



Interculturele consultaties

Mede door de immigratie in de afgelopen decennia kent de Nederlandse bevolking een grote diversiteit aan sociaaleconomische, culturele en religieuze achtergronden. De veranderde samenleving leidt ertoe dat verpleegkundigen en andere zorgprofessionals in toenemende mate te maken krijgen met cliënten en hun naasten, die een andere culturele 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. Ook opvoedings- en levensstijlen en daarbij passende opvattingen over het dagelijks functioneren van cliënten kunnen verschillen van wat zorgverleners gewend zijn. De vraag rijst hoe verpleegkundigen hierop passend kunnen reageren en op welke wijze zij hierover met cliënten en hun familie kunnen communiceren.

Eerder hebben Martine Lammertink et al. in *Nurse Academy GGZ* (2014;3) beschreven hoe het cultureel interview hierbij een hulpmiddel kan zijn. Door dit in te zetten leren verpleegkundigen cultuursensitief te werken. Dat wil zeggen, dat zij met een open houding ingaan op de manier waarop een cliënt medische klachten beleeft vanuit zijn of haar culturele achtergrond. Dit komt de werkrelatie ten goede en vergroot de tevredenheid van cliënten en verpleegkundigen.¹ Een andere manier om cultuursensitief te leren denken en handelen is via interculturele consultaties. Aan de hand van een casus wordt deze methode hier beschreven.

COR HOFFER, cultureel antropoloog en socioloog, www.corhoffer.nl.

1 STUDIEPUNT

In het kader van het diversiteitsbeleid heeft GGZ-organisatie Parnassia Groep (PG) in 2002 interculturele consultaties ontwikkeld.² Naast cursussen cultuursensitief werken is dit een bijzondere vorm van deskundigheidsbevordering.^{3,4} De consultaties zijn bedoeld om hulpverleners te adviseren over problematiek van cliënten waarin culturele en religieuze factoren een rol lijken te spelen. Tevens wordt er met de consultaties naar gestreefd dat zowel autochtone als allochtone hulpverleners meer oog krijgen voor hun eigen (cultureel bepaalde) percepties, die van hun cliënten en de interactie tussen beide. Aanvankelijk werden de consultaties geleid door twee medewerkers: een SPV'er en de auteur van dit artikel. Later is het team diverse keren van samenstelling veranderd, maar het betrof altijd medewerkers die de nodige kennis en ervaring met cultuursensitief werken hadden.

Werkwijze

In de PG wordt hulpverleners gewezen op het bestaan van een intercultureel consultatieteam. Daarbij wordt aangegeven dat zij bij dit team casuïstiek kunnen inbrengen waarvan zij de indruk hebben dat culturele en/of religieuze aspecten een rol spelen. Vervolgens wordt een casus door één (of soms twee) consultant(en) en de betrokken hulpverlener besproken. Daarbij wordt de hulpverlener gevraagd de consultant van tevoren schriftelijke informatie (intakeverslag en/of het zorgplan) te verstrekken over de casus. De casuïstiekbesprekingen omvatten twee onderdelen: inventarisatie en advisering.

Inventarisatie

De inventarisatie bestaat uit drie componenten. Ten eerste wordt de hulpverlener uitgenodigd om aan te geven welke culturele dan wel religieuze factoren in een casus volgens hem of haar een rol spelen. Dit blijkt van belang, omdat hulpverleners meestal wel een vermoeden hebben dat cultuur of religie in een bepaalde casus een rol speelt, maar dit niet duidelijk

Diverse alternatieve genees wijze -ROKIA-

* Gespecialiseerd in het uitdrijven van demonen, zwarte-magie en het boze-oog met behulp van de Koran .
Bied ook hulp aan gezins en relatie problemen.



