

## Interculturele communicatie in de zorg

Voor onze ouders, Louise Hardey en Izak Mahdi, en Maria Teresa Abondano en Vicente Nuñez.

Voor Rita en Regina, onze moeder-verpleegsters, en Angela, Oluchi, Chisa, Kelechi en Angeliq, onze (schoon)zussen die interculturele communicatie in de zorg in de praktijk brengen.

Voor professor Giep Hagoort, professor Tom Schulpen, professor Nulda Beijers (Zuid-Afrika) en Theo Maarse, van wie we leerden om dromen met passie en plezier te realiseren.

En voor Rita, die toont dat doorzettingsvermogen en vertrouwen in God haar en haar kinderen zullen begeleiden, omdat, wanneer je de taal eenmaal onder de knie hebt, blijkt dat de regels in een nieuw land soms niet stroken met eigen normen en waarden.

# Interculturele communicatie in de zorg

Kennis, vaardigheden en houding  
voor zorgprofessionals

Raya Nunez Mahdi  
Charlie Obihara  
Dorian Maarse  
Carlos Nunez  
Edwin Hagenbeek

© 2019, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

NUR 763, 860

ISBN folioboek 978 90 232 5635 9

ISBN ebook 978 90 232 5636 6

Grafische verzorging: LINE UP boek en media bv, Groningen  
Omslagontwerp: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen  
Omslagillustratie: Masaaki Oyamada, Den Haag in samenwerking met Carlos Nunez  
Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen  
Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte



# Inhoud

	Voorwoord.....	11
	Bijsluiter.....	14
	Introductie.....	15
Hoofdstuk 1	<b>Cultuur, Culturele zelfkennis en Interculturele Communicatie</b> .....	22
	1.1 Definities van cultuur.....	24
	1.2 Cultuur: de verborgen dimensie.....	25
	1.3 Culturele programmering.....	28
	1.4 Culturen en subculturen.....	29
	1.5 Interculturele communicatie.....	31
	1.6 Wat is communicatieruis?.....	32
Hoofdstuk 2	<b>De basisconcepten van Hall</b> .....	34
	2.1 Hoogcontext en laagcontext communicatie.....	36
	2.1.1 Laagcontext communicatie.....	36
	2.1.2 Hoogcontext communicatie.....	36
	2.1.3 Te veel of te weinig context.....	38
	2.1.4 De geografische verdeling.....	40
	2.1.5 Subculturen en context.....	41
	2.1.6 Interculturele vaardigheid: hoog- en laagcontext communiceren.....	41
	2.2 Monochrome en polychrone tijdsbeleving.....	43
	2.2.1 Monochrome cultuur.....	44
	2.2.2 Polychrone cultuur.....	44
	2.2.3 Naar een monochrome en polychrone tijdsbeleving... ..	46

2.3	Persoonlijke ruimte .....	46
2.3.1	Omgaan met verschillen in persoonlijke ruimte .....	47
2.4	Snelle en langzame boodschappen .....	49
2.5	Snelle en langzame informatiestromen .....	51
2.5.1	Langzame informatiestroom .....	51
2.5.2	Snelle informatiestroom .....	52
2.6	Actieketens .....	52
2.7	Oefening: Cultureel zelfbewustzijn .....	54
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>De zes basiswaarden van Kluckhohn en Strodtbeck</b> .....	<b>56</b>
3.1	Wat is onze relatie tot de natuur en hoe lossen we problemen op? Leven we natuuroverheersend, in harmonie met de natuur of ondergeschikt aan de natuur? .....	59
3.2	Wat is onze tijdsoriëntatie? Zijn we georiënteerd op het verleden, het heden of de toekomst? .....	63
3.3	Doen of zijn: taakgericht of relatiegericht? .....	65
3.4	Individualisme of collectivisme: hoe verhouden we ons tot onze medemensen? .....	67
3.5	Is de ruimte om ons heen privé of openbaar? .....	70
3.6	Wat is de aard van de mens? Goed, slecht of goed en slecht? .....	72
3.7	Oefeningen .....	74
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>De culturele dimensies van Hofstede</b> .....	<b>76</b>
4.1	Machtsafstand (PDI – Power Distance Index) .....	78
4.2	Individualisme en collectivisme (IND) .....	80
4.3	Masculiniteit en femininiteit (MAS) .....	82
4.3.1	Masculiene maatschappijen .....	83
4.3.2	Feminine maatschappijen .....	84
4.4	Onzekerheidsvermijding (UAI – Uncertainty Avoidance Index) .....	86
4.4.1	Sterke onzekerheidsvermijding .....	86
4.4.2	Zwakke onzekerheidsvermijding .....	87
4.5	Langetermijn- en kortetermijngerichtheid .....	88
4.5.1	Langetermijngerichtheid (LTO – Long Term Orientation) .....	89
4.5.2	Kortetermijngerichtheid .....	90
4.6	Hedonisme en soberheid (IVR) .....	90

