

Interculturele communicatie in de zorg

Kennis, vaardigheden en houding voor
zorgprofessionals

Raya Nunez Mahdi
Charlie Obihara
Dorian Maarse
Carlos Nunez
Edwin Hagenbeek

© 2022, 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). 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).

NUR 763, 860

ISBN folioboek 978 90 232 5874 2

ISBN e-book 978 90 232 5875 9

2e, herziene editie 2022

Tekstredactie: Natasja Suselbeek, Met Stip Teksten

Grafische verzorging en omslag: Richard Bos

Omslagillustratie: Masaaki Oyamada, Den Haag, in samenwerking met Carlos Nunez

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte



Inhoud

	Voorwoord	11
	Bijsluiters	14
	Introductie	15
Hoofdstuk 1	Cultuur, Culturele zelfkennis en Interculturele Communicatie	22
	1.1 Definities van cultuur	24
	1.2 Cultuur: de verborgen dimensie	25
	1.3 Culturele programmering	27
	1.4 Culturen en subculturen	29
	1.5 Interculturele communicatie	31
	1.6 Wat is communicatieruis?	32
Hoofdstuk 2	De basisconcepten van Hall	34
	2.1 Hoogcontext en laagcontext communicatie	36
	2.2 Monochrome en polychrone tijdsbeleving	44
	2.3 Persoonlijke ruimte	48
	2.4 Snelle en langzame boodschappen	50
	2.5 Snelle en langzame informatiestromen	52
	2.6 Actieketens	54
	2.7 Oefening: Cultureel zelfbewustzijn	55

Hoofdstuk 3 De zes basiswaarden van Kluckhohn en Strodtbeck 58

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?	61
3.2	Wat is onze tijdsoriëntatie?	64
3.3	Doen of zijn: taakgericht of relatiegericht?	67
3.4	Individualisme of collectivisme: hoe verhouden we ons tot onze medemensen?	69
3.5	Is de ruimte om ons heen privé of openbaar?	72
3.6	Wat is de aard van de mens? Goed, slecht of goed en slecht?	74
3.7	Oefeningen	76

Hoofdstuk 4 De culturele dimensies van Hofstede 78

4.1	Machtsafstand (PDI – Power Distance Index)	80
4.2	Individualisme en collectivisme (IND)	82
4.3	Masculiniteit en femininiteit (MAS)	85
4.4	Onzekerheidsvermijding (UAI – Uncertainty Avoidance Index)	89
4.5	Langetermijn- en kortetermijngerichtheid	92
4.6	Hedonisme en soberheid (IVR)	94
4.7	Positieve stereotyperingen: ABCDE	97
4.8	Landenscores voor de zes dimensies van Hofstede	99
4.9	Oefening cultureel zelfbewustzijn	102

Hoofdstuk 5 Medische antropologie: over gezondheid, ziekte, leven en dood 104

5.1	Vooraf	106
5.2	Inleiding medische antropologie	106
5.3	Ziektebenaderingen en verklaringsmodellen	107
5.4	Medische tradities wereldwijd	109
5.5	Etnocentrisme en cultuurgebonden syndromen	111
5.6	Perceptie van het lichaam	112
5.7	Onderhoud van het lichaam: voeding, hygiëne	115
5.8	Pijnbeleving, therapietrouw, farmacogenetica en de zorgrelatie	118
5.9	Leven en dood	120

Hoofdstuk 6	Ruis in de communicatie achterhalen met het TOPOI-model	126
6.1	Uitgangspunten van het TOPOI-model	128
6.2	De T van Taal	128
6.3	De O van Ordening	132
6.4	De P van Persoon	133
6.5	De O van Organisatie	136
6.6	De I van Inzet en Invloed	140
6.7	Oefeningen	142
Hoofdstuk 7	Cultuurschok en thuiskeerschok	144
7.1	Cultuurschok	146
7.2	De fasen in cultuurschok	146
7.3	De voorvertrekfase	148
7.4	Het vakantiegevoel	149
7.5	De boosheidsfase: het is hun schuld (inclusief condición migrante)	151
7.6	De aanpassingsfase	153
7.7	Thuiskeerschok	154
7.8	Thuiskeerschok voor internationale zorgprofessionals	157
Hoofdstuk 8	Van Bias - vooringenomenheid - naar Interculturele sensitiviteit	160
8.1	Bias	162
8.2	Interculturele sensitiviteit	165
8.3	TCK's – Third Culture Kids. Biculturele en derdecultuurkinderen	177
8.4	Oefening: Speel interculturele sensitiviteit	177
Hoofdstuk 9	Positieve culturele synergie	182
9.1	Wat is culturele synergie?	184
9.2	Manieren van reageren bij culturele verschillen	184
9.3	In drie stappen naar culturele synergie	187
9.4	Het creëren van culturele synergie in de communicatie met patiënten	190
9.5	In zes stappen op weg naar positieve culturele synergie met patiënten	191
9.6	Als synergie niet lijkt te lukken	200

