

Cultuursensitief werken in zorg en welzijn: een kwestie van kennis én houding

Professionals in de gezondheidszorg en het welzijnswerk krijgen te maken met de invloed van diverse culturen en levensbeschouwingen. De diversiteit aan achtergronden van cliënten en hun naasten is soms groot en ogenschijnlijk complex. Hulpverleners worden bijvoorbeeld geconfronteerd met voor hen onbekende opvattingen over ziekten en beperkingen, maar ook met andere opvoedingsstijlen. Dit artikel gaat over de invloed van cultuur en levensbeschouwing en geeft praktische suggesties hoe professionals hier adequaat op kunnen reageren en er met cliënten en hun naasten over kunnen communiceren.

Cor Hoffer

Inleiding

Mede door de immigratie in de laatste vijftig jaar is de samenstelling van de Nederlandse bevolking in sociaal-economisch, cultureel en levensbeschouwelijk opzicht heel divers. Met de recentere instroom van nieuwe groepen vluchtelingen uit met name Syrië, Eritrea, Irak en Afghanistan wordt die diversiteit versterkt. De verander(en)de samenleving leidt ertoe dat zorg- en welzijnsprofessionals steeds meer te maken krijgen met patiënten/cliënten en hun naasten, die een andere culturele en levensbeschouwelijke achtergrond hebben dan zichzelf.* Dat betekent dat zij kennismaken met voor hen onbekende opvattingen over ziekten en beperkingen, manieren om hulp te zoeken en visies op leven en dood. Tevens kunnen

opvoedings- en levensstijlen en daarbij passende opvattingen over het dagelijks functioneren van cliënten anders zijn dan hulpverleners gewend zijn. De vraag rijst hoe professionals hier adequaat op kunnen reageren en hierover met cliënten en hun familie kunnen communiceren.

In dit artikel ga ik nader in op deze vraag. Eerst beschrijf ik welke invloed cultuur en levensbeschouwing hebben op het dagelijks werk van zorg- en welzijnsprofessionals. Daarna volgt een uitleg van cultuursensitief werken en het belang ervan voor de gezondheidszorg en het welzijnswerk. Tot besluit geef ik via enkele tips aan hoe professionals kunnen leren om cultuursensitief te werken.

* In de gezondheidszorg worden de begrippen cliënt en patiënt door elkaar gebruikt. In het algemeen spreken artsen over patiënten en andere zorg- en welzijnsprofessionals over cliënten. Omdat dit artikel bedoeld is voor diverse professionals wordt in het vervolg van cliënten gesproken. Maar het kan dan ook over patiënten gaan.



De bevindingen en aanbevelingen in dit artikel zijn gebaseerd op literatuurstudie en diverse sociaal-wetenschappelijke onderzoeken die ik de afgelopen vijftig jaar heb gedaan en op mijn ervaringen met trainingen cultuursensitief werken.¹

‘Wat ik lastig vond tijdens de behandeling is dat ik merkte weinig ervaring te hebben met zijn (culturele) problematiek, waar de cliënt onder andere in vast liep. Tevens merkte ik soms bij mijzelf dat ik bepaalde vragen niet durfde te stellen, waarschijnlijk omdat ik bang was generaliserend of discriminerend te zijn.’

(Fragment uit een casusbeschrijving van een psycholoog.)

