

Goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit

WOORD VOORAF

Onze samenleving, en dus ook de zorgverlening, wordt almaar diverser en kleurrijker. De vraag naar goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit houdt zeer velen al geruime tijd bezig. Hiertoe behoort ook de Commissie voor Ethiek van Zorgnet Vlaanderen. Uitgebreide, langdurige en diepgaande besprekingen van dit vraagstuk binnen de commissie hebben geleid tot het hierna volgende ethisch advies.

Het advies heeft een fundamenteel en algemeen karakter waardoor concrete antwoorden op concrete vragen niet worden gegeven. Het advies biedt wel een ethisch geïnspireerd denkkader waarbinnen diverse aspecten van etnisch-culturele diversiteit in de zorg kunnen worden besproken op vier verschillende niveaus: (1) organisatiebeleid, (2) personeelsbeleid, (3) zorgontvangers en (4) zorgaanbod. Als zodanig voorziet het advies de ethische krachtlijnen die van belang zijn in het vinden van een ethisch gefundeerde houding ten aanzien van de veelheid aan interculturele processen in de dagelijkse zorgverlening en het zorgmanagement.

Traditiegetrouw werd de ontwerptekst van het ethisch advies bij het bereiken van de quasi-finale versie afgetoetst met een doelgerichte selectie van personen. Omdat het thema van dit advies niet alleen vanuit maatschappelijk oogpunt een bijzonder breed toepassingsdomein kent, maar ook de bredere organisatiecultuur van de zorgvoorzieningen betreft (i.p.v. een gespecialiseerd klinisch-ethisch thema) werd er geopteerd voor een grote en brede variatie in de selectie van personen. Bijgevolg werd de tekst voorgelegd:

- aan mensen met ervaring in cultuurgevoelige zorgverlening (directe hulpverlening, interculturele bemiddeling, ombudsdienst, sociale dienst, patiëntenzorg, pastorale zorg), en dit in balans met de drie sectoren van Zorgnet Vlaanderen;
- aan mensen met ervaring in het coördineren en organiseren van cultuurgevoelige zorgverlening (directieleden en coördinatoren, alsook beleidsmakers uit verschillende regio's en niveaus van beleid);
- aan mensen die in breder opzicht heel concreet instaan voor mensen uit minderheids-groepen (minderhedencentra, integratiecentra, wijkgezondheidscentra, hulpverleners uit multiculturele wijken);
- aan experts, verbonden aan adviesorganen voor de overheid;
- aan 'betekenisvolle derden', mensen met kennis van zaken, met een gezonde kritische blik op de samenleving in haar geheel en haar specifieke gevoeligheden omtrent dit thema;
- aan de collega's stafmedewerkers van Zorgnet Vlaanderen.

Wij houden eraan onze waardering uit te spreken voor de wijze waarop in totaal meer dan 70 deelnemers aan het reflectieproces zich hebben ingezet voor dit resultaat.

Na bespreking in de bestuurscolleges van Zorgnet Vlaanderen heeft de raad van bestuur dit advies goedgekeurd en heeft hij beslist dit document op te nemen als referentiedocument in het kader van de eigen verbondswerking rond de thematiek van etnisch-culturele diversiteit in de zorg. Omwille van het brede en omvattende karakter van dit advies verzoekt de raad van bestuur van Zorgnet Vlaanderen u om dit advies uitdrukkelijk te agenderen en te bespreken op uw raad van bestuur en op de directievergaderingen, en het voor te leggen aan uw lei-

dinggeveden. Op die manier hopen we dat een ethisch verantwoorde omgang met etnisch-culturele diversiteit in de zorgverlening nog meer ingang mag vinden in uw zorgvoorziening. Tevens zal deze ethische bezinning de kritische toetsing aan het concrete voorzieningsbeleid en de dagelijkse zorgpraktijk moeten begeleiden. Het lijkt ons dan ook noodzakelijk deze visietekst te agenderen op de vergaderingen van de plaatselijke commissies voor ethiek of van de ethische werkgroepen.