4.7	BBABB – positieve stereotyperingen.....	92
4.8	Landenscores voor de zes dimensies van Hofstede.....	93
4.9	Oefening cultureel zelfbewustzijn .....	97
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Medische antropologie: over gezondheid, ziekte, leven en dood.....</b>	<b>98</b>
5.1	Vooraf.....	100
5.2	Inleiding medische antropologie.....	100
5.3	Ziektebenaderingen en verklaringsmodellen.....	101
5.4	Medische tradities wereldwijd.....	103
5.5	Etnocentrisme en cultuurgebonden syndromen.....	105
5.6	Perceptie van het lichaam.....	106
5.7	Onderhoud van het lichaam: voeding, hygiëne.....	109
5.8	Pijnbeleving, therapietrouw, farmacogenetica en de zorgrelatie.....	112
5.9	Leven en dood.....	114
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Ruis in de communicatie achterhalen met het TOPOI-model.....</b>	<b>120</b>
6.1	Uitgangspunten van het TOPOI-model.....	122
6.2	De T van Taal.....	122
6.3	De O van Ordening.....	126
6.4	De P van Persoon.....	128
6.5	De O van Organisatie.....	131
6.6	De I van Inzet en Invloed.....	135
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Cultuurschok en thuiskeerschok.....</b>	<b>140</b>
7.1	Cultuurschok.....	142
7.2	De fasen in cultuurschok.....	142
7.3	De voorvertrekfase.....	144
7.4	Het vakantiegevoel.....	146
7.5	De boosheidsfase: het is <i>hun</i> schuld.....	147
7.6	De aanpassingsfase.....	150
7.7	Thuiskeerschok.....	150
7.8	Thuiskeerschok voor internationale zorgprofessionals.....	153

**Hoofdstuk 8 Interculturele sensitiviteit als groeiproces** ..... 156

8.1 Ontkenning / *Denial* ..... 158  
 8.1.1 Groeistrategie ..... 159  
 8.2 Weerstand / *Defence-Polarisation* ..... 160  
 8.2.1 Groeistrategie ..... 161  
 8.3 Minimalisering / *Minimization* ..... 163  
 8.3.1 Groeistrategie ..... 163  
 8.4 Aanvaarding / *Acceptance* ..... 165  
 8.4.1 Groeistrategie ..... 165  
 8.5 Aanpassing / *Adaptation* ..... 166  
 8.5.1 Groeistrategie ..... 167  
 8.6 Integratie / Interculturele Competentie ..... 168  
 8.7 TCK's – Third Culture Kids. Biculturele en  
 derdecultuurkinderen ..... 169  
 8.8 Opdracht: Speel interculturele sensitiviteit ..... 170

**Hoofdstuk 9 Positieve Culturele synergie** ..... 174

9.1 Wat is culturele synergie? ..... 176  
 9.2 Manieren van reageren bij culturele verschillen ..... 176  
 9.2.1 Toepassen van de vijf manieren van reageren  
 in de praktijk ..... 177  
 9.3 In drie stappen naar culturele synergie ..... 179  
 9.3.1 Stap 1 – Beschrijf de situatie vanuit alle  
 gezichtspunten ..... 179  
 9.3.2 Stap 2 – Het interpreteren ..... 180  
 9.3.3 Stap 3 – Het vergroten van culturele creativiteit ..... 180  
 9.4 Het creëren van culturele synergie in de communicatie met  
 patiënten ..... 182  
 9.5 In zes stappen op weg naar positieve culturele synergie met  
 patiënten ..... 184  
 9.5.1 Uitwerking van de zes praktische stappen voor synergie  
 in de zorg ..... 185  
 9.6 Als synergie niet lijkt te lukken ..... 193



