

## Medische communicatie en etnische diversiteit



# Medische communicatie en etnische diversiteit

**Bart Wolf**

**Nordin Dahhan**

© 2014 Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, 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 verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912 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 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

NUR 882

ISBN 978 90 232 5306 8

ISBN ebook 978 90 232 5314 3

Omslagontwerp: A\_ Anouk Sinke Ontwerp Studio

Illustraties: Hakim Traidia

Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum, Assen

Zetwerk: LINE UP boek en media bv, Groningen

Met dank aan ZonMw

# Inhoud

**Voorwoord** IX

**Begrippenkader** x

**Inleiding** XII

Indeling van het boek xv

Leesadvies xvi

## **Deel I Etnische diversiteit in de zorg** 1

### **1 Definities en begrippen** 2

- 1.1 Diversiteit 3
- 1.2 Cultuur en culturele diversiteit 4
- 1.3 Etniciteit 5
- 1.4 Integratie 5
- 1.5 Cultuurrelativisme 6
- 1.6 Universalisme 7
- Leesadvies 9

### **2 Kwaliteit van zorg en interculturele zorg** 10

- 2.1 Visie op zorg 11
  - 2.1.1 Uitgangspunten 11
- 2.2 Verschillen in gezondheid 13
- 2.3 Ziekte en sterftecijfers 14
  - 2.3.2 Mortaliteit 14
- 2.4 Verschillen in zorggebruik 15
  - 2.4.1 Zwangerschap 15
  - 2.4.2 Diagnostisch onderzoek 15
  - 2.4.3 Specialistische zorg 16
  - 2.4.4 Ziekenhuisopnames 16
  - 2.4.5 Geneesmiddelen 16
- 2.5 Zorggebruik in landen van herkomst 17
- 2.6 Zorginstellingen in beeld 18
  - 2.6.1 Preventieve zorg 18
  - 2.6.2 Ziekenhuiszorg 19
- 2.7 Tolken en zorgconsulenten 21
  - 2.7.2 Informele tolken 21

2.7.3	Zorgconsulenten	21
2.8	Keurmerk Etnische Diversiteit	22
2.8.1	Onderzochte ziekenhuizen	22
2.8.2	Bevindingen en aanbevelingen	23
2.8.3	Kwaliteitsoordeel	25
2.8.4	Keurmerk	26
2.9	Interculturele zorgverlening	26
2.9.1	Valkuilen bij interculturele zorg	26
2.10	Model	30
2.10.1	De zorggebruiker	31
2.10.2	De zorgverlener	32
2.10.3	De zorgverzekeraar	33
2.10.4	De overheid	33
	Leesadvies	34

## Deel II Communicatie in een etnisch diverse context 35

<b>3</b>	<b>Arts-patiëntcommunicatie en interculturele consultvoering</b>	<b>36</b>
3.1	Communicatie	37
3.2	Basisvaardigheden in de arts-patiëntcommunicatie	37
3.2.1	Setting en begin	37
3.2.2	Informatie inwinnen	39
3.2.3	Relatie opbouwen	40
3.2.4	Uitleg en advies	41
3.2.5	Consult beëindigen	42
3.3	Interculturele communicatie	42
3.3.1	Model	42
3.3.2	Interculturele competentie	44
3.3.3	Diversiteit in de spreekkamer	45
3.4	Interculturele consultvoering	47
3.4.1	Ziekte en ziektebeleving	47
3.4.2	Medisch consult	48
3.4.3	Exploreren is kern van consult	50
3.4.4	Exploreren bevordert ook de therapietrouw	54
	Leesadvies	56
<b>4</b>	<b>Specifieke communicatiestrategieën in de praktijk</b>	<b>57</b>
4.1	Setting en begin	58
4.1.2	Ouders en kinderen	58
4.1.3	Openingsfase	60
4.1.4	Presentatie van klachten	62
4.2	Informatie inwinnen	62
4.2.1	Oorzaken van klachten	63