Zorgnet Vlaanderen hoopt met dit advies bij te dragen tot verdere reflectie over vragen inzake etnisch-culturele diversiteit in de zorg. Bij reflectie alléén moet het uiteraard niet blijven. Antwoorden op zulke vragen zullen hun uiteindelijke vertaling moeten vinden in herkenbare en werkbare vormen van een integraal intercultureel beleid van de zorgvoorzieningen. Het blijft immers een permanente opdracht om kritisch na te denken over de wijze waarop we kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg kunnen realiseren voor iedereen.

Brussel, 26 januari 2011

Yvonne DENIER
Chris GASTMANS
Stafmedewerkers

Peter DEGADT
Gedelegeerd Bestuurder

INHOUD

Woord vooraf

Visietekst

<i>Inleiding</i>	5
1. Stand van zaken	6
1.1. Omschrijvingen en definities	6
1.1.1. Migratie	6
1.1.2. Cultuur	7
1.1.3. Multiculturalisme	8
1.2. Culturele diversiteit in de zorg	9
1.2.1. Migratie als ingrijpend proces met impact op de gezondheid	9
1.2.2. Minder of moeizame deelname aan gezondheidszorgpraktijken	9
1.2.3. Communicatie	10
1.3. Specifieke kenmerken van culturele diversiteit in de zorgsectoren	11
1.3.1. Ouderenzorg	11
1.3.2. Geestelijke gezondheidszorg	11
1.3.3. Algemene ziekenhuizen	12
1.4. Valkuilen	13
1.5. Uitdagingen	13
2. Grondhoudingen en waardeopties	14
2.1. Fundamentele grondhoudingen	14
2.1.1. Eerbied voor de menselijke persoon	14
2.1.2. Inzet voor steeds meer menswaardigheid	15
2.2. Ethisch gevoelige domeinen bij culturele diversiteit in de zorg	15
2.2.1. De waarde van autonomie	15
2.2.2. Aandacht voor het creëren van onderling vertrouwen	16
2.3. Specifieke ethische houdingen bij culturele diversiteit in de zorg	16
2.3.1. Wederzijds respect	16
2.3.2. Voorkeursoptie voor de meest kwetsbaren	17
2.3.3. Gelijkheid inzake toegankelijkheid voor iedereen	17
3. Oriëntaties voor een ethisch beleid inzake culturele diversiteit in de zorg	18
3.1. Interculturaliseren	18
3.2. Aandachtspunten	18
3.2.1. Organisatiebeleid	19
3.2.2. Personeelsbeleid	19
3.2.3. Zorgontvangers	20
3.2.4. Zorgaanbod	20
3.3. Pragmatische blik	21
3.3.1. Zoeken naar praktisch-haalbare oplossingen	21
3.3.2. Men staat er niet alleen voor	22
3.3.3. Er actief mee bezig zijn	22
<i>Conclusie</i>	23
Literatuur	24
Bijlage 1: Inhoudelijke aanknopingspunten	26
Bijlage 2: Nuttige contacten	36

Goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit

*Vernieuw ons aan de bron die dialoog heet,
zodat we elkaar beter leren kennen.*

*Vernieuw ons aan de bron die ontmoeting heet,
zodat we ontdekken hoe dicht we bij elkaar staan.*

*Vernieuw ons aan de bron die meningsverschil heet,
zodat we onze verscheidenheid voelen én erkennen.*

*Vernieuw ons aan de bron die inter-levensbeschouwelijk en interreligieus gesprek heet,
zodat we leren dat de waarheid meervoudig is.*

*Vernieuw ons aan de bron die ontvankelijkheid heet,
zodat we inzien: identiteit krijgen we enkel door en met de ander.*

*Vernieuw ons aan de bron die kalmte en geduld heet
zodat we elkaar – in conflict – niet breken, dat we leren wachten.*

*Vernieuw ons aan de bron die genezing en verzoening heet,
zodat we met elkaar herbeginnen na 'storm en schade'.*

*Vernieuw ons aan de bron die etnische diversiteit heet,
zodat we een gekleurde, interculturele gemeenschap kunnen worden.*

*Vernieuw ons aan de bron die vriendschap heet,
zodat we elkaar vasthouden ten goede, ten einde toe.*

jpv

INLEIDING

Op een relatief korte tijd is Vlaanderen een multiculturele en multireligieuze samenleving geworden. Enerzijds is dat positief. Een veelkleurige samenleving heeft veel troeven en kan zeer verrijkend zijn. We worden uitgenodigd om te gaan met de rijkdom van verschil, om de ander echt te ontmoeten. Dat vraagt dat we een beweging maken naar het andere, naar wat ons onbekend lijkt. Het vraagt dat we ons perspectief verbreden, dat we verbeelding en creativiteit ruimte geven en dat we plaats proberen te geven aan wat onszelf en anderen aangaat, verontrust, ontroert en inspireert.