<b>Hoofdstuk 10 Samenwerken in een team met diversiteit</b> .....	196
10.1 Goede samenwerking tussen zorgprofessionals: van levensbelang! .....	198
10.2 Diversiteit onder zorgprofessionals .....	198
10.2.1 Gender en seksuele oriëntatie .....	199
10.2.2 Leeftijd .....	200
10.2.3 Etnische diversiteit .....	200
10.2.4 Verschillen tussen beroepsgroepen .....	202
10.3 Diversiteit onder zorgprofessionals in de toekomst .....	204
10.4 Wat diversiteit in zorgteams op kan leveren .....	205
10.5 Belemmeringen binnen teams met diversiteit .....	207
10.6 Visie op diversiteit is bepalend .....	210
10.7 Cultureel competent teamleiderschap .....	213
10.8 Tips voor de cultureel sensitieve collega .....	216
<b>Over de auteurs</b> .....	218
<b>Over de illustrator</b> .....	221
<b>Literatuurlijst</b> .....	222
<b>Illustratiebronnen</b> .....	231



# Voorwoord

Het boek dat je nu in handen hebt, is ontstaan vanuit de praktijk, vanuit de vele ervaringen die wij in de loop der jaren opdeden of hoorden van collega's.

Het aantal verhalen waarin de interactie tussen zorgprofessional en patiënt niet optimaal was door culturele verschillen, groeide. En hiermee groeide de behoefte om iets te doen aan de situatie: aan het versterken van de interculturele sensitiviteit van zorgprofessionals.

Onderzoek (Paternotte, 2016) toonde een discrepantie aan tussen de perceptie van zorgprofessionals over hun interculturele competentie en de praktijk.

Dit bracht ons ertoe een lesboek te schrijven: een boek waarin bruikbare en genommeerde modellen en theorieën uit de culturele en medische antropologie en communicatiewetenschappen, helder en toegankelijk worden beschreven. Een lesboek dat zorgprofessionals helpt grip te krijgen op wat er gebeurt tijdens de communicatie met patiënten. En vooral een lesboek dat jou leert wat je als professional kunt doen om tot een betere interculturele communicatie te komen. Want een betere communicatie draagt bij aan een goede relatie met de patiënt, diens tevredenheid over de geleverde zorg, en de zorguitkomsten. Kortom: betere communicatie leidt tot kwaliteitsverbetering.

Tijdens het schrijven probeerden we als team voortdurend theorie en praktijk te verbinden. Wat gebeurt er nu in dit verhaal uit de praktijk? Hoe kunnen we de knelpunten duiden? Wat is hier aan de hand? Wat zijn mogelijke oplossingen? Welk theoretisch model kan de zorgprofessional in de praktijk gebruiken om meer inzicht te verkrijgen?

Een van de bijzondere eigenschappen van ons auteursteam is de samenstelling. We komen uit verschillende beroepen: een arts en opleider, een verpleegkundig docent met medisch-antropologische achtergrond, een cultureel antropologe, een ingenieur, een psychologe en trainers van interculturele communicatie. We brachten onze diverse expertises en een breed palet aan ervaringen in. We hielpen elkaar uit onze vanzelfsprekendheden en comfortzones. Dat onze auteurs afkomstig zijn uit vier verschillende continenten – Afrika, Azië, Europa en Zuid-Amerika – en veel inter-