Betekenis van cultuur en levensbeschouwing voor gezondheidszorg en welzijnswerk

Voordat ik inga op de rol die cultuur en levensbeschouwing spelen in zorg en welzijn zal ik deze begrippen eerst definiëren. Een *cultuur* is te omschrijven als een manier van leven. Het geeft aan wat mensen in een bepaalde groep of samenleving waardevol (*waarden*) vinden en hoe zij zich moeten gedragen (*normen*). Het kan gaan om Nederland als samenleving, maar bijvoorbeeld ook om een voetbalclub (FC Den Haag of Feyenoord) of een beroepsgroep zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, psychiaters of politieagenten. Tevens zijn er (sub)culturele verschillen tussen bepaalde regio's en steden of tussen bijvoorbeeld lager en hoger opgeleiden. Levensbeschouwing en religie kunnen worden gezien als specifieke aspecten van cultuur. Een *levensbeschouwing* heeft betrekking op het geheel van overtuigingen, waarden en normen waarmee mensen zin en richting geven aan hun leven. Ieder mens, of die nu 'gelovig' is of niet, heeft een levensbeschouwing. We hebben allemaal zo onze gedachten over waar we vandaan komen en wat er met ons gebeurt als wij sterven. Ook hebben we ideeën over wat voor ons belangrijke doelen zijn. Voorts denken we allemaal na over wat waar is en wat niet. Een *religie* is een specifieke vorm van levensbeschouwing. Het heeft te maken met geloof in het transcendente. Dat wil zeggen dat aanhangers van een specifieke religie aannemen dat er buiten de empirische werkelijkheid nog een andere realiteit is. Die realiteit duidt men verschillend aan, bijvoorbeeld als scheppend beginsel of bovennatuurlijke macht.

Cultuur en levensbeschouwing zijn voor zorg- en welzijnsprofessionals belangrijk, omdat zij de ziekteopvattingen en het hulpzoekgedrag van cliënten bepalen. Daarmee beïnvloeden zij ook de communicatie met cliënten. Een voorbeeld van de invloed van cultuur en levensbeschouwing op ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag is het gegeven dat sommige ouders hun kinderen niet laten vaccineren tegen ziekten als mazelen, bof en rodehond. Afhankelijk van hun levensbeschouwelijke en subculturele achtergronden voeren zij respectievelijk christelijke, antroposofische of ideologische argumenten aan.² Een ander voorbeeld is het gebruik van alternatieve geneeswijzen, zoals homeopathie, kruidengeneeskunde, voedings-therapieën, lichaamsgerichte therapieën (zoals haptotherapie of bio-energetica) en christelijke geneeswijzen (zoals het bevrijdingspastoraat).

Soortgelijke culturele en levensbeschouwelijke invloeden op het denken over ziekte en gezondheid treffen we ook aan onder migranten en hun nakomelingen. Een bekend voorbeeld is het aanbod van Chinees-Nederlandse traditionele genezers, die we in diverse steden aantreffen. Voorbeelden zijn ook winti-geneeswijzen onder Afro-Surinaamse Nederlanders, brua-geneeswijzen onder Antilliaanse Nederlanders, hindoeïstische geneeswijzen onder Surinaams-Hindostaanse Nederlanders en islamitische geneeswijzen onder met name Marokkaanse en Turkse Nederlanders. Deze laatste geneeswijzen hebben gemeen dat betrokkenen geloven dat bepaalde ziekten en problemen worden veroorzaakt door bovennatuurlijke krachten als geesten of magie. Om zulke ziekten te voorkomen of te bestrijden consulteren zij religieuze genezers, die inmiddels volop actief zijn in ons land.³



Praktijkruimte van een Surinaams-Nederlandse winti-genezer



Naamkaartje van een Marokkaans-Nederlandse islamitische genezer

Vertaling naamkaartje

Van boven naar beneden staat te lezen:

Vanuit Abi Hurayrata (moge Allâh tevreden met hem zijn).

Gods profeet (Allâh's zegeningen en vrede zij met Hem) zei ieder die naar een helderziende of een beoefenaar van magie gaat en gelooft wat zij zeggen, is een heiden. Deze zijn tegen hetgeen Mohammed (Allâh's zegeningen en vrede zij met Hem) vanuit de hemel ontvangen profetie.

Genezing met de Koran en Soera

Tegen magie en kwakzalverij.

Magie, bezetenheid, djinn, zwangerschap.

Kijk uit voor spreuken en talismans.

Dit is haram en het werk van Sjajtan

Soms gaat men direct te rade bij zulke religieuze genezers of men kiest voor een combinatie van een biomedische met een alternatieve benadering. Zie hiervoor het volgende voorbeeld.