Hoofdstuk 10 Samenwerken in een team met diversiteit 202

8

10.1	Goede samenwerking tussen zorgprofessionals: van levensbelang!	204
10.2	Diversiteit onder zorgprofessionals	205
10.3	Diversiteit onder zorgprofessionals in de toekomst	210
10.4	Wat diversiteit in zorgteams op kan leveren	211
10.5	Belemmeringen binnen teams met diversiteit	213
10.6	Visie op diversiteit is bepalend	216
10.7	Cultureel competent teamleiderschap	218
10.8	Tips voor de cultureel sensitieve collega	221
	Over de auteurs	224
	Over de illustrator	227
	Literatuurlijst	228
	Illustratiebronnen	239

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 sociaal-economische 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 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 zijn precies de competenties die als belangrijkste basiscompetenties voor verpleegkundigen worden genoemd: communicatie, compassie, inzet en moed (Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 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, en 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 goede hulpverlener en rekening houdt met de belangen van anderen.

(Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2015)

5 Medische antropologie: over gezondheid, ziekte, leven en dood

- 5.1 Vooraf
- 5.2 Inleiding medische antropologie
- 5.3 Ziektebenaderingen en verklaringsmodellen
- 5.4 Medische tradities wereldwijd
- 5.5 Etnocentrisme en cultuurgebonden syndromen
- 5.6 Perceptie van het lichaam
- 5.7 Onderhoud van het lichaam: voeding, hygiëne
- 5.8 Pijnbeleving, therapietrouw, farmacogenetica en de zorgrelatie
- 5.9 Leven en dood

In dit hoofdstuk kijken we vanuit de medische antropologie naar de overeenkomsten en verschillen in omgang met ziekte en gezondheid in verschillende culturen. Elke persoon gaat anders om met gezondheid, ziekte, geboorte en dood. Dit gedrag is niet universeel en varieert per persoon, groep en (culturele) context. De zorgprofessional moet dit gedrag kunnen plaatsen en daarop inspelen. Daarom is het voor zorgprofessionals van belang om dit gedrag in een (culturele) context te bekijken.

5.1 Vooraf

De bijsluiters in het begin van het boek gelezen? Dan zie je de complexiteit van het 'kennen' van culturen. Stereotyperingen en vooroordelen liggen op de loer. Ziekte en gezondheidsbeleving worden individueel beleefd, maar wel binnen een maatschappelijke en culturele context. Er is een verschil of je naar dit gedrag kijkt als een deel van de groep of context waarvan je zelf onderdeel bent of dat je naar dit gedrag kijkt als buitenstaander. De blik van de betrokkene (de patiënt, de familie enzovoort) en de blik van de buitenstaander (de zorgprofessional) komen niet altijd overeen. In de antropologie worden hiervoor de termen **emic view** en **etic view** gebruikt. De emic view is het perspectief van de betrokkene/groep zelf. Vaak is dit cultuurspecifiek, bijvoorbeeld hoe Marokkaanse mensen omgaan met ziekte en gezondheid. De etic view is de interpretatie vanuit de buitenstaander, de onderzoeker, en gebruikt meer theoretische aspecten die niet alleen op de bestudeerde cultuur van toepassing zijn.