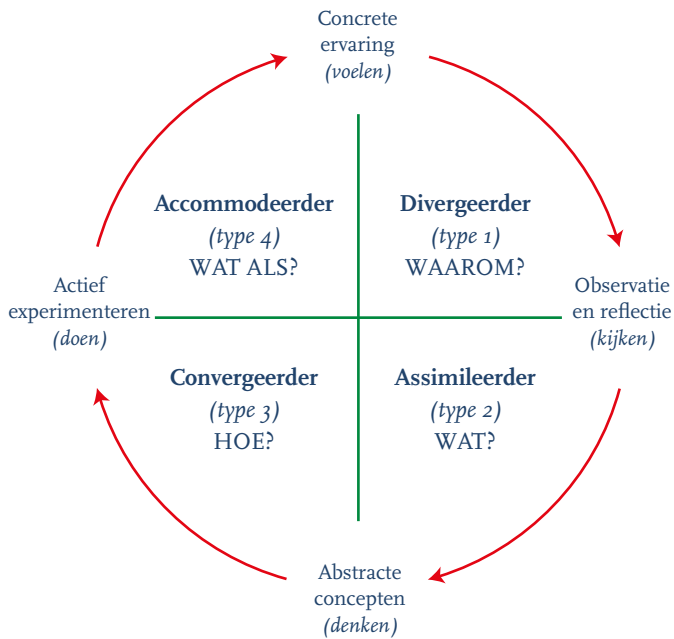
nationale werkervaring hebben in diverse culturen, bleek nuttig en heeft geleid tot veel verschillende invalshoeken en dialogen die wellicht niet mogelijk zouden zijn vanuit een monocultureel perspectief. Zonder deze discussies en de hieruit voortkomende nieuwe inzichten had dit boek er heel anders uitgezien.

12

We hebben dit boek allereerst geschreven voor zorgprofessionals in opleiding (o.a. verpleegkunde, geneeskunde en andere paramedische beroepen). Maar we hebben gemerkt dat dit boek ook voor professionals met jarenlange ervaring eyeopeners kan bieden. En voor opleiders, leidinggevend en managers die diversiteit in de zorg serieus nemen, geeft dit boek inzicht in de aspecten van interculturele sensitiviteit en diversiteit in teams.

Kortom: dit boek richt zich op zorgprofessionals die goede zorg willen verlenen voor alle patiënten, ongeacht hun culturele achtergronden.

Wij realiseren ons dat onze lezers heel divers zijn wat betreft leeftijd, praktijkervaring, beroepen en referentiekaders.



*Leercyclus van Kolb*

(Bron: 2Reflect <https://www.2reflect.nl/leerstijlen/> met toestemming)

Daarom hebben we gekozen voor een schrijfstijl die gemakkelijk en snel te lezen is, maar met voldoende theoretische diepgang, en hebben we ingespeeld op verschillende leerstijlen (volgens het model van Kolb):

- casuïstiek voor de lezer die op concrete ervaring is gericht;
- reflectievragen voor de meer beschouwende lezer;
- modellen en theorie voor de denkers die observaties graag in een conceptueel kader plaatsen;
- oefeningen in het toepassen van theorie en modellen voor de toepassingsgerichte lezer;
- afbeeldingen voor de visueel ingestelde lezer.

We hopen met dit boek voor een brede groep aan zorgprofessionals een bruikbaar instrument te leveren.

Aan de totstandkoming van dit boek hebben veel zorgprofessionals en hbo-v-docenten meegewerkt, die we graag met naam noemen en bedanken. Heel dankbaar zijn we voor de tijd, toewijding en feedback van onze meelezers Gusta Boland, Duco Steenbeek, Carolien Vos, Tarek Karramass, Ann Callewaert, Nicole Janmaat, Marian Harink, Ulrike Mahdi, Francis Burgersdijk, Patricia Mooibroek, Bieke Jongejan, Sophie Uljee, Mathilde Bos, Bas Steunenberg en onze meest constructief-kritische meelezer Ndidi Obihara.

We zijn Floor de Groot, Willemijn Berkhout, Bieke Jongejan en Sophie Uljee dankbaar voor hun persoonlijke bijdragen en casussen.

We danken professor Geert Hofstede voor zijn advies bij het vinden van onderzoeksresultaten die de correlatie aantonen tussen bepaalde ziektes en scores op de zesde dimensie van cultuur, *Indulgence and Restraint*. Ook danken wij Lida van den Broek voor het onderzoek over Indiase operatiekamermedewerkers en Marjan Jansen, Josita Versteeg, Mechtild Wijdenberg, Cora Fiedeldij, Khalid Aamri, Elise Talsma en vele andere collega's, vrienden, kennissen en leden van het Pediatrisch Reisgezelschap voor de praktijkvoorbeelden en inspirerende gesprekken. We danken Malcolm Evans voor zijn snelle en genereuze toestemming, Jim Terlingen en Dinanda Zevalkink voor het meedenken, wegwijzen en investeren van hun tijd en energie om dit proces te ondersteunen.