Anderzijds verloopt dit veelkleurige samenleven niet zonder slag of stoot. Regelmatig zijn er wrijvingen, conflicten en meningsverschillen die gerelateerd zijn aan etnisch-culturele diversiteit. Zulke probleempunten veroorzaken niet zelden een stevig maatschappelijk debat waarin een goede oplossing ver weg lijkt. Kortom, de dynamiek van een veelkleurige samenleving kan soms zeer turbulent zijn.

Deze maatschappelijke trend weerspiegelt zich eveneens binnen de zorgvoorzieningen. Ook de zorgvoorzieningen worden immers op hun manier uitgedaagd om intercultureel te werken. En ook hier gebeurt dat ergens op het continuüm tussen ‘zeer inspirerend’ en ‘bijzonder moeilijk’. De uitdagingen ter zake zijn veelvuldig en complex. Meer dan ooit is er nood aan interculturele dialoog, aan het kunnen vatten en begrijpen van de feitelijke interculturele processen en aan het vinden van een gepaste houding om hiermee om te gaan.

In het hier voorliggende advies van de Commissie voor Ethiek van Zorgnet Vlaanderen stellen we de vraag hoe in de zorg een ethisch gedragen omgang met etnisch-culturele diversiteit mogelijk kan worden gemaakt.

Het specifieke karakter van dit advies laat zich omschrijven in het verschil met het eerder geformuleerde advies 8 ‘Pluralisme en ethische dialoog in christelijke verzorgingsinstellingen’ (2003) en dat in twee opzichten.

1. Advies 8 voltrok zich tegen de achtergrond van de secularisering in onze samenleving. Centraal stond de dialoog met vrijzinnige, niet- of a-religieuze levensbeschouwingen. De context van het voorliggend advies over multiculturalisme is de dialoog met mensen die wel een religieuze levensbeschouwelijke opvatting hebben, maar een andere dan het christelijk perspectief dat gehanteerd wordt binnen de ethische visieontwikkeling in Zorgnet Vlaanderen.
2. De gesprekspartners in advies 8 zijn mensen die ethisch, ideologisch en levensbeschouwelijk verschillend zijn van elkaar, maar die wel een gelijkaardige leefwereld hebben. De gesprekspartners in het huidige advies zijn mensen die etnisch-cultureel anders zijn, maar op ethisch en ideologisch vlak vaak minder van het christelijk perspectief verschillen. Of anders gezegd, op ethisch vlak is het verschil tussen het christelijke en het vrijzinnige perspectief soms groter dan bijvoorbeeld tussen christenen, moslims en joden.

In dit advies worden te gepasten tijde voorbeelden aangehaald die verbonden zijn aan diverse etnisch-culturele groepen. Deze voorbeelden zijn exemplarisch en willen de beschreven situatie illustreren vanuit het perspectief van etnisch-culturele diversiteit. Ze zijn geenszins exhaustief. Het doel van dit advies is het uitklaren van de ethische dimensie van de interculturele dialoog *in se*, met welke specifieke cultuur die ook moge gebeuren.

Achtereenvolgens worden in dit advies behandeld:

1. Stand van zaken
2. Fundamentele waardeopties
3. Ethische oriëntaties

1. STAND VAN ZAKEN

1.1. Omschrijvingen en definities

1.1.1. Migratie

Migratie is een fenomeen dat overal ter wereld en doorheen heel de geschiedenis heeft plaatsgevonden. Een migrant is iemand die zich verplaatst naar en zich vestigt in een ander land, en die daardoor een andere etnisch-culturele achtergrond kan hebben dan de mensen in het nieuwe thuisland. Wereldwijd is de migratie de laatste decennia sterk gestegen, met een verdubbeling van het aantal migranten sinds 1975. De grootste aantallen migranten leven in Europa (56 miljoen), Azië (50 miljoen) en Noord-Amerika (41 miljoen) (VN 2002).