5.2 Inleiding medische antropologie

Medisch antropologen onderzoeken hoe mensen omgaan met ziekte en gezondheid. In het algemeen geldt dat wanneer je gezond bent, je dit ook graag wilt blijven. Je past je leven erop aan door gezond gedrag. Ondanks dat kunnen mensen ziekmakend gedrag ook blijven volhouden (roken, overmatig drinken, enzovoort). Mensen die ziek zijn, willen vaak (snel) weer beter worden. Ze zoeken hulp, gaan kijken naar nieuwe wetenschappelijke inzichten en/of bestaande gebruiken en tradities. Ze passen hun gedrag aan binnen de mogelijkheden van de context. Deze context bestaat onder andere uit medische systemen en verklaringsmodellen (zie casus 5.2).

Medisch systeem en sectoren

De medisch antropologen Foster en Anderson zien een medisch systeem als alle gezondheidsgerelateerde overtuigingen, gedragingen, wetenschappelijke kennis en vaardigheden van een groep (Foster & Anderson, 1978).

Er zijn drie sectoren te onderscheiden (Helman, 2007):

- 1 De lekensector: de zieke en zijn/haar familie pakken de ziekte zelf aan middels overgedragen wijsheden, zelfmedicatie, of bijvoorbeeld dr. Google.
- 2 De volkssector: de zieke zoekt hulp bij niet officieel erkende gezondheidszorgwerkers zoals (traditionele) genezers.
- 3 De professionele sector: de zieke zoekt hulp bij de formele medische sector, zoals de westerse biomedische tradities, de Chinese tradities of Indiase tradities.

Casus 5.2 geeft aan dat de verschillende sectoren en verschillende verklaringssystemen goed samen kunnen gaan.

Casus 5.2 Nederlandse student in Indonesië

Een student medische antropologie doet onderzoek in een afgelegen Javaans dorpje. Op een dag heeft hij vage gezondheidsklachten. Hij gaat naar Ibu Janti, een gerespecteerde lokale traditionele genezeres.

Aangekomen bij haar huis, moet de student op de bank gaan liggen. Ibu Janti stelt geen vragen en begint met een westerse medische aanpak. Ze meet zijn bloeddruk, zijn pols, zijn lichaamstemperatuur en doet wat lichamelijk onderzoek. Na enige tijd stelt Ibu Janti de volgende vragen:

“Hoelang ben je al in ons dorp?” “Twee maanden”, antwoordt de student. “Welke religie heb je?” “Christen.” Vervolgens concludeert zij: “Twee maanden in het dorp, een christelijke achtergrond, maar ik heb je nog nooit in de kerk gezien. Hoe kan dat?”

Voor Ibu Janti was het duidelijk. De ziekte is een teken van God. De behandeling die zij voorschrijft: het nemen van paracetamol, zondag naar de kerk komen en de kerkgemeenschap zal bidden.

De volgende zondag is de student weer opgeknapt en gaat naar de kerk. De kerkgemeenschap bedankt God voor zijn genezende krachten.

5.3 Ziektebenaderingen en verklaringsmodellen

Medisch antropologen onderscheiden drie benaderingen van ziekte: **disease**, **illness** en **sickness**. **Disease** is hoe de professionele sector ertegen aankijkt: vanuit een (biomedisch) wetenschappelijk perspectief. Een behandeling is gebaseerd op fysiologische data, op lichaam-geestwisselwerking en op de individuele patiënt. Vanuit de medische antropologie zou je dit de etic view kunnen noemen. Deze blik is de blik van de professional en buitenstaander. Hij interpreteert het gedrag vanuit een ‘wetenschappelijke’ benadering en probeert grotere verbanden te leggen.

We hebben het over **illness** als iemand zelf herkent dat er iets mis is. Hierbij gaat het over de eigen ziektebeleving. Dit idee hoeft niet per se door de arts gedeeld te worden. Een zieke kan dan denken: hoezo kunnen ze niets vinden? Ik weet zeker dat ik ziek ben!

Sickness is hoe de omgeving de ziekte bekijkt. Dit verwijst naar de sociale ziekerol: ‘Ik ben zwanger en misselijk, maar toch moet ik komen werken!’ Of mensen gaan voor je bidden zoals in casus 5.2. **Illness** en **sickness** kunnen beschouwd worden als een emic view. Dit is de blik vanuit de persoon en mensen binnen de culturele groep.

Zowel de zorgprofessional (**disease**) als de patiënt (**illness**) als de mensen eromheen (**sickness**) creëren ziekteverklaringsmodellen, en die komen niet altijd overeen.