Figuur 1 Naamkaartje van een Marokkaans-Nederlandse religieuze genezer.

kunnen benoemen. Door hier expliciet naar te vragen, verheldert men dit voor zichzelf en de consultant. Ten tweede kan de hulpverlener vragen stellen over voor hem/haar onbekende culturele en religieuze fenomenen. Het kan bijvoorbeeld gaan om bepaalde opvattingen en rituelen uit het hindoeïsme of de islam, maar ook om het onderscheid tussen cultuur en religie. Het kan echter ook gaan om wetgeving en regelgeving inzake asielzoekers en vluchtelingen. Ten derde worden diagnostische twijfels van de hulpverlener besproken. Hierbij gaat het dikwijls om de vraag hoe de hulpverlener is omgegaan met de DSM-IV of -5 en hoe hij of zij met zijn/haar team heeft overlegd over de casus en wat de resultaten daarvan waren.

Advisering

De advisering bevat twee componenten. Ten eerste wordt advies gegeven over inhoudelijke culturele en religieuze aspecten van een casus. Soms wordt dit ter plekke gegeven, maar soms worden alleen literatuurtips aangereikt. Het kan bijvoorbeeld gaan over de manier waarop in de islam wordt aangekeken tegen en gehandeld inzake medicatie. Ten tweede wordt advies gegeven ten aanzien van de hantering van de DSM-IV en -5. Het komt soms voor dat hulpverleners bepaalde vragen zijn vergeten te stellen aan een cliënt.

CASUS MAROKKAANS-NEDERLANDSE VROUW DIE KAMPT MET EEN DJINN⁵

Om de werkwijze en de resultaten van interculturele consultaties te illustreren, wordt de volgende casus

beschreven. Deze is ingebracht door een Surinaams-Nederlandse hulpverleenster. De beschrijving is gebaseerd op het intakeverslag en het gesprek met haar en twee leden van het consultatieteam.⁶

Casus

De cliënte is een Marokkaans-Nederlandse vrouw van 28 jaar, die op haar 24e voor haar huwelijk met haar Marokkaans-Nederlandse man naar Nederland is gekomen. Haar familie woont in Marokko. Cliënte heeft middelbaar onderwijs genoten. Zij zegt een normale jeugd en schoolperiode te hebben gehad. Haar man is eerder getrouwd geweest met een andere Marokkaans-Nederlandse vrouw en vervolgens gescheiden. Uit dat huwelijk is een dochter geboren. De cliënte en haar man hebben een zoontje van één jaar. Ze leven van een sociale uitkering.

De cliënte is door de huisarts verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg. De hulpverleenster heeft twee gesprekken met cliënte gehad, waarbij haar man en een tolk aanwezig waren.

Vanaf het moment dat zij naar Nederland kwam, heeft cliënte last van klachten: druk op de borst, flauwvallen, duizeligheid en angst om alleen naar buiten te gaan. Het grootste probleem is het flauwvallen. Volgens haar is zij bij zo'n aanval vijftien minuten 'helemaal weg'. Haar man vertelt haar dan later dat zij met een andere stem heeft gesproken. Volgens cliënte en haar man is het een 'djinn' (geest), die op dat moment bezit van haar neemt. Op zulke momenten praat haar echtgenoot met de djinn, die hem

zegt dat hij moet gaan scheiden van de cliënte. Vervolgens leest de echtgenoot Koranverzen, totdat de cliënte weer bijkomt. Cliënte en haar man vermoeden dat zijn ex-vrouw via magie de djinns ('dzijnoun') op haar loslaten.

De dochter uit het eerste huwelijk van de echtgenoot woont niet bij hen (maar bij haar moeder), maar zij komt dagelijks bij hen. Dat geeft de nodige spanningen.

Verder geeft cliënte aan dat zij door het flauwvallen en de djinns vaak gespannen is. Zij zegt snel boos te zijn op haar man en de kinderen. Ze gaat niet alleen naar buiten. Er moet altijd iemand bij haar zijn. Ondanks de spanningen beschrijft zij haar huwelijk als goed. Ook zegt ze een fijne schoonfamilie te hebben, die haar heel goed zou steunen. Bovendien heeft ze veel vriendinnen. Ze zegt geen last te hebben van heimwee naar Marokko.

