Een zorg erbij!?

Een inventarisatie van problemen rondom de zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten op de afdeling

Naam:	Liesbeth Lanser
Praktijkbegeleider:	Karin Fienieg
2e beoordelaar:	IJbelien Jüngen
Plaats van onderzoek:	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Afdeling B6: HIV / Interne
Onderwijsinstelling:	Hogeschool INHOLLAND, Diemen
Opleiding:	HBO – V duaal
Plaats / jaar van verschijnen:	Amsterdam, augustus 2004

Voorwoord

Het schrijven van deze adviesnota is de laatste hindernis die ik moet nemen voor het behalen van mijn diploma. Het is ook gelijk de zwaarste hindernis.
Gedurende mijn opleiding heb ik middels werkperiodes in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis gewerkt. Zo ook het laatste jaar, op afdeling B6. Op deze afdeling heb ik ook het onderzoek gedaan voor mijn adviesnota. Hierbij wil ik de collega's van de afdeling bedanken voor de medewerking die ze hebben verleend aan mijn onderzoek en voor de interesse die zij voortdurend hebben getoond in de voortgang van het schrijven van deze adviesnota.
Ik heb met veel plezier, afgewisseld met vele dipdagen, aan deze afstudeernota gewerkt. Graag wil ik een aantal mensen bedanken voor hun steun in zware tijden.
Ten eerste mijn ouders, in het bijzonder Lisa, die mij gedurende het hele proces van schrijven gestimuleerd, gemotiveerd en geactiveerd hebben.
Ten tweede gaat mijn dank uit naar Douwe op de Hoek voor het onuitputtelijke aantal kritische noten in de kantlijn. Deze hebben ontegenzeggelijk hun bijdrage geleverd aan de kwaliteit van mijn adviesnota.
Nu het einde van de opleiding in zicht is, rest mij te zeggen dat ik hoop nog lang en met veel plezier het mooie beroep van verpleegkundige te mogen uitoefenen!

23 augustus 2004
Liesbeth Lanser

Inhoudsopgave

1. Hoofdstuk 1: Inleiding 1
1.1 Aanleiding / Motivatie 1
1.2 Vraagstelling 1
1.3 Doelstelling en doelgroep 2
1.4 Tekstopzet 2

2. Hoofdstuk 2: Cultuur en cultuurverschillen 4
2.1 Ontwikkelingen in de maatschappij 4
2.2 Cultuur en cultuurverschillen 4
2.3 Verschillen tussen de Turkse, Marokkaanse en Nederlandse cultuur 7
2.3.1 In-group en out-group 8
2.3.2 Eer en schande, schaamte en schuld 9
2.3.3 Goed en kwaad 9
2.3.4 Taal 9
2.3.5 Godsdienst 10
2.3.6 Rollen en rolconflicten 11
2.3.7 Opvoeding 11
2.3.8 Man-vrouwpatroon 12
2.3.9 Ziekte, ziektebeleving en ziektegedrag 12
2.4 Samenvatting 14

3. Hoofdstuk 3: Interculturalisatie van de zorg: de theorie 15
3.1 Afdeling Interne / HIV in het OLVG 15
3.2 Zorgvisie van de afdeling 15
3.3 Transculturele verpleegkunde volgens Leininger 16
3.4 Interculturalisatie van de zorg volgens Olthuis 19
3.5 Effectieve communicatie volgens Pinto 20
3.6 Samenvatting 21

4. Hoofdstuk 4: Het onderzoek 22
4.1 Onderzoeksopzet en –methode 22
4.2 Doelgroep ondervraagden 22

5. **Hoofdstuk 5: Analyse van de interviews** 23
5.1 De communicatie 23
5.2 De non-verbale communicatie 24
5.3 Het bezoek 25
5.4 De ziekterol en ziektebeleving 26
5.5 De taboesfeer rondom HIV en homoseksualiteit

6. Hoofdstuk 6: Conclusie **29**

7. Hoofdstuk 7: Aanbevelingen 30

8. Hoofdstuk 8: Samenvatting 32

Literatuuropgave 34

Bijlagen:

- Bijlage 1: Sunrise Model volgens Leininger
- Bijlage 2: Interculturele anamnese volgens Leininger

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Aanleiding / motivatie

In Nederland, en zeker in Amsterdam wonen veel Turken en Marokkanen. In het OLVG, dat het enige grote algemene ziekenhuis in de binnenstad van Amsterdam is, en dat letterlijk en figuurlijk midden in het hectische hoofdstedelijke leven staat, is de patiëntenpopulatie een afspiegeling van de maatschappij. Er zijn patiënten van vele verschillende nationaliteiten en culturen opgenomen. Ik heb in de afgelopen jaren meerdere situaties meegemaakt tijdens de zorgverlening, waarbij ik geconfronteerd werd met de verschillen tussen mijn cultuur, en die van de Turkse of Marokkaanse patiënt. Vaak wist ik dan niet goed hoe daar mee om te gaan. Een duidelijk voorbeeld voor mij was een aanvaring die ik had met een Marokkaanse man, rond de vijftig jaar, die de Nederlandse taal niet goed beheerste. Deze man had een ulcus aan zijn voet die dagelijks gespoeld moest worden. Toen ik hem vroeg dat te gaan doen, zodat ik de voet daarna kon verbinden, weigerde hij dit. In de rapportage had ik gelezen dat hij het de dag ervoor wel zelf gedaan had, dus ik vroeg hem waarom hij dit niet wilde doen. Hij gaf mij te verstaan dat hij dat mijn taak vond en het zelf niet kon, ik moest het doen. Ik vertelde hem dat ik met alle liefde zijn voet wilde verbinden, maar dat hij de dingen die hij zelf kon doen, zoals het spoelen van de voet, ook zelf moest doen. Hierop werd de man bijzonder nijdig. Hij weigerde pertinent en sloot het gesprek af met de woorden: ‘beter één Marokkaanse vrouw dan honderd Nederlandse, jullie zijn waardeloos!’ Ik was hierdoor erg van mijn stuk gebracht, in mijn ogen was ik op een zeer nette manier met de man omgegaan en had ik duidelijk uitgelegd waarom ik vond dat hij zijn eigen voet kon spoelen. Hij had het immers de dag ervoor wel zelf gedaan. En door de afsluitende opmerking was ook ik erg boos geworden. Uiteindelijk is de wond die dag niet gespoeld en dus ook niet opnieuw verbonden, waar ik achteraf geen goed gevoel bij had.
De vraag is nu voor mij: ‘waar ligt het aan dat dit soort problemen voorkomen?’ Bij dit voorbeeld kan ik een aantal mogelijke oorzaken bedenken, cultuurgerelateerd of niet. De eerste die in mij opkwam was dat de man vond dat het mijn taak als vrouw was om op dat moment voor hem te zorgen. Hij had het namelijk de dag ervoor, bij een mannelijke collega, gewoon zelf gedaan. Maar ook kan het liggen aan het feit dat wij elkaar misschien niet helemaal goed begrepen, misschien had hij gedacht dat hij de hele voet zelf moest verzorgen en niet alleen spoelen. Tenslotte sprak de man niet zo best Nederlands. Wat ook nog een mogelijkheid is is dat de man een andere opvatting had over wat hij zelf kon doen in relatie tot zijn ziekte. Hij was opgenomen in een ziekenhuis, ziek en hoefde misschien naar zijn mening in zijn ziekterol niet meer voor zichzelf te zorgen.
Dit voorval staat volgens mij niet op zichzelf. Regelmatig hoor ik in de wandelgangen van collega’s over soortgelijke en andere situaties met betrekking tot de Turkse en Marokkaanse patiënten. Daarom leek het mij bijzonder interessant om hier onderzoek naar te doen.

1.2 Vraagstelling

Mijn vraagstelling luidt: *Ervaren verpleegkundigen op afdeling B6 (cultuurgerelateerde) problemen in de zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten, en zo ja, hoe beïnvloeden deze problemen de zorgverlening en welke verpleegkundige aanbevelingen vloeien hieruit voort?*

Met de Turkse en Marokkaanse patiënt bedoel ik in deze adviesnota de patiënten die behoren tot de eerste generatie migranten. Dit is de categorie die op de afdeling het meeste voorkomt.
Om een antwoord op de vraagstelling te geven wil ik de volgende deelvragen beantwoorden:

- Wat is cultuur?
- Hoe verschillen de Nederlandse en de Turkse en Marokkaanse culturen van elkaar?
- Ervaren de verpleegkundigen van afdeling B6 problemen tijdens de zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten?
- Wat zijn de problemen die de verpleegkundigen van afdeling B6 tegenkomen met betrekking tot de zorg voor en omgang met Turkse en Marokkaanse patiënten?
- Beïnvloeden deze problemen de zorgverlening volgens de verpleegkundigen van afdeling B6?
- Hoe beïnvloeden deze problemen de zorgverlening volgens de verpleegkundigen van afdeling B6?

1.3 Doelstelling en doelgroep

Ik wil met deze adviesnota inzicht verkrijgen in het ontstaan van problemen rond de zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten. Als het ware wil ik in kaart brengen wat de problemen zijn en waardoor ze veroorzaakt worden. Op grond van de uitkomsten van mijn onderzoek en de geraadpleegde literatuur wil ik een advies uitbrengen aan de afdeling.
Ik schrijf mijn adviesnota voor het verplegend personeel van afdeling B6, omdat hier mijn onderzoek plaatsgevonden heeft. Het onderzoek is afdelingsgebonden en de uitslag zal dan ook betrekking hebben op de groep werknemers van deze afdeling. Dat neemt niet weg dat verpleegkundigen van andere afdelingen met dezelfde situaties en gevoelens te maken kunnen hebben.

1.4 Tekstopzet

Mijn adviesnota bestaat uit 8 onderdelen:

Hoofdstuk 1: Inleiding
Hierin heb ik de motivatie van mijn onderwerpskeuze gegeven en ben ik tot een vraagstelling gekomen. Tevens heb ik de doelstelling geformuleerd en de doelgroep aangewezen. Aansluitend leg ik uit hoe deze adviesnota tekstueel is opgezet.

Hoofdstuk 2: Cultuur en cultuurverschillen
Hierin vertel ik in het kort waarom er zo veel Turken en Marokkanen in Nederland zijn. Vervolgens schrijf ik over cultuur en cultuurverschillen. Tenslotte vergelijk ik de Nederlandse cultuur met de Turkse en Marokkaanse cultuur.

Hoofdstuk 3: Interculturalisatie van de zorg: de theorie
Hierin vertel ik wat over afdeling B6 en de visie op zorgverlening van deze afdeling. Vervolgens beschrijf ik aan de hand van de theorie van Leininger wat transculture verpleging inhoudt. Hierna beschrijf ik aan welke voorwaarden voldaan moet worden om de zorg te interculturaliseren. Ik sluit af met een gedeelte over effectieve communicatie.

Hoofdstuk 4: Het onderzoek
Hierin beschrijf ik de onderzoeksopzet, de onderzoekmethode en de groep respondenten

Hoofdstuk 5: Analyse van de interviews
Dit is een analytische beschrijving van de onderzoeksresultaten. Ik doe dit aan de hand van de woordelijk uitgetypte interviews en de geraadpleegde literatuur.

Hoofdstuk 6: Conclusie
Hierin beschrijf ik de conclusies die uit de analyse van de interviews kunnen worden getrokken.

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen
Hierin geef ik naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek en de literatuurstudie enkele adviezen aan de afdeling die hopelijk bij kunnen dragen aan een verbetering van de zorgverlening aan en omgang met Turkse en Marokkaanse patiënten.

Hoofdstuk 8: Samenvatting
Hierin geef ik een beknopte samenvatting van de inhoud van mijn adviesnota.

Hoofdstuk 2: Cultuur en cultuurverschillen

2.1 Ontwikkelingen in de maatschappij

Om antwoord te kunnen geven op mijn vraagstelling wil ik eerst een hoofdstuk wijden aan de ontwikkelingen in de maatschappij. ‘Maatschappelijke, technologische, demografische, economische en politieke ontwikkelingen vragen ook van verpleegkundige beroepsbeoefenaren dat ze zich voortdurend aanpassen aan een steeds veranderende omgeving’. (Leistra 1999, pag. 8)
Begin jaren zestig ontstond in Nederland een grote vraag naar niet gespecialiseerde, goedkope arbeidskrachten voor het verrichten van werkzaamheden die Nederlanders steeds minder graag wilden verrichten. Het was de tijd waarin veel Turken en Marokkanen naar Nederland kwamen, aanvankelijk met de bedoeling hier voor korte tijd te werken en daarna terug te keren naar het land van herkomst. Nederland was aantrekkelijk om een aantal redenen: ‘grotere kansen op werk dat beter betaald werd dan in Marokko en Turkije, betere sociale voorzieningen, beter onderwijs en betere gezondheidszorg’. (Rooijendijk 1988, pag. 14)
Inmiddels is gebleken dat van remigratie nauwelijks sprake is geweest. Veel Turken en Marokkanen zijn in Nederland blijven wonen en werken. Toen de Nederlandse overheid ging beseffen dat hun verblijf misschien toch niet zo tijdelijk was, kwam de gezinshereniging op gang, echtgenotes en kinderen kwamen over naar Nederland.
In 1980 schreef Van der Bruggen: ‘zo is in Nederland langzamerhand het beeld bekend geworden van de Turkse of Marokkaanse werknemer, die al jarenlang binnen onze grenzen werkzaam is. Die onze taal heeft leren spreken, soms nog moeite heeft met woorden en uitdrukkingen. Na lang en hard werken heeft hij zijn vrouw en kinderen kunnen laten overkomen uit Marokko of Turkije.
De vrouw maakt in onze samenleving een teruggetrokken indruk. Zij neemt weinig deel aan het openbare leven. Het Nederlands beheerst zij niet of weinig. Nederlandse gewoonten, bijvoorbeeld voedingsgewoonten of manieren om met elkaar om te gaan, zijn haar onbekend of spreken haar weinig aan. Haar kinderen daarentegen zijn aardig met het Nederlands vertrouwd. Zij gaan hier naar school en maken zich niet alleen een nieuwe taal, maar ook een nieuwe cultuur eigen.’(Van der Bruggen, 1980, pag. 10)
Inmiddels zijn we vierentwintig jaar verder. De eerste generatie Turkse en Marokkaanse emigranten is of gaat al met pensioen. Ze zijn op een leeftijd gekomen dat zich ook vaker gezondheidsproblemen voordoen. Dit verklaart de toename van het aantal patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst in de gezondheidszorg.