Migranten, allochtonen, etnisch-culturele minderheden

Migratie zorgt voor verschillende types van bevolkingsgroepen, meestal aangeduid met de termen ‘migranten’, ‘allochtonen’ en ‘etnisch-culturele minderheden’.

Migranten en allochtonen zijn geen volstrekte synoniemen. ‘Migranten’ zijn mensen die gemigreerd zijn en waarbij specifieke kenmerken ten gevolge van de migratie een rol spelen (zoals taalvaardigheid, heimwee, e.a.). Het gaat hierbij vooral over eerstegeneratiemigranten en nieuwkomers.

Bij ‘allochtonen’ is de groep ruimer en betreft het ook de tweede en derde generatie. In deze groep zijn de specifieke kenmerken minder aan de feitelijke migratiebeweging verbonden, dan wel aan identiteitsvraagstukken, integratie, racisme en discriminatie, eventueel socio-economische achterstelling. Taalbarrières zijn hier minder prominent aanwezig.

Een ‘etnisch-culturele minderheid’ verwijst naar een duidelijk onderscheiden bevolkingsgroep die een minderheid vormt in het land waar men verblijft. De term dekt feitelijk dezelfde groep als de allochtonen: ze omvatten de migranten én hun nakomelingen. Deze mensen worden doorgaans vernoemd naar hun respectieve landen van herkomst, ook al hebben ze de Belgische nationaliteit (de Turken, Marokkanen, Italianen, Grieken...). Ze worden ook vaak ‘nieuwe Vlamingen’ of ‘nieuwe Belgen’ genoemd.

Aandeel in de bevolking

In België noteren we een toename van het aantal migranten. In het begin van de twintigste eeuw had ongeveer 3% van de Belgische bevolking een andere nationaliteit, in 2008 ongeveer 9% (CGKR 2010). In deze statistische gegevens zijn de tweede en derde generatie er niet bijgeteld omdat deze personen meestal de Belgische nationaliteit bezitten. Dat wijst op een gekend identificatieprobleem wanneer we het aandeel van migranten en allochtonen in de bevolking willen nagaan. Het criterium van ‘huidige nationaliteit’ houdt geen rekening met personen die de Belgische nationaliteit hebben, maar die een andere etnisch-culturele achtergrond kennen. Sinds enkele jaren worden er verfijningen beoogd in de typologie (volgens nationaliteit van geboorte, plaats van geboorte en werkelijke nationaliteit) (Eggerickx *et al.* 2006b; CGKR 2010). Volgens deze classificatie zou op 1 januari 2008 16,4% van de Belgische bevolking van buitenlandse afkomst of buitenlands bij geboorte zijn (wat dan ook de tweede generatie maar nog niet de derde generatie includeert).

Vormen van migratie

Twee vormen van migratie onderscheiden zich. Enerzijds is er de voortdurende, druppelsgewijze instroom van individuele personen, afkomstig uit heel diverse landen. Hiertoe behoort onder meer ook de migratie uit de naburige landen: zo vertegenwoordigt de instroom uit Frankrijk, Duitsland en Nederland heel de 20^{ste} eeuw lang tussen de 20 en 30% van de totale jaarlijkse instroom, vooral geconcentreerd in de grensgemeenten (Eggerickx *et al.* 2006b).

Anderzijds zijn er de gestructureerde, systematische migratiegolven waarmee België in het

begin van de twintigste eeuw voor het eerst te maken kreeg. Zo ontstond vanaf 1920 de georganiseerde arbeidsimmigratie uit Italië en Oost-Europa voor tewerkstelling in de steenkoolmijnen. Tijdens de hoogconjunctuur van de jaren 1960 werden immigranten aange trokken voor diverse arbeidssectoren, eerst uit Spanje en Griekenland en later uit Marokko en Turkije. De aanslepende economische crisis zette in 1974 een stop op de gestructureerde arbeidsmigratie. Tussen 1974 en 1983 daalde het aantal immigraties. In het begin van de jaren 1980 kwam de instroom opnieuw op gang. Sindsdien bestaat de migratie vooral uit EU-burgers die vrij verkeer binnen de EU genieten, uit personen die zich kunnen beroepen op gezinshereniging en uit asielzoekers en vluchtelingen (Buytaert *et al.* 2009; CGKR 2010).