- 4.2.2 Beleving van klachten 64
- 4.2.3 Vraagverheldering 65
- 4.2.4 Lichamelijk onderzoek 66
- 4.2.5 Diagnose 68
- 4.2.6 Aanvullend onderzoek 69
- 4.3 Relatie opbouwen 70
  - 4.3.2 De arts als medicijn 72
  - 4.3.3 Gevoelens van patiënten 73
- 4.4 Uitleg en advies 74
  - 4.4.2 Informatie op maat 75
  - 4.4.3 Geloofwaardig 76
  - 4.4.4 Overtuigend 77
  - 4.4.5 Reacties van patiënten 77
  - 4.4.6 Samenvattingen 78
- 4.5 Consult beëindigen 79
  - Leesadvies 80
- 5 Medisch-ethische problematiek 81**
  - 5.1 Definities en begrippen 82
    - 5.1.2 Gezondheidsrecht 82
    - 5.1.3 Euthanasie 83
    - 5.1.4 Palliatieve zorg 83
    - 5.1.5 Palliatieve zorg voor kinderen 84
    - 5.1.6 Niet-reanimatiebeleid 84
    - 5.1.7 Palliatieve sedatie 85
    - 5.1.8 Medisch – zinloos – handelen 85
  - 5.2 Handelen rond het levenseinde 86
    - 5.2.2 Actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen 86
    - 5.2.3 Rol van ouders bij de besluitvorming 87
    - 5.2.4 Verschillen in visie op lijden en sterven 88
  - 5.3 Medisch-ethische vraagstukken in een etnisch diverse context 88
    - 5.3.1 Opvattingen over palliatie in de landen van herkomst<sup>36</sup> 91
    - 5.3.2 Opvattingen over palliatie in de Nederlandse context 92
    - Leesadvies 95
- 6 Casuïstiek medisch-ethische dilemma's 96**
  - 6.1 Casus 1 97
    - Commentaar 99
    - Leesadvies 101
  - 6.2 Casus 2 101
    - Commentaar 103
    - Leesadvies 108
  - 6.3 Casus 3 108
    - Commentaar 109

	Leesadvies	112
6.4	Casus 4	112
	Commentaar	114
	Leesadvies	116
6.5	Casus 5	116
	Commentaar	118
	Leesadvies	122
6.6	Casus 6	122
	Commentaar	123
	Leesadvies	124
6.7	Casus 7	124
	Commentaar	125

**Bijlage Handleiding bij de videoregistratie van arts-patiënt-  
contacten** 127

Annex 1 Verklaring voor het gebruik van video-opnames in het  
ziekenhuis 133

Annex 2 Gezamenlijke videobespreking 134

**Dankwoord** 135

**Literatuur** 136

**Over de auteurs** 148



## Voorwoord

Goede communicatie leidt tot betere zorg. In Nederland is de literatuur over interculturele communicatie in de gezondheidszorg beperkt. Waar het vooral aan ontbreekt, is niet zozeer *wat* er in de communicatie met patiënten met een etnisch diverse herkomst verbeterd moet worden maar vooral *hoe* dat gerealiseerd kan worden in de vaak drukke medische praktijk van alle dag.

Doel van dit boek is om vooral praktische handvatten aan te reiken aan arts-assistenten, specialisten en huisartsen om de zorg voor en communicatie met migranten te verbeteren. Maar het boek kan behalve in de opleiding van specialisten en huisartsen ook gebruikt worden door psychologen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals.

Het boek is voortgekomen uit onze jarenlange ervaring met ontoereikende zorg en communicatie tussen kinderartsen en kinderartsen in opleiding en ouders en kinderen met een etnisch diverse herkomst in de Amsterdam.

Om daar verbetering in te brengen werd door ons in 2006 de Mozaïek-polikliniek opgericht – een speciale polikliniek voor chronisch zieke kinderen van migranten – en in 2010 het INVEST-project gestart, waarin de belangrijkste knelpunten in de arts-patiëntcommunicatie in de etnisch diverse context met behulp van videoregistratie in beeld worden gebracht. De resultaten daarvan vormen mede de basis voor dit boek.

## Begrippenkader

### *Cultuur*

Cultuur omvat veel meer dan etniciteit en gaat over betekenissen die mensen aan hun leven geven; het betreft ‘gedeelde waarden en normen in een groep.’

### *Cultuursensitieve zorg*

Inzicht hebben in de waarden en ideeën van patiënten met een andere culturele achtergrond en zich bewust zijn van de neiging om in stereotypen te denken.

### *Cultuurrelativisme*

Visie op etnische en culturele diversiteit, die de uniciteit en specificiteit van de verschillende etnische minderheden benadrukt.

### *Diversiteit*

Diversiteit komt uit het Latijn en betekent ‘verscheidenheid.’

