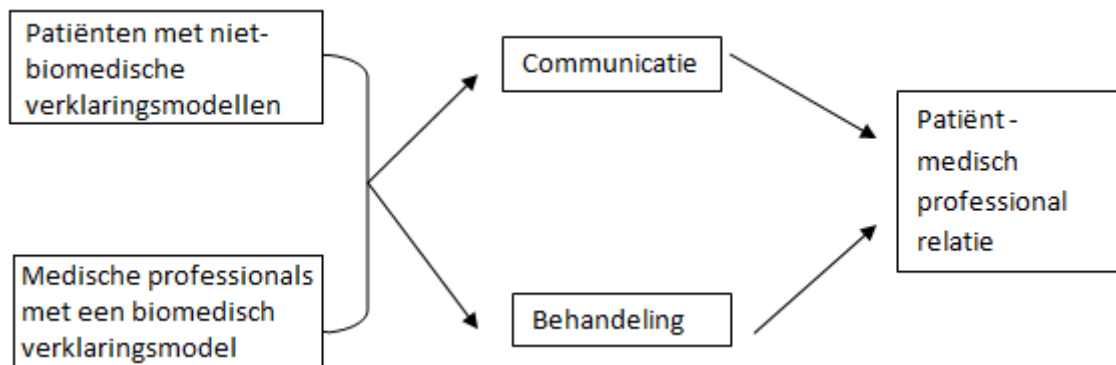


Fig. 1. Factoren die van invloed zijn op de patiënt- medisch professional relatie.

De relatie tussen patiënten en medische professionals wordt onderzocht aan de hand van de factoren communicatie en behandeling, zoals weergegeven in figuur 1. Deze twee factoren zijn belangrijk voor het tot stand komen van een goede relatie (Ong et al., 1995).

2.4 Operationalisering onderzoeksvraag

De belangrijkste concepten in het onderzoek worden geoperationaliseerd en nader toegelicht aan de hand van de onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvragen. De onderzoeksvraag die centraal staat in het onderzoek is: *Wat is er bekend over de consequenties, in termen van communicatie en behandeling, van niet- biomedische verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid op de relatie tussen patiënten en medische professionals?*

Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende drie deelvragen:

Deelvraag 1: Welke categorieën van niet-biomedische verklaringsmodellen zijn er vastgesteld op het gebied van ziekte en gezondheid?

Deelvraag 2: Wat is de invloed van een naturalistisch en een personalistisch verklaringsmodel op het gezondheidsgedrag van patiënten?

Deelvraag 3: Wat is de invloed van patiënten met een naturalistisch of een personalistisch verklaringsmodel over ziekte en gezondheid, op de communicatie en behandeling in de gangbare biomedische praktijk in de gezondheidszorg?

De consequenties van niet-biomedische verklaringsmodellen worden gedefinieerd in termen van communicatie en in termen van behandeling. Het onderzoek is gericht op het onderzoeken van de gevolgen die voortkomen uit de communicatie tussen patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen en medische professionals met een biomedisch verklaringsmodel. Communicatie tussen medische professionals en patiënten wordt gekenmerkt door drie belangrijke doelen: het creëren van een goede inter-persoonlijke relatie, het uitwisselen van informatie en het maken van behandeling gerelateerde beslissingen (Ong et al., 1995).

Verder wordt er aandacht besteed aan de manieren waarop niet-biomedische verklaringsmodellen van invloed zijn op de behandeling van deze patiënten. Er wordt uitgegaan van het concept therapietrouw om de invloed van niet-biomedische verklaringsmodellen van patiënten op medische professionals in kaart te brengen. Therapietrouw verwijst naar de mate waarin het gedrag van patiënten in termen van het gebruik van medicijnen, het houden van een dieet of het aanbrengen van veranderingen in leefwijze overeenkomt met het voorschrift van de arts (Verbeek-Heida, 2005).

Het onderzoek is gericht op de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Deze relatie wordt bepaald door factoren zoals verwachtingen van de patiënt en de zorgverlener, het uiten van emotie door de patiënt, empathie en informatieverstrekking van de zorgverlener (van Dulmen, 2001). Deze

factoren worden in verband gebracht met de factoren die de communicatie tussen patiënten en medische professionals bepalen.

Tot slot verwijst de term medische professionals in het onderzoek naar arbeiders in de gezondheidszorg die gediplomeerd, gecertificeerd en geregistreerd zijn om handelingen uit te voeren die een ander niet kan of mag verrichten. De beroepsuitoefening wordt beschermd door de beroepengroepen zelf of door de overheid (Stevens & Philipsen, 2005).

2.5 Operationalisering deelvragen

Deelvraag 1: Welke categorieën van niet-biomedische verklaringsmodellen zijn er vastgesteld op het gebied van ziekte en gezondheid?

Niet-biomedische verklaringsmodellen kunnen grofweg worden ingedeeld in twee perspectieven (Foster, 1976). Het personalistisch verklaringsmodel is gekoppeld aan volksgeloof en bovennatuurlijke krachten. Het naturalistisch verklaringsmodel verklaart ziekte en gezondheid als een resultaat van natuurlijke krachten en een balans van de lichamelijke elementen.

Er wordt ingegaan op de verklaring van ziekte en gezondheid volgens deze verklaringsmodellen.

Deelvraag 2: Wat is de invloed van een naturalistisch en een personalistisch verklaringsmodel op het gezondheidsgedrag van patiënten?

In deze deelvraag worden de concepten gezondheidsgedrag, zorggebruik en hulpzoekgedrag behandeld. Gezondheidsgedrag verwijst naar gedrag dat invloed heeft op de gezondheid van individuen, en gedrag waarvan individuen denken dat het invloed kan hebben op de gezondheid (Sutton, 2004). Gezondheidsgedrag komt tot stand door verschillende biologische, psychologische, sociale en cognitieve factoren. Het gezondheidsgedrag van mensen wordt in verband gebracht met het zorggebruik van patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid. Daarnaast wordt het concept hulpzoekgedrag in verband gebracht met gezondheidsgedrag. Hulpzoekgedrag verwijst naar de manier waarop mensen omgaan met gezondheidsklachten en of ze daarvoor professionele of informele hulp inschakelen (Kempen & van Eijk, 2005). Hulpzoekgedrag wordt beïnvloed door de aard van de klacht, individuele verwachtingen en opvattingen, de sociale omgeving en culturele factoren. Deze drie concepten zullen onderzocht worden om te achterhalen of en hoe ze van invloed zijn op de relatie tussen patiënten en medische professionals.

Deelvraag 3: Wat is de invloed van patiënten met naturalistisch of een personalistisch verklaringsmodel over ziekte en gezondheid, op de communicatie en behandeling in de gangbare biomedische praktijk in de gezondheidszorg?

Deze deelvraag richt zich op de invloed van een naturalistisch en een personalistisch verklaringsmodel van patiënten op de gangbare biomedische praktijk van de medische professionals. Deze invloed wordt bestudeerd in termen van communicatie tussen patiënten en medische professionals en in termen van behandeling. De invloed van het naturalistisch en het personalistisch verklaringsmodel op de Nederlandse zorg wordt in kaart gebracht. Er wordt aandacht besteed aan de factoren die de relatie tussen patiënten en medische professionals bepalen, en hoe deze factoren beïnvloed worden door de niet-biomedische verklaringsmodellen van patiënten. Daarnaast wordt er gekeken naar de positie van alternatieve zorg die verbonden is aan het naturalistisch en het personalistisch verklaringsmodel in de Nederlandse zorgsector. Er wordt hierbij een link gelegd met de relatie tussen medische professionals en alternatieve genezers in Nederland. Verder richt de deelvraag zich op het beschrijven van de problemen die voortkomen uit de interactie tussen patiënten met een naturalistisch of een personalistisch verklaringsmodel en medische professionals met een biomedisch verklaringsmodel. Daarnaast wordt gekeken naar de rol die medische professionals hebben als ze in de praktijk te maken krijgen met patiënten met een naturalistisch of

een personalistisch verklaringmodel over ziekte en gezondheid om deze problemen te kunnen voorkomen.

2.6 Zoekstrategie

De literatuur voor dit onderzoek is gezocht via databases op het internet en in de bibliotheek van de universiteit van Wageningen. De database Google Scholar is gebruikt om wetenschappelijke journals en boeken te vinden, die zowel in het Nederlands als in het Engels zijn geschreven. Er is voor gekozen om zowel in het Nederlands als in het Engels te zoeken, om meer relevante literatuur te kunnen vinden dat bijdroeg aan het onderzoek. Alleen in het Nederlands zoeken bood niet de hoeveelheid gewenste resultaten. Per deelvraag zijn er verschillende kernconcepten gebruikt om relevante literatuur te vinden.

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag is er uitgegaan van de concepten 'non biomedical medicine', 'personalistic beliefs', 'naturalistic beliefs', 'non-western medical system' en 'bovennatuurlijk verklaringmodel'.

Voor het beantwoorden van de tweede deelvraag is er gebruik gemaakt van de concepten 'explanatory models', 'verklaringmodellen', 'alternative medicine', 'hulpzoekgedrag islamitische geneeskunde', 'hulpzoekgedrag hindoe', 'health behaviour' en 'health care use alternative medicine'.

Deelvraag 3 had als kernconcepten 'patient- doctor communication', 'treatment adherence', 'patient compliance', 'therapietrouw', 'culturaliseren' en 'alternatieve geneeswijzen Nederland'.

De literatuur die gevonden werd door middel van deze concepten werd vervolgens ook gebruikt om andere relevante literatuur te vinden. Deze methode is veel toegepast en heeft geleid tot de meeste literatuur die gebruikt is in dit onderzoek.

2.7 Zoek criteria

Om de situatie in de Nederlandse zorgsector te beschrijven zijn publicaties gebruikt die niet ouder zijn dan 20 jaar om de huidige ontwikkelingen te kunnen beschrijven in het onderzoek. Er zijn echter een aantal artikelen gebruikt die ouder zijn dan 20 jaar, het gaat dan over de artikelen van de theorie van Kleinman en de onderverdeling van niet-biomedische verklaringmodellen in een naturalistisch en personalistisch verklaringmodel. Er zijn recentere artikelen die uitgaan dezelfde theorie en onderverdeling, maar er is voor gekozen om uit te gaan van de oorsprong van de theorie en de personalistische en naturalistische verklaringmodellen in dit onderzoek. De invloeden van andere onderzoekers kunnen zo onderscheiden worden om de kern te behouden.

Artikelen die als onderwerp het naturalistisch en/of het personalistisch verklaringmodel in andere landen dan Nederland hadden zijn niet gebruikt in het onderzoek. Deze literatuur was bruikbaar om het gedrag van mensen met een niet-biomedisch verklaringmodel te beschrijven, maar aangezien het onderzoek is gericht op Nederland is er voor gekozen om literatuur over situaties buiten Nederland niet mee te nemen in het onderzoek. Door de beslissing te maken geen gebruik te maken van deze literatuur was het zoekgebied voor relevante literatuur echter wel flink verkleind.

Verder is er veel literatuur gevonden over het gedrag en de communicatie tussen medische professionals en migranten, die veel raakvlakken hadden met de benodigde literatuur. Maar de artikelen die ingingen op specifieke kenmerken die samenhangen met het feit dat mensen gemigreerd waren zijn niet meegenomen in het onderzoek. Alleen de artikelen waarbij een link gelegd werd tussen de verschillende verklaringmodellen van patiënten en medische professionals zijn gebruikt in het onderzoek.

Verder was er veel literatuur te vinden over alternatieve geneeswijzen in Nederland. Alleen was deze literatuur vaak gericht op mensen die niet voldeden aan een personalistisch of een naturalistisch verklaringmodel en de overtuigen die daaruit voortkomen om gebruik te maken van alternatieve geneeswijzen. De artikelen over alternatieve geneeswijzen die geen duidelijke referentie hadden naar het personalistisch of naturalistisch verklaringmodel zijn ook uit het onderzoek gelaten.

3. NIET-BIOMEDISCHE VERKLARINGSMODELLEN

Dit hoofdstuk richt zich op de beschrijving van niet-biomedische verklaringsmodellen, waarbij er uitgegaan wordt van de vraag: *Welke categorieën van niet-biomedische verklaringsmodellen zijn er vastgesteld op het gebied van ziekte en gezondheid?*

Er wordt eerst toegelicht hoe verklaringsmodellen tot stand komen volgens de theorie van Kleinman (1978). Het verschil tussen verklaringsmodellen van medische professionals met een biomedisch verklaringmodel en patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen komt hierbij naar voren. Verder wordt er ingegaan op de beschrijving van de twee niet-biomedische verklaringsmodellen die centraal staan in dit onderzoek, het personalistisch verklaringmodel en het naturalistisch verklaringmodel.

3.1 Verklaringsmodellen

De theorie van Kleinman (1978) beschrijft verschillende verklaringmodellen die inzicht geven op de kijk van mensen over ziekte en gezondheid. Verklaringsmodellen komen tot uiting in wat Kleinman (1978) health care systems noemt: symbolische systemen die gevormd worden door betekenisgeving, waarde en gedragsnormen. In deze systemen worden gezondheidsovertuigingen, gedrag en gezondheidszorg aan elkaar gekoppeld. Ziekte en gezondheid worden gezien als een cultureel fenomeen waarbij overtuigingen over de oorzaken van ziekte gekoppeld worden aan de ervaring van de symptomen, het specifieke ziektegedrag, beslissingen over alternatieve behandelingen, de feitelijke behandeling en de evaluatie van de behandeling.

Er kan een verschil bestaan in verklaringmodellen tussen medische professionals en patiënten, dit kan van invloed zijn op de onderlinge relatie. Medische professionals zien ziekte als 'disease'. Een ziekte wordt gezien als abstract, technisch en onpersoonlijk. Deze verklaring van ziekte is gekoppeld aan het biomedische model van gezondheid, dat zegt dat ziekte een aantoonbare afwijking aan organen, weefsels en cellen is, of een verstoring van intra- psychische mechanismen (Hoffer, 2012^b). Patiënten kunnen ziekte zien als 'illness'. Ziekte wordt dan gezien als niet-technisch, persoonlijk en gekoppeld aan levensproblemen van de patiënten.

Kleinman (1978) maakt een onderscheid in drie sociale gebieden waarin ziekte wordt ervaren: populair, professioneel en volksgeloven. Het populaire gebied heeft betrekking op de familiecontext, sociale netwerken en de gemeenschap. Het professionele gebied bestaat uit professionele wetenschappelijke medicijnen, wat vaak aangeduid wordt als 'westers'. Ten slotte verwijst het volksgeloof naar niet-professionele genezers, die vaak onderverdeeld worden in sacrale en seculiere groepen. In dit onderzoek vallen de medische professionals in het professionele gebied. Het populaire gebied en volksgeloven hebben betrekking op patiënten. In dit onderzoek ligt de nadruk op patiënten met niet-biomedische verklaringmodellen.

De theorie van Kleinman (1978) kan als uitgangspunt gebruikt worden om een indeling te maken in verschillende verklaringmodellen over ziekte en gezondheid. Een indeling is gemaakt door Foster (1976), die niet-biomedische verklaringmodellen onderverdeeld heeft in een personalistisch en een naturalistisch verklaringmodel. De indeling berust op crossculturele patronen die ten grondslag liggen aan niet-biomedische systemen. Verschillende variabelen van ziekte etiologie, zoals de aard van de diagnose, causaliteit, verantwoordelijkheid, illness, de rol van religie en magie en preventie, zijn afgeleid van opvattingen over ziekte causaliteit en worden in verband gebracht met de twee verklaringmodellen. Er zijn meerdere indelingen te maken op het gebied van niet-biomedische medische systemen, echter biedt de indeling van Foster (1976) een passend inzicht in de verschillende elementen van ziektegedrag en gezondheidsgedrag van mensen.

3.2 Personalistisch verklaringmodel

In een personalistisch verklaringmodel wordt de oorzaak van ziekte gezien als gevolg van een actieve, doelgerichte interventie van een agent (Foster, 1976). Een agent kan meerdere vormen aannemen. Ten eerste kan de agent menselijk zijn, waarbij ziekte en gezondheid worden veroorzaakt door een heks of een tovenaar. Daarnaast zijn er niet-menselijke agenten, zoals geesten, voorouders en demonen. Als laatste kunnen agenten bovennatuurlijk zijn, waarbij er gedacht kan worden aan een godheid of een ander krachtig wezen. Dit verklaringmodel is niet alleen gekoppeld aan ziekte en gezondheid, maar heeft ook betrekking op tegenslagen die van invloed zijn op het persoonlijke leven van individuen. Mensen kunnen agenten zoals geesten en heksen ook verantwoordelijk houden voor een slechte oogst of een tegenvallende financiële situatie. Deze verklaring van ziekte is onder andere terug te zien in de Islamitische geneeskunde waar djinns, of boze geesten, gezien worden als de veroorzakers van ziekte en andere persoonlijke problemen (Hoffer, 2005^a).

De causaliteit bestaat bij het personalistisch verklaringmodel uit twee delen (Foster, 1976). Ten eerste zijn er de agenten die verantwoordelijk zijn voor ziekte en gezondheid. De oorzaak voor het ontstaan van een ziekte wordt buiten de controle van het individu gesteld. De agenten die aangeroepen worden in de religieuze of magische rituelen worden verantwoordelijk gehouden voor het veroorzaken van een ziekte. Daarnaast zijn er de instrumenten of technieken die de agenten gebruiken om een individu ziek te maken, zoals het bezitten van de ziel door bovennatuurlijk wezens bij de Winti (van Wijk, 2006^b).

In het personalistisch verklaringmodel staan religie en magie centraal en zijn ze onafscheidelijk van ziekte en gezondheid (Foster, 1976). Dit komt onder andere naar voren door het gegeven dat bijvoorbeeld in Afrika genezers aangeduid worden als 'priesters'. De genezers worden gezien als mensen die een spirituele gift hebben gekregen waardoor er een connectie mogelijk is tussen de mens en het oppermachtige (Nigenda, Lockett, Manca & Mora, 2011). Het is de taak van de genezer om in contact te komen met de agenten die ziekte veroorzaken. De genezers kunnen mensen genezen door zegeningen, gebeden en handoplegging, wat zowel individueel als collectief kan gebeuren. Genezers krijgen niet alleen te maken met lichamelijke klachten, maar ook met mentale ziekten, sociale problemen en supernatuurlijke zaken die het gevolg kunnen zijn van jaloezie, haat en ruzies over land, geld en erfgoed, of over het huwelijk (Worsley, 1982). Lichamelijke klachten kunnen gezien worden als bijverschijnsel: het zijn materiële gevolgen van immateriële krachten. Ziekte kan ontstaan door agenten die een individu straffen voor een wandaad.

De diagnose van een ziekte is bij het personalistisch verklaringmodel van secundair belang (Foster, 1976). Er wordt vooral aandacht besteed aan 'wie' er schuldig is aan de ziekte en 'waarom' een persoon slachtoffer is geworden van een ziekte. De genezers gebruiken bovennatuurlijke of magische vaardigheden om deze vragen te kunnen beantwoorden. Bij bijvoorbeeld de Islamitische geneeskunde wordt er onder meer gebruik gemaakt van gesprekken met patiënten en hun familie, gecombineerd met het uitvoeren van bepaalde rituelen zoals verzen oplezen uit de Koran (Hoffer, 2005^a).

Volgens Foster (1976) wordt preventie van ziekte bij het personalistisch verklaringmodel gezien als het nemen van positieve actie. De nadruk ligt hierbij op wat individuen zouden moeten doen om ziekte te voorkomen. Van belang hierbij is het sociale netwerk van een individu. Dit netwerk, dat bestaat uit andere individuen, voorouders en bovennatuurlijke wezens, zouden allemaal in harmonie met elkaar moeten zijn.

3.3 Naturalistisch verklaringmodel

Het naturalistisch verklaringmodel wijkt af van het personalistisch verklaringmodel op een belangrijk punt. Ziekte wordt bij het naturalisme gezien als onpersoonlijk en systematisch (Foster, 1976). Dit verklaringmodel gaat ervan uit dat ziekte en gezondheid worden veroorzaakt door natuurlijke krachten zoals kou, wind en vochtigheid. Ziekte wordt gezien als een verstoring van de balans van de basis lichamelijke elementen. Gezondheid komt overeen met een evenwichtsmodel, dat wil zeggen dat als de lichaamsvochten, yin en yang, of de Ayurvedische dosha in balans zijn, dit zal resulteren in gezondheid voor een individu. Dit verklaringmodel is beperkt tot illness, andere

tegenslagen worden niet gekoppeld aan een verstoring in de lichamelijke balans. Echter komt het wel voor dat tegenslagen die niet gerelateerd zijn aan ziekte uitgelegd worden in personalistische termen, zoals ziekte die ontstaat door ruzies tussen vrienden. Echter zijn deze verklaringen gescheiden van ziekte etiologie en vallen ze in een ander kader.

Bij het naturalistisch verklaringsmodel spelen magie en religie maar een kleine rol, als ze al gebruikt worden wijken ze af van de rituelen van het personalistisch verklaringsmodel (Foster, 1976). Een belangrijk onderscheid met het personalistisch verklaringsmodel is dat de agenten die worden aanbeden, niet gezien worden als de veroorzakers van ziekte. De causaliteit van ziekte en gezondheid is daarom minder duidelijk dan bij het personalistisch verklaringsmodel. Er kan gezegd worden dat een persoon die zich met opzet bezighoudt met activiteiten die de lichamelijke balans verstoren de oorzaak is van een ziekte, maar dit soort argumenten worden niet vaak gebruikt bij dit verklaringsmodel.

Bij het naturalistisch verklaringsmodel is het stellen van de diagnose van ondergeschikt belang voor een genezer (Foster, 1976). De diagnose wordt bij een naturalistisch verklaringsmodel gesteld door de patiënt en de familie, en niet door een genezer. De patiënt diagnosticeert zichzelf door terug te denken aan een situatie in het verleden die van invloed kan zijn op het veroorzaken van een ziekte. De patiënt zoekt de oorzaak van een ziekte dus bij zichzelf. Dit is terug te zien bij Ayurveda (Hindoe geneeskunde). Bij Ayurveda wordt er vanuit gegaan dat ziekte wordt veroorzaakt door verkeerde leefgewoontes of ongezonde voeding van een individu. Dit heeft tot gevolg dat de lichamelijke elementen, ook wel dosha's genoemd, uit balans raken (van Wijk, 2006^b). De rol van de genezer is hier therapeutisch, de dokter wordt geacht een oplossing te vinden voor het probleem dat de patiënt aandraagt (Foster, 1976).

Preventie van ziekte bestaat volgens Foster (1976) bij het naturalistisch verklaringsmodel voornamelijk uit vermijding. Individuen moeten bepaalde situaties of gedrag vermijden die kunnen leiden tot een ziekte of een slechtere gezondheid. Bij Ayurveda houdt dit in dat mensen zich moeten houden aan bepaalde leefregels om gezond te blijven (van Wijk, 2006^b).

3.4 Vermenging van de verklaringsmodellen

Het is van belang te beseffen dat deze twee verklaringsmodellen elkaar niet uitsluiten (Worsley, 1982). Er kan een vermenging van een personalistisch en naturalistisch verklaringsmodel bestaan. Dit is onder andere te zien onder Afrikanen, waar de naturalistische verklaring van ziekte en gezondheid vaak centraal staat. Als het blijkt dat een individu alle normale voorzorgsmaatregelen heeft genomen, zich rationeel gedraagt en een normaal moreel leven leidt maar toch ziek wordt, biedt het naturalistisch verklaringsmodel geen oplossing. Er wordt dan gezocht naar andere verklaringen. In dit geval kunnen Afrikanen ziekte ook verklaren aan de hand van hekserij dat aansluit bij een personalistisch verklaringsmodel.