Een Marokkaans-Nederlandse man van 33 jaar vertelt:

'Als Marokkaanse moslim geloof ik in geesten. Maar ik geloof ook in de psychiatrische ziektebeelden. Ik heb hierbij een mooi voorbeeld. Mijn vrouw is Surinaamse moslima. Een aantal jaar geleden kreeg zij uit het niets een acute psychose. Ik heb eerst getwijfeld om 112 te bellen, omdat ik ook meteen aan bezetenheid dacht, aangezien zij dingen zei die zij anders nooit zou zeggen. Uiteindelijk heb ik de huisarts gebeld. Ze is opgenomen in een kliniek voor een week. Daar heeft zij veel gepraat met de psychiater en kreeg zij medicatie. Wij waren eerst sceptisch, maar toen wij zagen dat de medicatie goed aansloeg hadden we er vrede mee.

Toen zij na een week naar huis mocht hebben we meteen meerdere islamitische genezers opgezocht. Deze imams oftewel fuqaha (C.H.: religieuze genezers) reciteerden de Koran voor ons. Dit voelde goed en gaf rust. Mijn vrouw bezocht ongeveer om de twee weken een fqih (C.H.: religieuze genezer). Daarnaast had zij zichzelf ook aangemeld bij een GGZ-organisatie voor een cognitieve gedragstherapie. Zij leerde hier praktische dingen om met haar angsten om te gaan en haar denkfouten te leren herkennen.'

Cultuursensitief werken in gezondheidszorg en welzijnswerk

Het is algemeen bekend dat de werkzaamheid of effectiviteit van een behandeling of interventie mede samenhangt met de manier waarop de professional en de cliënt met elkaar omgaan. Dit noemt men de *werkrelatie* (ook wel de *therapeutische relatie*). Belangrijke vragen hierbij zijn: Begrijpen beiden elkaar? Geloofde cliënt wat de professional zegt en doet? Vertrouwt de cliënt de zorg- of dienstverlener?⁴

Cultuursensitief werken is belangrijk voor de gezondheidszorg en het welzijnswerk, omdat het de kwaliteit van de communicatie en de werkrelatie tussen professional en cliënt verhoogt.⁵ Cultuursensitief werken impliceert dat zorg- en welzijnsprofessionals enige kennis hebben van andere culturen en levensbeschouwingen dan die waarmee zij zelf zijn opgegroeid. Daarnaast is het zeker zo belangrijk dat de professional met een zo open mogelijke blik en gemoed de cliënt tegemoet treedt. Een dergelijke open houding is de kern van cultuursensitief werken.

Het betekent dat de professional oog heeft voor de diversiteit en dynamiek van culturele fenomenen in de alledaagse praktijk. Hierbij gaat het erom dat de professional zich ervan bewust is dat bijvoorbeeld 'de' Surinaamse cultuur niet bestaat, omdat er onder Surinamers en onder Surinaamse Nederlanders verschillende subculturen en levensbeschouwingen te onderscheiden zijn. Relevant hierbij is ook het besef dat (sub)culturen veranderen, zowel in de landen van herkomst als in Nederland. Zo beleven sommige Marokkaans-Nederlandse jongeren 'de' islam anders dan de manier waarop hun ouders hun geloof praktiseerden.⁶

Impressie van de diversiteit in de vier grootste migrantengroepen

- Turkse Nederlanders: soennieten, alevieten, Arabieren, Turken, Koerden, Armeense christenen e.a.
- Marokkaanse Nederlanders: Imazighen (Berbers), Arabieren
- Surinaamse Nederlanders: Afro-Surinamers, Hindostanen (hindoes, moslims, christenen), Javanen, Chinezen e.a.
- Antilliaanse Nederlanders: Nederlanders afkomstig van respectievelijk Curaçao, Aruba, Sint Maarten, Bonaire, Sint Eustatius en Saba.