### *Etnische herkomst*

Etnische herkomst wordt volgens de definities van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) geassocieerd op basis van het geboorteland van de patiënt en het geboorteland van beide ouders.

Een patiënt wordt geassocieerd als niet-wester als hijzelf en ten minste een van de ouders in een niet-westers land zijn geboren, of als de patiënt zelf in Nederland maar ten minste een van beide ouders in een niet-westers land zijn geboren.

Niet-westerse landen zijn volgens het CBS alle landen in Zuid-Amerika, alle landen in Afrika en alle landen in Azië behalve Indonesië en Japan. Ook Turkije is een niet-westers land.

### *Etniciteit*

Etniciteit komt van het Griekse woord *ethnikos* dat ‘behorend tot een *ethnos*’ – volk betekent. Onder etniciteit wordt een sociaal-culturele identiteit verstaan, die een bepaalde groep mensen of bevolkingsgroepen verbindt.

*Etnocentrisch*

Andere culturen worden beoordeeld met de normen en waarden van de eigen cultuur waarbij andere culturen vaak als minderwaardig en afkeurenswaardig worden gezien.

*Gezondheidsvaardigheden ('health literacy')*

Vaardigheden die mensen nodig hebben om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.

*INVEST-project*

Het INVEST (INtercultureel Vakmanschap En Specialisten Training)-project wil de interculturele communicatie bij specialisten in opleiding door middel van videotraining bevorderen. Het project werd in 2010 met financiële steun van ZonMw gestart op de poliklinieken Kindergeneeskunde van de vier Amsterdamse opleidingsziekenhuizen.

*Mozaïek-polikliniek*

Polikliniek voor chronisch zieke kinderen met een etnisch diverse herkomst, die in 2006 met financiële ondersteuning van zorgverzekeraar Agis (thans Achmea) in Amsterdam werd opgericht.

*Universalisme*

Tegenovergestelde van (cultuur)relativisme. Deze benadering gaat ervan uit dat de gevestigde opvattingen voor iedereen dienen te gelden.

## Cultures don't meet, people do

- Hoe om te gaan met ouders die de ernst van de ziekte bij hun kind niet tot zich willen laten doordringen of patiënten die de ernst van hun klachten overdrijven?
- Hoe voorkom je dat er conflicten ontstaan rondom de zorg bij het levens-einde?
- Hoe zorg je dat migranten zich thuis voelen in de spreekkamer en niet aan het zorgsysteem ontglippen?

Cultuursensitieve zorg wordt steeds belangrijker in onze samenleving, waarin het percentage inwoners met een etnisch diverse herkomst vooral in de Randstad toeneemt. In Nederland heeft thans ruim 20% van de bevolking een migrantenachtergrond van wie 10% van niet-westerse afkomst, waarbij dit laatste percentage in de grote steden oploopt tot meer dan 35%.<sup>1</sup> Een toename die zijn weerslag vindt in het patiëntenbestand van zorgverleners en zorginstellingen.

Studies laten zien dat niet-westerse migranten niet alleen een slechtere gezondheidstoestand hebben maar ook langer in het ziekenhuis liggen en vaker worden heropgenomen dan autochtone Nederlandse patiënten.<sup>2</sup> Bovendien scoort deze groep systematisch lager op patiënttevredenheid.

Ook studies bij kinderen tonen aan dat de gezondheid van kinderen met een Turkse en Marokkaanse herkomst slechter is dan die van autochtone kinderen, hetgeen niet alleen verklaard kan worden uit de vaak lagere sociaal-economische status (SES) van de ouders van deze kinderen.<sup>3,4</sup>

Daarnaast is de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg voor migranten onvoldoende en laat het zelfmanagement te wensen over.<sup>5</sup> Het is niet goed onderzocht of al dan niet bewuste discriminatie door artsen en andere zorgverleners hierbij een rol speelt.

Presentatie van klachten en beleving van ziekte kunnen per cultuur sterk verschillen.<sup>6</sup> Daarnaast kunnen verschillende opvattingen over palliatie en euthanasie aanleiding geven tot misverstanden en zelfs conflicten.<sup>7</sup>

Zorgprofessionals worden in de praktijk dan ook steeds vaker geconfronteerd met denkbeelden, gevoelens en verwachtingen bij de patiënt, die zij niet gewend zijn vanuit hun eigen culturele achtergrond.