# Bijsluiter

14

## Bijsluiter

Houd bij het lezen van dit boek onderstaande in de gaten:

1 Dit boek geeft géén gebruiksaanwijzing voor omgaan met ... (vul in: een specifieke cultuur). Belangrijker dan kennis over 'de andere cultuur' is culturele zelfkennis: weten hoe je eigen gedrag en waarneming worden beïnvloed door culturele waarden en normen.

2 Culturen zijn altijd in beweging. Mensen houden dingen vast vanuit hun eigen culturele tradities, maar omarmen ook elementen van nieuwe culturen.

3 Cultuur is niet te generaliseren. Elke groep, klein of groot, ontwikkelt eigen waarden, normen en gebruiken. Je kunt misschien wel zeggen wat gebruikelijk is bij een bepaalde etnische groep, maar dat hoeft niet van toepassing te zijn op elke persoon van die groep.

4 Kijk niet alleen naar het exotische deel van 'de andere cultuur'. Het is beter om te kijken naar wat de overeenkomsten zijn. Bijvoorbeeld

het streven naar doelen als: gerespecteerd worden, gelukkig worden en gezond zijn. En naar hoe mensen deze doelen proberen te bereiken.

5 Interculturele communicatie vraagt een open houding, omdat we van nature de neiging hebben om onze eigen culturele vanzelfsprekendheden op te leggen aan iemand uit een andere cultuur.

6 Interculturele communicatie is geen *quick fix*. Soms is de omweg de beste weg. Het vraagt extra aandacht, meer reflectie, soms water bij de wijn, maar vooral een *spoonful of sugar!*

# Introductie

De kennisbundel *Intercultureel vakmanschap in de zorg* benadrukt hoe belangrijk het volgende is voor zorgprofessionals: ‘aandacht voor de diversiteit van mensen en culturen: bij collega’s, cliënten en jezelf. Iedereen leeft en redeneert vanuit zijn eigen referentiekader. Dat referentiekader wordt bepaald door je karakter, cultuur, of je man of vrouw bent, of je gelovig bent, wat je seksuele voorkeur is en in wat voor omgeving je bent opgegroeid. De manier waarop iemand in het leven staat, bepaalt mede de manier waarop met ziekte en gezondheid wordt omgegaan.’ (Vilans, 2014)

## **Casus 1 De hoogzwangere die weigert met de ambulance te gaan**

In een asielzoekerscentrum krijgt een zwangere Soedanese vrouw weeën. De baby ligt in een stuit en de vrouw moet zo snel mogelijk naar het ziekenhuis. Maar de vrouw wil niet. Al twee keer is de ambulance tevergeefs gekomen. Iedereen probeert haar te overtuigen. De huisarts en zelfs de politie is erbij gehaald. De vrouw dreigt nu met een mes! De verloskundige uit het ziekenhuis besluit dan zelf te komen en vraagt de vrouw waarom ze niet wil. Hier heeft nog niemand naar gevraagd. Wat blijkt: ze wil haar drie jonge kinderen niet in het opvangcentrum alleen achterlaten. De verloskundige vermoedt dat de vrouw, afkomstig uit een oorlogsgebied, een vluchtgeschiedenis heeft. Dus ze biedt aan dat de kinderen mee naar het ziekenhuis mogen. De moeder is nu opgelucht en gaat zonder problemen mee.



De verloskundige die ons deze casus vertelde, had veel van deze verhalen. Want dit is waar zorgprofessionals mee te maken hebben: patiënten met een achtergrond die ver van die van jou af staat.

16

Gezondheid en ziekte zijn niet gelijk verdeeld over de Nederlandse en Vlaamse bevolking. Er zijn grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Mensen met een hoger opleidingsniveau leven gemiddeld 6 à 7 jaar langer dan laagopgeleiden. Er komen onder migranten van niet-Europese afkomst meer gezondheidsproblemen voor dan onder autochtonen. Dit onder andere door leefstijl, verloop van het migratieproces, erfelijke bepaaldheid, en het vaker voorkomen van chronische ziekten (Rademakers, 2013).

Dit betekent dat de zorgprofessionals relatief vaker met deze patiënten gesprekken zullen voeren.

Je kunnen verplaatsen in je patiënt is heel belangrijk, of ze nu van ver of dichtbij komen. In deze casus zelfs van levensbelang.