Evenals migrantengroepen kennen ook 'de' autochtone Nederlandse bevolkingsgroepen de nodige dynamiek en diversiteit. Zo is de volgende indeling denkbaar:

Subculturen onder autochtone Nederlanders:

- Friezen, Limburgers, Randstedelingen
- stedelingen en plattelanders
- Hagenaars, Rotterdammers, Amsterdammers, Utrechtse
- rooms-katholieken, protestanten, humanisten, atheïsten, agnosten
- lager opgeleiden en hoger opgeleiden
- werkenden en niet-werkenden
- welgestelden en lagere inkomensgroepen

Binnen deze subculturen zijn weer variaties aan te brengen. Zo zijn er in de zogenoemde 'Bible Belt' diverse subgroepen orthodoxe protestanten⁷ en kent Volendam weer een heel andere subcultuur.⁸

Ook culturele zelfreflectie is een belangrijk aspect van cultuursensitief werken. Dat wil zeggen dat de zorg- of welzijnsprofessional inzicht heeft in zijn eigen cultuur en levensbeschouwing en zich bewust is van de mogelijke invloed daarvan op de communicatie met cliënten met een andere achtergrond. Die invloed

doet zich bijvoorbeeld gelden bij vragen als: 'Wat doe je als gesecculariseerde vrouwelijke professional als een mannelijke moslimcliënt je geen hand geeft?' Of 'Wat doe je als Surinaams-Nederlands hindoeïstische professional met een autochtone christelijk-gereformeerde cliënt, die zegt dat jij hem op grond van verschillen in geloofsachtergrond niet kunt begrijpen?'

Voor de beantwoording van dit soort vragen bieden de ideeën van cultuurfilosoof Procee houvast.⁹ Hij onderscheidt drie grondhoudingen in het menselijk denken over culturele verschijnselen: universalisme, relativisme en pluralisme. Universalisten zijn van mening dat bepaalde opvattingen, waarden en normen voor iedereen gelden. Volgens hen zijn er universele – wereldwijd geldende – maatstaven voor kennis en moraal. Bijvoorbeeld: kindermishandeling is fout en man en vrouw zijn gelijk. Relativisten daarentegen stellen dat kennis en waarden per cultuur verschillen. Zij zijn van mening dat alleen cultuurgebonden maatstaven gelden. Bijvoorbeeld: kindermishandeling moet worden beoordeeld vanuit de culturele context waarin het voorkomt. Of: de gelijkheid van man en vrouw moet men bezien vanuit de culturele context waarover men het heeft. Pluralisten nemen zowel de culturele achtergrond van anderen als de eigen culturele context serieus. Ter bevordering van de communicatie van individuen met uiteenlopende culturele achtergronden pleit Procee voor deze grondhouding. Mensen kunnen volgens hem het beste via interacties en dialoog tot gedeelde waarden en normen proberen te komen. In het geval van zorg en welzijn is het daarbij van belang onderscheid te maken tussen de beroepshouding en de persoonlijke houding. In bepaalde situaties is het denkbaar dat je als persoon over bepaald gedrag universalistisch denkt maar dat je je omwille van de interactie als professional relativistisch opstelt.

Terugkerend naar de twee voorbeelden kan de vrouwelijke professional zich afvragen of het van wezenlijk belang is dat de cliënt haar een hand geeft. In een gesprek kan ze uitleggen dat dit voor haar wel belangrijk is en kan ze tevens vragen waarom de cliënt daar aan hecht. Samen kunnen ze dan proberen een compromis te vinden. De hindoeïstische zorgverlener die een gereformeerde cliënt ontmoet kan uitleggen dat hij als professional juist meer te weten wil komen over de achtergrond van de cliënt. Hij zou de cliënt kunnen uitnodigen om hem te helpen zijn visie te begrijpen, zodat hij in staat is om hem passende zorg te verlenen.



Door cultuursensitief te werken tracht de professional de cliënt te leren kennen als zorgvrager én als individu, zoals die in zijn of haar (culturele en levensbeschouwelijke) leefwereld functioneert. Concreet betekent dit dat de zorgverlener in aanvulling op de standaard-intake of diagnose open vragen stelt over onder meer de levensgeschiedenis, de culturele en

levensbeschouwelijke achtergronden en opvattingen van de cliënt en de manier waarop hij en zijn naasten een ziekte of probleem beleven.

Onderstaand voorbeeld bevat informatie die zorgverleners kunnen achterhalen door er actief naar te vragen.