Op dit moment wonen er 295.332 Marokkanen in Nederland, waarvan 163.280 van de eerste generatie, en 341.400 Turken, waarvan 190.219 van de eerste generatie. (CBS, 2004, www.statline.cbs.nl) Zij maken 4,53% van de totale Nederlandse bevolking uit.

2.2 Cultuur en Cultuurverschillen

Toen de Turken en Marokkanen naar Nederland kwamen brachten zij hun cultuur mee. Voordat ik in kan gaan op de verschillen tussen deze culturen en de Nederlandse cultuur is het zinnig om eerst twee definities van het begrip cultuur, geformuleerd door Pinto en Leininger, weer te geven.

Volgens Pinto is cultuur ‘een evoluerend systeem van generatie op generatie doorgegeven regels waaraan een groep mensen (die zich lid voelen van deze groep) – vaak onbewust – gehoorzaamt, dat bovendien referentiekader is van en voor het gedrag en dat de kijk op de wereld bepaalt.’ (Pinto 1990, pag. 33)

In haar boek over transculturele verpleegkunde omschrijft Leininger cultuur als volgt: ‘de verworven en gedeelde overtuigingen, waarden en leefgewoonten van een aangewezen of bepaalde groep die doorgaans van generatie op generatie worden overgedragen en die iemands denken en handelen beïnvloeden’ (Leininger 2002, pag. 9) (“the learned and shared beliefs, values, and lifeways of a designated or particular group that are generally transmitted intergenerationally and (that) influence one’s thinking and actions modes”)

Om haar definitie te verduidelijken schrijft zij daarna het volgende: ‘culture is a very powerful and comprehensive construct that influences and shapes the way people know their world, live, and develop patterns to make decisions relative to their lifeworld’. (Leininger 2002, pag. 9) Zij zegt hiermee dat cultuur een erg sterke en veelomvattende constructie is die invloed uitoefent op en vorm geeft aan de manier waarop mensen hun wereld kennen, hun leven leiden en patronen ontwikkelen om beslissingen te nemen die relevant zijn voor hun leefwereld.

Zij benadrukt ook dat de manier waarop cultuur beleefd wordt vaak onbewust is en dat mensen zelden stil staan bij het feit dat de manier waarop zij hun leven leiden en beslissingen nemen cultureel bepaald is. ‘Culture is so much an integral part of our way of living, doing, and making decisions that one seldom pauses to think about it as culture’. (Leininger 2002, pag. 9) Zij stelt dat cultuur invloed uitoefent op het maken van keuzes en handelen met betrekking tot alle facetten van het leven. ‘Cultures influence choices and actions in specific ways such as what one chooses to eat, the way one sleeps or prepares food, and even becomes ill or dies’. (Leininger 2002, pag. 10)

Schrijven over cultuurverschillen is moeilijk omdat deze op verschillende niveaus liggen en door talrijke factoren beïnvloed worden. ‘In de eerste plaats loopt men het gevaar dat men ongewild allerlei etiketten op mensen of bevolkingsgroepen gaat plakken’. (Rooijendijk 1988, pag. 27)
Leininger is het hier mee eens. Zij schrijft: ‘individual and group variability is always taken into consideration to prevent stereotyping or treating individuals in a rigid and fixed way’. (Leininger 2002, pag. 49)
Rooijendijk (1988, pag. 27) schrijft verder dat men niet alleen het risico loopt ongewild allerlei etiketten op mensen of bevolkingsgroepen te plakken, maar dat culturen ook dynamisch zijn en voortdurend veranderen, waardoor men het gevaar loopt steeds achter die veranderingen aan te lopen en een ‘conservatief’ beeld te geven. Hij stelt dat dit waarschijnlijk sterk geldt voor de cultuur van Turken en Marokkanen die in Nederland wonen. ‘Zij vormen een getalsmatige minderheid en minderheden worden meestal gedwongen rekening te houden met de cultuur van de meerderheid, hetgeen verandering in hun eigen cultuur kan veroorzaken’. (Rooijendijk 1988, pag. 27)
Leininger noemt dit proces acculturation. ‘Acculturation refers to the process by which an individual or group from Culture A learns how to take on many (but not all) values, behaviours and lifeways of Culture B’. (Leininger 2002, pag. 56) Wat volgens haar opvallend is is ‘that many acculturated (…) families tend to retain their traditional religious beliefs and kinship values. (...) Economics, education and technologies are more readily accepted and taken on or adopted’. (Leininger 2002, pag. 56)

Pinto schrijft in zijn boek: ‘ik mis tot vandaag de dag in de literatuur een indeling van culturen die gebaseerd is op werkelijk diepliggende verschillen in normen en waarden. Tot nu toe worden culturen *aan de hand van fragmentarische uiterlijke kenmerken* in

categorieën ingedeeld, zonder inzicht te geven in de achtergrond van deze kenmerken'. (Pinto 1990, pag. 36)
'Normen zijn gezamenlijke verwachtingen die men ten aanzien van elkaar koestert over wat hoort en niet hoort. (…) Soms zijn normen ongeschreven regels, soms worden ze wettelijk vastgelegd.' (Pernis 1999, pag. 61) Normen kunnen gezien worden als concrete richtlijnen, waarden hebben vaak een abstracter karakter. 'De gedragsregels die men hanteert (normen) verwijzen (impliciet) naar collectieve achterliggende voorstellingen. Deze voorstellingen worden waarden genoemd en kan men opvatten als uitspraken omtrent hetgeen goed of kwaad is.' (Pernis 1999, pag. 65)

Pinto (1990) stelt dat wanneer we de werkelijk diepgaande verschillen kennen, we daar de andere significante verschillen van kunnen afleiden. Bovendien, zegt hij, is ter bevordering van het inzicht in cultuurverschillen een verklaring voor de rationaliteit van deze verschillen geboden.

Stilstaand bij die diepgaande verschillen in normen en waarden komt hij tot een verdeling van culturen in twee duidelijk verschillende categorieën, F-culturen en G-culturen. Onder F-culturen verstaat hij traditionele culturen, met G-culturen bedoelt hij moderne culturen.
'We zien dan ook dat traditionele culturen een *zeer fijnmazig systeem van normen en waarden* hebben met gedetailleerde gedragsregels voor iedere situatie.
Een traditionele cultuur geeft in grote mate structuur aan elke situatie, bepaalt van tevoren reeds in hoge mate wat er gezegd en gedaan zal worden en wat het vervolg van een situatie zal opleveren. Omdat het ondoenlijk is een groot aantal regels voor een groot aantal verschillende situaties te onthouden, brengt men in traditionele culturen iedere situatie zoveel mogelijk terug tot een standaardsituatie, zodat men alleen voor deze standaardsituaties de voorgeschreven gedragsregels hoeft te kennen. Dit biedt de afzonderlijke personen echter weinig ruimte om van de reeds gebaande paden af te wijken.
In het algemeen kan men zeggen dat personen in traditionele (F) culturen weinig keuzemogelijkheden hebben wanneer zij zich "goed" of "normaal" willen gedragen. Deze beperking van de keuzemogelijkheden voor gedrag heeft als gevolg dat er weinig persoonlijke afwegingen hoeven te worden gemaakt. Enerzijds geeft dit een grote mate van zekerheid aan personen, anderzijds betekent dit echter ook dat er weinig ruimte overblijft voor persoonlijke keuzen, al is er wel nuancering in de "uitvoering" van het gedrag mogelijk. In traditionele culturen bestaat er dan ook een veel scherpere scheidslijn tussen "goed" en "slecht", ja en nee, dan in moderne culturen. Dit "zwart-witdenken" is ook van grote invloed op andere aspecten van de traditionele cultuur.
In moderne (G) culturen bestaan er veel minder standaardsituaties en voorgeschreven gedragsregels. Men vindt daar een veel grofmaziger systeem van normen en waarden dan in traditionele culturen. Het wordt daarom in moderne culturen ook meer geaccepteerd en soms zelfs geapprecieerd wanneer men van de gebaande paden afwijkt. Er is een groter aantal gedragingen dat als juist, normaal of aanvaardbaar wordt gezien. Dit betekent dat individuen veel vaker voor persoonlijke keuzen komen te staan, hetgeen kan leiden tot grotere onzekerheid over het te kiezen gedrag en de afloop van bepaalde situaties.' (Pinto 1990, pag. 38)
Pinto benadrukt wel dat 'niet iedere cultuur of geheel modern (G) of geheel traditioneel (F) is. Iedere cultuur dient ergens tussen deze twee uitersten gerangschikt te worden'. (Pinto 1990, pag. 36)

Als oorzaak van dit belangrijke verschil wijst Pinto een door de mens (onbewust) gemaakte economische kosten/batenanalyse aan. ‘Wanneer de natuurlijke omgeving van het individu uit zichzelf zo onvriendelijk is dat dit een dagelijkse strijd om het bestaan noodzakelijk maakt, of omdat het menselijk ingrijpen (van oorlog, beroving en plundering tot kolonialisme) zulks heeft veroorzaakt, heeft de afzonderlijke mens minder kans te overleven dan de mens die deel uitmaakt van een groep. Leeft het individu daarentegen in een dermate vriendelijke omgeving dat het voortbestaan zelden in gevaar komt, dan bestaat er veel minder de noodzaak tot het zoeken van bescherming in een groep. We zien dan ook op velerlei plaatsen en tijdstippen in de geschiedenis dat het individualisme toeneemt wanneer de rijkdom groeit’. (Pinto 1990, pag. 39)

Ook Rooijendijk schrijft het ontstaan van een cultuur toe aan economische factoren. ‘Culturen zijn vaak een gevolg en uitvloeisel van de manieren waarop mensen de kost verdienen’. (Rooijendijk 1988, pag. 27) Ook hij maakt onderscheid tussen twee verschillende categorieën culturen, maar waar Pinto deze culturen niet direct verbindt aan de Turkse of Marokkaanse cultuur enerzijds en de Nederlandse cultuur anderzijds, doet Rooijendijk dat wel. Hij plaatst echter wel een kanttekening om duidelijk te maken dat culturen logisch zijn omdat ‘zij vaak gedwongen zullen zijn de Turkse en Marokkaanse cultuur weer te geven zoals deze oorspronkelijk was omdat de veranderingen ten gevolge van westerse invloeden die culturen vaak minder logisch (…) maken’. (Rooijendijk 1988, pag. 28)
Zoals al gezegd deelt ook Rooijendijk (1988) culturen in twee categorieën in: de familieculturen en de ik-culturen. ‘Een heel wezenlijk kenmerk van familieculturen is dat de groep en dan vooral de familie centraal staat, terwijl de wensen en de wil van het individu op de tweede plaats komen. In de ik-cultuur staan de wensen en de wil van het individu meer centraal’. (Rooijendijk, 1988, pag. 28)
Over het ontstaan van deze tweedeling zegt hij: ‘de nadruk die in familieculturen ligt op de groep is geen toeval. In landbouwsamenlevingen zijn mensen bijna altijd tamelijk arm en oogsten zijn nooit helemaal voorspelbaar. Mensen maken in zo’n samenleving meer kans op overleven wanneer zij samenwerken en op elkaar kunnen rekenen, desnoods ten koste van het individu’. (Rooijendijk 1988, pag. 28)
Rooijendijk stelt dat zeer veel verschillen tussen de Turkse en Marokkaanse cultuur enerzijds en de Nederlandse cultuur anderzijds ‘samenhangen met het feit dat men in de ene cultuur sterker van elkaar afhankelijk is dan in de andere’. (Rooijendijk 1988, pag. 28)

2.3 Verschillen tussen de Turkse, Marokkaanse en Nederlandse cultuur

Uit hoofdstuk 2.2 komt naar voren dat Rooijendijk (1988) en Pinto (1990) ongeveer dezelfde verdeling maken binnen culturen. Beide omschrijven ook de culturen aan de hand van een aantal aspecten waarin de culturen verschillen. Aan de hand van de belangrijkste van die aspecten zal ook ik proberen de Turkse, Marokkaanse en Nederlandse culturen en de verschillen ertussen vast te stellen.
‘De meeste mensen in de wereld leven in een familiecultuur. Men leert dat men zichzelf voor een belangrijk deel ondergeschikt moet maken aan de groep, het gezin en de familie waartoe men behoort. Meer dan in een westerse cultuur leert men dat je pas trots op jezelf kunt zijn als je nuttig bent voor anderen, je houdt aan de regels waaraan iedereen zich behoort te houden en respect voor je ouders hebt en naar hen luistert. (…) Als mensen in een familiecultuur zijn opgegroeid, blijven ze meestal handelen zoals ze dat in de opvoeding geleerd hebben. (…) Ook kinderen gedragen zich in veel opzichten volgens de normen die in een familiecultuur gelden.’ (Rooijendijk 1988, pag. 30)

In de westerse samenleving wordt meer nadruk gelegd op het individu dan op de groep. ‘De ontplooiing van het individu staat in de westerse samenleving in een hoog vaandel. Vrouwen eisen het recht om zelf over abortus te beslissen en het recht op zelfontplooiing. In de westerse samenleving moet je voldoende voor jezelf opkomen als je wilt meetellen. De westerse cultuur benadrukt het belang van de eigen ik. Men leert zichzelf belangrijk vinden in deze eigen cultuur. De westerse cultuur is een ik-cultuur.’(Rooijendijk 1988, pag. 29)
Rooijendijk stelt: ‘het verschil tussen ik-cultuur en familiecultuur is eigenlijk het meest essentiële verschil tussen de Turkse en Marokkaanse cultuur enerzijds en de Nederlandse cultuur anderzijds.’ (Rooijendijk 1988, pag. 30) Volgens Rooijendijk (1988, pag. 30) vloeien onderstaande cultuurverschillen min of meer voort uit het verschil tussen ik-cultuur en familiecultuur.