Deze verloskundige laat zien dat ze dit kan en dat ze de moed heeft om in uitzonderlijke situaties buiten de gebaande paden, de protocollen te denken in het belang van haar patiënt.

Dit is precies wat als belangrijkste basiscompetenties voor verpleegkundigen wordt genoemd: communicatie, compassie, inzet en moed (Beroepscode voor V&V, 2015; NHS Commissioning Board, 2012).

Voor compassie heb je empathie nodig. Elke zorgprofessional hoort niet alleen het verhaal over de ziekte van de patiënt te begrijpen en de tekenen van ziekte te herkennen, maar ook empathie te hebben voor de context waarin de ziekte zich afspeelt ongeacht de culturele achtergrond van de patiënt. Dit is een onderdeel van de beroepscode van verpleegkundigen en artsen.

### **Beroepscode verpleegkundigen en verzorgenden en interculturele competentie**

Als verpleegkundige/verzorgende stem ik binnen mijn professionele mogelijkheden mijn zorgverlening af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager. Dat betekent onder andere dat ik:

- bij mijn zorgverlening rekening houd met de leefregels en gewoonten die voor de zorgvrager belangrijk zijn, voor zover dat de behandeling en zorg niet schaadt, niet in strijd is met de plicht van een goed hulpverlener en rekening houdt met de belangen van anderen.

*(Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden, 2015)*



## Gedagsregels voor artsen

11.2 De arts zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, ras, geslacht of op welke grond dan ook is niet toegestaan. De arts houdt rekening met levensbeschouwelijke opvattingen en het cultuurpatroon van zijn patiënt, alsmede met eventuele taalbarrières.

11.3. De arts stemt de hulpverlening af op de reële individuele behoefte van de patiënt.

(KNMG, 2013)

17

Dit lijkt eenvoudiger dan het is. Bij het schrijven van dit boek werden we overspoeld met ervaringen van zorgprofessionals waaruit bleek dat dit niet vanzelf gaat. In dit boek zul je een flink aantal van deze casusbeschrijvingen tegenkomen.

Want we hebben allemaal aannames, vaak zonder dat we ons hiervan bewust zijn. We gaan uit van onze eigen vanzelfsprekendheden en eigen culturele normen en waarden. Uit een onderzoek onder medisch specialisten bleek dit heel duidelijk (Paternotte, 2016). Deze dachten dat een open houding naar de patiënt voldoende was voor een goede interculturele communicatie. Maar goede interculturele communicatie vraagt meer, zo zul je in dit boek merken.

Niet alleen als de patiënt uit een ander land komt. Want, zoals in hoofdstuk 1 duidelijk zal worden, er is bij elke interactie tussen een zorgprofessional en de patiënt sprake van interculturele communicatie (Wohl, 1989). De meeste patiënten hantieren namelijk niet dezelfde taal, veronderstellingen en normen als de zorgprofessionals.

### Casus 2 Ouders weigeren toestemming te geven voor behandeling

‘Op onze Intensive Care lag een terminale jongen van 16 jaar. Hij was met zijn familie uit Syrië gevlucht. Toen de IC-verpleegkundige merkte dat hij heel veel pijn had, besloten wij hem te sederen. Tot onze stomme verbazing weigerde de familie hiervoor toestemming te verlenen. Wij hebben er flink mee geworsteld binnen ons team. Volgens onze medische en ethische normen horen onze patiënten geen pijn te lijden. Maar hoe we ook probeerden de familie te overtuigen, het lukte ons niet.’

Hieronder zie je hoe dit wanhopige zorgteam het probleem heeft opgelost.

‘Een van onze artsen heeft toen contact gezocht met een imam. Deze heeft gepraat met de ouders. Zij vertelden dat ze als goede moslims willen dat hun zoon helder van geest is bij zijn overlijden, om rekenschap aan Allah te geven. Dit weerhield hen ervan om toestemming te geven voor de sedatie. Nu begrepen we het! Samen kwamen we toen tot een oplossing. We schreven een alternatieve sedatie voor waarbij hun zoon goed bij bewustzijn kon blijven en zonder pijn kon sterven.’