Verskillende verklaringsmodellen die elkaar beïnvloeden komen vaak voor in een samenleving waarin meerdere culturen samenkomen (Worsley, 1982). Dit is onder andere in Nederland het geval, er zijn verschillende medische bronnen voorhanden die mensen kunnen gebruiken om ziekte en gezondheid te verklaren. Kleinman (1978) erkent dit ook en benadrukt dat de medische systemen die van invloed zijn op de verklaringsmodellen van mensen gezien moeten worden als lokale systemen. De invloed van de lokale politiek, economie en sociale determinanten kunnen de verklaringsmodellen van mensen beïnvloeden waardoor er verschillende verklaringsmodellen kunnen bestaan in een samenleving. Deze verschillende invloeden bepalen mede het gezondheidsgedrag van mensen (Worsley, 1982). Mensen zijn pragmatisch, flexibel en experimenteel ingesteld en passen hun verklaringsmodel aan om het uiteindelijke doel van genezing te bereiken. Mensen gaan uit van hun eigen normen, waarde en eerdere ervaringen en baseren daarop hun verklaring van ziekte en gezondheid (Bruijnzeels & Foets, 2005).

3.5 Conclusie

Dit hoofdstuk is gewijd aan het beantwoorden van de vraag: *Welke categorieën van niet-biomedische verklaringsmodellen zijn er vastgesteld op het gebied van ziekte en gezondheid?*

Om deze vraag te beantwoorden is er eerst ingegaan op de vorming van verklaringsmodellen. Verklaringsmodellen komen tot uiting in wat Kleinman (1978) health care systems noemt en bepalen hoe mensen tegen ziekte en gezondheid aankijken. In Nederland houden medische professionals een biomedisch verklaringsmodel aan, waarbij ziekte gezien wordt als disease. Dit houdt in dat ziekte abstract, technisch en onpersoonlijk wordt benaderd. Aan de andere kant kunnen patiënten ziekte benaderen als illness. Ziekte wordt dan gezien als niet-technisch, persoonlijk en gekoppeld aan levensproblemen. Deze andere kijk van mensen leidt tot het ontstaan van verschillende verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid. Bij het vaststellen van categorieën van niet-biomedische verklaringsmodellen is er uitgegaan van de indeling van Foster (1976), die een indeling heeft gemaakt in een personalistisch en een naturalistisch verklaringsmodel. Deze twee verklaringsmodellen blijken een andere verklaring van ziekte en gezondheid te hebben en wijken beide af van het biomedisch verklaringsmodel.

Uit de literatuur komt naar voren dat er bij het personalistisch verklaringsmodel vanuit gegaan wordt dat ziekte en gezondheid worden veroorzaakt door een agent die menselijk, niet-menselijk of bovennatuurlijk kan zijn. Een ander belangrijk aspect van het personalistisch verklaringsmodel is dat persoonlijke problemen van een individu gekoppeld kunnen worden aan het ontstaan van een ziekte. Magie en religie spelen hierbij een grote rol. Een ander belangrijk punt is dat de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van ziekte en gezondheid buiten het individu wordt geplaatst, en verbonden is aan de invloed van verschillende agenten. De diagnose van een ziekte is dan ook gericht op het identificeren van de agent die een ziekte heeft veroorzaakt en waarom de ziekte is ontstaan. Ten slotte blijkt preventie bij dit verklaringsmodel te worden gekenmerkt door het nemen van positieve actie. De nadruk ligt hierbij op wat individuen zouden moeten doen om ziekte te voorkomen.

Er is naar voren gekomen dat het naturalistisch verklaringsmodel een andere verklaring van ziekte en gezondheid heeft dan het personalistisch verklaringsmodel. Mensen die het naturalistisch verklaringsmodel aanhouden gaan ervan uit dat ziekte wordt veroorzaakt door een verstoring van de balans van lichamelijke en geestelijke elementen. De oorzaak van een ziekte wordt bij de persoon zelf gezocht, en niet bij agenten. Persoonlijke problemen blijken niet gekoppeld te worden aan het ontstaan van ziekte. Verder komt naar voren dat de diagnose gesteld wordt door de patiënt en de familie. Een genezer wordt alleen bezocht om een oplossing te krijgen voor het probleem dat door de patiënt zelf is aangedragen. Preventie wordt bij dit verklaringsmodel gekenmerkt door vermijding. Individuen moeten bepaalde situaties of gedrag vermijden die kunnen leiden tot een ziekte of een slechtere gezondheid.

Verder is er naar voren gekomen dat de twee verklaringsmodellen in elkaar kunnen overlopen en niet altijd duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Verschillende elementen van beide verklaringsmodellen kunnen naast elkaar voorkomen. Dit blijkt aan te sluiten bij de situatie in Nederland, aangezien er in de Nederlandse samenleving mensen met verschillende verklaringsmodellen te vinden zijn. Mensen komen daardoor in contact met andere verklaringen over ziekte en gezondheid die afwijken van hun eigen verklaringsmodel. Als mensen te maken krijgen met invloeden van verschillende verklaringsmodellen, kan dit leiden tot een vermenging van meerdere verklaringsmodellen.

4. GEZONDHEIDSGEDRAG VAN MENSEN MET EEN NATURALISTISCH EN EEN PERSONALISTISCH

VERKLARINGSMODEL IN NEDERLAND.

In het vorige hoofdstuk zijn de algemene gedragskenmerken die verbonden zijn aan de twee niet-biomedische verklaringsmodellen beschreven. De algemene gedragskenmerken worden verder onderzocht en in verband gebracht met het gezondheidsgedrag van mensen in Nederland die een personalistisch of een naturalistisch verklaringsmodel aanhouden. In dit hoofdstuk wordt er uitgegaan van de vraag: *Wat is de invloed van een naturalistisch en een personalistisch verklaringsmodel op het gezondheidsgedrag van patiënten?*

Er wordt eerst beschreven hoe het gezondheidsgedrag van mensen tot stand komt aan de hand van de theorie van Kleinman (1978). Daarnaast wordt er ingegaan op het zorggebruik van mensen met niet-biomedische verklaringsmodellen door te beschrijven welke alternatieve geneeswijzen er in Nederland voorkomen en bezocht worden door mensen met een personalistisch of een naturalistisch verklaringsmodel. Het gezondheidsgedrag van mensen met niet-biomedische verklaringsmodellen in de reguliere Nederlandse zorg wordt verder beschreven door in te gaan op de verschillende factoren die het hulpzoekgedrag bepalen. De verschillende factoren worden in verband gebracht met de gedragskenmerken van mensen met niet-biomedische verklaringsmodellen.

4.1 Illness en verklaringsmodellen

Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat mensen verschillende verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid kunnen hebben. Deze verklaringsmodellen bepalen hoe mensen omgaan met ziekte en gezondheid. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 worden de verklaringsmodellen gevormd worden door wat Kleinman (1978) health care systems noemt. Health care systems hebben verschillende functies, die vorm geven aan het verklaringsmodel van een persoon (Kleinman, 1978).

1. De betekenis van ziekte wordt sociaal geleerd. Het sociale netwerk van een persoon is van invloed op wat iemand als ziekte of gezondheid ervaart.
2. Health care systems bepalen of mensen gebruik maken van alternatieve gezondheidszorg en daarnaast hebben de systemen invloed op het proces en de uitkomsten van de evaluatie van een behandeling.
3. Mensen bezitten bepaalde cognitieve en communicatieve processen, waaronder labelling, classificeren en het vormen van persoonlijke en sociale betekennissen vallen. Deze processen worden gebruikt om te oordelen over ziekte en gezondheid.
4. Health care systems omvatten alle gezondheidsactiviteiten, zoals het volgen van een dieet, het nemen van medicijnen, een operatie ondergaan en het volgen van psychotherapie, ondersteunende therapie en gezingsrituelen.
5. Health care systems hebben invloed op gedrag dat mensen met opzet en onbewust vertonen. De systemen hebben ook invloed op gezondheidsbevorderend (vooral preventie) en gezondheidsverlagend (ziekte producerend) gedrag van mensen.
6. Health care systems hebben invloed op het omgaan met therapeutische uitkomsten zoals een behandeling, een mislukte behandeling, terugkeer van een ziekte, chronische ziekte, beperking en de dood.

Deze functies van de health care systems bepalen het gedrag van mensen, het begrip 'illness' staat hierbij centraal. Disease en illness zijn, zoals al eerder toegelicht, twee verschillende aspecten van ziekte (Kleinman, 1978). Medische professionals in Nederland zijn gericht op disease en houden daarbij het biomedische model van gezondheid en ziekte aan. Patiënten kunnen ziekte zien als illness

door een bepaalde betekenis aan een ziekte te geven. Bij de verschillende verklaringmodellen, zoals het personalistisch en het naturalistisch verklaringmodel die beschreven zijn, is te zien dat disease en illness naast elkaar kunnen bestaan. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het naturalistische verklaringmodel (Kleinman, 1980). Dit verklaringmodel heeft een disease georiënteerd verklaringframe voor ziekte. Echter, illness neemt een belangrijker en groter deel in bij de verklaring van ziekte en de manier waarop er met een ziekte wordt omgegaan. De ziekte zelf is biomedisch gedefinieerd, maar het gedrag van mensen naar aanleiding van de ziekte wijkt af van het westerse biomedische model en valt per definitie niet onder disease.

Illness wordt gevormd door persoonlijke, sociale en culturele factoren (Kleinman, 1978). De waarde, normen en ervaringen die daaruit voortkomen vormen een framework van illness dat gebruikt wordt om richting te geven aan het gedrag van mensen. Het sociale en culturele element is hierbij van groot belang aangezien illness beïnvloed wordt door ervaringen van mensen, persoonlijke en sociale reacties, perceptie, affectie, cognitie en waardering. Communicatie en inter-persoonlijke interacties spelen hierbij ook een rol, wat terug te zien is bij de sociale invloed van familie en het sociale netwerk van een persoon. Illness is van invloed op het gedrag van mensen, daarnaast bepaald de reactie van de familie en het sociale netwerk de gedragsopties die een persoon heeft om met ziekte en gezondheid om te gaan. De verklaringmodellen geven richtlijnen voor hulpzoekgedrag en aanwijzingen voor het ondergaan van een bepaalde behandeling.

4.2 Gezondheidsgedrag

Illness heeft invloed op het gezondheidsgedrag van mensen (Kleinman, 1978). Gezondheidsgedrag wordt omschreven als het gedrag dat invloed heeft op de gezondheid van individuen en gedrag waarvan individuen denken dat het invloed kan hebben op de gezondheid (Sutton, 2004). Er bestaan veel verschillende theorieën over gezondheidsgedrag, een belangrijk model is het Health Belief Model (Kempen & van Eijk, 2005). Dit model gaat ervan uit dat mensen professionele hulp inschakelen als zij de motivatie hebben om gezond te blijven of te worden, als individuen de klachten als ernstig of bedreigend ervaren en als zij denken dat ze beter kunnen worden door medische hulp in te schakelen. Dit model is heel individueel gericht en neemt bijna geen sociale en culturele factoren mee. Zoals net is beschreven, zijn deze factoren van belang als het aankomt op de verklaringmodellen van mensen over ziekte en gezondheid. Dit is ook terug te zien als er gekeken wordt naar hulpzoekgedrag en zorggebruik van mensen. Deze twee factoren kunnen in verband gebracht worden met de verklaringmodellen en het gedrag van mensen. De twee factoren zullen beschreven worden voor mensen met niet-biomedische verklaringmodellen waarbij er ingegaan wordt op de persoonlijke, culturele en sociale factoren.

De gedragskenmerken die verbonden zijn aan de twee niet-biomedische verklaringmodellen worden onderzocht door uit te gaan van gedragskenmerken bij mensen die een personalistisch of een naturalistisch verklaringmodel aanhouden. De verklaringmodellen van deze mensen worden onderzocht, over het algemeen gaat het dan over mensen met een niet-westerse achtergrond (van Wijk, 2006^b). Er moet hierbij rekening gehouden worden dat onder deze groepen mensen veel verschillen kunnen bestaan op het gebied van etniciteit en gedragskenmerken en dat de beschreven situaties niet opgaan voor de hele bevolkingsgroep. In Nederland komt het personalistisch verklaringmodel voornamelijk voor onder mensen met een Marokkaanse, Turkse, Hindoeïstische en Creoolse achtergrond (van Wijk, 2006^b). Het naturalistisch verklaringmodel komt het meeste voor onder Chinese, Indische, Indiase en autochtonen Nederlanders. Dit wordt geïllustreerd door te kijken naar vier stromingen van alternatieve geneeswijzen die het meeste voorkomen in Nederland. Met de term alternatieve geneeswijzen worden de geneeswijzen bedoeld die migranten hebben meegenomen uit het land van herkomst (Hoffer, 2005^a). De geneeswijzen worden gekenmerkt door opvattingen over ziekte en gezondheid die afwijken van de reguliere zorg. Deze vijf richtingen worden besproken om de niet-biomedische verklaringmodellen concreet te maken en om te onderzoeken hoe de niet-biomedische verklaringmodellen tot uiting komen in de praktijk. Het gedrag van mensen wordt onderzocht aan de hand van deze richtingen.

4.2.1 Niet-biomedische verklaringmodellen in Nederland

De twee niet- biomedische verklaringmodellen zijn aanwezig in de Nederlandse samenleving en zijn terug te vinden in de alternatieve zorg. De belangrijkste richtingen die samenhangen met niet-biomedische verklaringmodellen zijn de Islamitische geneeskunde en Winti, Ayurveda, het Hindoeïstische volksgeloof en de Chinese geneeskunde (van Wijk, 2006^b; Hoffer, 2012^b). Onder het personalistisch verklaringmodel vallen de Islamitische geneeskunde, Winti en het Hindoeïstische volksgeloof. Ayurveda en de Chinese geneeskunde hebben de meeste raakvlakken met een naturalistisch verklaringmodel. Zoals gezegd is het van belang te beseffen dat deze twee verklaringmodellen elkaar niet uitsluiten en dat de verklaringmodellen van mensen zowel personalistische als naturalistische elementen kunnen bevatten. De vijf meest voorkomende richtingen in Nederland worden toegelicht.

4.2.1.1 Personalistisch verklaringmodel: Islamitische geneeskunde, Winti en Hindoeïstische volksgeloof.

Islamitische geneeskunde

Islamitische geneeskunde is een begrip dat verwijst naar alle behandelingsvormen van lichamelijke, psychische en sociale problemen die berusten op een islamitische visie (van Wijk, 2006^b). Deze vorm van geneeskunde is gericht op het gebruik van de Koran en wordt uitgevoerd door islamitische genezers. De islamitische genezers hebben een erfelijke gave en zijn onder studie bij een leermeester. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen de officiële Islam en de islamitische geneeskunde. Het laatste wordt vaak gekoppeld aan volksgeloof, maar in de Nederlandse praktijk blijkt dit onderscheid niet duidelijk aanwezig te zijn. De oorzaak van ziekte is hoofdzakelijk personalistisch te noemen. Echter wordt soms de oorzaak van ziekte gezocht in natuurlijke verklaringen zoals verkeerde voeding. De meeste ziekteverklaringen berusten echter op een personalistische verklaring en hebben een bovennatuurlijke oorzaak:

- *Magie*: Het uitvoeren van rituele handelingen zoals het opschrijven van teksten of het uitspreken van bezweringsformules kunnen mensen ziek maken, het kan onder andere zorgen voor impotentie.
- *Boze oog*: Het Boze oog wordt gezien als een belangrijke oorzaak van ziekte waarbij er vanuit gegaan wordt dat individuen de kracht hebben om iemand schade toe te brengen door een persoon aan te kijken of door over iemand te praten. Het Boze oog is vaak verbonden aan gevoelens van jaloezie en afgunst.
- *Boze geesten (djinn)*: deze wezens zijn onzichtbaar en leven voornamelijk onder de grond of in de lucht. De wezens worden omschreven als boos, wraakzuchtig en kwaadaardig. Djinns kunnen ziekte veroorzaken bij mensen door ze een klap (madrub) te geven, wat als gevolg blindheid of doofheid kan hebben. Verder kunnen de boze geesten bezit van iemand nemen (maskun) wat kan leiden tot bewusteloosheid en verwardheid.

Mensen met een personalistisch verklaringmodel kunnen bij ziekte en problemen hulp zoeken bij een Islamitische genezer. Deze Islamitische genezer wordt bezocht als mensen ervan overtuigd zijn dat er bovennatuurlijke krachten in het spel zijn. Als mensen ziek zijn geworden door een bovennatuurlijk verschijnsel wordt dit vaak aangeduid als zwarte magie (Hoffer, 2005^a). Om zwarte magie tegen te gaan kan er gebruik gemaakt worden van het uitspreken van formules of het uitvoeren van rituelen. Er wordt hierbij veel gebruik gemaakt van amuletten. Amuletten en blauwe kralen worden onder andere gebruikt om de kracht van het Boze oog tegen te gaan (Hoffer, 2012^b). Amuletten bestaan vaak uit een papiertje met daarop een handgeschreven Korantekst of symbolen, die in een zakje dicht bij het lichaam moeten worden gedragen (Hoffer, 2005^a). Koranteksten spelen een grote rol bij de Islamitische geneeskunde en zouden een helende werking hebben. Het komt ook voor dat korenteksten bijvoorbeeld met saffraan op een papiertje worden geschreven waarna de teksten worden opgelost in water. De patiënten moeten dit opdrinken en zich er in sommige gevallen mee wassen. De klachten die zijn ontstaan uit zwarte magie zouden daarmee moeten

verdwijnen. Er wordt naast het gebruik van Koranteksten ook gebruik gemaakt van handoplegging waarbij genezende krachten worden overgebracht op de patiënt via de handen van de genezer. Ook worden er bepaalde stoffen bij het lichaam gedragen om de kracht van bovennatuurlijke agenten af te wenden, zoals zout en wierrook om een djinn weg te houden.

Een Islamitische genezer houdt zich naast lichamelijke klachten ook bezig met de sociale situatie van een persoon. De lichamelijke klachten kunnen verbonden zijn aan sociale problemen zoals in hoofdstuk 3 is beschreven (Foster, 1976). Het gegeven dat sociale problemen kunnen leiden tot lichamelijke klachten is terug te zien in een onderzoek van Hoffer (2004). Een man bezocht een Islamitische genezer met de symptomen rugpijn, benauwdheid en gespannenheid. De Islamitische genezer verklaarde dat de man een geest in zijn huis had en dat de man beter kon verhuizen om van de geest en zijn klachten verlost te kunnen worden. De genezer heeft de man raad gegeven over zijn sociale situatie en de financiële problemen waarmee de man te kampen had. De financiële problemen en spanningen in zijn leven waren de oorzaak van de klachten. Nadat de financiële problemen waren opgelost verdwenen de lichamelijke klachten van de man. Dit laat zien dat klachten van ziekte vaak voortkomen uit sociale problemen en gekoppeld worden aan bovennatuurlijke klachten.

De mensen die een islamitische genezer bezoeken zijn over het algemeen mensen met een moslimachtergrond. In Nederland is voornamelijk onderzoek gedaan naar mensen met een Marokkaanse of Turkse achtergrond die een Islamitische genezer bezoeken. Over andere bevolkingsgroepen die deze genezers bezoeken is niet veel bekend (van Wijk, 2006^b).

Winti

Winti is een Afro- Surinaamse godsdienst waarin het geloof in goden, geesten en voorouders centraal staat (van Wijk, 2006^b). Deze wezens hebben de macht om mensen te bezitten en het bewustzijn uit te schakelen om zo mensen ziek te maken en te genezen. Er wordt bij deze geneeskunde een onderscheid gemaakt tussen 'dokterziekten' en ziektes die gekoppeld zijn aan winti. De ziektes die gekoppeld zijn aan winti verwijzen naar ziekten die een magische oorzaak hebben en waaraan een biomedische Nederlandse dokter niets kan doen. Er bestaan verschillende varianten van deze ziekten:

- *Fyo-Fyo*: Deze ziekte ontstaat als gevolg van familieruzies waarbij veel gescholden wordt en wordt gekenmerkt door onder andere depressie en lusteloosheid.
- *Koenoe*: Dit is een familievloek die ontstaat als een individu een onschuldig persoon dood. De geest van de overledenen zal als een vloek op de familie van de moordenaar liggen.
- *Boze oog*: Winti kent net zoals de Islamitische geneeskunde het Boze oog. Bij de Winti is de kracht van het Boze oog vooral gericht op baby's.
- *Wisi*: Wisi is een kwaadaardige, magische invloed, waaraan vrijwel alle lichamelijke en geestelijke ziekten gerelateerd kunnen worden. De ziekten ontstaan door de tussenkomst van boosaardige geesten (wisigado), boosaardige dwergen (wisi-bakroe) of door onbetrouwbare bedrijvers van magie (wisieman). Mensen die hierdoor beïnvloed worden kunnen onder andere te maken krijgen met stemverlies en geheugenverlies.
- *Kroy*: Om liefde van een ander te winnen kan Kroy worden toegepast. Dit bestaat uit verschillende rituelen zoals het maken van een kruidendrankje. Onder invloed van bepaalde rituelen wordt de drinker onderworpen aan de wil van de maker van het drankje.

Het geloof en vertrouwen in voorouders is sterk bij de Winti (Roon, 1996). De voorouders en geesten kunnen zorgen voor persoonlijke kracht en gezondheid maar kunnen ook ziekte veroorzaken, zoals is beschreven. De voorouders en geesten kunnen het leven op aarde beïnvloeden (Hoffer, 2005^b). Mensen moeten rituelen uitvoeren om de relatie met het bovennatuurlijke te onderhouden. Als mensen die rituelen niet uitvoeren of verkeerd gedrag vertonen ontstaat er disharmonie met de voorouders en geesten en kunnen er problemen of ziektes ontstaan. Voor de genezing van deze ziektes gaan mensen naar een Winti genezer. De Winti genezer pakt net zoals bij de Islamitische

geneeskunde zowel de lichamelijke klachten aan als klachten die voortkomen uit het leven van de patiënt. Harmonie is een belangrijk begrip, volgens de Winti bestaan mensen aan de ene kant uit een fysiek lichaam en voor een ander deel zijn mensen verbonden met het spirituele (Cairo, 2012). Mensen zijn verbonden aan een lichaam en leven in een wereld die bestaat uit fysieke elementen. Voor problemen die daaruit voortkomen en niet veroorzaakt worden door een bovennatuurlijke kracht gaan mensen ook wel naar reguliere arts. Maar aan de andere kant hebben mensen ook een spirituele kant. Om de spirituele kant in balans te houden wordt er gebruik gemaakt van bidden, mediteren en communicatie met voorouders. Om ziektes te voorkomen of te genezen die voortkomen uit bovennatuurlijke krachten maken mensen onder andere gebruik van wasi, een ritueel bad (Cairo, 2012). In dat bad worden kruiden opgelost of het water wordt over het hoofd gegoten. Andere behandelingen die voorkomen bij Winti zijn onder andere het gebruik van geneeskrachtige kruiden, baden, rituele maaltijden, trance en het uitvoeren van een rituele dans die ook wel de *Winti pre* wordt genoemd (van Wijk, 2006^b).

Hoffer (2010^a) heeft ook onderzoek verricht naar patiënten die het Winti geloof aanhouden, onder andere naar een man die lijdt aan de ziekte van Korsakoff. Deze ziekte wordt veroorzaakt door overmatig alcohol gebruik waardoor hersencellen afsterven en er een soort dementie ontstaat. De vrouw van de man verklaard dat hij ziek is geworden vanuit de Winti overtuiging en zegt het volgende: 'Maar hij heeft het geestelijke verwaarloosd. Dat betekent dat je niet naar je achtergronden kijkt. Doordat hij jaren gedronken heeft, kreeg hij problemen. Het is een soort straf.' (Hoffer, 2010^a, blz. 14). Doordat de man zich niet volgens de Winti heeft gedragen is hij door God gestraft en zijn er hersencellen afgestorven. De vrouw gaf aan ieder jaar een paar weken naar Suriname te gaan om daar een Winti genezer te bezoeken. De man ondergaat daar verschillende Winti rituelen en reinigingsrituelen en knapt daar altijd weer van op. Hieruit blijkt dat het spirituele en voorouders erg belangrijk zijn bij de Winti en bijdragen aan het ontstaan van ziekte en gezondheid.

Er wordt in Nederland door veel verschillende groepen mensen gebruik gemaakt van de Winti geneeskunde, onder andere door Creolen, Javanen, Hindoestanen uit Suriname, Antillianen, West- Afrikanen en mensen uit het Caribische gebied. Er wordt echter vrijwel geen gebruik gemaakt van deze geneeswijze door autochtonen Nederlanders (van Wijk, 2006^b).