2.3.1 *In-group en out-group*
Voor familie culturen geldt dat ‘de in-group bestaat uit leden van de uitgebreide familie (extended family) en personen die via huwelijken tot de familie toetreden’. (Pinto 1990, pag. 40)
‘Dat is de groep waar men zich veilig voelt, waar men steun en hulp kan verwachten en waar men zich bij voelt horen. Het is de groep waar men thuis is, waar men weet wat er verwacht wordt en wat men er van kan verwachten’. (Rooijendijk 1988, pag. 31)
Tegenover de in-group staat de buitenwereld of out-group. Dit zijn ‘de onbekenden die anders zijn, waar men zich niet bij voelt horen’. (Rooijendijk 1988, pag. 31)

‘Voor het gedrag naar leden van de in- en out-groep gelden verschillende regels. Binnen de eigen groep moet men voor elkaar opkomen, vooral als er conflicten zijn met mensen van de out-groep’. (Rooijendijk 1988, pag. 31) ‘Trouw en verplichting gaan in de typische F-cultuur altijd vóór trouw aan vrienden, zakenrelaties of eisen van het werk en zakendoen. Bloedverwanten moeten elkaar helpen en ook financieel steunen waar dat nodig is’. (Pinto 1990, pag. 40)

Rooijendijk stelt dat binnen de in-group speciale normen bestaan voor hulp en steun die daarbuiten niet gelden. Hij noemt dit particularisme. ‘Dat betekent dat een aantal belangrijke normen en plichten slechts voor een bijzondere groep mensen geldt en niet voor anderen’. (Rooijendijk 1988, pag. 31)
Tegenover dit particularisme in de familiecultuur staat in de ik-cultuur volgens Rooijendijk (1988, pag. 31) het universalisme, waarbij men van mening is dat normen voor alle mensen gelden of voor niemand. Dit betekent niet dat in de westerse culturen nooit sprake is van particularisme. Je helpt toch liever een familielid aan een baan dan een onbekende en mensen zijn altijd voor het team dat het beste speelt, totdat de eigen club speelt….. Het verschil met familieculturen is echter ‘dat particularisatie in veel gevallen verwacht wordt en is voorgeschreven’. (Rooijendijk 1988, pag. 32)

‘Particularisatie heeft voor- en nadelen. Het voordeel ervan is dat daardoor een groep ontstaat van mensen die elkaar door dik en dun zullen steunen als het om bedreiging van de buitenwereld gaat. (…) Het nadeel is uiteraard dat de wereld wordt verdeeld in groepen waarvoor andere normen en regels gelden. Juist het particularisme maakt de out-groep tot vijandig en gevaarlijk gebied’. (Rooijendijk 1988, pag. 32)
‘Aangezien mensen uit de buitenwereld ook per definitie in de eerste plaats aan de belangen van hun in-group denken, dient men iemand uit de out-group *per definitie* te wantrouwen’. (Pinto 1990, pag. 40)

2.3.2 *Eer en schande, schaamte en schuld*
Eergevoel kennen mensen in alle culturen. ‘In de westerse landen is het eergevoel vooral een persoonlijke zaak. Men wil liever niet afgaan, men wil persoonlijk door anderen gewaardeerd worden. Ieder probeert zelf een eigen, aan zijn of haar persoon gebonden plaats of functie te krijgen in de groepen waarmee men te maken krijgt. (…) In familieculturen kent men ook eer en schande, maar dat ligt anders dan in een ik-cultuur. In de eerste plaats is het eergevoel daar meer gekoppeld aan de in-groep waartoe men behoort, dus in eerste instantie aan de familie. Elk lid van de familie hoort zich zo te gedragen dat de familie-eer en respect toekomt. (…) Vrouwen handelen in het algemeen eervol wanneer ze bescheiden en kuis zijn, mannen wanneer ze familieleden verdedigen en opkomen voor de familie-eer. (…) Schande en eer worden niet zozeer bepaald door wat men zelf over de eigen familie denkt, maar door wat anderen van de familie denken’. (Rooijendijk 1988, pag. 33)

Schaamte en schuld zijn onlosmakelijk met eer en schande verbonden. Wanneer iemand in een G-cultuur een norm of wet heeft overtreden voelt hij of zij zich schuldig. Als kind heeft men geleerd ‘dat het een aantal innerlijke normen niet mag overtreden, het kind krijgt een geweten. (…) Bij personen uit F-culturen zouden we de groep als geweten kunnen beschouwen’. (Pinto 1990, pag. 41)
Pinto noemt deze verschillende vormen van geweten intern en extern geweten. ‘Deze hebben tot gevolg dat overtredingen van de regels en normen, dat wil zeggen het niet gehoorzamen aan het geweten, ook totaal verschillende gevolgen hebben. In F-culturen leeft men met de angst betrapt te worden wanneer men de regels overtreedt en zich vervolgens te moeten schamen voor dit gedrag. In G-culturen leeft men veeleer met de angst voor daden die op zichzelf slecht zijn, voor de verboden handelingen zelf, voor de zonde. Door deze verboden handelingen te doen, door te zondigen voelt men zich schuldig’. (Pinto 1990, pag. 41)

2.3.3 *Goed en kwaad*
Zoals bovenstaande duidelijk maakt, bestaan in familieculturen op veel gebieden strakke en duidelijke normen. ‘Dat betekent dat men vaak geneigd is datgene wat overeenkomt met de normen, goed te vinden en wat daar van afwijkt, fout, of kwaad. De Koran maakt overigens wat meer onderscheid. Daarin is ook sprake van gedrag wat getolereerd of ontraden moet worden’. (Rooijendijk 1988, pag. 34)
‘De neiging in goed of kwaad te denken is echter niet alleen in de Turkse en Marokkaanse familiecultuur aanwezig maar ook in de Nederlandse ik-cultuur. Ér zijn in Nederland in sommige kerkelijke kringen, groepen die zeer sterk in goed en kwaad denken (…). Er zijn in Nederland echter ook groepen die minder in deze termen denken en praten en die meer praten over voor- en nadelen van bepaalde gedragingen (…). De termen “voordelen” en “nadelen” zijn genuanceerder omdat vrijwel alles zowel voor- als nadelen heeft en dus zelden goed of kwaad zal zijn’. (Rooijendijk 1988, pag. 34)

2.3.4 *Taal*
‘Het aanleren van een tweede taal gaat bij kinderen over het algemeen veel sneller dan bij volwassenen. Bij Turkse en Marokkaanse gezinnen die in Nederland leven komt het vaak voor dat de kinderen, de tweede generatie, beter Nederlands spreken dan hun ouders. Behalve het verschil in leeftijd speelt hier ook een rol dat veel Turken en Marokkanen van de eerste generatie aanvankelijk niet de noodzaak voelden Nederlands te leren, omdat zij er van overtuigd waren, maar voor een korte periode in Nederland te blijven. In korte tijd veel geld verdienen had dan ook een hogere prioriteit dan tijd stoppen in het leren van de Nederlandse taal.

De Nederlandse overheid stelde zich aanvankelijk ook niet zo actief op in het leren van de Nederlandse taal aan buitenlanders'. (Rooijendijk 1988, pag. 36)
'Voor velen van de eerste generatie Turken en Marokkanen is het verwerven van een tweede taal een groot probleem omdat zij analfabeet zijn. Wanneer je de eigen taal niet kunt lezen en schrijven, is het zeer moeilijk een tweede taal te leren. (…) Het leren van de tweede taal kan dan alleen gebeuren op grond van gehoor en geheugen. (…) Inmiddels is duidelijk dat voor het aanleren van een tweede taal de beheersing van de moedertaal een belangrijke voorwaarde is'. (Rooijendijk 1988, pag. 36)

2.3.5 *Godsdienst*
'Turken en Marokkanen belijden in overgrote meerderheid dezelfde godsdienst: de islam. Van de islam weet men in Nederland weinig af en dat wat men weet, berust niet zelden op sensatieverhalen en vooroordelen. De islam kent niet alleen verboden en verplichte handelingen, maar ook nuanceringen daar tussenin: verwerpelijke, aanbevelenswaardige en toegestane activiteiten. Op deze laatste drie soorten activiteiten hoeft, tenminste in deze wereld, geen straf of beloning te volgen. Besnijdenis bijvoorbeeld is niet verplicht, maar aanbevelingswaard. Vooral de grote categorie van het toegestane geeft het individu de nodige bewegingsvrijheid.
Islam betekent "overgave", "gehoorzaamheid", zich helemaal onderwerpen aan de wil van God, zoals die is geopenbaard aan de profeet Mohammed en neergelegd in de Koran. Moslim betekent "hij die zich onderwerpt". (…)
De islam is meer dan een godsdienst: het is ook een stelsel van rituelen en sociale voorschriften, een hele levenswijze (overigens gold dit eeuwen lang ook voor het christendom). Wat "hoort" en wat "niet hoort" heeft voor islamieten veelal een religieuze lading: wie zich niet passend gedraagt, overtreedt meteen ook religieuze voorschriften. In vrijwel alle islamitische landen is de godsdienst dan ook nauw verweven met het dagelijks leven en via de wetgeving zelfs met de inrichting van staat en maatschappij. Ook in Turkije, waar in de wetgeving religie en staat scherp gescheiden zijn, is de islam nadrukkelijk aanwezig.
Wat Nederlanders opvalt als "anders" bij Turken en Marokkanen kan dus nooit zomaar op rekening van de islam worden geschreven. Maar alle moslims delen met elkaar belangrijke godsdienstige normen en waarden. (…)

De islam berust op vijf globale voorschriften, die de vijf zuilen van de islam worden genoemd:
1 Het geloof in de islamitische geloofsleer, samengevat in de geloofsbelijdenis: "Ik getuig dat er geen God is dan God (dat er één God is) en dat Mohammed zijn boodschapper (en dienaar) is".
2 Vijf maal per dag bidden, op vaste tijden en volgens een precies omschreven ritueel.
3 Jaarlijks tussen zonsopgang en zonsondergang vasten gedurende de maand ramadan, de negende maand van het islamitische jaar.
4 Het betalen van religieuze "armen-belasting".
5 Eén keer in het leven een pelgrimstocht naar Mekka maken.

De gelovigen zijn georganiseerd rond de moskee. De meeste moskeeën hebben eigen personeel. In de steden hebben ze bijvoorbeeld een imam (gebedsvoorganger), een prediker, een gebedsoproeper en onderhoudspersoneel. (…) De imam legt de koran uit, bemiddelt bij conflicten, leest uit de koran bij belangrijke gebeurtenissen, gaat voor in het gebed in de moskee en bezoekt zieken en slachtoffers van rampen'. (Meijs 1990, pag. 7-8)

2.3.6 *Rollen en Rolconflicten*
Onder rol kan verstaan worden ‘het geheel van normen en verwachtingen dat men koestert jegens personen in een bepaalde positie’. (Klinkert 1988, pag. 54)
‘Men beoordeelt in een F-cultuur iemand veel meer dan in een G-cultuur op de mate waarop zijn gedrag in een bepaalde functie en situatie overeenkomt met het vastgestelde patroon, de rol die bij die functie en situatie hoort.
Deze grote nadruk op F-culturen op het zich conformeren aan de standaard, maakt dat deze culturen aan de ene kant weinig ruimte geven voor persoonlijke, afwijkende taakopvattingen, maar dat ze anderzijds een grote mate van zekerheid bieden aan een ieder die zich overeenkomstig zijn rol gedraagt’. (Pinto 1990, pag. 45)

‘In familieculturen liggen de rollen meestal meer vast en zijn ze duidelijker dan in een ik-cultuur, waar vaak heel verschillend over rollen van bijvoorbeeld vader, moeder en kind wordt gedacht. Mensen in familieculturen zijn dus gewend rollen meer precies volgens verwachtingen te spelen. (…)
Mede daardoor is het voor vrouwen en mannen uit een familiecultuur zo moeilijk hun rollen te veranderen. Zij hebben veel eerder het gevoel uit hun rol te vallen dan mensen die opgegroeid zijn in een ik-cultuur. En uit je rol vallen bezorgt mensen in alle culturen een onprettig gevoel. (…)
Wanneer rollen vastliggen, heeft men minder mogelijkheid ze naar eigen inzicht te spelen. Men kan dat een nadeel noemen, maar er is ook een voordeel aan verbonden. Naarmate rollen minder vastliggen, kán men deze meer naar eigen inzicht spelen, maar móet men dat meestal ook. (…) Het kan dus heel vermoeiend zijn, omdat men veel minder kan terugvallen op routine en telkens op nieuwe situaties moet reageren. (…)
Omdat mensen uit familieculturen gewend zijn aan duidelijke en vastomlijnde rollen, krijgen zij problemen wanneer zij geconfronteerd worden met een samenleving waarin de rollen niet alleen minder vastliggen, maar bovendien vaak heel anders gespeeld worden. Rolconflicten ontstaan wanneer verschillende mensen tegenstrijdige verwachtingen hebben t.a.v. een bepaalde rol’. (Rooijendijk 1988, pag. 40)

2.3.7 *Opvoeding*
‘De meest gebruikte manier om kinderen op te voeden in F-culturen is ze eervol gedrag en respect te leren door ze angst voor schande en de daarbij behorende gevoelens van schaamte bij te brengen (…) en ruimer dan in G-culturen gebruik te maken van lijfstraffen. Dit verschilt in grote mate van de opvoeding in G-culturen, waar kinderen vaak een groot aantal rationele argumenten wordt gegeven, omdat men wil dat het kind innerlijk overtuigd raakt van de juistheid van bepaald gedrag’. (Pinto 1990, pag. 42)
‘In een ik-cultuur wordt gedurende de hele opvoeding een accent gelegd op wat de persoon wil. Dit betekent niet dat je als kind in alles je zin krijgt, maar wel dat je kritische zin gestimuleerd wordt’. (Rooijendijk 1988, pag. 49)

Pinto zegt dat het enige argument dat ouders in F-culturen geven om hun kinderen bepaald gedrag te laten vertonen ‘is “omdat het zo hoort”, dat wil zeggen omdat de groep het zo wil, en “wat zullen de mensen er wel van zeggen als ze dat zien”, dat wil zeggen wat moet de buitenwereld wel van ons denken’. (Pinto 1990, pag. 42) Hierdoor ontwikkelen kinderen volgens Pinto (1990, pag. 42) een grote gevoeligheid voor sociale druk en kritiek. De opvoeding is voornamelijk gericht op het leren kennen van de rol binnen de groep en het vertonen van het juiste gedrag dat bij die rol hoort. Dit in tegenstelling tot de opvoeding in G-culturen, die meer op gericht is op de ontplooiing van het individu.