Volgens de islam worden de levensloop en het tijdstip van overlijden door Allah bepaald. Deze liggen voor ieder mens vast. Sterven is volgens de islam geen eindpunt maar een overgang naar het hiernamaals. Het is belangrijk om dit proces helder mee te maken, onder andere om afscheid te kunnen nemen van je geliefden, hen te vergeven en de Shahada (geloofsbelijdenis) uit te spreken. Vervolgens is het belangrijk om met een helder hoofd voor Allah te verschijnen en verantwoording over het leven af te leggen (Widdershoven, 2013).

Deze casus beschrijft een dilemma. Aan de ene kant vindt het zorgteam aanvaardbaar dat het principe van weldoen en goede zorg in het geding is. Aan de andere kant wil het team de wens van de familie respecteren. Met interculturele sensitiviteit, kennis over cultuurverschillen en hierover effectief communiceren had dit team mogelijk samen met de ouders al eerder een oplossing kunnen vinden.

Als zorgprofessionals moeten we dus het perspectief van onze patiënten en hun familie en naasten als uitgangspunt nemen. Dit is veel gemakkelijker als de patiënt dezelfde culturele achtergrond heeft als jij. Maar als de patiënt een ander referentiekader heeft, is dit soms lastiger, zoals we in deze casus zagen. Er zijn een aantal belemmerende factoren vanuit intercultureel perspectief: verschillen in taal en visie op gezondheid en ziekte, verschillen in rollen en verwachtingen, vooroordelen en stereotyperingen, logistieke en organisatorische problemen, en verschillen in kennis over ziekte, maar ook in vertrouwen in de geboden zorg of behandeling (Suurmond, 2006). Wij gaan in dit boek dieper op deze factoren in.



*Samen beslissen betekent de patiënt begrijpen*

In 2017 hingen er in het Universitair Medisch Centrum in Utrecht billboards met de boodschap: “Jij de expert, Bep de specialist” of ‘Jij de expert, Tom de specialist’. Waar ging dit over? Over precies wat je in de vorige casussen zag: door te achterhalen wat de individuele behoeften, waarden, normen en opvattingen van de patiënt en diens familie waren, konden deze zorgprofessionals als experts goede zorg leveren.

De inbreng van de patiënt, als specialist in zijn persoonlijke situatie, is van belang bij de behandeling.

De zorgprofessional en de patiënt beslissen samen wat er nodig is voor de gezondheid van de patiënt (Stacey, 2014; Stiggelbout, 2012). Dit wordt *shared decision-making* genoemd.

Een succesvolle *shared decision-making* vraagt de zorgprofessional echt te begrijpen wat de specialist (namelijk de patiënt) wil. Kortom, niet meer: “het moet van de zuster of dokter”, maar: “we hebben samen besloten dat dit voor mij het beste is!”

*It takes two to tango.* Natuurlijk zijn zowel de patiënt als de zorgprofessional verantwoordelijk voor de onderlinge communicatie, maar de zorgprofessional heeft de eindverantwoordelijkheid om te zorgen dat de communicatie goed is.

Volgens Amerikaanse onderzoeken (Gudykunst, 1988; Redmond, 1993) levert effectieve interculturele communicatie in de praktijk de volgende voordelen voor de zorgprofessional en patiënten op:

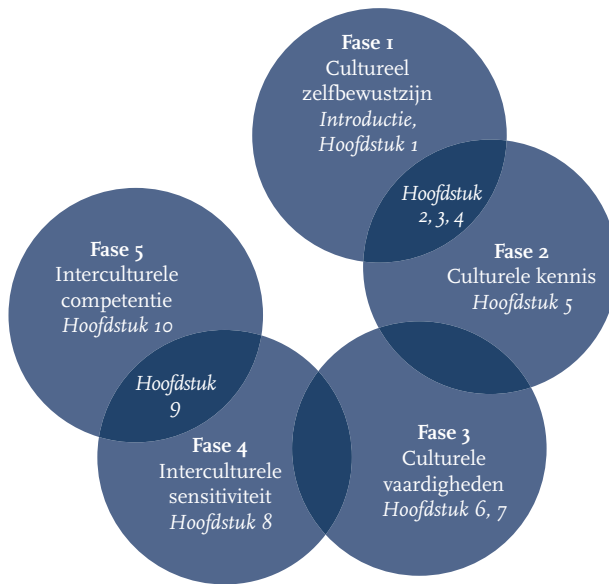
Tabel 1 Voordelen effectieve interculturele communicatie in de zorg