Hindoeïstisch volksgeloof

Het Hindoeïstische volksgeloof valt grotendeels onder het personalisme (Hoffer, 2012^b). Dit volksgeloof is afkomstig uit Suriname, dat daar terecht gekomen is door Hindoes uit India, Pakistan en Bangladesh die daar in de 19^e en 20^e eeuw terecht zijn gekomen door de slavenhandel. Het volksgeloof wordt uitgeoefend door religieuze specialisten en leiders zoals Pandits (voorgangers) en goeroes (leermeesters). De Pandits hebben meerdere functies: ze zijn zowel een goeroe, familiepriester, tempelpriester, rituele specialist, astroloog, genezer en soms een zwarte magiër. In Nederland is het volksgeloof gericht op devotie, dit wil zeggen dat mensen goden vereren. Deze devotie vindt vooral plaats tijdens belangrijke gebeurtenissen zoals geboorte, huwelijk, dood en religieuze feestdagen. Deze devotie wordt vaak individueel uitgevoerd.

Religieuze genezers kunnen bezocht worden bij ziekten en andere problemen. Er zijn Pandits en Ojha's de religieuze therapieën toepassen. De genezers gaan daarbij uit van natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken van ziekte. Een naturalistisch kenmerk van het hindoeïstische volksgeloof is dat mensen de oorzaak van een ziekte vaak bij zichzelf zoeken, ze geloven dat een ziekte ontstaat door hun eigen daden (van Es, 2000). Daarmee wijkt het af van het personalistisch verklingsmodel. De verklaring van ziekte is echter in de meeste gevallen bovennatuurlijk, waarbij er verschillende krachten te onderscheiden zijn:

- Boze oog: het Hindoeïsme kent net als de Islamitische geneeskunde en de Winti deze bovennatuurlijke kracht.
- Saitan Pakre: Geesten die bezit kunnen nemen van een persoon.
- Sjraap: Ziekte die ontstaat als er een vloek over een persoon is afgeroepen.

- Dharma: Als mensen hun plichten niet nakomen, bijvoorbeeld ten opzichte van de ouders, kunnen mensen ziek worden.

Als mensen te maken krijgen met ziektes die een van de bovengenoemde oorzaken hebben, kan er een Pandit bezocht worden (Hoffer, 2012^b). In Nederland houden Pandits zich vooral bezig met sociaalpsychische begeleiding, zowel in formele als informele setting. Pandits maken gebruik van bepaalde diagnostische technieken om mensen te genezen, zoals droomuitleg en astrologie. De behandeling bestaat onder andere uit *jhare puke*, dat verwijst naar eenvoudige technieken die genezers en leken kunnen toepassen. Een voorbeeld hiervan is om met een pauwenveer langs het lichaam van een ziek persoon te strijken om de kracht van het Boze oog weg te nemen. Verder wordt er veel gebruik gemaakt van mantra's, heilige spreuken die moeten worden uitgesproken. Dit wordt ook wel gebedsgenezing genoemd. Sommige Pandits bedrijven exorcisme als mensen zijn bezeten. Als mensen te maken hebben met de gevolgen van magie wordt er vaak gebruik gemaakt van een wassing in een kruidenbad. Verder bestaat er de *Shanti*, waarbij genezers een ritueel uitvoeren om disharmonie op te heffen. Als laatste is er de *mangni* (gelofte). Dit wordt uitgevoerd als mensen onverklaarbare lichamelijke klachten ervaren, de hulp van een godheid wordt hierbij ingeschakeld.

Bovennatuurlijke krachten spelen dus ook hier een rol bij het ontstaan van ziekte en gezondheid. Dit blijkt ook uit de situatie van een Surinaams-Hindoestaanse man in Nederland die een zus heeft die lijdt aan een geestelijke ziekte (Hoffer, 2010^b). De moeder van de man hecht geen waarde aan de biomedische diagnose van borderline of schizofrenie. De moeder en de zus geloven dat de ziekte is ontstaan door bovennatuurlijke krachten en dat alleen een Pandit of een *Ojha* haar kan genezen. Daardoor houden ze zich vooral bezig met behandelingen om de bovennatuurlijke krachten te verwijderen en minder met de behandelingen die voorgeschreven zijn vanuit de reguliere zorg.

In Nederland komt het Hindoeïstisch volksgeloof vooral voor onder Hindoestanen die afkomstig zijn uit Suriname (van Wijk, 2006^b).

Zorggebruik onder mensen met een personalistisch verklaringsmodel

Bij de drie geneeswijzen is te zien dat het geloof in het bovennatuurlijke overeenkomsten vertoont. Overal heerst het geloof in geesten, alleen worden ze anders genoemd. Bij de Islamitische geneeskunde zijn het *Djinns*, bij de *Winti* worden kwaadaardige agenten *Wisi* genoemd en bij het hindoeïstische volksgeloof staan geesten bekend als *Saitan Pakre*. Bij alle drie de geneeswijzen worden bovennatuurlijke krachten gezien als de veroorzakers van ziekte en gezondheid.

Het zorggebruik van de drie geneeswijzen vertonen ook overeenkomsten. In Nederland komt het voor dat mensen gebruik kunnen maken van de reguliere zorg en alternatieve genezers, soms ook op hetzelfde moment (Hoffer, 2005^a). Reguliere en alternatieve behandelingen kunnen parallel lopen. Daarnaast komt het ook voor dat mensen eerst naar een reguliere medisch professional gaan en vooral de lichamelijke klachten benadrukken (Hoffer, 2005^a). Mensen kunnen klachten hebben die overeenkomen met biomedische verklaringen, zoals fysieke, psychosomatische en psychische klachten. Mensen kunnen last hebben van hoofd-, rug-, spier- of gewrichtspijn, nervositeit, slapeloosheid en angsten. De reguliere medisch professional pakt deze klachten aan bij de biomedische oorzaak. Als de medisch professional de oorzaak van de klachten niet kan achterhalen of als de diagnose niet aansluit bij de verklaringen van de patiënten, kan er ook hulp gezocht worden bij alternatieve genezers. Mensen met een personalistisch verklaringsmodel zijn erop uit om antwoord te krijgen op de vraag waarom juist zij ziek zijn geworden en welke agent de ziekte heeft veroorzaakt (Foster, 1976). Een reguliere arts kan deze vragen niet beantwoorden, daarom wordt er een verklaring gezocht bij alternatieve genezers. Patiënten bezoeken een alternatieve genezer ook in het kader van zingeving (Hoffer, 2012^b). De aanpak van een alternatieve genezer aansluit bij de belevingswereld van patiënten, waarbij klachten in een religieus en spiritueel kader worden geplaatst. Alternatieve genezers leveren daarmee een bijdrage aan het psychosociaal welzijn van hun patiënten. Dat alternatieve genezers worden geraadpleegd bij sociale problemen die samenhangen met ziekte is terug te zien bij alle drie de geneeswijzen (van Wijk, 2006^b; Hoffer, 2012^b).

4.2.1.2 Naturalistisch verklaringmodel: Ayurveda en Chinese geneeskunde

Ayurveda

Ayurveda wordt ook wel hindoe geneeskunde of Indiase geneeskunde genoemd (van Wijk, 2006^b). Volgens Ayurveda bestaat het universum uit de vijf elementen aarde, water, vuur, lucht en lege ruimte (Croonen, 2011). Het beschrijft fysiologie, pathologie, diagnose en behandeling op basis van de Tridosha. De tridosha bestaat uit drie elementen of dosha's (van Wijk, 2006^b). Vata staat voor wind en heeft invloed op de zenuwfunctie en motoriek. Pitta staat voor gal en heeft effect op de metabole functies. Als laatste staat kapha in het teken van slijm, het heeft invloed op het totale lichaam en de relatie tussen de mens en zijn omgeving. Om gezond te zijn moeten de drie dosha's in evenwicht zijn, als de dosha's uit balans raken wordt een persoon ziek. Het evenwicht tussen de relatie tussen lichaam, ziel en omgeving speelt een belangrijke rol (Leijssen, 2011). De oorzaken van ziekte zijn onder andere verkeerde leefgewoonten en ongezonde voeding. De behandeling bestaat uit het herstellen van de balans tussen elementen door het laten afnemen van een element dat in een te grote hoeveelheid aanwezig is of door een element te laten toenemen wanneer daar te weinig van is (van Wijk, 2006^a). Genezers kunnen geneesmiddelen voorschrijven die bestaan uit plantaardige en dierlijke stoffen en uit mineralen (Croonen, 2011). Daarnaast wordt de Ayurveda gekenmerkt door bepaalde leefregels, voedingstherapie, aromatherapie en meditatie om ziekte te genezen en te voorkomen (Croonen, 2011). Er kan daarbij uitgegaan worden van het pad van kennis (Jnana Yoga), liefde (Raja Yoga), werk (Karma Yoga) en inkeer (Raja yoga). Vooral de panchakarma therapie is van belang, dit is een reinigingskuur die gerelateerd is aan een bepaalde dosha en gekenmerkt wordt door bijvoorbeeld aderlaten en laxeerkuuren.

Vrijwel alleen autochtonen Nederlanders gebruik maken van Ayurveda. Een ander klein deel dat gebruik maakt van deze geneeskunde is afkomstig uit India en Sri Lanka (van Wijk, 2006^b).

Chinese geneeskunde

De Chinese geneeskunde is afkomstig van Oosterse filosofieën en de biologie en fysiologie van de mens (van Wijk, 2006^b). Er wordt uitgegaan van het yin-yang principe. Yin en Yang zijn antagonisten en tegelijkertijd complementair. Yin verwijst naar middelpuntzoekende verbindende kracht en Yang naar middelpuntvliegende oplossende kracht. Lichaam en geest worden beheerst door deze elkaar aanvullende krachten. Als er een evenwicht is tussen de krachten leidt het tot gezondheid, als er een verstoring in de balans optreedt, ontstaat er ziekte. De kracht van yin en yang wordt weerspiegeld in de levensenergie, of tsi, dat stroomt door het lichaam door speciale kanalen. Deze kanalen worden ook wel meridianen genoemd en staan in verbinding met een specifiek orgaan.

Behandelingen die voorkomen bij de Chinese geneeskunde zijn acupunctuur, drukpuntmassage, tuina therapie, Tai-Chi, Chi-Ging, Chinese voedingsleer en Chinese kruidengeneeskunde. De behandelingen zijn gericht op het herstellen van de energiestromen of de harmonie tussen yin en yang (Westerman, 2006).

Vooral acupunctuur en Chinese kruidengeneeskunde worden veel gebruikt in Nederland. Meer dan 90 procent van de gebruikers van deze behandelingen zijn autochtonen Nederlanders. Slechts een klein deel van de patiënten hebben een Chinese of Oosterse achtergrond (van Wijk, 2006^b).

Zorggebruik onder mensen met een naturalistisch verklaringmodel

Mensen met een naturalistisch verklaringmodel in Nederland hebben andere overwegingen om een alternatieve genezer te bezoeken dan mensen met een personalistisch verklaringmodel. Mensen met een naturalistisch verklaringmodel gaan uit van een holistische benadering waarin gezondheid gezien wordt als fysiek, mentaal, emotioneel en spiritueel welzijn (Kelner & Wellman, 1997). Ze geloven daarbij in de positieve waarde van alternatieve zorg op hun gezondheid. Dit blijkt ook uit onderzoek van Astin (1998), patiënten geven aan dat alternatieve therapie beter aansluit bij hun waarde, kijk op de wereld, spirituele/religieuze filosofie en hun overtuigingen over de oorsprong en betekenis van ziekte en gezondheid. De gezondheid van lichaam, geest en ziel wordt als één

geheel gezien en moet als één geheel worden behandeld. De harmonie tussen lichaam, geest en omgeving zijn van belang voor het bereiken van gezondheid en het voorkomen van ziekte. De klachten die patiënten uiten zijn over het algemeen vaak lichamelijk van aard en hebben betrekking op het ontstaan van een disbalans of disharmonie tussen de lichamelijke en geestelijke elementen. Mensen met een naturalistisch verklaringsmodel kunnen ook gebruik maken van de reguliere zorg en van de alternatieve zorg, zowel tegelijkertijd of los van elkaar. In Nederland zijn er meerdere Ayurveda therapeuten en organisaties te vinden die behandelingen aanbieden. Volgens het Europa Ayurveda Centrum (2014) worden er in Nederland behandelingen aangeboden voor een uiteenlopend aantal klachten zoals mentale ziektes, huidziekte, vrouwenziekte en mannenziekte, ontstekingen van de keel, neus en oor, oogziektes, maag-, darm- en leverziektes, neurologische aandoeningen, stofwisselingziektes, urologische aandoeningen, hart- en vaatziektes en behandelingen voor de verbetering van de levenskwaliteit. In Nederland maken mensen gebruik van de Chinese geneeskunde om dezelfde reden, de balans tussen lichaam en geest is belangrijk. Zoals gezegd wordt er het meeste gebruik gemaakt van acupunctuur. Patiënten die deze behandeling ondergaan hebben vaak te kampen met chronische klachten zoals rug- en nekpijn, schouderklachten, osteoartitis en chronische hoofdpijn (Maassen, 2012). Bij de behandeling gaan ze uit van de balans tussen de verschillende lichamelijke en geestelijke elementen. Als een medisch professional daar niet op in gaat en de behandeling er niet bij aansluit kunnen mensen er ook voor kiezen om een alternatieve genezer te bezoeken.

Er is nu beschreven welke alternatieve geneeswijzen, die verbonden zijn aan niet-biomedische verklaringmodellen in Nederland, voorkomen en waarom mensen naar een alternatieve genezer gaan. Maar zoals al genoemd is kunnen mensen ook naar een medisch professional gaan bij ziekteklachten. De gedragingen van mensen met niet-biomedische verklaringmodellen die voorkomen in de alternatieve zorg en die verbonden zijn aan de twee verklaringmodellen kunnen ook voorkomen in de reguliere zorg. Er wordt nu ingegaan op hoe mensen zich in Nederland gedragen als ze niet- biomedische verklaringmodellen aanhouden en hoe dit hun hulpzoekgedrag beïnvloed.

4.2.1 Hulpzoekgedrag

Hulpzoekgedrag verwijst naar de manier waarop mensen omgaan met gezondheidsklachten en of ze daarvoor professionele of informele hulp inschakelen (Kempen & van Eijk, 2005). Hulpzoekgedrag wordt beïnvloed door de aard van de klacht, individuele verwachtingen en opvattingen, de sociale omgeving en culturele factoren (Kempen & van Eijk, 2005). Vooral de sociale en culturele omgeving blijken van belang te zijn als het aankomt op hulpzoekgedrag (Kempen & van Eijk, 2005). Om het gezondheidsgedrag van mensen die een niet-biomedisch verklaringmodel aanhouden te onderzoeken wordt er ingegaan op het effect van cultuur, de sociale omgeving en individuele opvattingen en verwachtingen.

4.2.2 Hulpzoekgedrag: Culturele constructie

Kleinman (1978) onderstreept het gegeven dat ziekte en gezondheid altijd culturele constructies zijn. Ziekte moet in een kader van betekenisgeving worden geplaatst om richtlijnen van gedrag vorm te geven. Het bepaald hoe mensen de werkelijkheid ervaren, hoe het geïnterpreteerd wordt en op welke manier er zin gegeven wordt aan het leven (Suurmond, Seeleman, Stronks & Essink-Bot, 2005). De culturele constructie hangt daarmee samen met de culturele achtergrond van een persoon. Mensen halen bepaalde elementen uit cultuur die gebruikt en veranderd worden om het dagelijkse leven vorm te geven, zoals bepaalde gewoontes en gebruiken. Ook normen en waarden zijn cultureel bepaald en geven mensen richtlijnen over hoe ze zich moeten gedragen en het bepaald wat mensen als ziekte en gezondheid beschouwen. Doordat illness een culturele constructie is kan illness veranderen als mensen in contact komt met andere culturen en culturele constructies van ziekte en gezondheid. Het personalistisch en naturalistisch verklaringmodel kan daarom worden gekenmerkt door andere factoren in landen buiten Nederland aangezien de

Nederlandse cultuur invloed heeft op de culturele constructie en de verklaringsmodellen van mensen (Bruijnzeels & Foets, 2005). Bovendien komen de verklaringsmodellen in Nederland onder andere culturele en etnische groepen voor dan in andere landen, waardoor de verklaringsmodellen in Nederland een andere invulling krijgen. De culturele constructie van illness, dus de betekenis die aan ziekte en gezondheid gegeven wordt, kan onder invloed van andere culturen en culturele constructies veranderen. De verklaringsmodellen van mensen kunnen daardoor veranderen, het biomedisch en de niet-biomedische verklaringsmodellen kunnen zich met elkaar verweven. Dit heeft invloed op het hulpzoekgedrag, aangezien dit kan betekenen dat mensen bij zowel een reguliere medisch professional als bij een alternatieve genezer hulp kunnen zoeken bij ziekte.

4.2.3 Hulpzoekgedrag: Sociale omgeving

Zoals al beschreven is wordt het gezondheidsgedrag van mensen sterk bepaald door de cultureel gevormde uiting van illness. Illness heeft betrekking op hoe ziekte wordt geuit, verklaard en ervaren (van der Geest, 2005). Deze subjectieve factoren zijn van invloed op hoe mensen zich gedragen als ze te maken krijgen met ziekte en gezondheid. Vooral sociale invloeden zijn hierbij belangrijk. Familie en sociale netwerken spelen een belangrijke rol bij het gezondheidsgedrag van mensen.

Dit wordt benadrukt in de lay referral culture theorie van Freidson (Kempen & van Eijk, 2005). Mensen in een sociaal netwerk, zoals vrienden, familie en kennissen, beïnvloeden het zoeken naar hulp. Dit wordt veroorzaakt door het gegeven dat mensen in een sociaal netwerk de neiging hebben om opvattingen en reacties over ziekte van elkaar over te nemen. Bovendien wordt er vaak gevraagd of ongevraagd advies gegeven door mensen uit het sociale netwerk voordat er professionele hulp wordt ingeschakeld. De theorie maakt een onderscheid tussen de invloed van culturele en structurele kenmerken van een netwerk. De culturele kenmerken hebben betrekking op hoeverre opvattingen over ziekte en gezondheid overeen komen met de medische cultuur in een land. In Nederland is dit de biomedische cultuur. Zoals al beschreven is kunnen culturele constructies van illness van mensen afwijken van de algemene culturele constructies waardoor er andere gedragspatronen kunnen ontstaan. Structurele kenmerken verwijzen naar de openheid of geslotenheid van een sociaal netwerk van een persoon. In gesloten netwerken is er vaak sprake van een grote sociale controle en is er een grote overeenstemming van opvattingen over normen ten aanzien van gedrag. Het collectivisme is verbonden aan een gesloten netwerk en benadrukt de samenhang van mensen en groepen (Suurmond et al., 2005). Niet-biomedische verklaringsmodellen zijn verbonden aan collectivistisch denken. Het gedrag van mensen is gebaseerd op normen die bepalen hoe mensen zich zouden moeten gedragen. Deze regels zijn verbonden aan sociale rollen. Het collectivisme houdt ook in dat mensen zich erg hechten aan de familie. Dit kan als gevolg hebben dat mensen meer waarde hechten aan steun van de familie bij beslissingen over gezondheid en ziekte. Familie interventies zoals het geven van voorlichting kunnen hierbij uitkomst bieden. Er wordt daarbij ingegaan op de familierelaties en de relatie met de patiënt, dit zorgt voor wederzijds begrip en minder spanning tussen familie en de patiënt. Bijvoorbeeld bij Hindoes is te zien dat de familie en de sociale netwerken van belang zijn (van Elteren-Jansen, 2003). Gemeenschappen en families hebben vaak een familie pandit of priester die geconsulteerd wordt bij ziekte en andere problemen. Ziekte wordt vaak eerst met de familie besproken voordat er overgegaan wordt op het zoeken naar formele hulp. Dit is ook te zien bij Winti, waarbij er een groot vertrouwen is in informele leidersfiguren waaronder ook moeders en grootmoeders kunnen vallen (Cairo, 2012). Er wordt dus ook informele hulp gezocht.

Als mensen in contact komen met de overheersende cultuur in het gastland, in dit geval Nederland, kunnen de gesloten netwerken veranderen (van der Geest, 2005). Mensen met een personalistisch verklaringmodel kunnen ook onpersoonlijke verklaringen gebruiken om te kunnen ontsnappen aan de sterke sociale controle. Het geeft mensen de mogelijkheid om een ziekte te behandelen zoals eerst met ouders of andere belangrijke personen in contact te komen. Dit houdt verband met het gegeven dat mensen naast het niet-biomedisch verklaringmodel ook een

biomedische verklaring van ziekte kunnen aanhouden. Dit gaat ook op voor mensen met een naturalistisch verklaringsmodel. Door de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland is het makkelijker om buiten het sociale netwerk hulp te zoeken bij ziekte.

De culturele en sociale aspecten komen ook terug in de manier waarop mensen hun ziekte uiten, ervaren en verklaren. Deze drie factoren die sociaal en cultureel van aard zijn en het hulpzoekgedrag van mensen met niet-biomedische verklaringmodellen beïnvloeden, worden hieronder toegelicht om inzicht te geven in de manier waarop het gezondheidsgedrag van mensen wordt gevormd en hoe het wordt geuit in de reguliere gezondheidszorg in Nederland.

4.2.4 Hulpzoekgedrag: Ziekteverklaring

Verder is de ziekteverklaring van invloed op het hulpzoekgedrag van mensen. Het bepaald hoe en waar mensen hulp gaan zoeken. Mensen met niet-biomedische verklaringmodellen verklaren ziekte op een manier die afwijkt van het Nederlandse biomedische model, zoals duidelijk is geworden uit hoofdstuk 3. Omdat de verklaringmodellen afwijken van het biomedische model zullen mensen die deze verklaringmodellen aanhouden op een andere manier gebruik van de zorg maken dan mensen die een biomedisch verklaringmodel van ziekte en gezondheid aanhouden.

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 gaat het personalistisch verklaringmodel ervan uit dat de oorzaak van een ziekte ligt bij een agent en dat de persoon zelf geen schuld heeft aan het ontstaan van de ziekte (Foster, 1976). Mensen zoeken eerder hulp omdat ze denken dat ze zelf niets aan de problemen kunnen doen, het ligt buiten hun macht (Bruijnzeels & Foets, 2005). Ze hebben een oplossing van een reguliere of alternatieve genezer nodig om beter te worden. Mensen met een personalistisch verklaringmodel maken daarom vaker gebruik van de zorg dan mensen met een naturalistisch verklaringmodel.

Mensen met een naturalistisch verklaringmodel hebben een andere verklaring van ziekte en hebben daarom ook een ander hulpzoekgedrag. Volgens dit verklaringmodel zijn mensen ziek als de lichamelijke elementen uit balans zijn en er disharmonie is van lichaam en geest (Foster, 1976). Mensen geloven dat acties in het verleden oorzaken zijn van ziekte en leggen de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van een ziekte dan ook bij zichzelf. Deze ziekte verklaring is terug te zien onder bijvoorbeeld Indische Nederlanders (van Es, 2000). De groep mensen die deze verklaring aanhouden is maar klein, veel Indische mensen hebben afstand gedaan van de tradities en rituelen die verbonden zijn aan het naturalistisch verklaringmodel om te kunnen integreren in de Nederlandse samenleving. Onder Hindoes zijn ook kenmerken van het naturalistisch verklaringmodel te onderscheiden, maar dit is vaak wel vermengd met het personalisme (van Es, 2000). Een naturalistisch kenmerk is dat zij de oorzaak van ziekte bij zichzelf zoeken en dat het verleden, of vorige levens, van invloed kunnen zijn op de gezondheidstoestand van het huidige leven. Mensen met een interne locus of control hebben de overtuiging dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor hun ziekte en gezondheid en het gedrag uit kunnen voeren waardoor ze beter kunnen worden (Cross, March, Lapsley, Byrne & Brooks, 2006). Daarom maken mensen met een naturalistisch verklaringmodel minder gebruik van de zorg dan mensen met een personalistisch verklaringmodel.