2.3.8 *Man-vrouwpatroon*
‘De vrouwen zijn de baas en hebben de verantwoordelijkheid over wat er binnenshuis gebeurt. Zij zijn verantwoordelijk voor de opvoeding van de kleine kinderen en oudere meisjes. (…) De mannenwereld is buiten het huis (…). Het theehuis, de moskee, politieke bijeenkomsten, kortom: alles wat zich buiten de woning afspeelt, is het terrein van de mannen. Ook de opvoeding van de oudere jongens (vanaf ongeveer 10 jaar) is de taak van de mannen. (…) Door de scherpe taakverdeling is er ook een scherpe scheiding in de mannen- en vrouwenwereld. (…)
Hoewel de vrouwenwereld officieel ondergeschikt is aan die van de mannen, betekent dat niet dat vrouwen geen enkele vrijheid of ruimte hebben. Daar de vrouwenwereld een aparte wereld is, hebben vrouwen daarbinnen ook een grote speelruimte. (…)
Mannen zijn verantwoordelijk voor hun vrouw in die zin dat zij de familie-eer moeten bewaken. Zij moeten erop letten dat vrouwen door hun gedrag die familie-eer niet aantasten. Daarbij speelt de eigen opvatting van de man over het gedrag van de vrouw maar een beperkte rol. Wanneer een vrouwelijk familielid zich in de ogen van andere mannen oneervol gedraagt, zal hij uitgelachen worden en wordt zijn eer aangetast’. (Rooijendijk 1988, pag. 42-43)

‘Terwijl seksuele activiteit buitenshuis bij mannen positief beoordeeld wordt, ziet men dat zelfde gedrag van vrouwen als absoluut onaanvaardbaar. (…) De goede vrouw in F-culturen dient meestal niet-seksueel te zijn, of in ieder geval niet de indruk te geven van seksualiteit te genieten en zeker geen seksuele initiatieven te nemen’. (Pinto 1990, pag. 46)
‘De inherente strijdigheid tussen de maatschappelijke acceptatie van het aanvallende, mannelijke, seksuele gedrag en de taak van de individuele mannen om hun vrouwen tegen dit gedrag te beschermen leidt soms tot zeer gespannen en zelfs gewelddadige situaties’. (Pinto 1990, pag. 45)

2.3.9 *Ziekte, ziektebeleving en ziektegedrag*
‘Mensen zonder medische opleiding hebben zo hun eigen ideeën en gevoelens over “ziekte” en die lopen niet altijd parallel met die van de wetenschap. Daarom is het nuttig om een onderscheid te maken tussen “ziekte”, “ziektebeleving” en “ziektegedrag”.
Ziekte duidt op een aantoonbare pathologische toestand, in termen van de medische wetenschap. Het begrip verwijst naar objectief waarneembare lichamelijke of psychische verschijnselen.
Ziektebeleving daarentegen is een cultureel begrip. Dit begrip verwijst naar subjectieve beoordelingen en bijbehorende gevoelens.
Niet overal roepen dezelfde symptomen de zelfde beleving van ziekte op. (…) Wat dit betreft zijn er ook verschillen tussen wat Turken, Marokkanen of Nederlanders als ziekte beschouwen en hoe zij deze ziekte verklaren.
Behalve een andere verklaring en beleving van ziekte kunnen Turken en Marokkanen ook een ander ziektegedrag hebben dan Nederlanders. Met ziektegedrag wordt dan alles bedoeld wat mensen doen met hun ziekteklachten: het uiten, het zoeken naar genezing of zelfs het negeren ervan (…).
Er zijn verschillende factoren die een rol kunnen spelen in de ziektebeleving en het ziektegedrag van Turken en Marokkanen’. (Meijs 1990, pag. 19)

A. De plaats van het lichaam
‘Hulpverleners hebben vaak de indruk dat Turkse en Marokkaanse migranten de aard en de oorzaken van hun ziekte in de eerste plaats in het lichamelijke vlak zoeken. Emoties

en het “ik” hebben er niet zoveel mee te maken. Er werkt iets niet meer goed in het lichaam en de deskundige wordt geacht het defect op te sporen en er iets aan te doen. Dit lichamelijke uiten van klachten (somatiseren) waarin men zich soms vastbijt, wordt vaak vanuit de culturele achtergronden verklaard. (…)
Het lichaam en het vermogen er mee te werken zijn inderdaad belangrijk. De kost moet immers meestal worden verdiend met lichamelijk werk. Dit geldt met name voor de eerste generatie buitenlanders’. (Meijs 1990, pag. 19)

B. Gebrek van kennis van het menselijk lichaam
‘Het ontbreekt de oudere generatie Turken en Marokkanen die weinig scholing hebben vaak aan biologische basiskennis. Hun lichaamsbeeld wordt veelal beïnvloed door traditionele opvattingen zoals die over de eigenschappen en functies van het bloed. (…) Dit gebrek aan kennis kan op zichzelf een bron van angst en spanningen zijn’. (Meijs 1990, pag. 20)

C. Verschil in alarmsignalen
‘Symptomen die in Nederland niet verontrustend zijn, kunnen elders wijzen op ernstige of zelfs dodelijke aandoeningen. Deze symptomen kunnen dan een ware paniek veroorzaken, nog verergerd door het feit dat men in een vreemd land is. Infecties verlopen in Nederland niet zo snel fataal, maar maag/darminfecties bijvoorbeeld zijn in Turkije en Marokko een belangrijke doodsoorzaak (...). Diarree en overgeven worden daarom heel serieus genomen door Turken en Marokkanen (…).
Hoge koorts kan in Marokko of Turkije een teken van onheil zijn, een begin van een gevaarlijke infectieziekte, malaria of hepatitis. (…)
Maar waar sommige verschijnselen in Nederlandse ogen tot overmatige reacties leiden, daar worden anderen niet herkend, of men reageert er nauwelijks op. Een loopoor, tandbederf of een beetje hoesten, “daar gaat niemand dood van”. (Meijs 1990, pag. 19-20)

D. Behandeling
Zowel in de Nederlandse cultuur als in de Turkse en Marokkaanse cultuur wordt de mens in staat geacht het verloop van een ziekte te beïnvloeden. ‘Om beter te worden kun je medicijnen nemen en bepaalde handelingen achterwege laten of juist wel verrichten en bijvoorbeeld je voedingspatroon wijzigen. Ter voorkoming van ziekte kan het individu eveneens een aantal dingen doen of juist laten. Nederlandse medici dachten wel eens dat men in de Turkse en Marokkaanse cultuur de ziekte maar over zich heen laat komen, zonder zichzelf een actieve rol toe te bedelen. Waarschijnlijk hebben deze medici de afhankelijke rol, waarin vele Turken en Marokkanen zich stellen ten opzichte van een arts, verkeerd geïnterpreteerd’. (Rooijendijk 1988, pag. 58)
‘Vanwege de autoriteit van de arts nemen de Marokkanen een afwachtende houding aan: de arts en verpleegkundigen moeten het initiatief nemen. Marokkanen durven vaak geen vragen te stellen, ook als men de arts of verpleegkundige niet heeft begrepen’. (…) Het krijgen van medicijnen en het ondergaan van medisch onderzoek wordt gezien als erkenning van de ziekte’. (Staarman 1996, pag. 28)
‘De verwachting van een cliënt uit de Turkse of Marokkaanse cultuur kan zijn dat de hulpverlener het werk doet. Hij kan verwachten dat de hulpverlener een oplossing gaat zoeken, terwijl hij als cliënt rustig afwacht’. (Rooijendijk 1988, pag. 92)

E. Uiten van de klachten
‘Marokkaanse en Turkse patiënten kunnen hun klachten dramatiseren. Dit theatrale gedrag is echter gebruikelijk. Op deze manier probeert men de ernst van de situatie te benadrukken’. (Staarman 1996, pag. 28)
Leininger schrijft hierover: ‘there are cultures that quickly and loudly respond to even the slightest pin prick, injury, or bodily discomfort’. (Leininger 2002, pag. 52)
‘Een andere oorzaak voor dit gedrag moet men zoeken in het feit dat men vaak de taal niet goed beheerst. Om toch aan te geven dat de klachten serieus zijn, kan men dan wat “overdrijven”. (Staarman 1996, pag. 28)

F. Psychosomatische klachten
‘Migranten somatiseren hun psychische problemen vaak in sterke mate. Het somatiseren van psychische klachten kan men niet los zien van de centrale plaats die het lichaam in mediterrane culturen inneemt. Migranten ontlenen hun eigenwaarde en identiteit voor een groot deel aan lichamelijke kwaliteiten, want een goed functionerend lichaam is een garantie voor de broodwinning. (…)
Vormen waarin psychosomatische klachten zich al snel uiten, zijn hoofdpijn, rugpijn, moeheid, slapeloosheid, pijn in borst- en hartstreek, (…). (Meijs 1990, pag. 20)
‘Hoewel het in de westerse cultuur bekend is dat psychische problemen uitgedrukt kunnen worden in somatische kwalen, is de lijder aan een dergelijke kwaal zich niet altijd bewust van het psychische karakter van zijn kwaal. (Rooijendijk 1988, pag. 59)
‘Vaak zijn migranten met ernstige psychische klachten die ze lichamelijk presenteren, bang dat ze een heel ernstige ziekte hebben’. (…) Wanneer artsen dit niet onderkennen voelt de patiënt zich ‘miskend en voor leugenaar uitgemaakt’. (Meijs 1990, pag. 22)
Uiteindelijk kan iemand zo vasthouden aan de gedachte dat er toch iéts moet zijn, dat er een somatische fixatie ontstaat.

2.4 Samenvatting

Begin jaren zestig kwamen veel Turken en Marokkanen naar Nederland. Zij brachten hun cultuur mee. Cultuur wordt van generatie op generatie overgedragen en beïnvloedt, vaak onbewust, iemands denken, handelen en wereldvisie
Het is moeilijk om over cultuurverschillen te schrijven omdat men risico loopt te generaliseren en omdat culturen een dynamisch karakter hebben, mede door beïnvloeding van andere culturen.
Culturen kunnen ingedeeld worden in twee categorieën: de familieculturen, ook wel F-culturen genoemd, en de ik-culturen, ofwel G-culturen.
Familieculturen worden gekenmerkt door de centrale rol die de groep, en dan vooral de familie inneemt en de ondergeschikte rol van het individu.
In de ik-cultuur wordt meer belang gehecht aan de wensen en de wil van het individu.
Cultuurverschillen tussen de Turkse en de Marokkaanse cultuur enerzijds en de Nederlandse cultuur anderzijds vloeien voort uit het verschil tussen familiecultuur en ik-cultuur.

Hoofdstuk 3: Interculturalisatie van de zorg: de theorie

In het beroepsprofiel van de verpleegkundige (1999) wordt stilgestaan bij de multiculturalisering van de samenleving, en daarmee ook van de zorg. ‘Maatschappelijke, technologische, demografische, economische en politieke ontwikkelingen vragen ook van verpleegkundige beroepsbeoefenaren dat ze zich voortdurend aanpassen aan een steeds veranderende omgeving’. (Leistra 1999, pag. 8) Met betrekking tot de multiculturalisering van de samenleving schrijft het beroepsprofiel het volgende: ‘de grote verscheidenheid in zorgvragers met hun specifieke (achtergrond)kenmerken verdient meer dan ooit aandacht in de zorgverlening. (…) Het vraagt om een verpleegkundige die uitgaat van de individuele vraag van de zorgvrager (vraaggestuurde zorg) en die haar kennis en vaardigheden kan toepassen in verschillende zorgsituaties.’ (Leistra 1990, pag. 8)

Dit vraagt dus om een verpleegkundige met een holistische benadering ten aanzien van zorgverlening. Een holistische aanpak ‘richt zich niet op de ziekte van de mens, maar ziet de zieke mens tegen de achtergrond van grotere gehelen zoals gezin, milieu, leefgemeenschap, werk, cultuur, tijdsgewricht en tijdgeest’. (Achterberg 2002, pag. 130)

3.1 Afdeling Interne/HIV in het OLVG

‘B6 is de verpleegafdeling voor algemeen interne aandoeningen en infectieziekten met als aandachtsgebied de HIV / AIDS zorg. Het patiëntenaanbod is hierdoor zeer gevarieerd.’ (Afdelingsreader B6)
‘De patiëntengroep laat zich globaal genomen onderscheiden in:
Algemeen interne patiënt:

- Oudere patiënt met vaak meerdere ziektebeelden;
- Veelal sociale problematiek (denk aan het niet meer zelfstandig kunnen wonen van ouderen, te weinig mantelzorg);
- Patiënten met afwijkend gedrag (zwervenden, daklozen);
- Patiënten die weinig of geen Nederlands spreken en/of verstaan;
- Patiënten met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse;

Patiënten met infectieziekte (specifiek HIV / AIDS)

- Terugkerende patiënten vanwege het chronische karakter van de aandoening;
- Patiënten met verslavingsproblematiek;
- Patiënten waarbij hun seksualiteit een hoop vragen op kan roepen of juist moeilijk bespreekbaar is;’

(Afdelingsreader B6)

Hieruit blijkt het stadse karakter van het OLVG en daarmee van afdeling B6. Problemen van daklozen, taal- en cultuurverschillen, verslavingsproblematiek en vaak terugkerende patiënten met HIV kunnen voorkomen.