Wie zijn ogen sluit voor deze culturele verschillen zal merken dat de zorg niet optimaal verloopt, waarbij het risico bestaat dat incorrecte diagnoses worden gesteld en dat de therapietrouw en het zelfmanagement in gebreke blijven.<sup>8</sup> Ook kunnen deze patiënten vaker verdwalen in de doolhof van zorgvoorzieningen, hetgeen het gevaar van zowel over- als onderconsumptie van zorg met zich meebrengt.

Geneeskunde is meer dan het verlenen van medische zorg. Een goede zorgverlener is nieuwsgierig en toont respect, empathie en betrokkenheid. Rekening houden met de belevingswereld, de leefsituatie en de maatschappelijke positie van de patiënt is hierbij een vereiste. Pas dan kan een vertrouwensrelatie worden opgebouwd en geneeskunst worden bedreven. De sleutel tot succes hierbij is communicatie. Bovendien is effectieve communicatie een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van zorg, die met de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) in de wet is vastgelegd.<sup>9</sup>

De kern van communicatie in een etnisch diverse context is dat de zorgverlener bereid is niet langer alleen op zijn eigen intuïtie te vertrouwen, maar actief exploreert wat de gedachten, gevoelens en verwachtingen van de patiënt zijn. Hiervoor is het nodig zich bewust te zijn van mogelijke vooroordelen en stereotypen tegenover bevolkingsgroepen en rekening te houden met de ethnocentrische

reflex, waarbij andere culturen als minderwaardig of afkeurenswaardig worden gezien en de eigen cultuur als maatstaf wordt genomen.<sup>10</sup>

Zorgverleners leggen veel nadruk op taalproblemen, maar het spreken van dezelfde taal is geen garantie voor geslaagde communicatie. Een specifiek knelpunt in de communicatie is het wederzijdse begrip tussen zorgverlener en hulpvrager. In de dagelijkse praktijk ontstaan veel misverstanden vanwege het gebrek aan kennis bij de arts over het begrip en de beleving van ziekte bij patiënten met een andere etnische achtergrond.<sup>11</sup> Veel artsen ervaren de zorg aan deze groep als lastig en hebben moeite met het juist interpreteren van klachten. Ze vinden dat deze patiënten irrelevante verzoeken doen terwijl de patiënt op zijn beurt vaak vindt dat de arts slecht luistert, gebrekkig inzicht heeft in het probleem en niet de gewenste oplossingen aanreikt.<sup>12</sup>

Artsen besteden over het algemeen weinig aandacht aan het eigen functioneren en de eigen rol in de communicatie met patiënten met een etnisch diverse herkomst; de verantwoordelijkheid voor het slagen ervan wordt dan ook vaak bij de patiënt gelegd.<sup>13</sup> In de arts-patiëntcommunicatie realiseert men zich niet altijd dat de arts zelf een vitale component van de behandeling is waarbij niet alleen belangrijk is *wat* de arts doet, maar meer nog *hoe* de arts het doet. Al bijna zestig jaar geleden stelde de Engelse psychiater Balint dat verreweg het meest gebruikte en doeltreffendste medicijn de arts zelf is.<sup>14</sup>

De laatste jaren neemt de vraag van zorgverleners naar specifieke deskundigheid in de omgang met diversiteit toe.<sup>15,16</sup> De Raad van Europa stelde reeds in 2006, in een aanbeveling aan de lidstaten over de gezondheidszorg in een multiculturele samenleving, dat: “Het opheffen van barrières in de communicatie een van de meest dringende en evidente gebieden is waarop interventie nodig is.”<sup>17</sup> Dit vraagt naast specifieke epidemiologische, diagnostische en therapeutische kennis vooral om kennis van effectieve communicatiestrategieën.

Om etnische diversiteit te managen is niet alleen kennis van en onderzoek naar de verschillen in de gezondheidstoestand noodzakelijk maar ook het ontwikkelen van kennis en vaardigheden om met etnische verschillen om te kunnen gaan.<sup>18</sup> Artsen zijn nog onvoldoende geschoold in cultuursensitieve zorg en interculturele communicatie.<sup>19-21</sup> Bovendien is er weinig literatuur beschikbaar over hoe specialisten en huisartsen hun communicatie met patiënten met een etnisch diverse herkomst kunnen verbeteren. Communicatievaardigheden zijn echter, net als andere competenties in de opleiding, gewoon te leren.<sup>22-26</sup>



## Indeling van het boek

Het werkboek is ingedeeld in twee delen die ook afzonderlijk kunnen worden gelezen. In het eerste – meer theoretische – deel wordt een actueel overzicht gegeven van de kwaliteit van zorg voor migranten, waarbij achtereenvolgens wordt ingegaan op verschillen in zorg en zorggebruik, interculturele zorgverlening en een model wordt gepresenteerd voor de arts-patiëntcommunicatie in een etnisch diverse context.