Een Surinaams-Nederlands-Hindostaanse man (35 jaar) verschilt van mening met zijn naasten:

“Een zus van mij heeft schizofrenie of borderline. Dat weet ik niet precies. Ze is al diverse keren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en wordt nog steeds behandeld. In verband met haar problemen gaat mijn moeder al jaren naar pandits. Mijn zus woont op zichzelf. Zij is 37 jaar en al zo’n vijftien jaar ziek. Ze is ook getrouwd geweest, maar inmiddels gescheiden. (...) Als ze ziek is dan is zij erg in zichzelf gekeerd. Ze gaat zichzelf dan helemaal afsluiten en laat niemand bij haar thuis binnen. En dan komt ze in een spiraal naar beneden terecht. Dat heeft er al een paar keer toe geleid dat zij al haar spullen uit haar huis op straat heeft gegooid. (...) Ze is ook een keer via de rechter opgenomen geweest. Dat was uit bescherming voor anderen en voor zichzelf. Zij hoort stemmen.”

De contacten met pandits hebben er mede toe geleid dat hij afstand heeft gedaan van het hindoe-geloof:

“Tot mijn vijftiende was ik praktiserend gelovig. Dat hield in dat we ’s ochtends en ’s avonds altijd baden en ongeveer een keer per twee weken een bloemoffer brachten. Maar nu doe ik daar niet meer aan mee. Ik geloof niet meer. Dat heeft met een aantal redenen te maken. Ten eerste ga je zelf nadenken, analyseren en evalueren wat je allemaal meemaakt. Mijn moeder is altijd veel bezig met geloof en bijgeloof. Op een gegeven moment ging ik mij afvragen in hoeverre dat nu allemaal echt waar is. Als je het vanuit een wetenschappelijke manier bekijkt dus niet. Ten tweede ging

ik allemaal vragen stellen over het geloof, aan pandits die bij ons kwamen en aan mijn moeder. Maar ik kreeg geen antwoorden. Mijn moeder zei alleen maar: “Omdat het moet.” Dat is dus geen bevredigend antwoord. Ten derde had het ook met teleurstelling te maken. De vele pandits die bij ons kwamen of waar mijn moeder naartoe ging vroegen soms enorm veel geld. Ze kon niet eens op vakantie. Dat vond ik dan naar. Ik denk dat ze inmiddels wel 50.000 Euro kwijt is in al die jaren. Als ze dan weer eens geld gaf aan zo’n pandit dan ging ik ook wel in discussie met zo’n man. Ik vroeg dan bijvoorbeeld: “En wat als het niet helpt?”. Maar mijn moeder wilde dat liever niet, uit angst dat ons een vloek zou treffen. Ik geloof best wel dat er meer is tussen hemel en aarde, maar dit gaat mij te ver. (...) Mijn moeder is op zoek gegaan naar allerlei pandits. Het is net een schot hagel. Een hele reeks van mensen heeft zij al bezocht.”

Op de vraag hoe zijn moeder en zus over de behandeling in de GGZ denken antwoordt hij:

“Ze geloven er niet in. Ze staan er niet voor open. Ze geloven echt dat de ziekte ontstaan is door voodoo en dat alleen zo’n pandit hen kan helpen. Voor mij heeft het met placebo te maken. Maar ik begrijp het wel dat mijn moeder in die pandits gelooft. Ze voelt zich machteloos en het is een laatste strohalp. Ze hopen echt op redding.”

Suggesties voor de praktijk

Zorg- en welzijnsprofessionals kunnen op verschillende manieren leren om cultuursensitief te communiceren en te interacteren. Zo zijn er diverse trainingen op het gebied van interculturele communicatie en cultuursensitief werken. Een onderdeel van zulke trainingen is soms het werken met het Culturele Interview.¹⁰ Deze in de GGZ ontwikkelde methodiek stimuleert het gesprek tussen zorgprofessionals en cliënten met een andere culturele en/of levensbeschouwelijke achtergrond. Het interview bestaat uit een lijst met open vragen, die de zorgverlener aan de cliënt kan stellen. De vragen gaan over de identiteit en de sociaal-culturele context waarin de cliënt leeft, maar ook over de manier waarop hij en zijn naasten zijn medische situatie beleven en of hij bijvoorbeeld ook alternatieve genezers heeft geconsulteerd. In de loop der jaren zijn er voor verschillende zorgdomeinen aangepaste versies van het Culturele Interview ontwikkeld. Een voorbeeld is het Cultureel Venster Jeugdhulpverlening (CVJ), ontworpen voor toepassing in de jeugd- en opvoedhulp.¹¹