3.2 Zorgvisie van de afdeling

In de reader van de afdeling wordt de visie op zorgverlening van de afdeling uiteengezet.
‘De unieke functie van de verpleegkundige is: het individu, ziek of gezond, bij te staan bij het verrichten van die activiteiten die bijdragen tot gezondheid of herstel (of te helpen humaan te sterven, wanneer geen herstel meer mogelijk is), en die dit individu zonder hulp zou verrichten als hij de daartoe nodige kracht, wilskracht of kennis bezat. De

verpleegkundige dient dit op zulk een wijze te doen, dat de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk wordt.' (A.W. Goodrich, in Afdelingsreader B6)

'Er is pas sprake van zorgverlening als bij het geven van persoonlijke zorg en professionele behandeling aan de individuele patiënt rekening gehouden wordt met zijn specifieke behoeften en problemen.' (Afdelingsreader B6)

Hieruit komt de holistische benadering die de afdeling hanteert naar voren. De patiënt wordt als individu met specifieke behoeftes en problemen gezien.

Dit komt ook naar voren in een toevoeging op de visie op zorgverlening van de afdeling. Verplegen is volgens afdeling B6 'het op methodische wijze vaststellen van de specifieke zorgbehoefte van de patiënt, welke in samenspraak vastgesteld wordt. De verpleegkundige is hier de deskundige die de patiënt informeert en adviseert.' (Afdelingsreader B6)

De cultuur van de patiënt wordt hierin niet letterlijk genoemd, maar er zijn aspecten in de visie die te maken kunnen hebben met het verplegen in relatie tot het respecteren van de cultuur van de patiënt. 'Het verplegen van en zorgen voor mensen heeft een universeel karakter. Inherent aan verplegen is respect voor het leven, de waarden en normen van mensen' (De Jong, 1998, pag. 213), 'ongeacht geslacht, huidskleur, geloofsovertuiging, seksuele overtuiging of aard van de gezondheidsproblemen'. (Afdelingsreader B6) 'Dat wil niet zeggen dat je ook iedereen op dezelfde manier moet verplegen. Zonder onderscheid betekent in deze context dat de kwaliteit niet mag verschillen. Als de kwaliteit van verleende zorg niet mag verschillen over culturen heen, dan moet je je best doen om zo goed mogelijk aansluiting te vinden bij de waarden en normen, de gewoonten en rituelen van de betreffende cultuur.' (De Jong 1998, pag. 213)

Transculturele verpleegkunde kan gedefinieerd worden als: 'het systematisch en methodisch ondersteunen van de mens in zijn zelfzorg, het aanvullen van zelfzorgtekorten en in samenwerking met andere disciplines scheppen van voorwaarden voor handhaving c.q. herstel van de gezondheid. Dit alles moet afgestemd zijn op het culturele referentiekader van de zorgvrager'. (De Jong 1998, pag. 214)
Dit betekent volgens De Jong dat in de planning, uitvoering en evaluatie van de zorgverlening op een expliciete wijze rekening gehouden dient te worden met de in de cultuur verankerde ideeën en opvattingen over zorg, welzijn, gezondheid en hulpverlening van de zorgvrager.

3.3 Transculturele verpleegkunde volgens Leininger

Madeleine Leininger ontwikkelde vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw de transculturele verpleegtheorie. Zij omschrijft transculturele verpleegkunde als volgt: 'Transcultural nursing has been defined as a formal area of study and practice focussed on comparative human care (caring) differences and similarities of the beliefs, values, and patterned lifeways of cultures to provide culturally congruent, meaningful, and beneficial health care to people'. (Leininger 2002, pag. 5-6) Het richt zich op de verschillen en overeenkomsten met betrekking tot de overtuigingen, waarden en levenspatronen tussen culturen wat leidt tot het verlenen van cultureel congruente (overeenstemmende), betekenisvolle en heilzame zorgverlening.

Ze voegt nog twee belangrijke aspecten toe aan haar definitie van transculturele verpleegkunde:

1 ‘focus on comparative differences (diversities) and similarities (commonalities) among cultures in relation to humanistic care, health, wellness, illness, and healing patterns, beliefs, and values’. (Leininger 2002, pag.8)

2 ‘culture and care are holistic constructs that can lead to knowing, understanding and helping people in their fullest and most meaningful lifeways’. (Leininger 2002, pag. 9)

Hiermee bedoelt Leininger dat de nadruk gelegd moet worden op verschillen en overeenkomsten tussen culturen met betrekking tot humanistische zorg, gezondheid, welbevinden, ziekte en patronen, overtuigingen en waarden met betrekking tot het genezingsproces.
Zij omschrijft cultuur en zorg als holistische constructies die kunnen leiden tot het leren kennen, begrijpen en helpen van mensen in hun volledige en meest betekenisvolle levenswijze.

Om tot cultureel competente en overeenstemmende zorg te komen maakt zij gebruik van een schematisch model: het Sunrise Model (zie bijlage 1). Dit model is zo genoemd omdat het de vorm heeft van een opgaande zon. De Jong vat het model op als ‘een overkoepelende socio-culturele structuur met daarbinnen de volgende factoren:

- technologische
- religieuze en filosofische
- familiale en sociale
- culturele
- politieke en wettelijke
- economische
- scholingsgerelateerde

Deze staan in interactie met elkaar en beïnvloeden via de taal, het milieu en de ethnohistorie de zorg- en gezondheidspatronen en uitingen’. (de Jong 1998, pag. 218)

Het Sunrise Model helpt je begrijpen dat de manier waarop mensen naar de wereld kijken, hun wereldvisie, wordt bepaald door bovenstaande factoren, maar dat ook de opvattingen over zorgverlening en gezondheidspatronen van mensen hierdoor bepaald worden.
Wanneer het model gebruikt wordt tijdens de zorgverlening aan patiënten met een andere culturele achtergrond, helpt het een holistisch beeld van de patiënt te scheppen en wordt de patiënt meer dan een aantal verpleegkundige diagnoses, symptomen of ziektes.
Wanneer de verpleegkundige haar interventies en beslissingen met betrekking tot de zorgverlening afstemt op de specifieke culturele zorg- en gezondheidspatronen, en de uitingen hiervan, van de patiënt zal hij of zij door middel van ‘the three modes of action and decision’ (Leininger 2002, pag. 82) komen tot cultureel overeenstemmende zorgverlening aan de patiënt met betrekking tot gezondheid, welbevinden of overlijden.

Onder de three modes of action verstaat Leininger:

- Culture Care Preservation / Maintenance: ‘de cultureel gebaseerde activiteiten van bijstand of ondersteuning, die gekenmerkt worden door het behoud van de gewenste gezondheid, leef- en verzorgingswijzen.’ (de Jong 1998, pag. 218)
- Culture Care Accomodation / Negotiation: ‘de cultureel gebaseerde activiteiten van bijstand of ondersteuning, die gekenmerkt worden door aanpassing en onderhandeling met betrekking tot de gezondheid, leef- en verzorgingswijzen.’ (de Jong 1998, pag. 218)
- Culture Care Repatterning / Restructuring: de activiteiten met als doel de patiënten te helpen om bestaande gezondheids-, leef- en verzorgingspatronen te veranderen op een voor hen zinvolle wijze.’ (de Jong 1998, pag. 218)

Leininger noemt tien stappen die leiden naar cultureel competente en overeenstemmende zorg:

‘Ten Guideline Steps for Culturally Competent Congruent Care

1. Have holding knowledge of the individual or family culture being assessed from reliable literature and through transcultural nursing courses taught by qualified faculty.
2. Know your own cultural heritage, patterns, and biases and factors that may interfere with effective assessments and understanding the client.
3. Use a theory or theoretical perspective to guide your assessment such as the holistic Culture Care theory with use of the Sunrise model and Enablers.
4. Know some common language phrases of the client to obtain accurate information and to work with qualified interpreters.
5. Show respect and a genuine interest in the informant and the culture while remaining an active learner, letting the informant tell his or her story, experiences, and ideas to you.
6. Be observant of the environmental context in which you are doing the assessment and document it.
7. As the client shares emic or etic data, reflect on and check the meanings with the client. (Be sure you get a holistic perspective as depicted in the Sunrise Model for a total and accurate picture of client/family needs and expectations).
8. The client needs to be an active co-participant in the assessment to obtain credible and accurate data, especially with the Culture Care theory and the three modes of action and decision, and to provide culturally specific and congruent care.
9. Identify and then recheck specific and general cultural care values, beliefs, and needs related to generic (emic) and professional (etic) data for possibly integrated culturally and congruent care.
10. Use the assessment findings in sensitive, knowing, creative, and meaningful ways with the client so that beneficial and satisfying outcomes are forthcoming. Do a follow-up with the client or family to document goal outcome(s)’. (Leininger 2002, pag. 128)

Onder Emic verstaat Leininger de lokale, inheemse of ingewijde zienswijzen en waarden over een fenomeen. Met Etic bedoelt ze de blik van een buitenstaander of de meer universele blik op een fenomeen.

Dit kan als volgt kort worden samengevat:

1. Er moet kennis zijn over de betreffende cultuur.
2. Er moet kennis zijn over de eigen culturele bagage.
3. Er moet gewerkt worden vanuit een theoretisch perspectief en met behulp van hulpmiddelen.
4. Er moet kennis zijn van een aantal standaard zinnen van de vreemde taal.
5. Er moet respect en oprechte interesse naar de patiënt en zijn cultuur getoond worden.
6. De ruimtelijke context moet geobserveerd worden.
7. Er moet gecontroleerd worden of de gegevens op de juiste manier geïnterpreteerd zijn.
8. Er moet een actieve rol gespeeld worden door de patiënt om zodoende geloofwaardige en accurate gegevens te verkrijgen waarop de drie verschillende vormen of niveaus van cultuurspecifieke zorgverlening afgestemd kunnen worden.
9. Identificeer en controleer specifieke en algemene cultuurgebonden waarden, opvattingen en behoeftes die gerelateerd zijn aan de persoonlijke en de algemene gegevens.
10. Maak op de juiste manier gebruik van de uitkomsten ten behoeve van bevredigende resultaten.

Leininger pleit voor het gebruik van een interculturele anamnese (zie bijlage 2) in combinatie met het Sunrise Model om zodoende tot goede en betekenisvolle zorgverlening te komen. ‘The purpose of this ethnonursing guide is to enter the world of the client and discover information to provide holistic, culture specific care’. (Leininger 2002, pag. 137) Het doel is om de wereld van de patiënt te betreden en informatie te bemachtigen om zodoende tot holistische en cultuurspecifieke zorgverlening te komen.

3.4 Interculturalisatie van de zorg volgens Olthuis

In 2001 publiceerde cultuurpsycholoog Gert Olthuis zijn onderzoek naar het interculturalisatiebeleid van de gezondheidszorg. Hij stelt dat het succes van dit beleid vooral afhangt van de interactie tussen de hulpverleners en de patiënten.