Elke cultuur heeft zijn eigen opvattingen over wat normaal en abnormaal gedrag is en daarom kent ook elke cultuur andere ziekten en andere verklaringen van ziekten (Suurmond et al., 2005). Vooral de intensiteit, frequentie en verschijningsvorm van symptomen worden beïnvloed door culturele en sociale factoren. Echter blijkt het wel zo te zijn dat als de ernst van de aandoening groter wordt en biologische factoren een grote rol spelen er minder sprake is van een verschil in cultuur en verklaringmodellen over de verklaring van een ziekte.

Het preventiegedrag van mensen met een personalistisch of naturalistisch verklaringmodel hangt grotendeels samen met de verklaring van ziekte. Volgens Foster (1976) worden de twee verklaringkenmerken gekenmerkt door een afwijkend preventiegedrag. Mensen met een naturalistisch verklaringmodel proberen situaties te vermijden waardoor ze ziek zouden kunnen worden. In Afrikaanse gemeenschappen komt het vaak voor dat mensen niet op een koude vloer

gaan staan met hun blote voeten en dat ze 's nachts niet naar buiten gaan nadat ze intensief bezig zijn geweest met hun ogen. Mensen vertonen vermijdend gedrag, ze vermijden ziekte door bepaalde dingen niet te doen. Dit preventiegedrag is in Nederland terug te zien onder Indische mensen en Hindoestanen (van Es, 2000). De balans tussen lichaam en geest is van belang bij ziekte en gezondheid. Indische mensen gaan uit van het belang van geestelijke reinheid, wat invloed heeft op de lichamelijke en mentale gezondheid. Om geestelijke reinheid te verkrijgen mogen mensen niet kwaadspreken, jaloers zijn of haatgevoelens koesteren. Deze negatieve gevoelens zouden invloed op het lichaam kunnen hebben, en kunnen zorgen voor onrust en ziekte. Ook onder Hindoestanen is een soortgelijk gedrag te zien (van Es, 2000). Sommige Hindoestanen in Nederland leven in overeenstemming met de Hindoe rituelen zoals beschreven bij Ayurveda. Er worden bepaalde leefregels gevolgd om te voorkomen dat negatieve invloeden de gezondheid aantasten. Zij geloven daarnaast dat ziekte veroorzaakt kan worden door karma. Daden in het verleden, of zelfs in een vorig leven, kunnen ziekte veroorzaken. Door goed gedrag te vertonen kan ziekte voorkomen worden.

Preventief gedrag bij het personalistisch verklaringmodel wordt gekenmerkt door het nemen van positieve actie (Foster, 1976). Mensen nemen bepaalde maatregelen om een ziekte te vermijden en gezond te blijven. Dit is onder andere te zien bij Surinaams- Hindoestaanse moeders in Nederland (van Elteren-Jansen, 2003). Volgens de Winti geneeskunde lopen vooral baby's risico om een Winti ziekte te krijgen, bijvoorbeeld door de kracht van het Boze oog. Baby's kunnen beschermd worden door onder andere een blauwe stip op de huid te zetten, ze te baden in blauw water en door het hoofd nat te maken. Deze preventie maatregelen zijn ook te zien bij de Islamitische geneeskunde en het Hindoeïstische volksgeloof (Hoffer, 2012^b). Er wordt gebruik gemaakt van bepaalde attributen, zoals amuletten en blauwe kralen die dicht bij het lichaam gedragen moeten worden. Volgens het personalistisch verklaringmodel kunnen mensen ziekte voorkomen door de agenten die ziekte kunnen veroorzaken gunstig te stemmen.

Het preventiegedrag en de onderliggende factor dat verantwoordelijkheid voor het ontstaan van ziekte buiten het individu of bij het individu zelf ligt, bepaald waar en in welke mate mensen hulp zoeken en of ze zich houden aan de behandelingen die gegeven worden.

4.2.5 Hulpzoekgedrag: Ziekte-uiting

Ziekte- uiting is van invloed op het gezondheidsgedrag en hulpzoekgedrag van mensen (van der Geest, 2005). Een ziekteklacht heeft een luisterend oor nodig om een klacht te kunnen zijn, daarom heeft ziekte altijd sociale consequenties. Ziekte-uiting is voor een groot deel bepaald door de culturele constructie. Als iemand bepaalde signalen afgeeft over een ziekte die niet door andere begrepen worden, zal een persoon niet de hulp kunnen ontvangen die nodig is. Dit is belangrijk voor het stellen van de diagnose (Suurmond et al., 2005). Een arts baseert zijn diagnose op de beschrijving van de patiënt, over de aard, intensiteit en duur van de symptomen. Het verklaringmodel van een patiënt is belangrijk voor de perceptie van het probleem en hoe de klachten worden ervaren en tot uiting komen. De symptomen kunnen verschillen tussen bepaalde culturen en verklaringmodellen.

Een voorbeeld uit de praktijk in Nederland kan gevonden worden bij een man met een personalistisch verklaringmodel (Suurmond et al., 2005). De man had last van lichamelijke klachten zoals zich 'niet lekker voelen', zich angstig voelen, en gevoelens als stress en spanningen. De man verklaarde deze symptomen aan de hand van 'represailles' in de omgeving. Dit zou ontstaan zijn uit vroegere conflicten en de omgeving zou er nu op uit zijn om zijn leven zuur te maken en te vernietigen. De man werd door een reguliere arts gediagnosticeerd met schizofrenie op grond van zijn paranoïde gedachten. De verklaring van de man en de familie was echter anders, die dachten dat er sprake was van bezetenheid.

Mensen met een naturalistisch verklaringmodel kunnen klachten hebben over warme en koude gewaarwordingen in het lichaam en over energiestromen (Westerman, 2006). Mensen met dit verklaringmodel uiten deze klachten door te zeggen dat 'er geen energie door mijn benen stroomt', de energie staat stil' en 'het is of het hier geblokkeerd is'. Mensen hebben in zulke gevallen vaak last van koude voeten, een onaangenaam dof, soms een tintelend of pijnlijk gevoel in de benen, en snelle vermoeidheid. Mensen kunnen ook last hebben van warmtegebaarwordingen in het lichaam,

volgens deze patiënten is er dan sprake van een (te) krachtige yang. Patiënten voelen dus of er iets mis is met hun energiestromen in hun lichaam en uiten hun klachten door te verwijzen naar deze energiestromen.

Als mensen niet-biomedische verklaring modellen aanhouden en bovengenoemde verklaringen van ziekte aanhouden, kunnen zij zich anders uitdrukken. Er kan sprake zijn van somatiseren. Bij somatiseren is er sprake van mentale/ psychische stress die omgezet wordt in een lichamelijke klacht (Kirmayer & Young, 1998). Somatiseren kan ontstaan uit sociale condities waarmee mensen niet om kunnen gaan. Somatiseren hangt hiermee samen met cultuur en zingeving, het bepaald hoe mensen omgaan met sociale situaties en welke betekenis ze eraan geven. Somatiseren komt voor bij een personalistisch en een naturalistisch verklaring model. Bij mensen met een personalistisch verklaring model komt dit voor omdat zij problemen uit het sociale leven kunnen koppelen aan lichamelijke klachten. Zoals in het beschreven onderzoek van Hoffer (2004) kan het bij het personalistisch verklaring model voorkomen dat mensen te maken hebben met een problematische financiële situatie wat zich uit in klachten als rugpijn, benauwdheid en gespannenheid. Somatiseren komt ook voor bij mensen met een naturalistisch verklaring model. Mensen kunnen klachten zoals hoofdpijn uiten door te wijzen op dosha's die niet in balans zijn of door aan te geven dat hun energiestromen geblokkeerd zijn. De symptomen die daarbij horen kunnen voortkomen uit hun sociale situatie, bijvoorbeeld als er sprake is van stress. Een ander voorbeeld is te zien onder Chinese mensen in Nederland (Smits, Seeleman, van Buren & Yuen, 2006). Zij leggen geen verband tussen lichamelijke en geestelijke klachten, wat ertoe leidt dat gevoelens zoals angst, woede of somberheid worden ervaren en geuit als lichamelijke klachten.

4.2.6 Hulpzoekgedrag: Ziekte- ervaring

Verder is de ziekte- ervaring van belang (van der Geest, 2005). Ziekte is niet universeel en wordt bepaald door de subjectieve ervaringen van mensen. Wat mensen als een ziekte zien wordt bepaald door wat mensen is aangeleerd. Belangrijke factoren die hierbij een rol spelen zijn het erkennen van een diagnose en stigmatisering.

Het niet erkennen van een diagnose komt vooral voor in Nederland onder Turken en Marokkanen, het gaat dan vooral om psychische ziekten (Hoffer, 2005a). Dit wordt geïllustreerd in een onderzoek van Hoffer (2005^a) over een Marokkaanse vader met een zoon die leidt aan schizofrenie. De vader is ervan overtuigd dat de ziekte van zijn zoon wordt veroorzaakt doordat hij bezeten is door een sjaytan, een kwade geest. Deze man houdt dus een personalistisch verklaring model aan, het verklaring model is van invloed op de wijze waarop mensen ziekte in een bepaald kader plaatsen. De diagnose schizofrenie wordt niet geaccepteerd door de vader, wat leidt tot een bepaalde ziekte- ervaring die afwijkt van de ervaring die zou ontstaan als de diagnose wel zou worden geaccepteerd. Dit laat zien dat de betekenis die aan ziekte gegeven wordt bepaald hoe mensen zich voelen en of mensen zichzelf als ziek of gezond beschouwen (van der Geest, 2005). De betekenis is als het ware de ziekte. Bij het naturalistisch verklaring model kan dit ook voorkomen. Mensen stellen vaak zelf de diagnose en gaan alleen naar een behandelaar om een oplossing te krijgen voor een probleem dat ze zelf aandragen (Foster, 1976). Als een arts een andere verklaring geeft voor een ziekte geeft kan dit niet geaccepteerd worden door de patiënt. Dit kan effect hebben op het zoeken van (verdere) hulp. Patiënten kunnen bijvoorbeeld aangeven dat ze last hebben van koude voeten wat veroorzaakt wordt door lokaal energietekort, koude meridiaan disfunctie, meridiaaninsufficiëntie en meridiaanblokkade (Westerman, 2006). Als een medisch professional een andere verklaring geeft voor de symptomen, zoals een slechte doorbloeding bij koude voeten, kan deze diagnose niet geaccepteerd worden door de patiënt.

Stigmatisering kan bij zowel het personalistisch als het naturalistisch verklaring model van invloed zijn op het hulpzoekgedrag. Stigmatisering verwijst naar de perceptie die individuen over een situatie of aandoening hebben en de reactie die het zou kunnen oproepen bij anderen (Suurmond et al., 2005). Stigma is verbonden aan het niet erkennen van een diagnose, mensen kunnen een bepaalde ziekte niet willen accepteren omdat er een stigma op rust. Mensen zoeken in hun eigen verklaring model dan een andere verklaring voor de ziekte die ze wel kunnen accepteren. Dit is van

invloed op het hulpzoekgedrag, mensen kunnen de verkeerde zorg ontvangen omdat ze hun ziekte niet erkennen of omdat ze niet met hun ziekte naar buiten durven te treden (Knipscheer & Kleber, 2005). Dit is onder andere te zien bij HIV/AIDS. Deze ziekte kan zowel op de naturalistische als de personalistische manier uitgelegd worden. Mensen met een personalistisch verklaringsmodel denken dat er sprake is van een bovennatuurlijke straf omdat ze een morele grens hebben overschreden waardoor ze ziek zijn geworden (Suurmond et al., 2005). Mensen met een naturalistisch verklaringsmodel kunnen de oorzaak van ziekte zoeken in het feit dat ze zich op een bepaalde manier gedragen hebben waardoor de lichamelijke en geestelijke elementen uit balans zijn geraakt. Stigma kan ook ontstaan als een ziekte bestempeld wordt als een ziekte die alleen bepaalde risico groepen treft, waardoor mensen in die risico groepen gezien worden als gevaarlijk of als besmettingsgevaar. Mensen zullen in zo'n geval minder snel hulp zoeken bij ziekte uit angst dat andere mensen achter hun situatie zullen komen.

Er is al beschreven dat verklaringmodellen en het bijbehorende gedrag kunnen veranderen onder invloed van sociale en culturele factoren. Dit komt verder tot uiting als er gekeken wordt naar de individuele opvattingen en verwachtingen over ziekte en gezondheid.

4.2.7 Hulpzoekgedrag: Individuele opvattingen en verwachtingen

Individuele opvattingen en verwachtingen worden beïnvloed door de sociale en culturele omgeving. Doordat mensen te maken krijgen met een andere culturele constructie kunnen bepaalde culturele factoren worden overgenomen, wat invloed heeft op de verklaringmodellen van mensen over ziekte en gezondheid. Dit blijkt ook uit onderzoek van Hoffer (2010^a). Mensen met niet-biomedische verklaringmodellen en een niet-Nederlandse achtergrond kunnen worden beïnvloed door het Nederlandse biomedische verklaringmodel, waarbij bepaalde biomedische elementen kunnen worden overgenomen. Uit het onderzoek van Hoffer (2010^a) kwam naar voren dat de helft van de alloctonen respondenten ziekte op een biomedische manier benaderende. Sommige mensen zetten zich daarbij ook openlijk af tegen alternatieve genezers.

Dit wordt onder andere ook veroorzaakt door het gegeven of mensen afkomstig zijn uit Nederland, of hoe lang mensen al in Nederland verblijven (Suurmond et al., 2005). Mensen die niet in Nederland geboren zijn leven met hun oude cultuur in een nieuwe cultuur, terwijl mensen die wel in Nederland geboren zijn maar ouders hebben die in het buitenland geboren zijn zowel elementen van de cultuur van hun ouders en de nieuwe cultuur van het gastland meeneemt (Suurmond et al., 2005). Dit heeft als gevolg dat de cultuur van een persoon door de jaren heen verandert en meer kenmerken van het gastland gaat aannemen. Dit proces wordt ook wel acculturatie genoemd en is van invloed op het gezondheidsgedrag van personen in het gastland (Bruijnzeels & Foets, 2005). Dit wordt vooral geuit door verschillen in verwachtingen en opvattingen over ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. Door de verschillende invloeden vormen mensen hun eigen identiteit. Hoffer (2010^a) illustreert dit aan de hand van een Marokkaanse vrouw die van zowel haar familie, een Islamitische religieuze genezer en de Nederlandse gezondheidszorg gebruikt maakt bij ziekte. Deze vrouw combineert hiermee Marokkaanse, Islamitische en Nederlandse culturele aspecten. Mensen worden beïnvloed door de culturele context waarin zijn leven, daarnaast is de manier waarop er vormgegeven wordt aan die context van invloed op het verklaringmodel van een persoon en op het gezondheidsgedrag. De verklaringmodellen kunnen daardoor met elkaar worden vermengd, waardoor elementen van het biomedische verklaringmodel en de twee niet-biomedische verklaringmodellen met elkaar kunnen worden gecombineerd. Het komt dus ook voor in Nederland dat mensen met een van oorsprong biomedisch verklaringmodel worden beïnvloed door niet-biomedische verklaringmodellen en daar elementen van overnemen.

4.3 Conclusie

Dit hoofdstuk is uitgegaan van de vraag: *Wat is de invloed van een naturalistisch en een personalistisch verklaringsmodel op het gezondheidsgedrag van patiënten?* Het is gebleken dat de invloed van een naturalistisch en een personalistisch verklaringsmodel op het gezondheidsgedrag van mensen samenhangt met het verklaringsmodel dat wordt aangehouden en de rol die illness daarbij speelt. Uit de literatuur komt naar voren dat illness wordt gevormd door persoonlijke, sociale en culturele factoren. Dit blijkt aan te sluiten bij de redenen waarom mensen gebruik maken van alternatieve en reguliere zorg en deze factoren zijn mede van invloed op het hulpzoekgedrag van patiënten.

Het gebruik maken van alternatieve zorg wordt bepaald door verschillende factoren die verbonden zijn aan de twee niet-biomedische verklaringmodellen. Een belangrijk punt is dat de niet-biomedische verklaringmodellen van mensen niet altijd aansluiten bij een reguliere behandeling. Mensen kunnen zich daarom meer verbonden voelen met alternatieve behandelingen, die dichter bij het eigen niet-biomedisch verklaringmodel liggen. Mensen met een personalistisch verklaringmodel zijn op zoek naar de agent die de ziekte heeft veroorzaakt en waarom, en daarnaast zijn ze op zoek naar zingeving. Mensen met een naturalistisch verklaringmodel zijn gericht op het herstellen van de balans of harmonie van lichamelijke en geestelijke elementen.

De verklaringmodellen en de bijbehorende kenmerken hebben daarnaast ook invloed op het hulpzoekgedrag van mensen als er hulp gezocht wordt in de reguliere zorg. Dit blijkt ten eerste naar voren te komen als er gekeken wordt naar de culturele constructie van ziekte en de individuele opvattingen en verwachtingen. In Nederland komen er verschillende verklaringmodellen voor, zowel biomedisch als niet-biomedisch. Dit heeft als gevolg dat mensen met verschillende verklaringmodellen elkaar beïnvloeden en elementen van de verschillende verklaringmodellen uitwisselen. Dit blijkt van invloed te zijn op het zoeken naar hulp, aangezien het de kijk op ziekte en genezing verandert en het bepaalt of mensen gebruik maken van de reguliere en/of alternatieve zorg. Het blijkt dat mensen die elementen van verschillende verklaringmodellen combineren gebruik kunnen maken van de reguliere en de alternatieve zorg, zowel tegelijkertijd als los van elkaar.

Uit de literatuur komt verder naar voren dat de sociale omgeving een belangrijke factor is die het hulpzoekgedrag van mensen bepaald. Er is naar voren gekomen dat gesloten netwerken vaak voorkomen bij mensen met niet-biomedische verklaringmodellen, waarbij familie vaak een grote rol speelt. Dit blijkt invloed te hebben op het hulpzoekgedrag, aangezien er door mensen meer waarde gehecht kan worden aan de adviezen en hulp van de familie. Een diagnose of een reguliere behandeling die gegeven wordt door een medisch professional kan als minder belangrijk gezien worden dan de voorgestelde diagnose en behandeling van de familie. Dit heeft invloed op de hulp die mensen ontvangen en waar ze hulp gaan zoeken.

Uit de ziekteverklaring komt naar voren dat de mate waarin mensen hulp zoeken afhankelijk is van de verklaringmodellen die aangehouden worden. Mensen met een personalistisch verklaringmodel maken meer gebruik van de zorg dan mensen met een naturalistisch verklaringmodel. Uit de literatuur blijkt dat dit veroorzaakt wordt door het kenmerk van een personalistisch verklaringmodel dat de verantwoordelijkheid en de oorzaak van ziekte buiten de persoon zelf gelegd wordt. De hulp van een genezer is nodig om een ziekte te genezen. Mensen met een naturalistisch verklaringmodel gaan ervan uit dat ze zelf het gedrag kunnen vertonen dat leidt tot genezing. Om deze reden maken mensen met een naturalistisch verklaringmodel minder gebruik van de zorg. Het preventiegedrag blijkt daarnaast ook samen te hangen met de ziekteverklaring en bepaalt mede waarom er een verschil in zorggebruik is tussen mensen met een personalistisch en een naturalistisch verklaringmodel. Dit komt ook voornamelijk naar voren bij het personalistisch verklaringmodel en hangt samen met het gegeven dat het ontstaan van ziekte buiten de eigen verantwoordelijkheid wordt gesteld. Mensen met een personalistisch verklaringmodel zijn om deze reden minder snel geneigd om preventieve actie te ondernemen en om een reguliere behandeling te volgen. Dit blijkt ook in mindere mate voor te komen bij mensen met een naturalistisch verklaringmodel. Maar bij beide geldt dat er minder preventief gedrag wordt vertoond en dat daarmee samenhangend behandelingen minder worden opgevolgd als de behandelingen niet

aansluiten bij het verklaringsmodel. Dit is van invloed op het zoeken naar hulp en de hulp die ze uiteindelijk ontvangen.

Verder blijkt ziekte- uiting van invloed te zijn op hulpzoekgedrag. Somatiseren is hierbij een belangrijk kenmerk en blijkt voor te komen bij de twee niet-biomedische verklaringsmodellen. Echter blijkt het weer meer aanwezig te zijn bij mensen met een personalistisch verklaringsmodel, aangezien dit verklaringsmodel wordt gekenmerkt door het koppelen van sociale problemen aan lichamelijke klachten. Als deze patiënten in de reguliere zorg te maken krijgen met medische professionals, die zich alleen richten op de lichamelijke klachten, heeft dat invloed op de hulp die ze ontvangen en waar mensen uiteindelijk terecht komen voor wat in hun ogen de juiste hulp is voor hun klachten.

Ten slotte blijkt ziekte-ervaring invloed te hebben op het hulpzoekgedrag van mensen. De ervaring van ziekte bepaald wat mensen beoordelen als een ziekte en wat niet. Dit kan verschillend zijn voor de twee niet-biomedische verklaringsmodellen en kan afwijken van het biomedisch verklaringsmodel van medische professionals. Er is naar voren gekomen dat het niet erkennen van een diagnose hiermee samenhangt. Als de diagnose die gegeven wordt door een medisch professional niet geaccepteerd wordt omdat het niet overeenkomt met het verklaringsmodel van een patiënt, kan het ertoe leiden dat patiënten de diagnose niet accepteren en verder gaan zoeken naar andere zorg en behandelingen die wel aansluiten bij hun verklaringsmodel. Het niet erkennen van een diagnose blijkt verder samen te hangen met het stigmatiseren van een ziekte, dit blijkt voor te komen bij de twee niet-biomedische verklaringsmodellen. Als een ziekte niet erkend wordt in een verklaringsmodel kan het er toe leiden dat de ziekte niet geaccepteerd wordt, waardoor mensen niet naar buiten durven te treden met de ziekte. Dit heeft als gevolg dat mensen niet op de juiste plek hulp zoeken of dat ze niet de juiste zorg ontvangen.

Uit deze gegevens blijkt dat de verschillende kenmerken die samenhangen met een personalistisch en een naturalistisch verklaringsmodel van invloed kunnen zijn op het gezondheidsgedrag van patiënten.

5. COMMUNICATIE EN BEHANDELING IN DE BIOMEDISCHE PRAKTIJK

Nu bekend is wat de gedragskenmerken van patiënten zijn die een niet-biomedisch verklaringsmodel aanhouden wordt er onderzocht hoe deze kenmerken van invloed zijn op de praktijk. Er wordt uitgegaan van de vraag: *Wat is de invloed van patiënten met een naturalistisch of een personalistisch verklaringsmodel over ziekte en gezondheid, op de communicatie en behandeling in de gangbare biomedische praktijk in de gezondheidszorg?* Er wordt ingegaan op de verschillende factoren die de communicatie, relatie en behandeling tussen medische professionals en patiënten bepalen om te achterhalen wat voor invloed de gedragskenmerken van patiënten hebben in de reguliere zorg. Verder wordt er onderzocht welke problemen er ontstaan uit de interactie tussen medische professionals en patiënten en hoe medische professionals hiermee om zouden moeten gaan.