Een andere manier om cultuursensitief te leren denken en handelen is via interculturele consultaties. Deze methode kan in beginsel met vrij weinig middelen in iedere zorg- en welzijnsinstelling toegepast worden. De kern ervan is dat medewerkers met cultuursensitieve kennis en ervaring door collega's geconsulteerd kunnen worden (bijvoorbeeld via een spreekuur) inzake problematiek van cliënten, waarin culturele en levensbeschouwelijke factoren een rol lijken te spelen.¹²

Meer informatie over specifieke culturele en levensbeschouwelijke thema's (bijvoorbeeld stromingen in de islam en het hindoeïsme, alternatieve geneeswijzen als winti en islamitische geneeswijzen en identiteitsvorming bij migrantenjongeren) en praktische tips inzake cultuursensitief werken is te vinden in het boek *Vertelt u mij eens iets meer... Cultuursensitief werken in gezondheidszorg en welzijnswerk* (SWP, 2016) van Cor Hoffer.



Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl



OVER DE AUTEUR

Dr. C.B.M. Hoffer, cultureel antropoloog en socioloog, werkzaam als zelfstandig trainer, onderzoeker en beleidsadviseur, www.corhoffer.nl

REFERENTIES

- 1 Zie onder meer: Hoffer CBM **Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland**. Amsterdam: Thela Thesis, 2000, **Levensbeschouwing en orgaandonatie. Een vergelijking van joodse, christelijke, islamitische en humanistische opvattingen**. Amsterdam: Dutch University Press, 2002, **Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag**. Assen: Van Gorcum, 2009.
- 2 Naast een groep van christelijke en antroposofische ouders die hun kinderen niet laten vaccineren is er blijkens mediaberichten een groeiende groep van ouders die hun kinderen om ideologische redenen niet laten inenten. Zij zouden hun gezondheidssituatie vooral zelf willen bepalen en acties van overheid, bedrijfsleven en wetenschap wantrouwen. Zie onder meer: **Prikangst**. De Volkskrant. 2016, 25 juni: 34-36.
- 3 Hoffer CBM. **Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag**. Assen: Van Gorcum, 2009.
- 4 Hafkenscheid A. **De therapeutische relatie**. Enschede: De Tijdstroom, 2014.
- 5 Kortmann F. **Culturele competenties in psychiatrie en psychologie. Theorie en praktijk**. Assen: Van Gorcum, 2016:37-42.
- 6 Ketner S. **Marokkaanse wortels, Nederlandse grond. Jonge moslims over opgroeien in Nederland**. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2010. Duijndam, C. **De gekleurde werkelijkheid. Jonge moslims tussen uitersten**. Amsterdam: Querido, 2016. Choenni, C.E.S. **Hindostaanse Surinamers in Nederland 1973-2013**. Arnhem: LM Publishers, 2014. Vuijsje, R. **Kaaskoppen**. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar, 2016.
- 7 Oosterbeek W. **Gordel van God. Een voettocht langs 's Heeren wegen**. Wormer: Inmerc, 2006.
- 8 Smid B. **Enclave Volendam. Het verhaal van een dorp**. Amsterdam: Thomas Rap, 2013.
- 9 Procee H. **Baron von Münchhausen en de geestelijke gezondheidszorg**. In: Kortmann, F.A.M. e.a. (red.). **Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg: 57-75**. Baarn: Ambo, 1993.
- 10 Dijk R. van, Beijers H & Groen S. **Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 1 en 2**. Utrecht: Pharos, 2012.
- 11 Sarnee H. **Interculturele jeugd- en opvoedhulp. Een cultureel venster op de hulpverlening aan migrantenjongeren en hun gezinnen**. Delft: Eburon, 2012.
- 12 Hoffer CBM. **Cultuur en religie in de GGZ: interculturele consultaties in de praktijk**. Rotterdam: Parnassia Groep, 2006.