Voordelen voor de zorgprofessional	Voordelen voor de patiënt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een goede behandelrelatie met de patiënt en diens familie</li> <li>• Een beter begrip en inzicht in de ziekte van de patiënt en hoe hier mee om te gaan</li> <li>• Minder behoefte bij de patiënt om een second opinion elders aan te vragen ('medisch shopgedrag')</li> <li>• Meer doelmatigheid in de zorg</li> <li>• Minder stress en onzekerheid</li> <li>• Kostenbesparing in de zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voelt zich serieus genomen en gehoord</li> <li>• Voelt zich gerespecteerd</li> <li>• Meer loyaliteit en commitment naar de zorgverlener (minder 'medisch shopgedrag')</li> <li>• Meer therapietrouw in het volgen van de behandeling en adviezen van de zorgprofessional</li> <li>• Een positief effect op het genezingsproces</li> <li>• Meer patiënttevredenheid</li> </ul>

Om de vaardigheden, attitude en kennis te verkrijgen die nodig zijn voor interculturele competentie, heeft de zorgverlener interculturele sensitiviteit nodig.

Inzicht in je eigen culturele waarden en normen, kennis van verschillende culturen, en ook vaardigheden in het veranderen van je eigen referentiekader zijn de hoekstenen hiervan. Dit zijn de uitgangspunten van dit boek.

De tien hoofdstukken in dit boek zijn opgebouwd rondom vijf fasen. Deze zijn geïnspireerd op het model van ontwikkeling van interculturele competentie dat Papadopoulos, Tilki en Taylor gebruikten voor het Europese project IENE, 'Intercultural Education for Nurses in Europe' (Papadopoulos, 2006) en het 'Process Model of Intercultural Competence' van Deardorff (Deardorff, 2006; 2009).



## Fase 1: Culturele zelfkennis/zelfbewustzijn

Cultureel bewustzijn is inzicht hebben in de vanzelfsprekendheden waarmee je vanuit je eigen cultuur bent opgegroeid, en kijkt vanuit je eigen culturele bril. Door deze te onderzoeken en je hiervan bewust te worden weet je hoe deze factoren je overtuigingen en handelingen kunnen beïnvloeden. Pas als je weet wie je zelf bent, kun je goed ingaan op de wensen en behoeften van de ander. Hoofdstuk 1 richt zich op cultuur en cultureel zelfbewustzijn. Hoofdstukken 2, 3 en 4 presenteren culturele kennis uit de culturele antropologie en uit sociaalpsychologisch onderzoek om praktisch aan de slag te kunnen gaan met een culturele-zelfkennis-oefening.

## Fase 2: Culturele kennis

Culturele kennis helpt je meer inzicht te krijgen in de overeenkomsten en verschillen tussen culturen en de rol van cultuur op opvattingen en gebruiken met betrekking tot ziekte en gezondheid. Naast culturele kennis uit hoofdstukken 2, 3 en 4, presenteren we in hoofdstuk 5 culturele kennis uit de medische antropologie en leggen we de link tussen cultuur en zorg.

21

## Fase 3: Interculturele vaardigheden

Interculturele vaardigheden zoals observeren, luisteren, analyseren, interpreteren, evalueren en verbinding maken heb je nodig om intercultureel sensitief te worden. Hoofdstukken 6 en 7 geven praktische handvatten om interculturele vaardigheden verder te ontplooiën.

## Fase 4: Interculturele sensitiviteit

Je bent intercultureel sensitief als je in staat bent om niet alleen door je eigen culturele bril, maar ook door de bril van de ander te kijken. Doordat je je kunt verplaatsen in de ander, ben je in staat om je gedrag aan te passen zodat het voor jou en voor de ander professioneel is. Je bent je bewust van je eigen grenzen en zonder je identiteit te verliezen beweeg je je soepel en met respect tussen verschillende culturele referentiekaders. Dit laatste heet *frame-of-reference-shifting*, en wordt in hoofdstuk 8 behandeld.

## Fase 5: Interculturele competentie

Interculturele competentie stelt je in staat om effectief en gepast te communiceren in interculturele situaties. Je bent in staat om meerdere referentiekaders te gebruiken. Hoofdstukken 9 en 10 geven zorgprofessionals praktische en realistische methoden om intercultureel competent te werken.