5.1 Verklaringsmodellen en klinische realiteit

De verklaringsmodellen van mensen zijn van invloed op de communicatie en de behandeling in de gezondheidszorg in Nederland. In de praktijk worden verklaringsmodellen ook wel aangeduid met het begrip 'klinische realiteit' van Kleinman (Harmsen, Meeuwesen, van Wieringen, Bernsen & Bruijnzeels, 2003). Klinische realiteit verwijst naar de invloed van cultuur en de sociale omgeving op de verklaringsmodellen van mensen en hoe zich dit uit in de praktijk. In hoofdstuk 4 is duidelijk geworden dat persoonlijke ervaringen, familie, sociale netwerken en sociale invloeden het perspectief van mensen op ziekte en gezondheid bepalen (Kempen & van Eijk, 2005; Suurmond et al., 2005; van der Geest, 2005; Bruijnzeels & Foets, 2005). Deze invloeden bepalen de klinische realiteit, of verklaringsmodellen, van patiënten. Ook medische professionals hebben een klinische realiteit die gevormd wordt door de medische opleiding en hun eigen culturele en sociale omgeving, waardoor medische professionals andere verklaringsmodellen hebben dan hun patiënten (Harmsen et al., 2003). Deze verschillen in verklaringsmodellen komen in dit onderzoek tot uiting bij een vergelijking tussen medische professionals die een biomedisch perspectief aanhouden en patiënten die uitgaan van niet-biomedische verklaringsmodellen. Het feit dat medische professionals en patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen andere verklaringen van gezondheid en ziekte aanhouden is van invloed op de manier waarop gezondheidsproblemen worden gepresenteerd, het is van invloed op de uitkomst van het consult en de behandeling die daaruit voortkomt. De enige manier om hoogte te krijgen van elkaars klinische realiteit is door verklaringsmodellen uit te wisselen (Harmsen et al., 2003). Communicatie is daarbij van belang. Communicatie tussen medische professionals en patiënten bepaald vervolgens het verloop van de behandeling. In hoofdstuk 4 is er aandacht besteed aan het hulpzoekgedrag en het zorggebruik van patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen. Dit gedrag is van invloed op de gezondheidszorg en op de medische professionals die in contact komen met patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen. De invloed van mensen met andere verklaringsmodellen in de biomedische praktijk in Nederland wordt onderzocht aan de hand van communicatie tussen medische professionals en patiënten, en de behandeling van deze patiënten.

5.2 Communicatie

Uit onderzoek van Harmsen et al. (2003) blijkt dat communicatie vooral een uitdaging is bij patiënten die biomedische en niet-biomedische invloeden met elkaar combineren in de gezondheidszorg. Dat mensen invloeden met elkaar combineren is al toegelicht in het vorige hoofdstuk en werd daar beschreven als acculturatieproces. Dit proces wordt ook beschreven door van Bekkum, van den Ende, Heezen en van de Bergh (1996). De invloeden van het westers biomedisch verklaringsmodel op niet-biomedische verklaringsmodellen en andersom, is van invloed op de gezondheidszorgpraktijk. De verklaringsmodellen van de medische professionals en van de patiënten zijn beide van invloed op de communicatie in de gezondheidszorg.

Medische professionals krijgen te maken met patiënten die afwijkende verklaringen, uitingen en ervaringen, van ziekte en gezondheid hebben (van der Geest, 2005). De context van de diagnostiek en de communicatie is voor patiënten anders dan voor medische professionals (van Dulmen, Bensing & Kruijver, 2002). De context wordt onder andere bepaald door de persoonlijkheid van de patiënt, de inbreng, verwachtingen en hulpvraag van de patiënt. Aan de andere kant spelen ook organisatorische en structurele kenmerken van de gezondheidszorg mee. Een belangrijk aspect van het laatste is of medische professionals ervaring hebben met patiënten die niet-biomedische verklaringen aanhouden. De medisch professional krijgt op meerder manieren met andere verklaringen van mensen te maken in de praktijk, zoals beschreven staat in het vierde hoofdstuk.

De communicatie tussen de medisch professional en de patiënt wordt behandeld aan de hand van de factoren die de patiënt- medisch professional communicatie bepalen, zoals vastgesteld door Ong et al. (1995). Deze factoren zijn het creëren van een goede inter-persoonlijke relatie, het uitwisselen van informatie en het maken van behandeling gerelateerde beslissingen. Deze factoren sluiten bovendien ook aan bij de factoren die de patiënt- medisch professional relatie bepaald (van Dulmen, 2001). Deze factoren zijn verwachtingen van de patiënt en de zorgverlener, het uiten van emotie door de patiënt, empathie en informatieverstrekking door de medisch professional. De factoren zullen ook in verband gebracht worden met de behandeling van patiënten met niet-biomedische verklaringen. De laatste factor die samenhangt met communicatie, het maken van behandeling gerelateerde beslissingen, wordt besproken onder het kopje behandeling.

5.2.1 Inter-persoonlijke relatie

Voor het ontstaan van effectieve communicatie tussen medische professionals en patiënten moet er een goede inter-persoonlijke relatie gevormd worden (Ong et al., 1995). Om dit tot stand te brengen moet er sprake van zijn vertrouwen van patiënt in de medisch professional en de verwachtingen van de patiënt moeten overeenkomen met de verwachtingen van de medisch professional (van Dulmen, 2001).

Om het vertrouwen te winnen van een patiënt is het van belang dat er een overeenstemming is tussen het verklaringenmodel van de patiënt en van de medisch professional (Harmsen & Bruijnzeels, 2005). Dit wordt tot stand gebracht door communicatie tussen beide partijen. Medische professionals krijgen in de reguliere zorg te maken met patiënten die geen biomedisch verklaringenmodel aanhouden (van Bekkum et al., 1996). Als medische professionals in contact komen met patiënten die andere verklaringenmodellen aanhouden over ziekte en gezondheid, ontstaat er een interactie tussen de verschillende verklaringenmodellen. Dit is van invloed op het vertrouwen van de patiënt (van Dulmen, 2001). Hulpverlening op zich heeft een symbolische betekenis en kan voor geruststelling zorgen. Alleen al het bieden van een oplossing kan helpen. Maar zoals uit hoofdstuk 4 blijkt ligt het bieden van een oplossing niet altijd voor de hand. Medische professionals krijgen te maken met andere ziekte verklaringen, uitingen en ervaringen van patiënten (van der Geest, 2005). Aangezien de verklaringenmodellen van de patiënten en de medische professionals niet overeenkomen wordt de vertrouwensband beïnvloed.

Het uiten van emoties speelt een belangrijke rol bij de communicatie tussen patiënten en medische professionals en is van invloed op het onderling vertrouwen (van Dulmen, 2001). Praten over symptomen en de ziekte- ervaring heeft invloed op de gezondheidstoestand van een persoon. Het niet uiten van gevoelens kan dienen als een stressor en heeft invloed op de perceptie van ziekte van een patiënt. Praten over de ervaringen van een ziekte blijkt voor een groot deel verantwoordelijk te zijn voor de communicatie en hun therapeutisch handelen van de medisch professional. Dit geldt vooral voor de somatische zorg. Zoals naar voren kwam in hoofdstuk 4 is er sprake van somatisering bij patiënten die een personalistisch en een naturalistisch verklaringenmodel aanhouden (Foster, 1976). Praten over de ervaring van ziekte is hierbij van belang, patiënten en medische professionals zoeken daarbij naar wederzijds begrip (Schouten, Meeuwesen & Harmsen, 2005). Dit wederzijds begrip wordt bepaald door de mate waarin de verklaringenmodellen van de patiënten en de medische professionals overeenkomen of door elkaar worden geaccepteerd. Als er geen wederzijds begrip is,

kan dat leiden tot wantrouwen en wordt de uiting van een patiënt over een klacht wellicht niet begrepen door een medisch professional.

Daarnaast heeft empathie effect op de vertrouwensband met de medisch professional (van Dulmen, 2001). Patiënten hebben naast het krijgen van advies ook behoefte aan geruststelling, aandacht en erkenning. Patiënten zijn sneller tevreden als er aandacht geschonken wordt aan de betekenis die de klachten voor hen hebben. Als patiënten andere verklaringsmodellen hebben kan de medisch professional niet altijd in deze behoefte voorzien, omdat de patiënten anders tegen ziekte en gezondheid aankijken.

De verwachtingen van de patiënt en de medisch professional zijn ook van invloed op de communicatie tussen beide partijen (van Dulmen, 2001). Door de interactie tussen de verklaringsmodellen krijgt de medisch professional inzicht in het feit dat er andere opvattingen over ziekte, gezondheid en behandeling bestaan. Dit heeft tot gevolg dat de medisch professional anders aan gaat kijken tegen de eigen diagnose van een ziekte en het therapeutisch handelen (van Bekkum et al., 1996). Aan de andere kant komt de patiënt ook in contact met een perspectief over ziekte en gezondheid dat niet overeenkomt met zijn eigen verklaringmodel. Dit heeft als gevolg dat medische professionals en patiënten andere verwachtingen hebben over de communicatie (van Dulmen, 2001). Als er sprake is van vertrouwen zijn er meer positieve verwachtingen (van Dulmen, 2001). Maar het blijkt dat vertrouwen niet altijd gemakkelijk tot stand te brengen is wanneer patiënten andere verklaringsmodellen aanhouden dan medische professionals, waardoor er minder positieve verwachtingen ontstaan. Mensen met een personalistisch verklaringmodel zijn vaak op zoek naar zingeving en nemen deze behoefte mee in hun verwachtingen (Hoffer, 2005^a). Mensen met een naturalistisch verklaringmodel willen een oplossing voor het probleem dat zijn zelf aandragen en gaan er niet van uit dat een medisch professional een (andere) diagnose stelt (Foster, 1976). Medische professionals zijn hier niet altijd op bedacht en zullen niet altijd ingaan op de sociale problemen die er spelen. In plaats daarvan richten zij zich op de lichamelijke klachten die een patiënt uit. De verwachtingen van de patiënten worden dan niet vervuld. De verklaringsmodellen zorgen voor andere verwachtingen van de patiënt en de medisch professional en beïnvloed zo de onderlinge communicatie en relatie.

5.2.1.1 Communicatieproblemen: Verklaringsmodellen

Zoals beschreven, is het belangrijk dat verklaringmodellen tussen medische professionals en patiënten worden uitgewisseld om te komen tot goede klinische communicatie. De inter-persoonlijke relatie die gevormd wordt tussen patiënten en medische professionals is hierbij van belang. Echter komen er bepaalde problemen voor tussen patiënten en medische professionals met betrekking tot communicatie die samenhangen met de inter-persoonlijke relatie.

Volgens Kleinman en Benson (2006) komt het in de praktijk voor dat verklaringmodellen van patiënten verkeerd gebruikt worden door medische professionals. De verklaringmodellen worden gebruikt als meetinstrument, wat als gevolg heeft dat de modellen gebruik worden om een gesprek te beëindigen in plaats van te beginnen. Dit leidt ertoe dat de menselijke ervaringen van illness worden omgezet in technische concepten, waardoor de ervaring van patiënten in de klinische setting verloren gaat omdat er geen aandacht aan geschonken wordt. Verklaringsmodellen zouden medische professionals ertoe aan moeten zetten om op het niveau van de patiënt te communiceren en om hun expert kennis gelijk te stellen aan de verklaringmodellen van de patiënten in plaats van erboven.

Een belangrijk punt is dat de verklaringmodellen en de context van de patiënt voor de medisch professional duidelijk moet zijn, anders bestaat het gevaar dat de informatie die een patiënt geeft niet direct op de juiste plaats valt (van Bekkum et al., 1996). De verklaringmodellen moeten gebruikt worden om het gesprek te openen over de betekenis van de zorg (Kleinman & Benson, 2006). De medische professionals moeten openen staan voor de verschillen met de patiënt. Er zou gevraagd moeten worden naar het individu zelf en niet naar de culturele achtergrond. Als er wel naar de cultuur gevraagd wordt, er daarvan uitgegaan wordt, kan dit tot problemen leiden. Een probleem dat hieruit voortkomt is onjuiste generalisatie en culturalisering. In het vierde hoofdstuk zijn de twee

niet-biomedische verklaringmodellen en de daaraan verbonden alternatieve geneeswijzen besproken. De verklaringmodellen en de alternatieve geneeswijzen werden daarbij gekoppeld aan bepaalde bevolkingsgroepen waaronder de verklaringmodellen en geneeswijzen vaak voorkomen. Het is hierbij van belang te beseffen dat deze verklaringmodellen en geneeswijzen niet alleen bij deze mensen voorkomen, en dat er niet vanuit gegaan moet worden dat mensen van de genoemde bevolkingsgroepen automatisch een niet-biomedisch verklaringmodel aanhouden. Een Marokkaan hoeft bijvoorbeeld geen personalistisch verklaringmodel aan te houden, maar kan ook een biomedisch verklaringmodel hebben. Aan de andere kant kan het ook voorkomen dat een Nederlander een niet-biomedisch verklaringmodel aanhoudt. In de praktijk komt het voor dat medische professionals uitgaan van de cultuur en de afkomst van een persoon en daaruit conclusies trekken over het verklaringmodel. Dit kan leiden tot onjuiste generalisatie en culturalisering (Hoffer, 2012^c).

5.2.1.2 *Communicatieproblemen: Onjuiste generalisatie en culturalisering*

Culturalisering en onjuiste generalisatie komen voor omdat medische professionals uitgaan van de statische kant van cultuur, die wil zeggen dat cultuur wordt gekoppeld aan tradities en gewoontes. Het gedrag van mensen wordt herleid tot culturele factoren (Hoffer, 2012^c). Als er uitgegaan wordt van de statische aspecten van cultuur, kan dat leiden tot culturalisering. Als er gezocht wordt naar verklaringen voor bepaalde opvattingen over ziekte en hulpzoekgedrag wordt er vaak onbewust uitgegaan van de cultuur van het land van herkomst van patiënten. Patiënten worden gekoppeld aan een cultuur en hun ideeën en gewoontes worden herleid tot een cultureel kenmerk (Suurmond et al., 2005). Dit kan leiden tot stereotypen over hoe patiënten denken en hoe daarmee omgegaan moet worden. Culturaliseren kan leiden tot verschillende problemen (Hoffer, 2012^c).

Ten eerste wordt er geen aandacht geschonden aan de diversiteit van een cultuur, er wordt voorbij gegaan aan de etniciteit (Suurmond et al., 2005). Etniciteit verwijst naar de verschillen die er bestaan tussen groepen mensen die een gezamenlijke cultuur hebben (Hoffer, 2010^a). Zo bestaan er onder Marokkaanse Nederlanders Berbers en Arabieren. Onder Turkse Nederlanders vind je onder ander etnische Turken en Koerden. Deze verschillende etnische groepen hebben anderen normen en waarden en andere verklaringmodellen, waarmee rekening gehouden moet worden in de gezondheidszorg.

Ten tweede kan de cultuur en de culturele constructie van ziekte en gezondheid van een persoon veranderen als ze in aanraking komen met een andere cultuur (Hoffer, 2012^c). Zoals in hoofdstuk 4 besproken is, heeft dit effect op de identiteitsvorming. Mensen met niet-biomedische verklaringmodellen en mensen met een biomedisch verklaringmodel komen met elkaar in contact en kunnen verschillende elementen van de verklaringmodellen overnemen. Als er alleen uitgegaan wordt van de afkomst van een persoon, kan dit leiden tot onjuiste aannames over het verklaringmodel van een persoon.

Ten derde worden er onjuiste generalisaties en stereotyperingen gedaan, die door anderen worden overgenomen (Hoffer, 2012^c). Voorbeelden van deze generalisaties en stereotyperingen zijn dat niet-westerse patiënten geen onderscheid maken tussen lichaam en geest, dat Marokkanen geen psychische ziekten kennen en dat zij deze ziektes zien als lichamelijk of als bovennatuurlijk, en dat Nederlanders het bestaan van psychosomatische ziekten niet erkennen. Dit heeft als gevolg dat medische professionals bepaalde voorgeschreven regels aanhouden over hoe ze een patiënt moeten benaderen (Kleinman & Benson, 2006).

Ten slotte leidt te veel aandacht voor de cultuur van een patiënt ertoe dat de verschillen met de Nederlandse cultuur worden benadrukt, in plaats van uit te gaan van de overeenkomsten (Hoffer, 2012^c).

Culturaliseren en onjuiste generalisatie kunnen ervoor zorgen dat de medisch professional patiënten met vooroordelen benaderd (Hoffer, 2012^c). Dit heeft gevolgen voor de communicatie en het opbouwen van een goede relatie. Doordat medische professionals zich op een bepaalde manier gedragen, vragen stellen en uitspraken doen, kan een patiënt het gevoel krijgen dat het helemaal niet over hem gaat. Dit is bijvoorbeeld het geval als een Creoolse patiënt benaderd wordt als iemand

die een personalistisch verklaringsmodel aanhoudt. Om misverstanden te voorkomen moeten medische professionals zich verdiepen in de verklaringsmodellen van de patiënten om achter de opvattingen over ziekte te komen (Suurmond et al., 2005). De medisch professional moet daarbij ook rekening houden met zijn eigen opvattingen, vooroordelen en onjuiste generalisaties. Alleen dan kan de medisch professional de patiënt op zijn eigen gedrag beoordelen in plaats van af te gaan op de kenmerken van de cultuur waartoe een patiënt behoort.

5.2.2 *Uitwisselen van informatie*

Het uitwisselen van informatie is een tweede factor dat de medisch professional- patiënt communicatie bepaald en sluit aan bij de verwachtingen van patiënten en medische professionals. Een medisch professional kan zorgen voor een therapeutisch effect door de symptomen te benoemen en de diagnose te stellen (van Dulmen, 2001). De medisch professional moet informatie hebben om de goede diagnose te stellen en een behandelplan te maken (Ong et al., 1995). Dit komt tot stand door informatie geven en informatie ontvangen tussen de medisch professional en de patiënt. Patiënten geven informatie over de symptomen en de medisch professional haalt hier de relevante informatie uit. Doordat medische professionals en patiënten andere verklaringsmodellen hebben, kan dit van invloed zijn op het stellen van de diagnose wanneer medische professionals geen rekening houden met de verklaringsmodellen van patiënten. De patiënt wil gehoord en begrepen worden en heeft ook aandacht voor de sociale implicaties terwijl de medisch professional zich voornamelijk richt op het objectief beoordelen van een ziekte (Ong et al., 1995). De medisch professional moet oog hebben voor de perceptie van illness van een patiënt en de gevoelens en verwachtingen die geassocieerd zijn met de ziekte om te komen tot een goede informatie uitwisseling met de patiënt.

Zoals uit hoofdstuk 4 blijkt kunnen mensen met niet-biomedische verklaringsmodellen zich anders uiten dan mensen met een biomedisch verklaringsmodel. Dit kan effect hebben op het stellen van een diagnose, vooral wanneer patiënten hun klachten uiten op een manier die niet aansluit bij de biomedische praktijk van de medisch professional (Suurmond et al., 2005). Bepaald gedrag dat in een cultuur als normaal gezien wordt, is dat in een andere cultuur niet. Ervaringen die verbonden zijn aan een cultuur en een verklaringsmodel, zoals trance, bezetenheid of dosha's, kunnen vreemd overkomen op een reguliere Nederlandse arts. Dit kan moeilijkheden opleveren voor het stellen van een diagnose, aangezien er anders tegen de klachten aangekeken wordt door de patiënt en de medisch professional. Daarnaast heeft het somatiseren van klachten invloed op het stellen van een diagnose, aangezien het tot gevolg kan hebben dat medische professionals niet achter de ware aard van het probleem kunnen komen omdat er uit gegaan wordt van lichamelijke klachten. Het gedrag van medische professionals is hierop ook van invloed. Medische professionals kunnen geneigd zijn om te psychologiseren, wat inhoudt dat er meer aandacht besteed wordt aan psychologische factoren bij een patiënt en er minder rekening gehouden wordt met de sociale situatie (Tijdink & van Es, 2003). Dit kan ook invloed hebben op het stellen van een diagnose.

Het stellen van een diagnose wordt ook beïnvloed doordat patiënten hun symptomen stigmatiseren, dit kan ertoe leiden dat mensen hun klachten niet uiten of er niet over willen wens te praten. Dit heeft vervolgens effect op het niet erkennen van een ziekte door patiënten of een misdiagnose door een medisch professional. De uitwisseling van informatie heeft hier mogelijk onder te lijden.

Verder is hierbij belang dat familie een belangrijke rol speelt bij een groot deel van de mensen die een niet-biomedisch verklaringsmodel aanhouden. Dit heeft invloed op de informatie uitwisseling. De informatie die de patiënt geeft over de gezondheidssituatie hangt vaak samen met de situatie in de familie. De informatie die een patiënt ontvangt is niet alleen voor de patiënt van belang, maar ook voor de familie. Heel de familie wordt dan ook vaak bij een consult betrokken. Dit is te zien bij het personalistisch verklaringsmodel in een onderzoek van Hoffer (2005^a). Als er problemen zijn in de familie treft dat vaak niet één familielid, maar een heel gezin. Een Marokkaanse man is met zijn gezin naar Nederland gemigreerd en heeft sindsdien te kampen met diverse klachten. Zijn vrouw heeft last van hoofdpijn en bezoekt daarvoor regelmatig de huisarts. Zijn dochter heeft

psychische problemen en is daarvoor onder behandeling bij een GGZ instelling. Vanuit het personalistisch verklaringsmodel van het gezin werd er vastgesteld dat er sprake was van zwarte magie. De man, vrouw en de dochter kregen hiervoor amuletten mee van een Islamitische genezer. De genezer hield zich ook bezig met de sociale problemen van het gezin, namelijk het verkrijgen van de Nederlandse nationaliteit voor de dochter. Toen dit eenmaal geregeld was verdwenen de klachten van de leden van het gezin. Dit laat zien dat een gezin of zelfs een hele familie te maken kan krijgen met ziektes of bepaalde klachten. Informatie van het hele gezin is daarbij nodig om achter het probleem van de klachten te komen.

Familie kan ook belangrijk zijn voor mensen die een naturalistisch verklaringsmodel aanhouden. Dit is onder andere te zien onder mensen van Chinese afkomst die in Nederland wonen (Smits et al., 2006). Als er problemen in het gezin of de familie zijn is er sprake van disharmonie. De ziekte van een persoon tast dan de hele familie aan en zorgt ervoor dat het uit balans raakt. De informatie die een patiënt ontvangt over zijn situatie is in het belang voor de hele familie. Het komt dan ook voor dat diverse familieleden bij de diagnose en de behandeling betrokken worden door de patiënt om de harmonie in de familie te herstellen.

Medische professionals moeten hierbij rekening houden dat de diagnose die gesteld wordt, door een patiënt niet kan worden geaccepteerd als de familie zich niet kan vinden in de diagnose.

5.2.2.1 Communicatieproblemen: Diagnose stellen

Duidelijkheid over de verklaringmodellen van een patiënt is van belang en heeft invloed op de klinische communicatie. Er is al beschreven dat een goede inter-persoonlijke relatie, uitwisseling van informatie en het maken van behandelingsgerelateerde beslissingen belangrijke factoren zijn van de medisch professional - patiënt communicatie (Ong et al., 1995). Daarnaast zijn factoren als vertrouwen, verwachtingen van de patiënten en de medische professionals, emotie en empathie hierop van invloed (van Dulmen, 2001). Een belangrijk punt hierbij is dat er wederzijds begrip moet zijn van de verklaringmodellen van de medische professionals en de patiënten (Harmsen et al., 2003). Als medische professionals geen rekening houden met de niet-biomedische verklaringmodellen van patiënten, heeft dit gevolgen voor de verschillende factoren die de medisch professional- patiënt communicatie en relatie vormgeven. Een belangrijk probleem dat kan ontstaan als er geen sprake is van wederzijds begrip, is dat de communicatie tussen medisch professional en patiënt kan leiden tot het stellen van een misdiagnose (van Wieringen et al., 2002).

Patiënten drukken zich in een consult anders uit dan de medische professionals gewend zijn, mensen gedragen zich volgens een personalistisch of een naturalistisch verklaringmodel (van Bekkum et al., 1996). Als de informatie die gegeven wordt door een patiënt vreemd is voor de medisch professional wordt de informatie niet altijd goed verwerkt. Dat mensen zich anders uitdrukken omdat ze ziekte anders ervaren en verklaren, heeft invloed op het stellen van een diagnose (Reis, 2004). Een diagnose komt voort uit de betekenisvolle elementen die geuit worden door de patiënt en door de manier waarop deze elementen worden gehanteerd en geïnterpreteerd door de medisch professional. Deze interpretatie door de medisch professional is dus afhankelijk van het gedrag van de patiënt en de communicatie en relatie met de patiënt.