De cliënte is de afgelopen twee maanden ongeveer 8 kilo afgevallen. Ze zegt geen trek in eten te hebben. Het slapen gaat redelijk. Verder zijn er volgens de hulpverleenster geen andere 'vitaal depressieve kenmerken'.

Cliënte heeft aangegeven dat zij wil leren zich te ontspannen, minder snel boos te worden en te praten over hetgeen met haar gebeurt, namelijk het flauwvallen en de geesten.

In het intakeverslag schrijft de hulpverleenster: *'Zo op het eerste gezicht lijkt er geen sprake te zijn van psychiatrie en ik zie dan ook geen ingang voor een eventuele behandeling.'*

In het gesprek met het consultatieteam merkt de hulpverleenster op: *'Ik zit met deze casus in mijn maag. De hulpvraag van de cliënte concentreert zich rond die djinn. Dat geloof zit er soms zo ingesleten. Ik herken het ook wel, maar kan er niets mee. Ik ben wetenschappelijk opgeleid en wil als zodanig werken. We hebben er met ons team over gesproken en mijn collega's raadden mij aan om een keer met jullie te gaan praten, omdat dat nieuwe gezichtspunten zou kunnen opleveren. In ons team vind je hierover verschillende opvattingen. Sommige collega's willen sowieso verder gaan wat betreft het geloof in geesten et cetera. Zelf wil ik dat niet, omdat je dan cliënten bevestigt in hun neiging om te externaliseren. Dat laatste is onze benadering niet en druist er juist tegenin.'*

Bespreking: inventarisatie en advisering

In de consultatie gaan we eerst in op het flauwvallen van cliënte. De vraag is of het misschien een vorm van epilepsie zou kunnen zijn. De hulpverleenster en een geconsulteerde arts vermoeden van niet, maar ze vindt het zinvol om dit nader te toetsen. Ze gaat hierover navraag doen bij de huisarts.

Vervolgens bespreken we de mogelijkheid dat de vrouw haar situatie mooier weergeeft dan deze is: spelen er werkelijk geen heimweegevoelens naar familie in Marokko? Is nader onderzoek naar de relatie tussen cliënte en haar man en haar schoonfamilie niet zinvol? Daarna gaan we in op het gegeven dat er verschillende 'verklaringsmodellen' fungeren: die van het

Marokkaanse volksgeloof en die van de (westerse) psychiatrie.

Op de vraag of de hulpverleenster zelf over djinns is begonnen, antwoordt zij dat cliënte en haar man dit zelf vertelden. Hierbij is ook de mogelijke consultatie van islamitische genezers besproken. Cliënte en haar man stelden dat de man dit zelf kan. Hij kan bepaalde Koranverzen lezen, waardoor de djinn verdwijnt. De hulpverleenster heeft hierover gezegd dat zij daar niet deskundig in is en geen hulp kan bieden. Hierbij viel het de hulpverleenster op, zo vertelde zij, dat cliënte (verbaal en non-verbaal) ineens begon over de spanningen die zij heeft en daar hulp voor wilde.

We vragen of de man, mogelijk onbewust en onbedoeld, baat kan hebben bij de kennelijk door hemzelf bevestigde diagnose van de djinn. Ook speelt de vraag wie bepaalt of de vrouw niet alleen naar buiten kan en dat de relatie met de schoonfamilie goed is.

Verder vragen we of de hulpverleenster (zoals bleek) ertoe neigt om de casus af te sluiten. Zij antwoordt dat ze door onze vragen inziet dat ze hier met 'tegenoverdracht' kampte en dat ze dit nu ook in het team wil aangeven. Ze zegt dat zij met onze vragen cliënte verder zal onderzoeken in één of twee vervolggesprekken.