In het tweede – meer praktische – deel wordt vooral ingegaan op de communicatie met – ouders van – patiënten met een etnisch diverse herkomst. Na een korte samenvatting van basale communicatietechnieken komen de meer specifieke interculturele vaardigheden en competenties aan de orde en worden handvatten gegeven hoe daar in de praktijk het best mee kan worden omgegaan; zowel in de algemene praktijk als bij medisch-ethische problematiek.

In de bijlage ten slotte worden praktische instructies gegeven over het opzetten van een op video gebaseerd onderwijsprogramma in de vervolgopleidingen.

Elk hoofdstuk wordt afgesloten met leerpunten en een kort leesadvies. Een volledige literatuurlijst met alle referenties per hoofdstuk is achter in het boek opgenomen.

Aangezien verreweg de meeste kinderen die door de kinderarts worden gezien minderjarig zijn, zal in de praktijk vrijwel altijd een of beide ouders meekomen naar het consult. In de tekst zal daarom regelmatig 'ouders' gebruikt worden als 'patiënt' bedoeld wordt.

Ter wille van de leesbaarheid hebben we gekozen voor de mannelijke vorm. Niet nader omschreven personen kunnen uiteraard ook van het vrouwelijk geslacht zijn.

#### *Leerpunten*

- Presentatie van klachten en beleving van ziekte kunnen per cultuur verschillen.
- Cultuursensitieve zorg wordt in Nederland steeds belangrijker.
- Zorgverleners zijn geneigd om de eigen normen als maatstaf te nemen.
- Het spreken van dezelfde taal is geen garantie voor geslaagde communicatie.

### **Leesadvies**

Buckman R. *Difficult Conversations in Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010

Dahhan N, Meijssen D, Chegary M, Bosman D, Wolf B. *Ethnic diversity outpatient clinic in Pediatrics*.

*BMC Health Services Research* 2012; 12:12

Ryder C, Yarnold D, Prideaux D. *Learning and unlearning: is communication with minority patients about self or others?* *Med Teacher* 2011; 33: 781-82



# Deel I

## Etnische diversiteit in de zorg

- 1 Definities en begrippen
- 2 Kwaliteit van zorg en interculturele zorg

## Definities en begrippen

### Het universele berust op het wederzijds relativeren van verschillende culturen

– Frantz Fanon

Etnische diversiteit in de gezondheidszorg is een relatief jong verschijnsel waarop nog onvoldoende adequaat wordt ingespeeld. Veel zorgverleners hebben moeite in de omgang met patiënten met een andere etnische achtergrond, vooral als dat een niet-westerse achtergrond betreft. Ze worstelen met hun eigen houding ten opzichte van deze patiëntenpopulatie of slagen er niet in zich te verplaatsen in de klachtenpresentatie of ziektebeleving van deze patiënten.<sup>1</sup>

Vanwege dit ongemakkelijke gevoel zijn artsen soms geneigd etnische diversiteit te ontkennen. Ze kiezen liever voor een universalistische benadering en sluiten daarbij hun ogen voor de afkomst van hun patiënt. In de medische praktijk leidt deze houding er evenwel vaak toe dat de patiënt zich onbegrepen en niet gesteund voelt, met als risico dat de behandeling – van diagnostiek tot therapietrouw – niet optimaal verloopt.

In dit hoofdstuk willen we allereerst stilstaan bij de betekenis van begrippen als diversiteit en etniciteit. Vervolgens bespreken we de verschillende mogelijkheden van het omgaan met etnische diversiteit in de zorg; van absoluut universalisme enerzijds tot absoluut (cultuur)relativisme anderzijds.

## 1.1 Diversiteit

Met diversiteit, dat uit het Latijn komt en ‘verscheidenheid’ betekent, wordt vaak biodiversiteit bedoeld ofwel de variatie van soorten binnen een ecosysteem. Behalve in de natuur kan diversiteit ook plaatsvinden in een samenleving, waarbij het begrip diversiteit een scala aan definities en benaderingen omvat.