Het stellen van een diagnose wordt daarnaast ook beïnvloed doordat patiënten en medische professionals andere opvattingen hebben over het doel van het consult (van Bekkum et al., 1996). Deze verschillende opvattingen tussen patiënten en medische professionals hebben invloed op het werk van de medische professionals en het stellen van een diagnose. De verschillende opvattingen over het doel van het consult en het stellen van een diagnose kunnen door een medisch professional als bedreigend worden ervaren omdat er onzekerheid heerst over de gestelde diagnose, omdat er geen goede werkrelatie ontstaat of omdat de therapeutische interventies niet aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt (van Bekkum et al., 1996). De medisch professional kan het gevoel krijgen zijn werk niet goed te doen omdat de communicatie met de patiënten moeizaam verloopt. Dit kan machteloosheid en irritatie bij de medisch professional als gevolg hebben. Om zichzelf hier tegen te wapenen, kunnen medische professionals zich sterk richten op de eigen westerse biomedische visie van ziekte en behandeling. Als de medisch professional dit perspectief

aanhoudt is er minder begrip en acceptatie voor het niet-biomedische verklaringsmodel van de patiënt. Het gevolg daarvan is dat de problemen van de patiënt niet worden erkend of dat het gedrag verkeerd wordt ingeschat. Zo kunnen er problemen ontstaan omdat mensen met een personalistisch of een naturalistisch verklaringsmodel ziekte anders uiten, ervaren en verklaren. Bepaald gedrag dat in een bepaald verklaringsmodel als normaal gezien wordt, is dat in een ander verklaringsmodel niet (Suurmond et al., 2005). Dit kan het stellen van een diagnose lastig maken, aangezien bovennatuurlijke uitingen van ziekte ten onrechte aangezien kunnen worden als bijvoorbeeld een psychische stoornis. De reactie van de medisch professional is ook van invloed op het gedrag van de patiënt. Als de het verklaringsmodel van de patiënt niet wordt geaccepteerd door de medisch professional omdat die vasthoudt aan zijn eigen denkbeelden, gaat dit ten kosten van een goede communicatie en relatie tussen beide. Als er geen goede relatie en communicatie bestaat tussen de medisch professional en de patiënt zullen patiënten een diagnose minder snel accepteren of niet erkennen (van der Geest, 2005). Dit heeft wellicht tot gevolg dat patiënten ergens anders hulp gaan zoeken, zoals bij verschillende alternatieve genezers (Hoffer, 2005^a). Dat ze geen passende diagnose en behandeling vinden in de reguliere zorg, komt (voor een deel) doordat de verklaringsmodellen van de patiënten niet begrepen worden door de reguliere medische professionals, en omdat communicatie en diagnose niet aansluiten bij de belevingswereld van de patiënten.

5.2.3 De rol van de medisch professional met betrekking tot communicatie

Het krijgen van inzicht in de belevingswereld en de verklaringsmodellen van patiënten is van belang voor de communicatie (Hoffer, 2005^a). Medische professionals moeten rekening houden met verschillende patiëntgroepen die niet-biomedische verklaringsmodellen aanhouden (Suurmond et al., 2005). Kennis over verschillende verklaringsmodellen geeft medische professionals inzicht in de verklaringsmodellen van patiënten, en daarnaast geeft het ook inzicht in de eigen culturele achtergrond in het kader van betekenisgeving (Harmsen & Bruijnzeels, 2005). Dit is van belang voor de interactie tussen medische professionals en patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen. Medische professionals zouden tijdens hun opleiding al geleerd moeten worden om rekening te houden van de verschillende verklaringsmodellen van patiënten (Hoffer, 2005^a). Medische professionals moeten actief leren vragen naar de verklaringsmodellen en belevingswereld van patiënten, waarbij er meer aandacht zou moeten zijn voor culturele aspecten in het kader van zingeving. Er moet gevraagd worden naar belangrijke concepten uit de verklaringsmodellen van patiënten, zoals winti, djinn, magie en lichamelijke elementen zoals dosha's en tsji (Hoffer, 2012^b; van Wijk, 2006). Het is hierbij van belang dat de medische professionals een open houding hebben en zonder vooroordelen en stereotypering naar de patiënten luisteren om hun opvattingen, gevoelens en gedragingen te begrijpen (Hoffer, 2010^a). Dit wordt ook als een belangrijke ontwikkeling genoemd door Suurmond et al. (2005). Er zou sprake moeten zijn van wederzijds begrip, empathie en vertrouwen tussen patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen en medische professionals. Er moet gestreefd worden naar een open en respectvolle communicatie, waarbij de medisch professional zich bewust is van andere verklaringsmodellen van patiënten. De aandacht van de medisch professional zou gericht moeten zijn op de verklaringsmodellen van de patiënt en die van zichzelf om de verschillen en de overeenkomsten te identificeren. Als de afstand tussen medische professionals en patiënten kleiner wordt is de kans groter dat er een open houding en een betere communicatie ontstaat. De medisch professional zou buiten zijn eigen traditionele kader van denken en handelen moeten treden. Medische professionals zouden hiervoor twee drempels moeten nemen: ze moeten de hulpvraag van patiënten expliciet aan de orde stellen in het contact met patiënten (Hoffer, 2010^a). Medische professionals moeten nieuwe vaardigheden ontwikkelen voor de communicatie en omgang met patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen (Harmsen & Bruijnzeels, 2005). De medische professionals moet zich in de context van de patiënt verdiepen en de communicatie daarop afstemmen. Het is hierbij van belang te beseffen dat de verantwoordelijkheid hiervoor ook bij de patiënten ligt, maar de medisch professional zou de eerste stappen moeten zetten. Daarnaast

moeten medische professionals meer vraaggericht gaan werken, door zich te verdiepen in wat patiënten met andere verklaring modellen nodig hebben in de zorg (Hoffer, 2010^a).

5.4 Behandeling

Het communiceren tijdens een consult en het stellen van een diagnose bepaald de behandeling (van Dulmen, 2001). De invloed van patiënten met niet-biomedische verklaring modellen in de praktijk wordt besproken door in te gaan op het maken van behandelingsgerelateerde beslissingen en therapietrouw. De problemen die hieruit voortkomen worden daarna toegelicht. Verder wordt er ingegaan op de positie van alternatieve geneeswijzen in Nederland en de relatie die medische professionals hebben met alternatieve genezers. De problemen die ontstaan doordat mensen met niet-biomedische verklaring modellen van zowel de reguliere als alternatieve zorg gebruik kunnen maken worden als laatste beschreven.

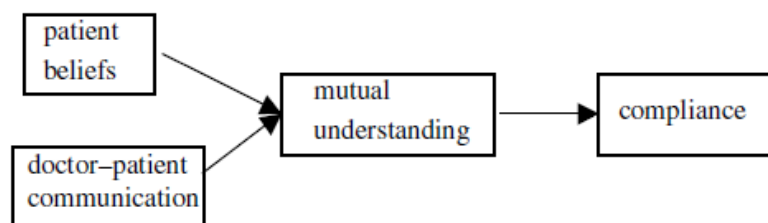
5.4.1 Het maken van behandeling gerelateerde beslissingen

Het maken van medische beslissingen is de laatste factor die bepalend is voor de communicatie tussen patiënten en medische professionals, en heeft invloed op het verloop van de behandeling. Het maken van medische beslissingen wordt beïnvloed door het gedrag van patiënten met niet- biomedische verklaring modellen (Ong et al., 1995). Een patiënt kan zich eerder aan een behandeling verbinden als de behandeling en het behandelplan betekenis hebben in hun eigen verklaring model (van Bekkum et al., 1996). Wanneer de verklaring modellen van de medisch professional en de patiënt niet ver uit elkaar liggen, kan de medisch professional ingaan op de biomedische opvattingen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij mensen die zowel biomedisch denken als niet-biomedisch. Als het gat tussen de verklaring modellen te groot is, is het vaak niet mogelijk en ook niet wenselijk om het westerse biomedische perspectief aan te houden. Wederzijds begrip is dus ook een belangrijke factor die bepalend is voor de behandeling.

5.4.2 Therapietrouw

Therapietrouw is een belangrijk begrip dat verbonden is aan de effectiviteit van een behandeling en hangt samen met het maken van een behandeling gerelateerde beslissing (Harmsen et al., 2003). Therapietrouw verwijst naar de mate waarin het gedrag van patiënten in termen van het gebruik van medicijnen, het houden van een dieet of het aanbrengen van veranderingen in leefwijze overeenkomt met het voorschrift van de arts (Verbeek-Heida, 2005).

Wederzijds begrip en tevredenheid met de medisch professional blijkt een sterke voorspeller te zijn voor therapietrouw (Harmsen et al., 2003). Deze twee factoren worden beïnvloed door de inter-persoonlijke relatie en de informatie uitwisseling tussen patiënten en medisch professional (van Dulmen, 2001). Dit wordt geïllustreerd in het model van van Wieringen et al. (2002) in figuur 2.



Figuur 2 Wederzijds begrip en therapietrouw. Verkregen van 'Intercultural communication in general practice', door Wieringen van, J. C., Harmsen, J. A., & Bruijnzeels, M. A., 2002, *The European journal of public health*, 12(1), 64

Patients beliefs verwijzen naar de verklaring modellen van patiënten. Dit kan verbonden worden aan de personalistische en naturalistische verklaring modellen en de gedragskenmerken van mensen die deze verklaring modellen aan houden. Deze gedragskenmerken hebben invloed op de factoren die van invloed zijn op de medisch professional – patiënt communicatie, zoals in de voorgaande tekst beschreven is. Deze communicatiefactoren hebben invloed op het ontstaan van wederzijds begrip

tussen medische professionals en patiënten, en bepalen daarmee de therapietrouw (Harmsen et al., 2003).

5.4.2.1 Problemen met de behandeling: Therapietrouw

Zoals beschreven is onder het kopje communicatie, is communicatie over verklaringenmodellen tussen medische professionals en patiënten van invloed op het stellen van een diagnose. Het stellen van een diagnose en de communicatie tussen patiënten en medische professionals heeft ook invloed op de therapietrouw van patiënten. Als de communicatie gebrekkig verloopt heeft dat gevolgen voor de therapietrouw (Harmsen et al., 2003). Het blijkt dat patiënten die een 'traditioneel' (compleet naturalistisch of personalistisch) verklaringenmodel hebben en patiënten die zowel invloeden uit de biomedische praktijk als niet-biomedische invloeden aanhouden, een slechtere therapietrouw hebben. Een verklaring voor minder therapietrouw is dat mensen in twee culturen leven wat voor verwarring kan zorgen, of omdat de medisch professional moeite heeft met het waarnemen van het juiste culturele niveau van de patiënt om wederzijdse misverstanden te voorkomen, of een interactie van beide (Harmsen et al., 2003). Als er sprake is van een slechte communicatie wordt het wederzijds begrip en de therapietrouw lager en kan dit negatieve gevolgen hebben voor de behandeling van de patiënt. Als er dus geen overeenstemming is van de verklaringenmodellen en de patiënt het niet eens is met de verklaring van de medisch professional over de oorzaak van een ziekte, of als patiënten het niet eens zijn met de manier waarop de ziekte moet worden aangepakt, zal er minder vertrouwen zijn in de behandeling waardoor mensen eerder geneigd zullen zijn zich er niet aan te houden (Suurmond et al., 2005).

Dit blijkt ook uit het preventiegedrag van mensen met een personalistisch en een naturalistisch verklaringenmodel (Foster, 1976). Het kan problematisch zijn dat mensen met een personalistisch verklaringenmodel de oorzaak van ziekte buiten de eigen controle plaatsen. Preventief gedrag wordt hierdoor niet altijd doorgevoerd. Dit is onder andere te zien bij HIV/AIDS (Suurmond et al., 2005). Mensen met een personalistisch verklaringenmodel kunnen ervan uit gaan dat ze de ziekte krijgen doordat ze zich onfatsoenlijk gedragen hebben door seks te hebben met vreemdelingen of een prostituee, waardoor ze als bovennatuurlijke straf HIV/AIDS krijgen. De gedachte hierbij is dat als ze een fatsoenlijke partner vinden, ze de ziekte niet kunnen krijgen. Omdat ze denken dat de ziekte veroorzaakt wordt door een agent of een bovennatuurlijke kracht zullen ze niet veel vertrouwen hebben in de bescherming van een condoom en zullen er ook minder gebruik van maken. Preventiegedrag van mensen die een naturalistisch verklaringenmodel aanhouden kan ook invloed hebben op de therapietrouw. Mensen met dit verklaringenmodel gaan ervan uit dat onpersoonlijke factoren of omstandigheden een ziekte kunnen veroorzaken. Dit is bijvoorbeeld het geval als ze zich niet gedragen volgens de leefregels van de Ayurveda, waardoor er negatieve invloeden ontstaan die hun gezondheid aantasten (van Es, 2000). Als mensen denken dat ze ziek zijn geworden doordat ze zich niet volgens de regels gedragen hebben, zullen ze wellicht eerder geneigd zijn om hun gedrag aan te passen om zo beter te worden. De preventieve behandeling die een reguliere arts aanbeveelt zullen in dit geval misschien niet geaccepteerd worden. De therapietrouw kan daardoor lager worden.

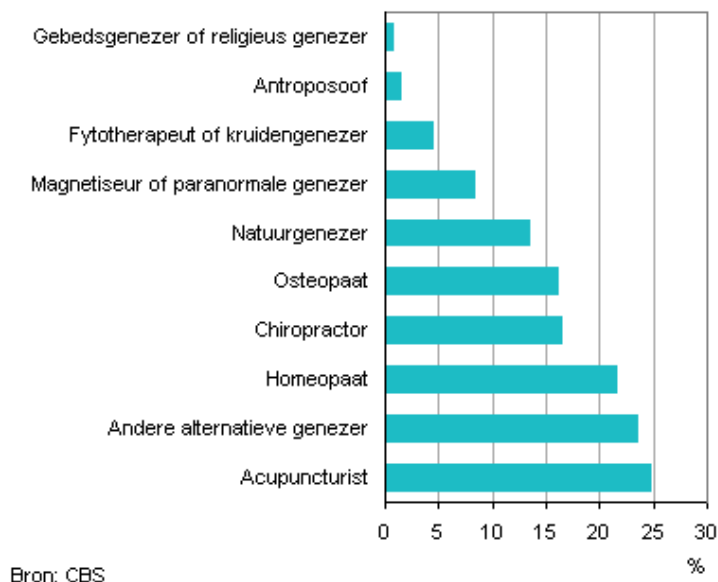
5.4.3 Alternatieve zorg in Nederland

Het is belangrijk dat een medisch professional op de hoogte is van de ervaringen, eerdere aandoeningen en behandelingen van een patiënt (van Dulmen, 2001). Dat dit niet altijd het geval is, blijkt uit het gebruik van alternatieve geneeswijzen door patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen. Tegenwoordig komt het steeds meer voor dat patiënten zelf iets in te brengen hebben over hun behandeling, terwijl dit eerst alleen voorbestemd was voor de medisch professional (Ong et al., 1995). Dat patiënten zelf ook beslissingen maken over hun behandeling komt naar voren uit het gebruik van alternatieve geneeswijzen onder mensen met niet-biomedische verklaringenmodellen.

Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat mensen met niet-biomedische verklaringenmodellen gebruik kunnen maken van zowel de reguliere zorg als de alternatieve zorg (Hoffer, 2012^b). Volgens

het CBS (2014) waren er in 2010-2012 bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve genezer, wat overeenkomt met bijna 6 procent van de Nederlandse bevolking. De alternatieve genezers die het meest bezocht worden staan weergegeven in figuur 3. Volgens het CBS (2014) lag het percentage mensen die een gebedsgenezer of een religieuze genezer bezochten in 2010-2012 op ongeveer 2 procent van de bevolking. Volgens Hoffer (2012^b) bezoeken mensen zowel een reguliere arts als een personalistische alternatieve arts omdat er op twee niveaus gedacht wordt. Aan de ene kant hebben mensen een pragmatische instelling, patiënten staan dan positief ten opzichte van toepassingen van de biomedische praktijk. Dit verklaart waarom mensen een reguliere arts bezoeken. Aan de andere kant kunnen mensen hun zorggebruik ook baseren op een filosofisch-existentieel niveau. Patiënten plaatsen klachten in een religieus of spiritueel kader en bezoeken daarvoor een alternatieve genezer.

Mensen met een naturalistisch verklingsmodel bezoeken een alternatieve genezer omdat de behandelingen aansluiten bij het idee dat de lichamelijke en geestelijke elementen een eenheid vormen (Astin, 1998). Deze vorm van alternatieve geneeswijze blijkt het meeste voor te komen in Nederland. In 2010-2012 was een kwart van de mensen die gebruik maken van een alternatieve genezer onder behandeling van een acupuncturist (CBS, 2014). Ook kruidengeneeskundige werden bezocht, ongeveer 4 procent van de Nederlandse bevolking geeft aan gebruik te maken van deze geneeswijze. Deze geneeswijze sluiten aan bij de Chinese geneeswijze, die in hoofdstuk 4 beschreven is (van Wijk, 2006^b).



Figuur 3 Type genezer onder mensen onder behandeling van een alternatieve genezer, 2010-2012. Verkregen van "Bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve genezer", door Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014.

5.4.4 Alternatieve genezers in Nederland

Reguliere medische professionals krijgen te maken met mensen die naast de reguliere behandeling gebruik maken van een alternatieve geneeswijze (Hoffer, 2005^a). De alternatieve zorg neemt toe in Nederland (CBS, 2014). Dit is ook te zien aan het aantal alternatieve genezers in Nederland en de positie die ze innemen. Volgens van Wijk (2006^b) kon in het jaar 2000 het aantal Islamitische genezers geschat worden op 100. In 2000 zouden er ook ongeveer 200 Wintigenezers actief zijn in Nederland. De positie van Wintigenezers neemt de laatste jaren steeds meer toen, het AMC onderhoud al voor enkele jaren een werkrelatie met deze genezers. Verder zijn er in Nederland ongeveer 40 ayurveda artsen en 150 ayurveda therapeuten, dit aantal neemt met de jaren toe. Er zijn in Nederland vijf opleidingen voor ayurveda therapie en twee aansluitende beroepsorganisaties. Met betrekking tot de Chinese geneeskunde zijn er ruim 2500 beoefenaars ingeschreven bij zeven beroepsvereniging voor acupunctuur en oosterse geneeskunde. Er zijn vijftien opleidingen voor Chinese geneeskunde in Nederland. Dit laat zien dat de alternatieve geneeskunde een belangrijk

aandeel heeft in de Nederlandse gezondheidszorg, vandaar dat reguliere medische professionals hier ook steeds meer mee te maken krijgen.

5.4.5 Relatie alternatieve genezer en reguliere medisch professional

Het blijkt dat er nog geen goede werkrelatie is ontstaan tussen medische professionals en alternatieve genezers (Atalay, Haman, Hoffer & May, 2010). Uit onderzoek van Hoffer (2010^b) blijkt dat het toch wel eens voorkomt dat reguliere en alternatieve genezers met elkaar samenwerken. Echter zou er door een medisch professional niet actief gezocht moeten worden naar een alternatieve genezer, maar er zou wel mee moeten worden samengewerkt aangezien de behandeling van een alternatieve genezer invloed kan hebben op een reguliere behandeling (Hoffer, 2012^b). Reguliere medische professionals kunnen uit eigen beweging een patiënt adviseren om een alternatieve genezer te bezoeken (Hoffer, 2012^b). Maar het blijkt dat medische professionals patiënten vaak niet doorverwijzen naar een alternatieve genezer (Atalay et al., 2010). Meningen over het doorverwijzen van patiënten worden gegeven door Atalay, Hoffer en May, onderzoekers en deskundigen die actief zijn in de gezondheidszorg. In dit geval gaat het over de vraag of patiënten moeten worden doorverwezen naar een Wintigenezer. De overheersende mening is dat de reguliere medische professionals zelf de patiënt hulp en behandeling moeten bieden die nodig is, zonder daarbij de hulp in te schakelen van een alternatieve genezer. Reguliere medische professionals zouden voorzichtig moeten zijn met het doorverwijzen van patiënten volgens Hoffer (2012^b). Er moet vanuit gegaan worden dat patiënten naar een reguliere instelling komen om een reguliere behandeling te krijgen, het kan vreemd overkomen op een patiënt als een medisch professional ze doorverwijst naar een alternatieve genezer. Dit sluit aan bij het gegeven dat niet iedereen evenveel waarde hecht aan een bepaald verklaringmodel en de daarbij behorende alternatieve geneeswijzen, zoals als naar voren is gekomen in de voorgaande deelvragen. Daarnaast moet er rekening mee gehouden worden dat reguliere medisch professionals en alternatieve genezers niet dezelfde expertise hebben (Hoffer, 2012^b). Een medisch professional heeft niet voldoende kennis over het alternatieve zorg gebied om een patiënt door te kunnen verwijzen. Hoffer geeft aan dat een reguliere medisch professional hoeft zich niet te verdiepen in alternatieve geneeswijzen, als ze er maar voor open staan (Atalay et al., 2010). Atalay (Atalay et al., 2010) gaat verder in op het idee van Hoffer en benadrukt dat medische professionals meer informatie zou moeten krijgen over alternatieve geneeswijzen, met als doel dat medische professionals zelf de hulp aan patiënten kunnen voorzetten zonder dat er hoeft worden doorverwezen naar alternatieve genezers. Atalay (Atalay et al., 2010) staat negatief tegen doorverwijzen naar alternatieve genezers, omdat hij van mening is dat alternatieve genezers misbruik kunnen maken van de machteloosheid en de slachtofferrol van de patiënt. Uit deze meningen komt naar voren dat er geen goede werkrelatie bestaat tussen alternatieve genezers en medische professionals. Dit geldt ook voor alternatieve geneeswijzen die aansluiten bij het naturalistisch verklaringmodel (Busch & Visser, 2012). Als er gekeken wordt naar huisartsen is er weinig sprake van het doorverwijzen van patiënten naar bijvoorbeeld een acupuncturist. Het komt wel eens voor maar er wordt niet structureel doorverwezen. Dit kan leiden tot verschillende problemen met betrekking tot de behandeling van patiënten.

5.4.5.1 Problemen met de behandeling: Gezondheidszorgfaciliteiten

Zoals in de vorige twee deelvragen is besproken, kunnen mensen naast de reguliere zorg ook gebruik maken van alternatieve zorg (Hoffer, 2005^a). Communicatie en wederzijds begrip hebben hier invloed op. Volgens Hoffer (2005^a) bezoeken mensen alternatieve genezers omdat er sprake is van teleurstelling over de reguliere behandeling of omdat patiënten ervan overtuigd zijn dat er sprake is van een bovennatuurlijke oorzaak waaraan een reguliere medisch professional niks kan doen. Voor mensen met een naturalistisch verklaringmodel geldt dat zij alternatieve genezers bezoeken omdat ze geen genezing of passende behandeling vinden in de reguliere zorg (Busch & Visser, 2012). Uit de voorgaande tekst kwam al naar voren dat er geen goede werkrelatie bestaat tussen reguliere medische professionals en alternatieve genezers. Dit kan invloed hebben op de

behandeling van patiënten, als patiënten van zowel reguliere behandelingen gebruik maken als van alternatieve behandelingen (Hoffer, 2012^b).

Het probleem is dat er bijna geen sprake is van regulering van de alternatieve geneeswijzen in Nederland (Hoffer, 2005^a). Formeel hebben reguliere instellingen de regel dat het gebruik van alternatieve zorg door patiënten niet afgewezen wordt, maar dat er zelf geen contact wordt onderhouden met alternatieve genezers. Omdat reguliere medische professionals toch in contact komen met alternatieve genezers doordat patiënten gebruik maken van alternatieve zorg, moeten medische professionals zelf hun weg zien te vinden. Dit kan er in de praktijk toe leiden dat reguliere medische professionals en alternatieve genezers informele en ad-hoc contacten met elkaar onderhouden. Dit is formeel ongepast, maar het wordt vaak toch oogluikend toegestaan door reguliere instellingen. Volgens May (Atalay et al., 2010) werken medische professionals niet vaak samen met alternatieve genezers omdat er niet veel bekend is over effectiviteit en de betrouwbaarheid van de behandeling van deze genezers. Het speelt ook mee dat medische professionals vaak niet weten welke alternatieve genezers betrouwbaar zijn. Volgens May zijn de patiënten en de familie zelf beter op de hoogte welke genezer er betrouwbaar is en welke niet, de patiënt zou dit daarom zelf moeten beslissen of ze een alternatieve genezer bezoeken. Hoffer (2012^b) onderstreept dit en geeft aan dat medische professionals zich eraan bewust zouden moeten zijn dat patiënten naast de reguliere zorg ook gebruik kunnen maken van alternatieve zorg. Medische professionals zouden daarom moeten vragen of patiënten al eens contact hebben gehad met een alternatieve genezer, waarom ze gebruik maken van alternatieve zorg, welke behandeling ze daar (hebben) ondergaan en wat ze eraan hebben gehad. Vooral het gegeven of de patiënten een alternatieve behandeling volgen is belangrijk voor een reguliere medisch professional. Als een patiënt gebruikt maakt van alternatieve zorg naast de reguliere zorg kan dat van invloed zijn op de reguliere behandeling. Het kan leiden tot problemen als de medisch professional niet op de hoogte is van wat de alternatieve genezer als behandeling voorstelt. De behandelingen kunnen elkaar namelijk tegen werken.