Wij stellen dat de hulpverleenster twee sporen kan bewandelen. Enerzijds kan zij het verklaringsmodel van cliënte (en haar man) respecteren en serieus blijven nemen. Ze kan om nadere uitleg vragen, bijvoorbeeld wat djinns zijn en welke betekenis de Koran in deze heeft. Belangrijk is dat cliënte daarover kan praten. Anderzijds kan zij haar eigen therapeutische deskundigheid (verklaringsmodel) inbrengen en ingaan op de spanningen, relatie, heimwee, schoonfamilie, et

VERKLARINGSMODELLEN

Verpleegkundigen en hun cliënten hebben, ook al delen zij dezelfde culturele en levensbeschouwelijke achtergrond, een verschillende visie op gezondheid en ziekte. Hun visies zijn gebaseerd op verschillende uitgangspunten ten aanzien van oorzaken en beloop van medische klachten en een andere bewijsvoering en criteria om de effectiviteit van behandelingen te beoordelen. Deze verschillende *verklaringsmodellen* worden ook wel aangeduid met de begrippen *disease* (visie van de behandelaar) en *illness* (beleving van de cliënt).⁷ Op basis van deze verklaringsmodellen communiceren behandelaars en cliënten met elkaar. Als hun visies door culturele verschillen te ver uiteen liggen, kunnen er communicatieproblemen ontstaan.



Figuur 2 Op runderhuid beschreven Koranverzen in de praktijkruimte van een islamitische genezer.
Foto: Cor Hoffer

cetera.^{8,9,10} Dit laatste kan, omdat cliënte zelf aangeeft hierin hulp te willen. Zij lijkt ontvankelijk te zijn voor een meer biomedische aanpak. Ook stellen we voor om cliënte alleen te spreken, hetgeen haar de mogelijkheid biedt om openlijk over de relatie met haar man en haar schoonfamilie te praten. Volgens de hulpverleenster is dat geen probleem, omdat zij dat eerder ook al heeft geregeld. Aan het slot zegt zij dat zij het gesprek heel verhelderend vond, omdat wij nieuwe gezichtspunten hebben aangedragen.

MAROKKAANS ISLAMITISCH VOLKSGELOOF

Marokkaans-Nederlandse cliënten die vermoeden dat hun ziekte of problemen te maken hebben met bovennatuurlijke krachten, zoals geesten (*dzjnoun*) of magie (*suhur*) consulteren religieuze genezers (*fuqaha*, enkelvoud: *faqih*). Het denken en handelen van deze genezers en hun cliënten is gebaseerd op elementen van zowel de islam als het Marokkaans volksgeloof. Door deze vermenging van religie (islam) en cultuur bestaat er onder moslims discussie over wat wel en wat niet islamitisch is. Niet iedere Marokkaans-Nederlandse moslim zal daarom bedoelde genezers consulteren.

CONCLUSIE

De casus betreft een Marokkaans-Nederlandse vrouw met angst- en spanningsklachten, die zij presenteert in termen van een *djinn*. Aanvankelijk ziet de hulpverleenster geen mogelijkheden om cliënte zorg te verlenen. De denk- en uitingwijze van cliënte lijken niet aan te sluiten bij het biomedische verklaringsmodel van de hulpverleenster. Via de consultatie lieten we zien dat de zienswijze van cliënte afwijkt van de benaderingswijze van de hulpverleenster en vervolgens hoe er een brug tussen beide kan worden geslagen. De suggestie is de biomedische bril als het ware even af te zetten en te proberen zich in te leven in de denkwijze van cliënte. Dit betekent niet dat de hulpverleenster afstand doet van haar benadering, maar deze alleen even loslaat om ruimte te creëren. Later in het zorgtraject legt zij uit wat de waarde is van haar benadering en ook dat daarin haar kracht ligt en bijvoorbeeld niet op het gebied van religieuze geneeswijzen.