Volgens Olthuis is zorgverlenen vooral ‘een praktijk die een “habit of mind” vereist.’ (Olthuis 2001, pag. 4) Hij vat dit samen in vier morele kwaliteiten die hij in verband brengt met interculturalisering van de zorg:
‘Zorg betekent allereerst “aandachtige betrokkenheid” (attentiveness). In een multiculturele gezondheidszorg houdt dat in culturele diversiteit op te merken en belang te stellen in de ander.’ (Olthuis 2001, pag. 4)
‘De volgende morele kwaliteit is verantwoordelijkheid (responsibility).’ (Olthuis 2001, pag. 4) Hiermee bedoelt hij dat politiek, instellingen, verzekeringen, ed. actief mee moeten werken aan het interculturalisatieproces.
‘Een derde morele kwaliteit bevindt zich op het niveau van de daadwerkelijke zorgverlening; zorgwerkers moeten competent zijn (competence).’ (Olthuis 2001, pag. 4) Volgens Olthuis bevinden zich juist hier de voornaamste knelpunten van een multiculturele zorg. ‘Hulpverleners moeten over de vaardigheden beschikken die interculturele hulpverlening van hen vereist.’ (Olthuis 2001, pag. 4)
‘De vierde kwaliteit, ontvankelijkheid (responsiveness), richt zich tenslotte op de ontvangers van zorg. Zorgvragers behoren mee te werken aan een goed en

verantwoord verloop van de zorgverlening. Dat geldt vanzelfsprekend ook voor allochtone patiënten'. (Olthuis 2001, pag. 4)

Vervolgens doet Olthuis verslag van zijn onderzoek naar interculturalisatie van de zorg. 'Als rode draad loopt door de interviews de moeizame communicatie met allochtone zorgvragers'. (Olthuis 2001, pag. 5) Hierbij verduidelijkt hij dat het bij knelpunten in de communicatie om meer gaat dan onbegrip door taalverschillen.
Hij spreekt over twee niveaus van communicatie: het inhoudsniveau en het betrekkingsniveau. 'Op het eerste niveau ligt de nadruk op de (inhoud van) de boodschap. Een boodschap wordt overgebracht door middel van de min of meer afgesproken betekenissen, binnen een bepaald sociaal verband, van bijvoorbeeld woorden, gebaren of pictogrammen. Het tweede niveau benadrukt dat er bij het communiceren van die boodschap legio niet-afgesproken en meerduidige zaken een rol spelen. Deze vormen van niet-afgesproken taal maken duidelijk dat de communicatie vorm krijgt in een context waarin mensen op elkaar reageren, betrokken zijn op elkaar.' (Olthuis 2001, pag. 5)

3.5 Effectieve communicatie volgens Pinto

Ook Pinto schrijft over interculturele communicatie. Hij spreekt over efficiënte communicatie en effectieve communicatie. Efficiënte communicatie vindt plaats wanneer 'een boodschap door de ontvanger begrepen wordt zoals die door de zender bedoeld was'. (Pinto 1990, pag. 16). Effectieve communicatie vindt plaats wanneer 'de ontvanger de reactie vertoont waarop de zender gerekend had'. (Pinto 1990, pag. 16)

Vaak wordt gedacht dat het volkomen logisch is dat twee mensen die dezelfde taal spreken elkaar goed begrijpen. 'Zo eenvoudig en logisch is het echter niet. Taal is namelijk veel meer dan alleen kennis van woorden en zinsbouw'. (Pinto 1990, pag. 17)
Volgens Pinto zijn er een viertal voorwaarden waaraan moet worden voldaan voorat er sprake kan zijn van effectieve communicatie:

- Technische voorwaarde: 'beide partijen moeten elkaar kunnen verstaan, voordat ooit een boodschap effectief overgebracht kan worden'. (Pinto 1990, pag. 19) Dit houdt niet alleen in dat beide partijen dezelfde taal moeten kunnen spreken, maar ook bijvoorbeeld dat ze niet te ver van elkaar verwijderd zijn of één van de partijen doof is.
- Cognitieve voorwaarde: dit betekent 'dat beide partijen op een voor elkaar aanvaardbaar intellectueel niveau dienen te communiceren en dat het onderwerp van gesprek in voldoende mate bekend dient te zijn aan de partijen'. (Pinto 1990, pag. 20) Als een arts bijvoorbeeld op zijn eigen niveau aan een leek iets uitlegt, zal deze het niet begrijpen. Ook al spreken zij dezelfde taal, het onderwerp en het intellectuele niveau staan effectieve communicatie in de weg.
- Interpretatieve voorwaarde: dit betekent 'dat de communicerende partijen niet alleen dezelfde taal op een voor elkaar aanvaardbaar intellectueel niveau dienen te spreken, maar dat zij bovendien aan de gebruikte woorden een zelfde interpretatie toekennen'. (Pinto 1990, pag. 20)
- Affectieve voorwaarde: dit betekent 'dat de gebruikte taal, gebaren en handelingen niet alleen aan beide partijen bekend moet zijn, maar bovendien ook dezelfde emoties moeten oproepen en dezelfde emotionele betekenis moeten hebben, voordat er sprake van effectieve communicatie kan zijn'. (Pinto 1990, pag. 20) Zo kan voor de één een aai over het hoofd een vriendelijk gebaar betekenen, terwijl het voor de ander een belediging is.

Volgens Pinto is het vooral het ontbreken van de affectieve voorwaarde wat er voor kan zorgen dat communicatie vaak niet effectief is. ‘Vooral dit element dat betrekking heeft op het gevoel kan enorme obstakels voor effectieve communicatie veroorzaken, omdat twee mensen die dezelfde taal spreken, snel aannemen dat beiden aan de gebruikte woorden en handelingen dezelfde betekenis en emotionele waarde toekennen’. (Pinto 1990, pag. 21)

3.6 Samenvatting

De verpleegkundige krijgt steeds meer te maken met de multiculturalisering van de samenleving. Dit is ook duidelijk merkbaar in het OLVG. Afdeling B6 hanteert een holistische benadering ten aanzien van de zorgverlening. Dit betekent dat de patiënt als individu met specifieke behoeftes en problemen gezien wordt.
Ook Leininger, die de Transculturele Verpleegtheorie ontwikkelde, benadrukt het belang van een holistische benadering naar patiënten toe. Het doel van de Transculturele Verpleegtheorie is komen tot het verlenen van cultureel congruente, betekenisvolle en heilzame zorgverlening. Om hiertoe te komen maakt zij gebruik van het Sunrise Model. Wanneer het model gebruikt wordt tijdens de zorgverlening aan patiënten met een andere culturele achtergrond, helpt het een holistisch beeld van de patiënt te scheppen en wordt de patiënt meer dan een aantal verpleegkundige diagnoses, symptomen of ziektes. Leininger pleit voor het gebruik van een interculturele anamnese in combinatie met het Sunrise Model om zodoende tot cultureel overeenstemmende zorgverlening te komen.
Binnen de interculturalisatie van de zorg blijkt communicatie met allochtone zorgvragers een probleem. Zowel Olthuis als Pinto stellen dat het hierbij om meer gaat dan onbegrip door taalverschillen. Hoewel voor effectieve communicatie het noodzakelijk is dat men elkaar kan verstaan, is het voornamelijk het element dat betrekking heeft op het gevoel dat voor enorme obstakels kan zorgen, omdat twee mensen die dezelfde taal spreken al snel aannemen dat ze aan de gebruikte woorden en handelingen ook dezelfde emotionele betekenis en waarde toekennen.

Hoofdstuk 4: Het onderzoek

4.1 Onderzoeksopzet en –methode

Mijn vraagstelling luidt als volgt: *Ervaren verpleegkundigen op afdeling B6 (cultuurgerelateerde) problemen in de zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten, en zo ja, hoe beïnvloeden deze problemen de zorgverlening en welke verpleegkundige aanbevelingen vloeien hieruit voort?*

Kwalitatief onderzoek bleek de beste methode te zijn voor het beantwoorden van mijn vraagstelling. Dit is omdat 'kwalitatief onderzoek zich richt op de aard of de eigenschap van het probleem, niet op de mate waarin het probleem voorkomt. Zij richt zich op het begrijpen van het probleem, niet op de mate waarin het probleem voorkomt'. (Jong 1998, pag. 144)
Voor de wijze van gegevensverzameling heb ik gekozen voor een ongestructureerde interviewmethode. Ik heb gekozen voor het vrije attitude interview, 'waarbij de structuur van het gesprek niet vastligt en de onderzoeker veel reageert / doorvraagt op de thema's die de informant noemt'. (Jong 1998, pag. 146) Dit betekent dat de vragen en antwoorden van tevoren niet vast lagen. Er werd zo open mogelijk geprobeerd de ervaringen van de verpleegkundigen te achterhalen en de ervaringen te laten beschrijven. De geïnterviewde kreeg persoonlijk de gelegenheid om zijn of haar verhaal te vertellen. Ik diende op mijn beurt open te staan voor de belevingswereld van de geïnterviewde en mijn eigen opvattingen en gevoelens opzij te zetten. Op deze manier heb ik getracht objectiviteit van het onderzoek na te streven.
De geïnterviewden heb ik persoonlijk benaderd of zij mee wilden werken aan mijn onderzoek. Via een brief heb ik hen op de hoogte gebracht van het onderwerp, zodat ze zich voor aanvang van het interview konden voorbereiden. Bij aanvang van het interview heb ik steeds een korte introductie van het onderwerp gegeven.
De interviews duurden ongeveer vijfenveertig minuten (gemiddeld) en werden op een cassetteband opgenomen. De interviews zijn woordelijk uitgetypt en na bestudeerd en geordend te zijn opgenomen in de analyse.

4.2 Doelgroep ondervraagden

Het onderzoek vond plaats op afdeling B6 van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam. Voor het beantwoorden van mijn vraagstelling heb ik 7 verpleegkundigen van deze afdeling geïnterviewd. Voor het verkrijgen van een zo goed mogelijk beeld heb ik de verpleegkundigen zo divers mogelijk geselecteerd. Van onlangs gediplomeerd tot lang gediplomeerd en variërend in leeftijd en sekse.

Hoofdstuk 5: Analyse van de interviews

In ieder interview werd als eerste gevraagd om wat over de persoonlijke ervaringen met de zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten te vertellen. Van daaruit werd gekeken hoe deze ervaringen beleefd werden door de verpleegkundigen en hoe deze hun weerslag hadden op de verleende zorg. De eigen ervaringen en opvattingen bepaalden waar het verdere gesprek over ging. Uit de interviews heb ik een vijftal thema's kunnen destilleren welke ik in dit hoofdstuk één voor één zal behandelen. De overeenkomsten en verschillen in opvattingen zullen in het volgende deel worden weergegeven, waarbij ik aan de hand van de literatuur deze zal verklaren.

5.1 De communicatie

Voordat van effectieve communicatie gesproken kan worden, moet eerst aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Eén van die voorwaarden is dat mensen dezelfde taal moeten kunnen spreken. Pinto (1990) noemt dit de technische voorwaarde.
Dat Turkse en Marokkaanse patiënten de Nederlandse taal vaak niet goed beheersen heeft een aantal redenen. Ten eerste is het moeilijk om op latere leeftijd nog een nieuwe taal te leren. Ten tweede was de noodzaak er ook niet, omdat de meeste Turken en Marokkanen niet van plan waren lang in Nederland te blijven. Ook het onder beide bevolkingsgroepen veel voorkomende analfabetisme speelt een rol. Wanneer de eigen taal niet goed beheerst wordt is het zeer moeilijk om een tweede taal te leren. Moeizame communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten als gevolg van een taalbarrière werd door alle respondenten benoemd tijdens de interviews.

"En het stoort me ook vaak dat ze de taal niet spreken." (…) "En ik denk dat ik dat heel frustrerend vind. Dat je niet goed kan navragen wat voor klachten er precies zijn." (…) "Ja…, op een gegeven moment kan het ook zijn dat ik gewoon de moed opgeef" (...) "Als het niet te dringend is. Dat ik gewoon het noodzakelijke doe en het daar dan bij laat."

"En als je dingen wilt weten is het toch wel vervelend. Je kunt niet even snel iets vragen: 'hoe voelt u zich?" (…) "Ja, natuurlijk belemmert dat de zorgverlening! Je ziet natuurlijk makkelijker dingen over het hoofd. Iemand kan niet aangeven wat hij heeft"

"Het is gewoon vreselijk moeilijk om van mensen die twee woorden Nederlands snappen om daar een goede, bijvoorbeeld, anamnese te doen, of goed helder te krijgen wat voor problemen er zijn." (…) "En ook al pas ik het niveau heel erg aan, dan ketst het nog heel vaak af en dat vind ik zelf best frustrerend."

De verpleegkundigen benoemen hoe belangrijk het tijdens zorgverlening is dat patiënt en verpleegkundige elkaar kunnen verstaan. Zij geven aan dat patiënten hen door de taalbarrière niet goed duidelijk kunnen maken wat hun klachten zijn. Het frustreert hen dat hoeveel moeite ze ook doen, ze de klachten toch vaak niet duidelijk krijgen, wat resulteert in het enkel nog uitvoeren van noodzakelijke handelingen. Tevens benoemen ze dat door de taalbarrière het risico gelopen wordt dat er belangrijke symptomen van ziektebeelden gemist of niet herkend worden.

“Een ander puntje waar ik eigenlijk aan denk is soms de taalbarrière.” (…) Waardoor een zorgrelatie moeizaam tot stand komt.” (…) “Want in mijn verplegen kom ik dan eigenlijk wat tekort. Ik krijg dan altijd het gevoel dat ik alleen maar opdrachten zit uit te voeren.” (…) “Dan merk je eigenlijk pas hoe belangrijk communicatie in het zorgproces is.”

Je praat dus niet zoveel, dus ook zeg maar het sociale-sociale.” (…) “Je bent echt heel basaal bezig met de dingen die je moet doen, de klusjes.”

De verpleegkundigen geven aan dat door de taalbarrière tussen hen en de Turkse en Marokkaanse patiënten het psychosociale aspect van de zorgverlening niet aan bod komt. Doordat ze elkaar niet kunnen verstaan wordt er automatisch weinig gesproken. Wat er speelt in het hoofd van de patiënt wordt daardoor niet duidelijk. Hierdoor wordt de zorgverlening beperkt tot het uitvoeren van handelingen De verpleegkundigen hebben hierdoor het gevoel tekort te schieten in hun zorgverlening.

5.2 De non-verbale communicatie

In de interviews komen ook de ervaringen met betrekking tot non-verbale communicatie aan bod. Pinto spreekt van effectieve communicatie wanneer ‘de ontvanger de reactie vertoont waarop de zender gerekend had.’ (Pinto 1990, pag. 16) Eén van de voorwaarden voor effectieve communicatie is volgens Pinto de affectieve voorwaarde. Dit betekent dat ‘de gebruikte taal, gebaren en handelingen niet alleen aan beide partijen bekend moeten zijn, maar bovendien ook dezelfde emoties moeten oproepen en dezelfde emotionele betekenis moeten hebben.’ (Pinto 1990, pag. 20) Hieronder volgen voorbeelden die de verpleegkundigen noemden met betrekking tot de non-verbale communicatie tussen hen en de Turkse en Marokkaanse patiënten:

“Maar bepaalde islamitische mannen kunnen gewoon een beetje dominant overkomen; dus dan is het meer van ‘DIT DOEN!’ JA…, bij ons valt dat vaak verkeerd omdat het op zo’n manier gezegd wordt, maar daar stap ik makkelijk overheen.”