Het probleem hierbij is dat patiënten vaak niet aan een medisch professional doorgeven dat ze ook gebruik maken van een alternatieve behandeling. Dit kan van invloed zijn op de behandeling die ze ondergaan bij de reguliere medisch professional. Dit is bijvoorbeeld te zien bij mensen die gebruik maken van behandelingen die gerelateerd zijn aan het naturalistisch verklaringsmodel. Het blijkt dat de helft van de patiënten niet aan de huisarts doorgeeft dat er gebruik gemaakt wordt van alternatieve geneeswijzen. Dit leidt ertoe dat medische professionals en alternatieve genezers niet goed op de hoogte zijn van elkaars handelen en van de informatie en behandelingen die patiënten ontvangen (Busch & Visser, 2012). Een gevolg hiervan is dat patiënten tegenstrijdige informatie en behandelingen kunnen ontvangen. Bij mensen die gebruik maken van Ayurveda geneesmiddelen en Chinese geneesmiddelen kan het grote gevolgen hebben als ze deze middelen gebruiken in combinatie met reguliere medicijnen, als de medisch professional hier niet van op de hoogte is. Dit komt voor een groot deel omdat Ayurveda middelen en Chinese geneesmiddelen in Nederland gewoon in de winkel gekocht kunnen worden zonder recept (van Wijk, 2006^b). Medische professionals zijn vaak niet op de hoogte van het gebruik van deze alternatieve geneesmiddelen door patiënten. Dit kan gevaarlijk zijn, blijkt uit meerdere onderzoeken die gedaan zijn naar de interactie tussen deze zelfmiddelen, of geneeskrachtige kruiden, en farmaceutische medicijnen (Fugh-Berman, 2000). De interactie tussen de kruiden en de medicijnen kunnen de farmacologische of toxicologische effecten van beide verhogen of verlagen. Als mensen naast de reguliere medicijnen ook alternatieve medicijnen gebruikt zonder dat de medisch professional hier weet van heeft, kan dit de behandeling beïnvloeden en kan het gevolgen hebben voor de gezondheid.

In een onderzoek van Hoffer (2005^a) wordt hetzelfde probleem beschreven bij mensen die een personalistisch verklaringsmodel aanhouden en alternatieve genezers bezoeken. Het onderzoek was gericht op een Marokkaanse jongen die leed aan een psychische ziekte, en zijn vader. De vader was het niet eens met de voorgeschreven therapie en medicijnen die zijn zoon voorgeschreven kreeg in de reguliere zorg. De vader ging er namelijk van uit dat zijn zoon bezeten was door een geest. De reguliere medisch professional wilde de behandeling aanpassen, zodat het beter aan zou sluiten bij

het verklaringmodel van de vader en de zoon. Er werd hiervoor ook hulp gezocht bij een Islamitische genezer. De alternatieve genezer voerde verschillende rituelen uit om de geest te verdrijven, en raadde de jongen aan om zijn medicijneninname, die voorgeschreven was door de reguliere medische professional, te verlagen. De reguliere medische professional was in dit geval niet op de hoogte van het feit dat de jongen minder medicijnen innam. Als alternatieve genezers zulke beslissingen maken buiten een medisch professional om kan dat natuurlijk grote gevolgen hebben voor de behandeling en gezondheid van een patiënt. Medische professionals zijn dus vaak niet op de hoogte wat alternatieve genezers voor behandeling geven, waardoor de effectiviteit van de reguliere behandeling lager kan worden.

Het overkoepelde probleem bij de beschreven situatie is dat bepaalde structurele oorzaken en problemen van ziekte onduidelijk en onderbehandeld blijven (Hoffer, 2005^a). Dit kan grote gevolgen hebben voor de gezondheidstoestand van mensen met niet-biomedische verklaringmodellen.

5.4.6 De rol van medische professionals met betrekking tot behandeling

Er blijkt sprake te zijn van een opkomst van alternatieve geneeswijzen, en van mensen met niet-biomedische verklaringmodellen die gebruik maken van deze alternatieve geneeswijzen. De medische professionals krijgen mee hier te maken als er gekeken wordt naar de behandeling van deze patiënten, en of de reguliere behandeling effectief is voor deze patiënten. Volgens Kleinman (1978) vindt er effectieve behandeling en genezing plaats als er sprake is van een sociale en persoonlijke betekenis voor de ervaring van ziekte. De culturele betekenis van illness, dat invloed heeft op de perceptie, waardering en de uitdrukking van symptomen en het ziektegedrag, is een onderdeel van het genezingsproces. Bovendien bepalen sociale regels voor het evalueren van een behandeling hoe succesvol een behandeling wordt beoordeeld. Als ziekte en behandeling een betekenis krijgen, en de gerelateerd sociale spanningen en culturele principes opgelost zijn, kan er bij een patiënt sprake zijn van acceptatie, ook als de ziekte niet verdwijnt. Acceptatie van een ziekte wordt bereikt als de patiënt ervaart dat de medisch professional zijn perspectief begrijpt en ervaart (van Bekkum et al., 1996). Het begrijpen van het verklaringmodel van de patiënt is net zoals bij de communicatie ook bij de behandeling van belang. Medische professionals zouden begrip moeten tonen voor het verklaringmodel van een patiënt. Dit houdt echter niet in dat de medisch professional de ideeën van een patiënt moet onderschrijven. Er zou sprake moeten zijn van een uitwisseling waarbij de medisch professional en de patiënt naar elkaar luisteren om de verklaringmodellen te overbruggen en te komen tot een effectieve behandeling die aansluit bij het perspectief van de patiënt. De medisch professional heeft hierbij de taak om respect te tonen voor andere verklaringmodellen en om niet te veel toe te geven aan de eigen westerse biomedische opvattingen, omdat dit kan zorgen voor een minder effectieve behandeling. De kennis van een medisch professional over de verklaringmodellen van de patiënt en een goede uitwisseling van verklaringmodellen met de medisch professional is van belang, maar volgens Harmsen et al. (2003) is zelfs dan een effectieve behandeling nog niet te garanderen. Het is volgens Hoffer, Haman, May en Atalay (2010) van belang om aandacht te besteden aan de verklaringmodellen van patiënten. Er moet niet naar gestreefd worden dat de medisch professional hetzelfde gelooft als de patiënt, als er maar aandacht besteed aan wat de patiënt gelooft. Als medische professionals hier geen rekening mee houden wordt er voorbij gegaan aan de visie en beleving van de patiënt, wat gevolgen heeft voor de communicatie en daaruit voortvloeit ook voor de behandeling. Het bewust omgaan met voldoende en goede kennis over de verklaringmodellen van patiënten kan helend werken.

In dit licht zou er ook meer aandacht besteedt kunnen worden aan het placebo-effect (Busch & Visser, 2012). Het placebo-effect houdt in dat het zelfhelend vermogen van patiënten toeneemt als hulpverleners een contact creëren waarin de patiënt zich prettig en begrepen voelt. Dit placebo-effect is aanwezig bij alle artsen, dus zowel bij reguliere medische professionals als bij alternatieve genezers. Het placebo-effect kan echter groter zijn voor mensen als zij een alternatieve genezer bezoeken, aangezien de genezers actief inspelen op de behoeften van patiënten die aansluiten bij hun verklaringmodel (Hoffer, 2005^a). Reguliere medische professionals zouden aandacht moeten

besteden aan begrip voor de verklaringenmodellen van patiënten, door de communicatie en behandeling daarop af te stemmen zal de therapietrouw verhogen en zal de behandeling eerder als effectief gezien worden.

5.5 Conclusie

Dit hoofdstuk is gericht op het beantwoorden van de vraag: *Wat is de invloed van patiënten met een naturalistisch of een personalistisch verklaringenmodel over ziekte en gezondheid, op de communicatie en behandeling in de gangbare biomedische praktijk in de gezondheidszorg?* Het is gebleken dat de interactie tussen patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen en medische professionals met een biomedisch verklaringenmodel leidt tot verschillende situaties en problemen in de reguliere zorg als er gekeken wordt naar communicatie en behandeling.

Communicatie blijkt een belangrijk aspect te zijn van de patiënt- medisch professional relatie. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen, en dan vooral patiënten die elementen van niet-biomedische en biomedische verklaringenmodellen combineren, een uitdaging vormen voor de communicatie met medische professionals.

Ten eerste blijkt de inter-persoonlijke relatie tussen patiënten en medische professionals de communicatie te bepalen. Factoren die de relatie beïnvloeden zijn vertrouwen, het uiten van emotie, het ontvangen van empathie en de verwachtingen van de patiënten en de medische professionals. Wederzijds begrip blijkt de belangrijkste en bepalende factor te zijn. Doordat patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen zich anders uiten en gedragen dan medische professionals gewend zijn, is het vertrouwen, de mate van het uiten van emotie en het niveau van empathie lager. De patiënten en medische professionals zijn niet voldoende op de hoogte van elkaars verklaringenmodellen waardoor de communicatie langs elkaar heen loopt. De communicatie tussen patiënten en medische professionals verloopt slecht door bovengenoemde punten, en leidt tot een probleem in de praktijk. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat medische professionals te vaak uitgaan van de culturele achtergrond van een patiënt om het verklaringenmodel vast te stellen. Aangezien patiënten elementen uit verschillende verklaringenmodellen kunnen combineren en verklaringenmodellen kunnen aanhouden die over het algemeen niet gekoppeld worden aan de eigen cultuur, kan dit leiden tot culturalisatie. Dit heeft als gevolg dat medische professionals patiënten benaderen aan de hand van het door de medisch professional bepaalde verklaringenmodel. Dit blijkt te leiden tot problemen met de communicatie, aangezien er dan geen sprake is van wederzijds begrip over de verklaringenmodellen van de medisch professionals en de patiënten wat belangrijk blijkt te zijn voor goede communicatie.

Een andere factor die van invloed is op de communicatie is het uitwisselen van informatie. De gedragskenmerken van patiënten met niet-biomedische verklaringenmodellen zijn bepalend voor hoe de informatie uitgewisseld en ontvangen wordt. Het is de taak van een medisch professional om de symptomen van een patiënt te benoemen en een diagnose te stellen. De medisch professional is hiervoor afhankelijk van de informatie die een patiënt aandraagt. Wederzijds begrip blijkt ook hierbij van belang te zijn. Als er geen begrip is voor een verklaringenmodel van een patiënt kan de informatie die gegeven wordt door een patiënt verkeerd begrepen worden door een medisch professional. Somatiseren blijkt hierop van invloed te zijn, aangezien medische professionals niet achter de ware aard van het probleem kunnen komen en geen goede diagnose kunnen stellen. Uit de literatuur komt verder naar voren dat medische professionals ook te veel kunnen psychologiseren, wat kan leiden tot minder begrip van de patiënt bij de informatie uitwisseling. Het uitwisselen van informatie blijkt ook beïnvloed te worden door de invloed van familie van de patiënt. Het blijkt vaak voor te komen dat de ziekte van een persoon een heel gezin of zelfs een hele familie treft. De hele familie of het hele gezin wordt dan bij de behandeling van een patiënt betrokken. Aangezien de informatie van de kant van de familie hierbij vaak zwaarder weegt dan de informatie die gegeven wordt door de medisch professional, kan dit ertoe leiden dat de informatie van een medisch professional niet gehoord en opgevolgd wordt. In zo'n geval moet heel het gezin of de familie betrokken worden bij een consult. Verder blijkt het feit dat patiënten klachten kunnen stigmatiseren invloed heeft op de informatie

uitwisseling. Als patiënten stigmatiseren uiten zijn hun klachten anders of drukken zij bepaalde klachten niet uit. Dit is ook verbonden aan het niet erkennen van een diagnose. Een diagnose komt voort uit de betekenisvolle elementen die geuit worden door de patiënt en door de manier waarop deze elementen worden gehanteerd en geïnterpreteerd door de medisch professional. Deze interpretatie door de medisch professional is dus afhankelijk van het gedrag van de patiënt en de communicatie en de relatie met de patiënt. Het stellen van een diagnose wordt daarnaast ook beïnvloed doordat patiënten en medische professionals andere opvattingen hebben over het doel van het consult. Uit de literatuur blijkt dat als medische professionals de verschillen met patiënten over het doel van het consult en de diagnose als bedreigend ziet, er een sterkere hang is naar het eigen biomedische verklaringsmodel. De medisch professional heeft dan nog minder aandacht voor het verklaringsmodel van een patiënt wat een grote invloed heeft op het stellen van een diagnose en het tot stand komen van wederzijds begrip.

De behandeling van een patiënt met een niet-biomedisch verklaringsmodel blijkt sterk afhankelijk te zijn van de communicatie tussen de patiënt en de medisch professional. Het maken van behandelingsgerelateerde beslissingen is de laatste factor die de communicatie tussen patiënt en medisch professional bepaald. Het blijkt dat een patiënt eerder instemt met een behandeling als de behandeling en het behandelplan aansluiten bij het verklaringsmodel. De medisch professional moet op de hoogte zijn van het verklaringsmodel van de patiënt om de juiste behandeling te kiezen. Uit de problemen met de communicatie is af te leiden dat dit niet altijd gemakkelijk blijkt te zijn.

Verder is naar voren gekomen dat therapietrouw een belangrijk onderdeel is van de behandeling van een patiënt. Wederzijds begrip en tevredenheid met de medisch professional blijkt een sterke voorspeller te zijn voor therapietrouw. Het blijkt dat patiënten die een 'traditioneel' (compleet naturalistisch of personalistisch) verklaringsmodel hebben en patiënten die zowel invloeden uit de biomedische praktijk als niet-biomedische invloeden aanhouden, een slechtere therapietrouw hebben. Een verklaring voor minder therapietrouw is dat mensen in twee culturen leven wat voor verwarring kan zorgen, of omdat de medisch professional moeite heeft met het waarnemen van het juiste culturele niveau van de patiënt om wederzijdse misverstanden te voorkomen, of een interactie van beide. Therapietrouw blijkt daarnaast ook samen te hangen met het preventiegedrag van mensen met niet-biomedische verklaringsmodellen. Dit blijkt vooral voor mensen met een personalistisch verklaringsmodel te gelden. Zij vertonen minder preventiegedrag en minder therapietrouw omdat zij de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van een ziekte buiten zichzelf leggen. Er is onder mensen met een naturalistisch verklaringsmodel minder sprake van een lagere therapietrouw als er gekeken wordt naar gedrag dat voortkomt uit het preventiegedrag.

Uit de literatuur komt naar voren dat de behandeling van patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen in de reguliere zorg beïnvloedt wordt doordat de patiënten ook gebruik kunnen maken van de alternatieve zorg. Patiënten kunnen zelfs tegelijkertijd van de reguliere als de alternatieve zorg gebruik maken. Uit de literatuur is verder naar voren gekomen dat er nog geen goede werkrelatie is ontstaan tussen medische professionals en alternatieve genezers. Het blijkt dat reguliere medische professionals niet actief zoeken naar samenwerking met een alternatieve genezer, en dat medische professionals in de reguliere zorg maar in weinig gevallen patiënten doorverwijzen naar een alternatieve genezer. Het blijkt dat de belangrijkste reden waarom er niet veel wordt samengewerkt voortkomt uit het feit dat er sprake is van weinig regulering van de alternatieve zorg en dat medische professionals geen zicht hebben op welke alternatieve genezers er betrouwbaar zijn. Dat er een slechte werkrelatie bestaat tussen reguliere medische professionals en patiënten leidt tot een belangrijk probleem met de behandeling. Medische professionals en alternatieve genezers zijn vaak niet op de hoogte zijn van het feit dat de patiënt die zij onder behandeling hebben van meerdere behandelingen gebruik maakt of heeft gemaakt. Dit kan ertoe leiden dat de behandelingen die de patiënt ontvangt elkaar tegen werken. Dit leidt tot minder effectieve behandelingen en kan zelfs gevaarlijk zijn als er medicijnen bij zijn betrokken. Medische professionals en alternatieve genezers blijken niet voldoende van elkaar op de hoogte zijn, wat een

negatieve uitwerking heeft op de behandeling van patiënten die naast de reguliere zorg gebruik maken van alternatieve zorg.

Uit de beschreven situaties en problemen met de communicatie en de situaties en problemen met de behandeling blijkt dat medische professionals niet voldoende aandacht schenken aan de verklaringsmodellen van patiënten die afwijken van het biomedische verklaringsmodel. Het krijgen van inzicht in de belevingswereld en de verklaringsmodellen van patiënten is van belang voor de communicatie en de behandeling. Wederzijds begrip is hierbij de belangrijkste factor.

6. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Er is in het onderzoek uitgegaan van de centrale onderzoeksvraag *‘Wat is er bekend over de consequenties, in termen van communicatie en behandeling, van niet-biomedische verklaring modellen over ziekte en gezondheid op de relatie tussen patiënten en medische professionals?’*

Uit het onderzoek is gebleken dat de gedragskenmerken van mensen met een niet-biomedisch verklaring model invloed hebben op de gezondheidszorg in Nederland en leiden tot verschillende consequenties voor de communicatie en de behandeling. Het belangrijkste punt is dat de verklaring modellen van de patiënten en de medische professionals niet overeenkomen. Hierdoor is er sprake van minder vertrouwen en daarmee samenhangend minder uiting van emotie door patiënten en minder empathie van de kant van de medisch professional. Daarnaast is er sprake van andere verwachtingen van de patiënt en de medisch professional, wat invloed heeft op de mate van vertrouwen en daarnaast op de uitwisseling van informatie. De context van de verklaring modellen van zowel de patiënt als de medisch professional moet duidelijk zijn om te zorgen voor wederzijds begrip. Wederzijds begrip van de verklaring modellen staat centraal, en is cruciaal voor de communicatie tussen patiënten en medische professionals. Wederzijds begrip is ook van invloed op de behandeling en blijkt een grote voorspeller van therapietrouw te zijn. Het niveau van de communicatie, wederzijds begrip en de relatie tussen patiënt en medisch professional bepalen de mate van therapietrouw. Therapietrouw blijkt lager te zijn onder mensen met niet-biomedische verklaring modellen in de reguliere zorg. Dit wordt naast wederzijds begrip voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat patiënten van zowel de reguliere zorg als alternatieve zorg gebruik kunnen maken, op hetzelfde moment of los van elkaar. Kortom, het niveau van communicatie en behandeling is lager bij mensen met niet-biomedische verklaring modellen die in contact komen met medische professionals die een biomedisch verklaring model aanhouden.

De consequenties voor de communicatie en de behandeling komen voort uit de verschillen tussen de niet-biomedische verklaring modellen van patiënten en het biomedisch verklaring model van de medische professionals. In Nederland houden medische professionals een biomedisch verklaring model aan, waarbij ziekte gezien wordt als disease (Hoffer, 2012^b). Dit houdt in dat ziekte gezien wordt als een aantoonbare afwijking van organen, weefsels of cellen of als een verstoring van de intra- psychische mechanismen. Patiënten met niet-biomedische verklaring modellen blijken een andere verklaring van ziekte te hebben, waarbij ziekte gezien wordt als illness. Ziekte wordt gezien als niet-technisch en persoonlijk, en is vaak gekoppeld aan levensproblemen (Kleinman, 1978). Deze andere benadering van ziekte leidt ertoe dat mensen andere verklaring modellen vormen over ziekte en gezondheid. Foster (1976) heeft een indeling gemaakt in twee niet-biomedische verklaring modellen, het personalistisch en het naturalistisch verklaring model. Deze twee verklaring modellen blijken een andere verklaring van ziekte en gezondheid te hebben en wijken beide af van het biomedisch verklaring model.

Het personalistisch verklaring model heeft als hoofdkenmerk dat de oorzaak van ziekte gezocht wordt bij een agent, die menselijk, niet-menselijk of bovennatuurlijk kan zijn. Magie en religie spelen hierbij een grote rol. Een ander belangrijk punt is dat lichamelijke klachten voort kunnen komen uit sociale problemen van een persoon. Het naturalistisch verklaring model gaat ervan uit dat ziekte ontstaat door een disbalans tussen lichamelijke en geestelijke elementen. De verantwoordelijkheid voor het ontstaan van een ziekte ligt bij het individu zelf en magie en religie spelen in dit verklaring model maar een kleine rol. Dit laat zien dat de kijk op ziekte en gezondheid verschilt tussen de niet-biomedische verklaring modellen en het biomedisch model. Deze andere kijk op ziekte en gezondheid van patiënten heeft invloed op de relatie met medische professionals die een biomedisch verklaring model aanhouden in de reguliere zorg.

Communicatie

Patiënten met niet-biomedische verklaring modellen hebben invloed op de communicatie met medische professionals die een biomedisch verklaring model aanhouden. Uit de literatuur komt naar voren dat de inter-persoonlijke relatie, het uitwisselen van informatie en het maken van behandelingsgerelateerde beslissingen de belangrijkste factoren zijn die de communicatie tussen patiënten en medische professionals bepalen. De gedragskenmerken van mensen die niet-biomedische verklaring modellen aanhouden blijken invloed uit te oefenen op de communicatie.

Dit komt ten eerste naar voren als er gekeken wordt naar de inter-persoonlijke relatie tussen patiënten met niet-biomedische verklaring modellen en medische professionals met een biomedisch verklaring model. De inter-persoonlijke relatie blijkt te worden beïnvloed door de mate van vertrouwen van de patiënt in de medisch professional, het uiten van emotie door de patiënt en de hoeveelheid empathie die de patiënt ontvangt van de medisch professional. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat deze drie factoren lager zijn onder patiënten die niet-biomedische verklaring modellen aanhouden in de reguliere zorg. Dit blijkt veroorzaakt te worden door het gegeven dat de verklaring modellen tussen patiënten en medische professionals niet overeenkomen, waardoor er geen sprake is van wederzijds begrip. De patiënten hebben geen aansluiting bij het biomedisch verklaring model, en de medische professionals houden te weinig rekening met de verklaring modellen van patiënten. De medische professionals kunnen daarom niet op een correcte manier ingaan op de klachten die een patiënt uit, waardoor het vertrouwen, het uiten van emotie en het niveau van empathie als lager wordt ervaren door de patiënt. Het niet begrijpen van de verklaring modellen van patiënten blijkt in de praktijk samen te hangen met culturaliseren, wat nog vaak voor blijkt te komen onder medische professionals. Als medische professionals culturaliseren wordt er een aanname gemaakt over het verklaring model van een patiënt door uit te gaan van de culturele afkomst van een persoon, en wordt er niet actief gevraagd naar het verklaring model. Medische professionals kunnen op deze manier het verklaring model van patiënten niet goed bepalen, aangezien uit de literatuur blijkt dat mensen niet altijd het verklaring model aanhouden dat het meeste voorkomt in de eigen cultuur. Daarnaast blijkt het in Nederland voor te komen dat mensen elementen van verschillende verklaring modellen combineren, het kan gaan om elementen van biomedische en niet-biomedische verklaring modellen. Uit de literatuur is ook naar voren gekomen dat de twee niet-biomedische verklaring modellen elkaar niet uitsluiten, en dat verschillende elementen van de verklaring modellen met elkaar gecombineerd kunnen worden. Er kan dus niet altijd van uitgegaan worden dat een persoon precies in het plaatje van een personalistisch, naturalistisch of biomedisch verklaring model past. De culturele constructie van ziekte en gezondheid blijkt een belangrijker voorspeller te zijn van het verklaring model dat mensen aanhouden. De culturele constructie geeft betekenis aan ziekte en gezondheid, en sluit aan bij de individuele verwachtingen en overtuigingen van mensen. Als medische professionals uitgaan van een bepaald verklaring model dat niet overeenkomt met het verklaring model van de patiënt blijkt dit een slechte uitwerking te hebben op de communicatie en de relatie met de patiënt.