In de praktijk komt het vaker voor dat verklaringsmodellen van cliënten (en hun systeem) afwijken van de biomedische benadering.¹¹ Zo zijn er Afro-Surinaamse- en Curaçaose Nederlanders die respectievelijk in *winti* en *brua* geloven en daartoe religieuze genezers consulteren. Er zijn echter ook

autochtone Nederlanders die hun problemen via alternatieve benaderingen trachten op te lossen: bijvoorbeeld cliënten van de evangelist Jan Zijlstra of cliënten van antroposofische en homeopathische deskundigen.

Verpleegkundigen hoeven niet allerlei verklaringsmodellen inhoudelijk te kennen. Zij moeten vooral hun eigen deskundigheid koesteren en uitdragen. Om hun specialisme echter adequaat te kunnen inzetten, dienen zij wel eerst aansluiting te krijgen bij de belevingswereld van hun cliënten. Dat kan door te leren openstaan voor hetgeen een cliënt daarover wil en kan vertellen¹ Weliswaar doen verpleegkundigen dit al, maar als onbekende culturele en religieuze factoren een rol spelen, blijken hulpverleners dikwijls onzeker of beducht om hierover te communiceren. Dit heeft mede te maken met de relatief geringe aandacht voor cultuursensitief werken in de opleidingen en instellingen.⁴

Met dit artikel is beoogd te illustreren dat het werken met interculturele consultaties hierbij kan helpen. Het voordeel is dat dit relatief gemakkelijk te organiseren is. In teams kan worden gezien welke collega's over cultuursensitieve kennis en ervaring beschikken. Zij kunnen de rol van consultant op zich nemen. Eens in de zoveel tijd kan dan bijvoorbeeld een teamoverleg over interculturele casuïstiek worden belegd. ■

LITERATUUR

- 1 Kortmann F. Transculturele psychiatrie. Assen: Van Gorcum; 2006.
- 2 De Parnassia Groep is ontstaan uit fusies van diverse organisaties. Interculturele consultaties zijn destijds ontwikkeld in de voormalige Riagg Rijnmond Zuid, die later is opgegaan in de PG.
- 3 Hoffer C. Een andere invalshoek. Het intercultureel spreekuur bij de GGZ Groep Europoort. Rotterdam: MIKADO; 2004.
- 4 Hoffer C. Cultuur en religie in de GGZ: interculturele consultaties in de praktijk. Rotterdam: Bavo Europoort; 2006.
- 5 Om de anonimiteit van betrokkenen te waarborgen, is een aantal persoonlijke gegevens in de casus aangepast. De essentie van de thematiek is echter dezelfde gebleven.
- 6 In deze casus hebben Rose Marie Trumpet (SPV'er) en Cor Hoffer consultatie gegeven. De hulpverleenster was een psychologe, maar de casus had ook door een verpleegkundige ingebracht kunnen worden.
- 7 Rohlof H. Interculturele diagnostiek en verklaringsmodellen. In: Culturen zonder muren. Thema 2004: samen werken op onbekend terrein, 11-16. Badhoevedorp: Mension medical refresher; 2004.
- 8 Blom JD, et al. Hallucinaties toegedicht aan djinns. Ned Tijdschr Geneesknd. 2010;154;A 973.
- 9 Jessurun AY, Raes BCM. Een Antilliaanse psychose? Behandeling van een psychose die door de cliënt geduid wordt als zwarte magie. Tijdschr Psychiatrie 2005;47(11):807-11.
- 10 Hoffer CBM. 'Psychose' of 'djinn': verklaringsmodellen en interculturele communicatie in de GGZ. Patient Care augustus 2005;4(4):141-6.
- 11 Wolffers I, et al. (red). Culturele diversiteit in de gezondheidszorg. Bussum: Coutinho; 2013.