“Dat directieve. Ooh…, dat vind ik vreselijk. Als iemand zo tegen me praat. Maar zie ik dat als een probleem? Nee, dat vind ik dan niet een groot genoeg probleem om dat nu…”

“Het is vaak een manier van dingen zeggen en brengen naar de ander, waardoor het op dat moment wel even escaleert.”

“En daar kan je over vallen, maar ik val daar niet meer over. Ik heb inmiddels zoiets van: ‘ik weet dat die mensen dat vaak zo brengen.’ En wie ben ik om dat te gaan veranderen?”

“Maar je ziet vaak wel dat dat soms wrijvingen geeft. Met name naar ons van: ‘Ja, ik laat me niet zo behandelen’, of ‘ik laat zo niet tegen me praten.’ Terwijl zij dat misschien niet eens zo naar bedoelen. Maar het komt er alleen zo uit.” (...) En ik merk ook aangezien ik daar vrij gemakkelijk overheen stap, dat ik nooit problemen heb met die mensen.”

De verpleegkundigen ervaren regelmatig dat Turkse en Marokkaanse patiënten hen directief benaderen. De manier van aanspreken is dusdanig dat de verpleegkundigen zich onheus bejegend en persoonlijk aangevallen voelen. Dit leidt tot wrijvingen,

escalaties en miscommunicatie. Opvallend is dat de verpleegkundigen dit wel signaleren en hier wel over spreken, maar aangeven dit niet als problematisch te ervaren.

5.3 Het bezoek

Uit het feit dat de Turkse en Marokkaanse culturen familieculturen zijn vloeit voort dat er vaak veel bezoek komt voor deze patiënten. Men moet elkaar steunen en helpen in moeilijke tijden. Ook speelt mee dat rollen vaak vast liggen, waardoor men als het ware verplicht wordt deze te 'spelen'. Zo is men dus ook verplicht op bezoek te gaan bij mensen die ziek zijn. Ook vanuit de religie wordt van men verwacht dat men de zieken bezoekt.

"Ja, het bezoek moet wel heel regelmatig aangesproken worden. (...) "En dan denk ik van 'hè, ik heb het gisteren nog gezegd aan bed, en de patiënt weet het'. Die kan het zelf toch ook wel een beetje vertellen. Dat kan me wel eens frustreren, als ik een drukke dienst heb."

De verpleegkundigen geven aan dat als zij bezoekers en de patiënt aanspreken op het grote aantal waarmee zij om het bed zitten hier vaak niets mee gedaan wordt. Ook niet na herhaaldelijk aanspreken en uitleggen. Dit leidt tot frustratie en irritatie bij de verpleegkundigen omdat zij het gevoel hebben dat ze niet serieus genomen worden.

"Wat mij sowieso opvalt, is dat de familie erg betrokken is bij de patiënt, en niet alleen familie, maar ook veel kennissen altijd op bezoek komen." (…) "Dat kan, prettig zijn voor de patiënt, maar het kan ook nadelig werken in de zorg af en toe. Dat er zo veel bezoek komt dat de professionele zorg weinig ruimte krijgt."

"Ja, dat kan de zorgverlening beïnvloeden." (…) "Nou, dat misschien iemand wel misschien minder mobiliseert bijvoorbeeld. Of minder snel, of dat je iemand toch op de een of andere manier langer laat liggen. Ja, het is heel erg dat ik dat zeg. Maar ik geloof dat wel gebeurt."

"Kijk, als zij rustig aan dat bed zitten…, dan mogen zij daar best met zijn tienen zitten. Maar wat je vaak hebt, en wat ik ook wel meegemaakt heb, is dat er dan ook nog tien op de gang staan en ook nog zes kinderen op de gang rennen, hollen, schreeuwen en tieren. Dan wind ik me gewoon al op over het idee dat ze zelf niet inzien, dat dat niet kan."

"Het irriteert me omdat ik dan vind dat onze normen en waarden helemaal niet gerespecteerd worden. En dat er andere zieke mensen op zaal liggen en dat daar dan helemaal niet aan gedacht wordt."

"Ja, het bezoek moet wel heel regelmatig aangesproken worden. Dat ze toch met grote groepen om het bed zitten en dat ze niet altijd oog hebben voor dat er ook andere mensen op de zaal liggen die heel ziek kunnen zijn. En niet heel veel drukte kunnen verdragen."

Het grote aantal bezoekers dat vaak langskomt bij Turkse en Marokkaanse patiënten zorgt voor onrust op zaal en in de gangen. Dit kan er toe leiden dat andere patiënten op zaal daar overlast van hebben, dat er minder ruimte is voor professionele zorgverlening en daardoor zorgverlening wordt overgeslagen.

Frustratie ontstaat bij de verpleegkundigen omdat zij niet begrijpen dat het bezoek niet inziet dat er vaak meer dan één patent op zaal ligt. Dat het lijkt alsof het het bezoek niets interesseert dat andere mensen misschien last van ze hebben.

5.4 De ziekterol en ziektebeleving

Zoals in de literatuur beschreven ervaren Turken en Marokkanen het ziekzijn anders dan Nederlanders. Hoewel 'zowel in de Nederlandse cultuur als in de Turkse en Marokkaanse cultuur de mens in staat wordt geacht het verloop van de ziekte te beïnvloeden' (Rooijendijk 1988, pag. 58) is de rol waarin Turken en Marokkanen zich opstellen afwachtender. Initiatief nemen wordt aan de arts en de verpleegkundige overgelaten. Ook het uiten van de klachten, het ziektegedrag is anders. Dramatiseren van de klachten komt veel voor, dit om de 'ernst van de situatie te benadrukken' (Staarman 1996, pag. 28) en door 'het feit dat men de taal niet goed beheerst' (Staarman 1996, pag. 28) en zodoende de ernst van de situatie benadrukt wordt. Dit gedrag wordt ook door de verpleegkundigen genoemd tijdens de interviews.

"Wat ik nog meer een probleem vind is toch een beetje een cultureel aspect. En dat heeft te maken met het weinig initiatief ontplooien wat betreft het herstelgedrag. Vaak een beetje uitgaan van de gedachte dat zo min mogelijk doen het beste is voor het herstel. En als je ziek bent is het ook legitiem om de hele dag in je bed te liggen." (…) "Die rol, vreselijk daar in gaan zitten, daar in blijven hangen zeg maar."

"Ik heb vaak het idee dat het initiatief heel erg bij ons wordt gelegd, bij ons, bij de dokters. Van 'jullie moeten ons beter maken', en ik heb ook wel eens meegemaakt dat mensen het letterlijk zo zeggen. Of in ieder geval met handen en voeten zo laten blijken. Van 'het is jullie taak!"

"Je maakt wel eens mee dat mensen echt hun bed niet uit willen en obstinaat worden. Dan denk ik 'goed, ik heb alles wat in mijn macht lag gedaan om u goed te informeren en te zorgen dat je consequenties zelf draagt'. Maar als dat blijkbaar niet tot actie leidt…, kijk, houdt het op…, dat is natuurlijk niet zo. Je probeert op allerlei manieren toch een ingang te vinden."

Uit deze citaten blijkt dat de verpleegkundigen ook met dit gedrag te maken hebben. Het weinig initiatief ontplooien met betrekking tot het eigen herstelproces en het uit handen geven van dit initiatief leidt ertoe dat de verpleegkundigen veel energie investeren in het informeren, motiveren en stimuleren van de patiënten. Gevoelens van moedeloosheid spelen op wanneer zij voor deze energie niets terugkrijgen. Hierdoor kan het voorkomen dat ze de moed opgeven wanneer ze voortdurend het gevoel hebben tegen een muur aan te lopen en geen verdere moeite meer doen om de patiënt over te laten gaan tot actie.

"Maar wat je ook vaak ziet bij islamitische patiënten, zeker bij mannen, dat die dan ontzettend door de familie verzorgd worden. Nou daar erger ik me kapót aan. Groen en geel. Dat ze als een koning op een troontje in hun bed liggen en niets meer kunnen. Nou, daar erger ik me gewoon rot aan, dat gaat helemaal tegen mijn verpleegkundige principes in."

Ook het verschil in beleving van de ziekte werd benoemd. In de ogen van de verpleegkundigen wordt de ernst van de ziekte door de patiënt vaak overdreven ten

opzichte van de familie, wat leidt tot irritatie van de verpleegkundigen omdat dit gedrag geheel tegen de eigen principes van de verpleegkundigen, in dit geval de het in stand houden van de autonomie van de patiënt, ingaat.

“Ze hebben überhaupt een heel andere beleving van het ziekzijn. Soms onderschat je misschien dingen die je niet moet onderschatten. Wat we allemaal wel kennen, dat het heel erg stil is en zodra je die kamer opkomt dan gaan ze puffen en kreunen en dan moet ik eerlijk zeggen, daar ga ik dus niet zo op in.” (…) “Dat is natuurlijk een gevaarlijk punt, want je kunt de dingen onderschatten daardoor.”

“Het is een heel andere beleving dan bij ons. Ze zijn vaak wat minder direct. Vaak laten ze door lichamelijke uiting, moet je maar een beetje kijken wat er is.” (…) “Onderschatten (…) van de klachten, dat kan je soms dus best wel belemmeren in je zorg.”

Wat ook benoemd wordt is het uiten van de klachten. Doordat het uiten van de klachten heel theatraal over kan komen bij de verpleegkundigen ontstaat het gevaar dat klachten niet serieus genomen worden. Wanneer een verpleegkundige al uitgaat van dit gedrag, omdat hij of zij het vaker meemaakt, ontstaat het risico dat symptomen voor cultureel bepaald worden aangenomen en dat er belangrijke symptomen gemist worden.

5.5 De taboesfeer rondom HIV en homoseksualiteit

Dit onderwerp kwam een aantal maal naar voren in de interviews. De gesloten houding van de patiënten met HIV, al dan niet door homoseksuele contacten opgelopen, valt op. Deze houding wordt verklaard doordat homoseksualiteit niet geaccepteerd wordt binnen deze gemeenschap. Men praat er niet over omdat het een schande is. En binnen de Turkse en Marokkaanse cultuur wordt schande niet alleen gedragen, maar werkt ook door naar de in-group, de familie. Door te verzwijgen dat men HIV heeft, of homoseksueel is wordt voorkomen dat men zich, en de familie, tot schande maakt.

“En wat ik ook vaak merk… , is toch het taboe op HIV en homoseksualiteit. :” (…) “Vaak weten familie en vrienden het niet en dan zie je mensen heel erg in hun eentje dat leed dragen. Dat vind ik vaak heel zwaar.”

“En daar heb ik wel moeite mee, want dan merk je wel dat die jongens zich daar niet in uiten, er heel moeilijk over kunnen praten, en toch met heel veel verdriet en ellende zitten. (…) “En dat vind ik soms wel moeilijk, dat ik echt merk: ‘hier kan ik NIETS mee.” (…) “Als zij daar niet open over kunnen praten en dat ook niet wensen. Ik kan daar niet een gat in slaan van: ‘je moet hier over praten.”

Uit deze citaten komt naar voren hoe moeilijk verpleegkundigen het kunnen vinden als ze het gevoel hebben een patiënt niet te kunnen helpen. Een gevoel van machteloosheid speelt dan op. De verpleegkundigen hebben het idee dat ze tegen een muur aanlopen waar ze niet doorheen komen. Dit kan ontaarden in frustratie en gevoelens van machteloosheid omdat ze willen helpen en steunen, maar de ruimte daarvoor niet krijgen. Ze vinden geen ingang.

“Het blijft een beetje vlak. En dat vind ik soms wel moeilijk. Dan blijft het alleen bij ‘hallo’, en af en toe eens iets doen, even iets aanhangen of even iemand ergens mee helpen, terwijl je echt ziet dat iemand er psychisch bijna doorheen zit. En je hebt iets van:

‘eigenlijk zou ik je meer willen helpen, maar het kan blijkbaar niet.” (...) “Maar goed, als de patiënt zelf dat niet wil..., ik kan natuurlijk niet iemand gaan lopen pushen van: ‘je MOET.”

Ook hieruit komt de frustratie naar voren. De verpleegkundige heeft het gevoel dat hij of zij tekort schiet in de zorg. Alleen de noodzakelijke dingen worden gedaan, terwijl de zorgvraag eigenlijk veel breder is. Het psychosociale aspect komt niet aan de orde terwijl dat aspect juist zo belangrijk wordt gevonden door de verpleegkundigen in dit geval.