De brede definitie richt zich op primaire en secundaire dimensies van verschillen. Primaire verschillen zijn kenmerken die zichtbaar zijn voor de omgeving, zoals etniciteit, gender, handicap en leeftijd. Tot de secundaire dimensies worden minder zichtbare verschillen gerekend, zoals opleiding, werkervaring, burgerlijke staat, seksuele voorkeur of geloof.

Denken over diversiteit brengt echter ook een risico met zich mee, namelijk dat overeenkomsten uit het oog worden verloren.<sup>2</sup> Een van de gevaren van het indelen van mensen op basis van verschillen is namelijk dat men doorslaat in het idee dat ‘iedereen anders’ is en dat daar dus geen rekening mee hoeft te worden gehouden, terwijl er toch onmiskenbaar specifieke problemen rondom gender en etniciteit zowel in de samenleving als in de gezondheidszorg bestaan.<sup>3,4</sup>

Een ander risico is dat diversiteit wordt gesimplificeerd. Dit gebeurt wanneer de verschillende categorieën – zoals leeftijd, religie en etniciteit – als absolute contrasten worden beschouwd. De diversiteit tussen mensen wordt dan vastgelegd op basis van een enkel kenmerk, hetgeen generalisering en stereotypering in de hand werkt en geen recht doet aan de complexiteit en gelaagdheid tussen en binnen mensen.<sup>5</sup>



Ondanks het feit dat iedereen die in Nederland woont volgens Artikel 1 van de grondwet recht heeft op gelijke behandeling en niet mag worden gediscrimineerd, is diversiteit in ons land een politiek beladen fenomeen geworden. Het begrip allochtoon – dat ‘van elders komend’ betekent – heeft daarbij een negatieve klank gekregen waarbij de nadruk is komen te liggen op het ‘anders zijn’ van normen, waarden, geloof en houding ten opzichte van de normatieve autochtoon.

Allochtonen worden de laatste jaren in Nederland dan ook gezien als een ‘probleemgroep’, waarbij de impliciete veronderstelling is ontstaan dat demografische en etnisch – culturele verschillen verbonden zijn met verschillen in capaciteit en bekwaamheid.

## 1.2 Cultuur en culturele diversiteit

Cultuur omvat veel meer dan etniciteit; het gaat over betekenissen die mensen aan hun leven geven. Cultuur in de sociologie en in de antropologie betreft ‘gedeelde normen en waarden in een groep’. Cultuur in de psychologie – in het contact tussen patiënt en hulpverlener – betreft het ‘geheel aan betekenissen dat cliënt en hulpverlener helpt oriënteren op de werkelijkheid waarin zij leven’. Hierbij heeft de hulpverlener niet te maken met groepen, maar met individuen.<sup>6</sup> De culturele identiteit van een individu bevat echter elementen van verschillende culturen – jong en oud; man en vrouw; rijk en arm; gelovig en niet gelovig; hoog- en laagopgeleid; allochtoon en autochtoon – en is daarmee uniek.

Culturele diversiteit is de verscheidenheid aan – sub – culturen binnen een specifieke regio of land. Naast de opvallende culturele verschillen die er zijn tussen mensen, zoals taal, kledij en eetgewoonten, is er ook diversiteit in de manier waarop samenlevingen zichzelf organiseren en waarop zij omgaan met hun omgeving. Culturele verschillen werken generaties lang door; cultuur is dan ook geen jas die je even uitdoet. Mensen zijn zich vaak niet bewust van hun eigen cultuur en zien slechts de cultuur van de ander voor zover die van de eigen cultuur afwijkt.

Culturele diversiteit laat zich moeilijk meten, maar een goede indicatie daarvoor is het aantal talen – dialecten – dat in een bepaalde regio of land wordt gesproken.

In het Nederlandse culturele erfgoed erkent de overheid drie streektalen, die ook wel ‘minderheidstalen’ genoemd worden hoewel deze benaming omstreden is aangezien het geen echte etnische minderheden betreft. Het Nedersaksisch – dat vooral in het oosten van het land gesproken wordt, het Limburgs en het Fries. Wanneer men naar de situatie in Nederland kijkt kan geconcludeerd worden dat, op basis van het aantal gesproken talen, de culturele diversiteit is toegenomen. Verschillende migratiegolven hebben er namelijk voor gezorgd dat in ons land de afgelopen decennia een multiculturele samenleving is ontstaan.