Een ander belangrijk punt dat hierbij aansluit is dat de bestaande literatuur vaak gericht is op de cultuur van mensen en hoe dat invloed heeft op de verklaring modellen. Er zijn nog niet veel onderzoeken die zich echt richten op het gedrag dat mensen vertonen dat losstaat van de culturele achtergrond. Er is wel literatuur te vinden over de invloed van verschillende verklaring modellen, maar vaak zijn de onderzoeken gericht op migranten. De gedragingen die verbonden zijn aan de verklaring modellen komen in die onderzoeken niet duidelijk naar voren. In onderzoeken die zich richten op verschillende verklaring modellen en de invloed op patiënt- arts communicatie wordt er vaak ingegaan op de effecten van migratie, scholingsniveau van de patiënten en de taalbarrière. Er zouden meer onderzoeken gedaan moeten worden naar hoe mensen met een niet-biomedisch verklaring model zich gedragen en hoe dat van invloed is op de Nederlandse gezondheidszorg.

De slechte patiënt- medisch professional relatie die ontstaat doordat er geen sprake is van wederzijds begrip blijkt invloed te hebben op de informatie- uitwisseling tijdens een consult in de reguliere zorg. Uit dit onderzoek is gebleken dat patiënten met niet-biomedische

verklaringsmodellen hun klachten anders uiten dan een medisch professional gewend is. Dit blijkt consequenties te hebben voor het stellen van een diagnose. Ten eerste hebben patiënten een andere verklaring over het ontstaan van ziekte die afwijkt van het biomedisch verklaringsmodel, wat inhoudt dat de patiënt andere informatie verstrekt dan een medisch professional gewend is. Het is de taak van een medisch professional om de symptomen van een patiënt te benoemen en een diagnose te stellen. De medisch professional is hiervoor afhankelijk van de informatie die een patiënt aandraagt. Wederzijds begrip blijkt ook hierbij van belang te zijn. Als er geen begrip is voor een verklaringsmodel van een patiënt kan de informatie die gegeven wordt door een patiënt verkeerd begrepen worden door een medisch professional. Somatiseren blijkt hierop van invloed te zijn aangezien medische professionals niet achter de ware aard van het probleem kunnen komen en geen goede diagnose kunnen stellen. Uit de literatuur komt verder naar voren dat medische professionals ook te veel kunnen psychologiseren, wat ook kan leiden tot minder begrip van de patiënt bij de informatie uitwisseling. Het uitwisselen van informatie blijkt ook beïnvloed te worden door de sociale omgeving van een patiënt, en dan met name het gezin of de familie. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat een ziekte van een persoon een heel gezin of zelfs de hele familie kan treffen. Het gezin of de familie wordt bij de behandeling betrokken door de patiënt. De informatie die de familie van de patiënt geeft blijkt vaak eerder geaccepteerd te worden dan de informatie die verstrekt wordt door een medisch professional. Dit heeft als gevolg dat een diagnose niet geaccepteerd wordt. Een diagnose blijkt ook niet geaccepteerd te worden doordat de diagnose niet aansluit bij het verklaringsmodel van de patiënt. Uit de literatuur komt naar voren dat dit ook samenhangt met het gegeven dat patiënten klachten en ziektes kunnen stigmatiseren. In het geval dat de verklaring van ziekte en de bijbehorende diagnose en behandeling niet overeenkomt met het verklaringsmodel van een patiënt wordt de diagnose en de behandeling niet geaccepteerd. Een diagnose komt namelijk voort uit de betekenisvolle elementen die geuit worden door de patiënt en door de manier waarop deze elementen worden gehanteerd en geïnterpreteerd door de medisch professional. Deze interpretatie door de medisch professional is dus afhankelijk van het gedrag van de patiënt en de communicatie en relatie met de patiënt. Aangezien naar voren is gekomen dat de communicatie en de relatie tussen patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen en medische professionals negatief is, is het uitwisselen van informatie lastig, en wordt er niet altijd een goede diagnose gesteld. Een diagnose stellen blijkt daarnaast ook lastig te zijn doordat patiënten en medische professionals andere opvattingen hebben over het doel van het consult. Medische professionals hebben als doel de klachten die een patiënt aandraagt te interpreteren om te komen tot een diagnose en een behandeling. Patiënten met niet-biomedische verklaringsmodellen blijken een ander doel voor ogen te hebben en zien het stellen van een diagnose als secundair belang. Patiënten die een personalistisch verklaringsmodel aanhouden hebben als doel om te achterhalen welke agent verantwoordelijk is voor de ziekte en waarom en hoe de ziekmakende kracht van de agent kan worden tegengegaan. Mensen met een naturalistisch verklaringsmodel blijken een ander doel voor ogen te hebben. De patiënten hebben zelf al een diagnose gesteld en weten wat ze mankeren. Ze bezoeken een medisch professional om een oplossing te vinden voor het probleem dat ze zelf aandragen. Aangezien de doelen van mensen met een personalistisch en een naturalistisch verklaringsmodel niet overeenkomen met het doel van een consult van de medisch professional, kan het ertoe leiden dat een medisch professional de verschillen met zichzelf en de patiënten als bedreigend ervaart. Dit blijkt ertoe te leiden dat medische professionals minder aandacht hebben voor het verklaringsmodel van de patiënt en sterk uitgaan van het eigen biomedisch verklaringsmodel. Het wederzijds begrip wordt hierdoor lager en heeft een slechte uitwerking op de communicatie en de relatie met de patiënt.

Behandeling

De laatste factor die de communicatie tussen patiënten en medische professionals bepaald is het maken van behandelingsgerelateerde beslissingen. Dit hangt samen met de inter-persoonlijke relatie en het uitwisselen van informatie. Doordat de verklaringsmodellen van de patiënten en de medische professionals niet overeenkomen is het stellen van een diagnose lastig, wat er toe leidt dat

er geen goede beslissingen genomen kunnen worden over de behandeling. Dit heeft gevolgen voor de therapietrouw. Wederzijds begrip en een goede relatie tussen patiënt en medisch professional blijkt een sterkte voorspeller te zijn voor therapietrouw. Het blijkt dat patiënten die een ‘traditioneel’ (compleet naturalistisch of personalistisch) verklaringsmodel hebben en patiënten die zowel invloeden uit de biomedische praktijk als niet-biomedische invloeden aanhouden, een slechtere therapietrouw hebben. Een verklaring voor minder therapietrouw is dat mensen in twee culturen leven wat voor verwarring kan zorgen of omdat de medisch professional moeite heeft met het waarnemen van het juiste culturele niveau van de patiënt om wederzijdse misverstanden te voorkomen. Het kan ook een interactie zijn van beide. Therapietrouw blijkt ook gekoppeld te kunnen worden aan de onderliggende factoren die het preventiegedrag van patiënten bepalen. Mensen met een personalistisch verklaringsmodel vertonen minder preventiegedrag aangezien zij de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van een ziekte buiten zichzelf leggen. De patiënten die deze redenering aanhouden zijn daarom minder geneigd om een (preventieve) behandeling te volgen. Er is onder mensen met een naturalistisch verklaringsmodel minder sprake van een lagere therapietrouw als er gekeken wordt naar gedrag dat voortkomt uit het preventiegedrag.

Uit de literatuur komt naar voren dat de behandeling van patiënten met niet-biomedische verklaringmodellen in de reguliere zorg beïnvloedt wordt doordat de patiënten ook gebruik kunnen maken van de alternatieve zorg. Patiënten met niet-biomedische verklaringmodellen maken om een andere reden naast de reguliere zorg ook gebruik van de alternatieve zorg. Ten eerste blijkt het van belang te zijn dat de behandeling aansluit bij het verklaringmodel van de patiënt. Dat dit in de reguliere zorg niet het geval is, is al duidelijk geworden. Mensen met een personalistisch verklaringmodel bezoeken een alternatieve genezer in het kader van zingeving. In Nederland wordt er gebruik gemaakt van Islamitische genezers, Winti en Hindoeïstische geneeswijze door mensen met een personalistisch verklaringmodel. Vaak komt het onder deze patiënten voor dat problemen in het persoonlijke leven worden gekoppeld aan lichamelijke klachten. Medische professionals in de reguliere zorg blijken vaak niet voldoende aandacht te hebben voor de sociale kant van de problemen van de patiënten en richten zich alleen op de lichamelijke klachten. Patiënten krijgen hierdoor het gevoel niet begrepen te worden en zoeken hulp bij een alternatieve genezer. Voor mensen met een naturalistisch verklaringmodel blijkt dit ook te gelden. In Nederland sluiten de Chinese geneeswijze en Ayurveda aan bij het naturalistisch verklaringmodel. Mensen met een naturalistisch verklaringmodel zoeken hulp bij een alternatieve genezer omdat een reguliere medisch professional vaak niet gericht is op hun verklaring van ziekte. Patiënten met een naturalistisch verklaringmodel gaan bij een behandeling uit van het versterken van de energiestromen in het lichaam en van het terug in balans brengen van lichamelijke en geestelijke elementen. Dit sluit niet aan bij behandelingen die gegeven worden in de reguliere zorg.

Patiënten blijken tegelijkertijd van de reguliere als de alternatieve zorg gebruik te kunnen maken, en los van elkaar. Dat patiënten van zowel de reguliere als de alternatieve zorg gebruik kunnen maken blijkt verschillende consequenties te hebben voor de behandeling. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat het belangrijkste punt inhoudt dat er geen goede werkrelatie bestaat tussen reguliere medische professionals en alternatieve genezers. Dit leidt ertoe dat patiënten niet vaak doorverwezen worden van de reguliere zorg naar de alternatieve zorg terwijl alternatieve behandelingen bij zouden kunnen dragen aan de genezing en de gezondheid van mensen. Medische professionals blijken patiënten niet vaak door te verwijzen omdat er sprake is van weinig regulering in de alternatieve zorg en omdat medische professionals geen zicht hebben op welke alternatieve genezers betrouwbaar zijn.

De slechte werkrelatie die bestaat tussen medische professionals en alternatieve genezers blijkt te leiden tot een belangrijk probleem voor de behandeling van patiënten met niet-biomedische verklaringmodellen. Medische professionals zijn er vaak niet van op de hoogte dat patiënten ook onder behandeling van een alternatieve genezer staan, en omgekeerd. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat reguliere en alternatieve behandelingen elkaar tegen kunnen werken, waardoor de effectiviteit van de behandeling afneemt. Patiënten kunnen bovendien te maken krijgen met tegengestelde informatie en adviezen wat een negatieve uitwerking heeft op de therapietrouw. De

combinatie van een reguliere en een alternatieve behandeling kan zelfs gevaarlijk zijn, aangezien het ertoe kan leiden dat alternatieve genezers patiënten kunnen adviseren om medicijnen die voorgeschreven zijn door een medisch professional niet in te nemen. Voor mensen met een naturalistisch verklaringsmodel bestaat het gevaar dat de geneeskrachtige middelen die zonder recept te verkrijgen zijn een negatieve reactie hebben op medicijnen uit de reguliere zorg. Dat medische professionals en alternatieve genezers niet voldoende van elkaar op de hoogte zijn heeft dus een negatieve uitwerking op de behandeling van patiënten die naast de reguliere zorg gebruik maken van alternatieve zorg.

De aanwezigheid van patiënten met niet-biomedische verklaringmodellen in de reguliere zorg leidt dus tot verschillende consequenties voor de patiënt- medisch professional relatie. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat mensen met een personalistisch verklaringmodel meer invloed hebben op de relatie met de medisch professional, wat wellicht voorkomt uit het feit dat het personalistisch verklaringmodel meer afwijkt van het biomedisch verklaringmodel dan het naturalistisch verklaringmodel. Hierbij moet wel gezegd worden dat tijdens het uitvoeren van het onderzoek naar voren kwam dat er meer literatuur te vinden is over het personalistisch verklaringmodel. Verder is het zo dat er naar het personalistisch model vooral onderzoek is gedaan door Hoffer, die zelf ook aangeeft dat er te weinig bekend is over de invloed van mensen met een personalistisch verklaringmodel in de zorg. Over het naturalistisch verklaringmodel en de mensen die dit verklaringmodel aanhouden, is minder onderzoek gedaan. Er is echter wel redelijk veel onderzoek gedaan naar mensen die gebruik maken van alternatieve geneeswijzen die vooral betrekking hebben op het naturalistisch verklaringmodel zoals acupunctuur. Echter is deze literatuur vaak gericht op mensen die gebruik maken van deze geneeswijzen omdat ze ontevreden zijn over de reguliere zorg of geen effectieve behandeling konden vinden in de reguliere zorg. De link met de ziekteverklaring van het naturalisme is nog niet uitgebreid onderzocht.

Er is wel, vooral door Hoffer, aandacht besteed aan hoe de Nederlandse gezondheidszorg om zou moeten gaan met mensen die een niet-biomedisch verklaringmodel aanhouden. Er zou meer onderzoek gedaan moeten worden om te achterhalen hoe mensen zich gedragen die een personalistisch of naturalistisch verklaringmodel aanhouden in de zorg en waarom, en hoe dat het werk van de medische professionals beïnvloed. De aanbevelingen die gedaan zijn om een betere relatie te creëren tussen medische professionals en patiënten met afwijkende verklaringmodellen zouden verder moeten worden uitgewerkt, en uiteindelijk moeten worden toegepast in de zorg. De gezondheidszorg in Nederland zal hierdoor een belangrijke stap vooruit kunnen maken.

7. LITERATUURLIJST

- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *Jama*, 279(19), 1548-1553.
- Atalay, H., Haman, A., Hoffer, C., & May, R. (2010). Doorverwijzen? Kun je als reguliere hulpverlener verwijzen naar een wintigenezer? *Maatwerk*, 11(1), 14-16.
- Bekkum van, D., Ende van den, M., Heezen, S., & Bergh van de, A. (1996). Migratie als transitie: De liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In J. de Jong & M. van de Berg (red.), *Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie* (pp. 35-59). Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Breugelmans, S.M., Chasiotis, A., & Sam, D.L. (2011). Cross-Cultural Psychology, Research and Applications. *Cambridge: Cambridge university press*.
- Bruijnzeels, M., & Foets, M. (2005). Allochtonen, gezondheid en gezondheidszorg. In J.W. Aakster, & J.W. Groothoff (red.), *Medische sociologie, Sociologische perspectieven op ziekte en zorg* (pp. 143-150). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Busch, M., & Visser, A. (2012). Patiënt in nieuwe rol biedt kansen voor CAM. In M. Busch, N. Westerman, H.A. van Wietmarschen, E.P. van Wijk & R. van Wijk (red.), *Tijdschrift voor Integrale Geneeskunde jaargang 27 deel 5: patiëntenperspectief* (pp. 158-167). Harderwijk: Tijdschrift voor Integrale Geneeskunde.
- Cairo, A. (2012). Yeye Sani: an Afro-Surinamese concept of the self in a model of mental well being. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(5), 467-483.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014, 10 maart). *Bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve genezer*. Verkregen op 29 april 2014, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4041-wm.htm>
- Croonen, H. (2011). Ayurvedisch in balans. *Medisch Contact*, 66(51), 3210.
- Cross, M.J., March, L.M., Lapsley, H.M., Byrne, E., & Brooks, P.M. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, 45(1), 92-96.
- Dulmen van, S. (2001). De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts en wetenschap*, 44(11), 194-198.
- Dulmen van, S., Bensing, J., & Kruijver, I. (2002). De schoen wringt, maar waar? Discrepancies tussen het trainen, evalueren en praktiseren van consultvoeringsvaardigheden. *Huisarts en Wetenschap*, 45(01), 19-22.
- Elteren-Jansen van, M. (2003). *Een beetje hangerig...: alledaags handelen van Nederlandse, Nederlands-Indische en Surinaams-Hindoestaanse moeders bij gezondheidsproblemen van hun kinderen*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland.
- Es van, D. (2000). De migrant als patiënt: een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg. *Maarssen: Elsevier gezondheidszorg*.

Europa Ayurveda Centrum (2014). *Bij welke ziekten*. Verkregen op 10 juni 2014, via <http://www.ayu.nl/praktijk/bij-welke-ziekten/>

Foster, G.M. (1976). Disease etiologies in non-western medical systems. *American anthropologist*, 78(40), 773-782.

Fugh-Berman, A. (2000). Herb-drug interactions. *The Lancet*, 355(9198), 134-138.

Geest van der, S. (2005). 'Ziekte': sociale en culturele voorstellingen. In J.W. Aakster, & J.W. Groothoff (red.), *Medische sociologie, Sociologische perspectieven op ziekte en zorg* (pp. 47- 55). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Harmsen, H., & Bruijnzeels, M. (2005). Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit? *Huisarts en wetenschap*, 48(4), 765-770.

Harmsen, H., Meeuwesen, L., Wieringen van, J., Bernsen, R., & Bruijnzeels, M. (2003). When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient education and counseling*, 51(2), 99-106.

Hoffer, C. (2004). Geestelijke gezondheidszorg en cliëntenvisies: het consulteren van islamitische genezers als voorbeeld. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 34(3), 137-147.

a.Hoffer, C.B.M. (2005). 'Psychose' of 'djinn': verklaringsmodellen en interculturele communicatie in de GGZ. *Patient Care*, 4(4), 141-146.

b.Hoffer, C. (2005). Allochtone ouderen: de onverwachte oude dag in Nederland. In Onzichtbaar-onmisbaar. Ouderen in Rotterdam. Cahier 04 Essays, in opdracht van de Stedelijke Adviescommissie Ouderenbeleid (SAO), 7-29.

a. Hoffer, C. (2010). Neem niet aan, maar vraag!: Interculturele communicatie in de gezondheidszorg. *Phaxx*, 1, 12-14.

b.Hoffer, C. (2010). De GGZ en beleving van psychische ziekten onder allochtone Nederlanders. *Sociale Psychiatrie*, 29(93), 23.

a. Hoffer, C. (2012). Religieuze tradities, volksgeloof en religieuze geneeswijzen in multicultureel Nederland: implicaties voor de ggz-praktijk. In P.J. Verhagen, & H.J.G.M van Megen (red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 179-194). Utrecht: De Tijdstroom.

b. Hoffer, C. (2012). Fenomenologisch geïnspireerd onderzoek naar religieuze geneeswijzen en de betekenis daarvan voor de ggz. In P.J. Verhagen, & H.J.G.M van Megen (red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 365-379). Utrecht: De Tijdstroom.

c. Hoffer, C. (2012). Een dynamische benadering van cultuur en religie. In H. Sarneel (red.), *Interculturele Jeugd- en Opvoedhulp. Een cultureel venster op de hulpverlening aan migrantenjongeren en hun gezinnen* (pp. 66-69). Delft: Eburon.

IPS (8 augustus, 2012). Chinese geneeskunde wil wereld veroveren. *Trouw*, verkregen via <http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/3298301/2012/08/08/Chinese-geneeskunde-wil-wereld-veroveren.dhtml>

- Kelner, M., & Wellman, B. (1997). Health care and consumer choice: Medical and alternative therapies. *Social science & medicine*, 45(2), 203-212.
- Kempen, G.I.J.M., & Eijk van, J.Th.M. (2005). Patient, autonomie en hulpverlening. In J.W. Aakster, & J.W. Groothoff (red.), *Medische sociologie, Sociologische perspectieven op ziekte en zorg* (pp. 75-82). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*, 60(4), 420-430.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, 85-93.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry (Vol. 3). Londen: University of California Press.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS medicine*, 3(10), 1673- 1676.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47(11), 753-759.
- Leijssen, M. (2011). Met de ziel onder de arm. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 41(2), 129-132.
- Maassen, H. (2012). Klein effect accupunctuur bij chronische pijn. *Medische contact*, 38, 2090.
- Nigenda, G., Lockett, L., Manca, C., & Mora, G. (2011). Non-biomedical health care practices in the State of Morelos, Mexico: analysis of an emergent phenomenon. *Sociology of Health and Illness*, 23(1), 3-23.
- Ong, L. M., Haes de, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918.
- Ramesar, P. (7 mei, 2007). Universiteit gaat pandits opleiden. *Trouw*, verkregen via <http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/archief/article/detail/1655202/2007/05/07/Universiteit-gaat-pandits-opleiden.dhtml>
- Reis, R. (2004). Gezondheid, ziekte, genezen: een antropologisch perspectief. *Tijdschrift voor integrale geneeskunde*, 20(3), 206-219.
- Roon, A. (17 januari, 1996). Geesten zeggen je dat het fout gaat. *Trouw*, verkregen via <http://www.trouw.nl/tr/nl/5009/Archief/archief/article/detail/2767834/1996/01/17/Geesten-zeggen-je-dat-het-fout-gaat.dhtml>
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L., & Harmsen, H. A. (2005). The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in The Netherlands. *Patient education and counseling*, 58(3), 288-295.
- Smits, C. H.M., Seeleman, M. C., Buren van, L.V., & Yuen, C. (2006). Psychische gezondheid bij oudere Chinese migranten: een onderzoeksverkenning. *TSG-Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84(2), 67-75.

Stevens, F., & Philipsen, H. (2005). Professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg. In J.W. Aakster, & J.W. Groothoff (red.), *Medische sociologie, Sociologische perspectieven op ziekte en zorg* (pp. 85- 93). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Sutton, S. (2004). Determinants of health-related behaviours: Theoretical and methodological issues. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (red.), *The Sage handbook of health psychology* (pp. 94-126). Londen: Sage Publications Ltd.

Suurmond, J., Seeleman, C., Stronks, K., & Essink-Bot, M.L. (2005). Een arts van de wereld: Etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tijdink, D.W.G.M., & Es van, J. (2003). Vertaal-en communicatieproblemen bij de diagnostiek van de depressieve stemming bij berberpatiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45(6), 327-332.

Verbeek-Heida, P.M. (2005). Therapie, interacties tussen therapeuten en patiënten. In J.W. Aakster, & J.W. Groothoff (red.), *Medische sociologie, Sociologische perspectieven op ziekte en zorg* (pp. 103-109). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Westerman, N. (2006). Stromende energie binnen het lichaam. In R.van Wijk, & O. van Nieuwenhuijze (red.), *Jaarboek integrale geneeskunde 2005-2006: Voeding, Licht, Leven en Gezondheid jaargang 21-22 deel 3: Op zoek naar een nieuw bio-energetisch concept van gezondheid* (pp. 213- 239). Amsterdam: Supplement BV.

Wieringen van, J. C., Harmsen, J. A., & Bruijnzeels, M.A. (2002). Intercultural communication in general practice. *The European journal of public health*,12(1), 63-68.

a. Wijk van, E.P.A (2006). Placebo en zelfheling. In R. van Wijk, O. van Nieuwenhuijze (red.), *Jaarboek integrale geneeskunde 2005-2006: Voeding, Licht, Leven en Gezondheid jaargang 21-22 deel 3: Op zoek naar een nieuw bio-energetisch concept van gezondheid* (pp. 300- 310). Amsterdam: Supplement BV.

b.Wijk van, P. (2006). Allochtone geneeswijzen. In R. van Wijk, & O. van Nieuwenhuijze (red.), *Jaarboek integrale geneeskunde 2005-2006: Voeding, Licht, Leven en Gezondheid jaargang 21-22* (pp. 23- 29). Amsterdam: Supplement BV.

Worsley, P. (1982). Non-western medical systems. *Annual Review of Anthropology*, 11(1), 315-348.

Gebuikte figuren:

Figuur 2. Wieringen van, J. C., Harmsen, J. A., & Bruijnzeels, M. A. (2002). Intercultural communication in general practice. *The European journal of public health*,12(1), 63-68.

Figuur 3. Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve genezer*. Verkregen op 29 april 2014, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4041-wm.htm>