Hoofdstuk 6: Conclusie

Ik heb gekeken naar de manier waarop de verpleegkundigen van afdeling B6 de zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten ervaren en hoe de zorgverlening wordt beïnvloed door bepaalde problemen. Uit de resultaten van mijn onderzoek vloeien de volgende conclusies voort:

- Het ontbreken van de technische voorwaarde voor effectieve communicatie, namelijk het goed kunnen verstaan van elkaar door beide partijen, wordt door de verpleegkundigen als problematisch ervaren. De kwaliteit van zorgverlening wordt hierdoor negatief beïnvloed omdat de zorgverlening niet verder gaat dan het enkel uitvoeren van noodzakelijke handelingen en het risico gelopen wordt dat er belangrijke symptomen over het hoofd gezien worden.
- Duidelijk is dat er ook op het gebied van de non-verbale communicatie geen sprake is van effectieve communicatie. De affectieve voorwaarde hiervoor ontbreekt, namelijk dat ‘de gebruikte taal, gebaren en handelingen niet alleen aan beide partijen bekend moeten zijn, maar bovendien ook dezelfde emoties moeten oproepen en dezelfde emotionele betekenis moeten hebben.’ (Pinto 1990, pag. 20) Dit wordt door de verpleegkundigen niet als problematisch ervaren, hoewel dit wel degelijk een probleem lijkt te zijn. De verpleegkundigen hebben geaccepteerd dat de manier van communiceren van Turkse en Marokkaanse patiënten nou eenmaal zo is, zich berust in het feit. Hierdoor beïnvloedt het de zorgverlening aan deze patiënten niet.
- Doordat veel turken en Marokkanen nog in een traditioneel ingestelde leefgemeenschap leven, komen er grote aantallen bezoekers langs. Dit wordt door de verpleegkundigen als probleem ervaren omdat het de zorgverlening negatief beïnvloedt, het herstelproces van de patiënt en de andere patiënten op zaal wordt belemmerd. Tevens krijgen zij het gevoel niet gerespecteerd te worden.
- De ziektebeleving van de Turkse en Marokkaanse patiënten kan problemen opleveren. Door het theatraal uiten van de klachten bestaat de kans dat verpleegkundigen de klachten niet serieus nemen en de klachten onderschat worden. Dit komt de zorgverlening niet ten goede en kan zelfs gevaarlijke situaties opleveren. De afwachtende houding en het niet nemen van de eigen verantwoordelijkheid voor herstel roept bij de verpleegkundigen soms gevoelens van moedeloosheid en frustratie op. Dit kan er toe leiden dat de verpleegkundige opgeeft, wat het herstelproces van de patiënt niet bevordert.
- De taboesfeer rondom HIV en homoseksualiteit en bij Turkse en Marokkaanse patiënten wordt door de verpleegkundigen als problematisch ervaren omdat ze het gevoel hebben tekort te schieten in hun zorgverlening aan deze patiënten. De zorgverlening wordt negatief beïnvloed omdat dit enkel bestaat uit het uitvoeren van handelingen en het psychosociale aspect van de zorgverlening niet aan bod komt

Overall kan ik als antwoord op mijn vraagstelling geven dat de verpleegkundigen op afdeling B6 de bovengenoemde aspecten, op de non-verbale communicatie na, als problematisch ervaren. De zorgverlening wordt als gevolg van deze problemen negatief beïnvloed. In het volgende hoofdstuk geef ik adviezen aan afdeling B6, die bij uitvoering zouden moeten leiden tot een vermindering van de problemen en een verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening aan Turkse en Marokkaanse patiënten.

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen

Naar aanleiding van de literatuurstudie en de uitkomsten van het onderzoek dat ik gedaan heb wil ik de volgende adviezen aan afdeling B6 meegeven.

- Ten eerste adviseer ik dat er verder onderzoek gedaan wordt naar problemen rondom communicatie en invloed van deze problemen op de zorgverlening aan Turkse en Marokkaanse patiënten. In mijn adviesnota is het maar kort aan bod gekomen terwijl er veel meer diepgang ingebracht zou kunnen worden. Verder onderzoek is nodig voor het verkrijgen van meer inzicht in en kennis rondom het ontstaan van de problemen die optreden als gevolg van een verstoorde communicatie. Hiermee bedoel ik zowel de verbale communicatie als de non-verbale communicatie. Ook is van belang dat hierbij onderzocht wordt in hoeverre deze problemen de zorgverlening beïnvloeden en in welke mate. Wellicht dat na dit onderzoek adviezen uitgebracht kunnen worden ter verbetering van de kwaliteit van zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten. Dit onderzoek is uitermate geschikt om verricht te worden door een vierdejaars leerling die een adviesnota moet gaan schrijven. Ik adviseer de afdeling dan ook om aan eventuele leerlingen die gaan afstuderen op B6 aan te geven dat de afdeling geïnteresseerd is in de uitkomsten van dit onderzoek.
- Ten tweede adviseer ik de afdeling een werkgroep intercultureel verplegen (net zoals er bijvoorbeeld een werkgroep-dossier en een werkgroep-decubitus is) op te richten. Deze werkgroep zou zich actief bezig kunnen houden met activiteiten ter bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening aan Turkse en Marokkaanse patiënten. Kerntaken van deze werkgroep zouden kunnen zijn:
    - Kennis vergroten ten aanzien van patiënten met een andere culturele achtergrond om zodoende meer begrip voor en inzicht in het cultuurspecifieke gedrag van allochtone patiënten te verkrijgen.
    - Onderzoek doen naar cultuurspecifieke fenomenen of situaties die zich op de afdeling voordoen om zodoende meer inzicht te verkrijgen in het ontstaan of de betekenis ervan wat uiteindelijk leidt tot het bevorderen van de kwaliteit van zorg aan allochtone patiënten.
    - Ontwikkelen en implementeren van instrumenten of handreikingen ter bevordering van de kwaliteit van zorg aan allochtone patiënten. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het ontwikkelen van een interculturele anamnese die bij het opnamegesprek afgenomen kan worden.

  Wanneer de afdeling geïnteresseerd is in het oprichten van een interculturele werkgroep moet er eerst tijdens een werkbespreking of middels een brief geïnventariseerd worden wie van de collega's geïnteresseerd is om plaats te nemen in deze werkgroep. Wanneer zich een aantal collega's gemeld hebben is het belangrijk dat zij eerst een aantal maal bij elkaar komen om een 'agenda' op te stellen. Van hieruit kunnen zij dan verder werken aan de kwaliteitsverbetering van de zorg aan allochtone patiënten.
- Ten derde adviseer ik dat er op de afdeling geïnventariseerd moet worden (onder de verpleegkundigen) of er behoefte is aan meer kennis van de verschillende culturen. Eventueel kan er een lesdag georganiseerd worden rondom intercultureel verplegen of interculturele communicatie ter bevordering van de zorgverlening aan Turkse en Marokkaanse patiënten. Ook zou het, wanneer de verpleegkundigen aangeven hier behoefte aan te hebben, een goed idee zijn om iemand die veel kennis heeft van de Turkse en Marokkaanse cultuur en ervaring met het verplegen van deze groepen mensen uit te nodigen op de afdeling voor

het geven van een klinische les. Dit met als doel het verkrijgen van meer inzicht in de problemen en het ontstaan hiervan en wellicht een handreiking te geven voor hoe hier mee om te gaan. Dit ter bevordering van bijvoorbeeld stressreductie, vermindering van de frustraties en herkenning van symptomen. Het organiseren van een lesdag of klinische les zou ook één van de taken van de werkgroep intercultureel verplegen kunnen zijn.

- Als laatste adviseer ik de afdeling een folder te ontwikkelen in de Turkse en Marokkaanse taal waar onder andere in staat hoe de gang van zaken in het OLVG, en specifiek afdeling B6, is. Met name zouden hier de bezoektijden in moeten staan met een duidelijke uitleg waarom de afdeling uitgaat van twee bezoekers per patiënt. Eventueel zou er bij de klapdeuren een bord opgehangen kunnen worden, waarop dit nogmaals vermeldt staat. Ik wil er wel op wijzen dat de toon waarop de folder en het bord geschreven dienen te worden, een toon moet zijn waaruit respect voor de andere cultuur blijkt. Dit ter bevordering van wederzijds begrip en ter voorkoming van vervelende situaties.

Hoofdstuk 8: Samenvatting

Begin jaren zestig van de vorige eeuw kwamen veel Marokkanen en Turken naar Nederland. Zij brachten hun cultuur mee. Cultuur kan omschreven worden als ‘een evoluerend systeem van generatie op generatie doorgegeven regels waaraan een groep mensen (die zich lid voelen van deze groep) – vaak onbewust – gehoorzaamt, dat bovendien referentiekader is van en voor het gedrag en dat de kijk op de wereld bepaalt’. (Pinto 1990, pag. 33)
Het is moeilijk om over culturen te schrijven omdat je het risico loopt mensen of groepen te stereotyperen en geen rekening houdt met de dynamiek van culturen. Toch hebben Rooijendijk (1988) en Pinto (1990) een tweeledige verdeling binnen culturen gemaakt. Zij hanteren verschillende namen voor deze culturen, de traditionele culturen, ofwel familieculturen en de F-culturen, ofwel ik-culturen en G-culturen. In traditionele culturen staat de groep of de familie centraal terwijl bij moderne culturen het individu meer op de voorgrond treedt. De Nederlandse cultuur kan als een moderne cultuur beschouwd worden, terwijl de Turkse en Marokkaanse culturen traditioneler van aard zijn. Verschillen tussen Nederlandse cultuur enerzijds en de Turkse en Marokkaanse culturen anderzijds kunnen allemaal teruggeleid worden naar het verschil tussen de traditionele cultuur en de moderne cultuur.

De grote verscheidenheid in patiënten vraagt om een holistische benadering ten aanzien van zorgverlening. Dit is ook terug te vinden in de zorgvisie van afdeling B6. Zij zien de patiënt als individu met specifieke zorgbehoeftes en problemen. De cultuur van de patiënt wordt hierin niet letterlijk genoemd, maar er zijn aspecten in de visie die te maken kunnen hebben met het verplegen in relatie tot het respecteren van de cultuur van de patiënt.

Transculturele verpleegkunde werd door Madeleine Leininger ontwikkeld. Leininger (2002) benadrukt dat er nadruk gelegd moet worden op verschillen en overeenkomsten tussen culturen met betrekking tot humanistische zorg, gezondheid, welbevinden, ziekte en patronen, overtuigingen en waarden met betrekking tot het genezingsproces. Zij omschrijft cultuur en zorg als holistische constructies die kunnen leiden tot het leren kennen, begrijpen en helpen van mensen in hun volledige en meest betekenisvolle levenswijze. Het doel van haar theorie is om tot cultureel competente en overeenstemmende zorg te komen. Om hiertoe te komen heeft zij het Sunrise Model ontwikkeld en pleit ze voor het gebruik van een interculturele anamnese als hulpmiddel.

Olthuis (2001) stelt dat het interculturalisatiebeleid van de gezondheidszorg valt of staat met de interculturele communicatieve competenties van de hulpverleners. Hij verduidelijkt dat het hierbij om meer gaat dan het elkaar niet kunnen verstaan. Hij benadrukt dat bij communicatie ook talrijke niet-afgesproken en meerduidige zaken een rol spelen en communicatie een proces is waarin mensen op elkaar reageren en betrokken zijn op elkaar.

Ook Pinto (1990) schrijft dat voor effectieve communicatie meer nodig is dan twee mensen die dezelfde taal spreken. Volgens hem is voor effectieve interculturele communicatie van groot belang dat bij beide partijen de gebruikte taal, gebaren en handelingen bekend zijn, maar dat bovendien deze ook dezelfde emoties moeten oproepen.

Uit het onderzoek dat ik verricht heb kwam naar voren dat een aantal aspecten in de zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten als problematisch worden ervaren.

- De moeizame communicatie tussen de verpleegkundigen en de Turkse en Marokkaanse patiënten als gevolg van een taalbarrière.
- De grote aantalen bezoekers voor Turkse en Marokkaanse patiënten
- De ziektebeleving van de Turkse en Marokkaanse patiënten.
- De taboesfeer die heerst rondom HIV en homoseksualiteit bij Turkse en Marokkaanse patiënten.

In alle gevallen zorgden deze problemen voor een negatieve beïnvloeding van de zorgverlening.

De non-verbale communicatie tussen de verpleegkundigen en de Turkse en Marokkaanse patiënten wordt door de verpleegkundigen niet als problematisch ervaren.

Aan afdeling B6 werden door mij een aantal adviezen uitgebracht, die bij uitvoering zouden moeten leiden tot vermindering van de voorkomende problemen en een verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening aan Turkse en Marokkaanse patiënten:

- Verder onderzoek verrichten naar de problemen die ontstaan als gevolg van slechte communicatie tussen de verpleegkundigen en de Turkse en Marokkaanse patiënt.
- Het oprichten van een werkgroep intercultureel verplegen.
- Inventarisatie van kennisbehoefte onder de verpleegkundigen, eventueel gevolgd door het organiseren van een lesdag of klinische les.
- Het in de Turkse en Marokkaanse taal ontwikkelen van een folder waarop afdelingsspecifieke informatie staat.

Literatuuropgave

Achterberg 2002	Th. v. Achterberg e.a., Effectief verplegen 2, Handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen, eerste druk, KAVANAH, Dwingeloo, 2002
Afdelingsreader	Afdelingsreader B6
Bruggen 1980	H. v.d. Bruggen, De buitenlander, ons een zorg, eerste druk, De Tijdstroom, Lochem, 1980
CBS 2004	www.statline.cbs.nl, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2004
Jong 1998	A. d. Jong e.a., Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs, eerste druk, Elsevier / De Tijdstroom, Maarssen, 1998
Jong 1998	J. d. Jong e.a., Aspecten van verpleegkundige beroepsuitoefening, eerste druk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1998
Klinkert 1988	J. Klinkert, Inleiding in de medische sociologie, vierde druk, Van Gorcum, Assen, 1988
Leininger 2002	M. Leininger, Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice, derde druk, R.R. Donnelley & Sons, Crawfordsville, 2002
Leistra 1999	E. Leistra e.a., Beroepsprofiel van de verpleegkundige, eerste druk, Elsevier / De Tijdstroom, Maarssen, 1999
Meijs 1990	J. Meijs e.a, De buitenlandse patiënt, Turken en Marokkanen in de Nederlandse gezondheidszorg, derde druk, Conrad, Den Haag, 1990
Olthuis 2002	G. Olthuis, 'Multiculturele gezondheidszorg: een kwestie van beleid en vaardigheid', Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek, (2001), nr. 11, pag. 3-8
Pernis 1999	H. v. Pernis e.a., Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde, vierde druk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1999

Pinto 1990 D. Pinto, Interculturele Communicatie, Drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen en managen van cultuurverschillen, eerste druk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1990

Rooijendijk 1988 L. Rooijendijk e.a., Turken en Marokkanen in Hollands welzijnsland, over cultuurverschillen en de positie van immigranten, eerste druk, Uitgeverij H. Nelissen B.V., Baarn, 1988

Staarman 1996 J. Staarman e.a., Kleurrijk verplegen en verzorgen, eerste druk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1996