Wie?

De EU-onderdanen (27 lidstaten) vormen de grootste allochtone bevolkingsgroep in ons land. Eind 2007 bedroeg hun aandeel in de bevolking met buitenlandse nationaliteit 62%. De Italiaanse gemeenschap is het meest vertegenwoordigd in deze groep (18%), gevolgd door de buurlanden Frankrijk (13%), Nederland (12,5%) en Duitsland (4%). De Marokkaanse (8,5%) en Turkse (4%) gemeenschappen vormen de grootste niet-Europese gemeenschappen, gevolgd door de Amerikaanse staatsburgers (2,63%) en de Congoese gemeenschap (1,5%) (Algemene Directie Werkgelegenheid en Arbeidsmarkt 2008).

Studies tonen aan dat de migratie geleidelijk aan gevarieerder wordt, met een groeiende migratie uit Midden- en Oost-Europa (vooral uit Polen, Rusland, Roemenië) en ook uit verder gelegen delen van de wereld. Zo zijn Chinezen, Indiërs, Bengalen, Chilenen en Brazilianen steeds talrijker aanwezig in het migrantenlandschap (Eggerickx *et al.* 2006a, 2006b; Algemene Directie Werkgelegenheid en Arbeidsmarkt 2008; CGKR 2010).

Waar?

Op 1 januari 2005 herbergde het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 29% van de allochtone bevolking, Vlaanderen 34% (voornamelijk in Antwerpen, Gent en de oude mijngemeenten van Limburg) en Wallonië net geen 39%. Deze verdeling sluit niet aan bij het demografisch gewicht van elk gewest. In Brussel vertegenwoordigt de allochtone bevolking bijna 46% van de bevolking in haar geheel, terwijl dat aandeel in Vlaanderen 9% bedraagt en in Wallonië 17%. Een groot aandeel is ook te vinden in de oude industriezones van Limburg (Genk: 36%), Henegouwen (Charleroi: 26%) en de provincie Luik (Luik: 31%). De cijfers voor Antwerpen en Gent zijn respectievelijk 24% en 15% (Eggerickx *et al.* 2006a, 2006b).

Net zoals de wereld en de samenleving constant in evolutie zijn, geldt dat ook voor de migratiestromen en de demografische profielen van de etnisch-culturele minderheden. Het beeld van migratie als een aangelegenheid van hoofdzakelijk mannelijke gastarbeiders is intussen voorbijgestreefd. Er bestaat niet langer één uniek model maar een groot aantal verschillende migratieprofielen volgens afkomst, sekse en leeftijd (Eggerickx *et al.* 2006b). Dat zorgt ervoor dat de ontvangststructuren in België economisch, sociaal, op vlak van onderwijs, gezondheids- en welzijnszorg op veelvuldige en dynamische wijze worden uitgedaagd en bevroegd.

1.1.2. Cultuur

Migratie heeft tot gevolg dat we meer en meer in een multiculturele samenleving wonen. Multiculturalisme is een bijzonder complex fenomeen en veronderstelt dat er binnen een land meerdere, verschillende cultuurgemeenschappen samenleven (Van Leeuwen 2003). Voorealer we ingaan op de diepere betekenis van multiculturalisme als kenmerk van onze hedendaagse samenleving, is het van belang om stil te staan bij de definitie en de betekenis van cultuur.

Wat is cultuur? Cultuur is een complex begrip dat verwijst naar de *sociale matrix waarbinnen menselijke handelingen, verhoudingen en ervaringen zijn ingebed en betekenis krijgen*

(Ang 2007). Cultuur verwijst dan naar de betekenisgevende achtergrond van gedragingen, normen en waarden, gewoonten en tradities, rituelen, taal- en kunstuitingen (muziek, dans), klederdracht, opvattingen over politiek, economie, technologie, de samenleving, intermenselijke verhoudingen etc., die samen *richtinggevend zijn voor het denken, de beleving, de praktijken en het gedrag van mensen* (Richters 1996). Veel meer dan in een rationele set van kenmerken ligt de cultuur vervat in *onuitgesproken, dieperliggende gehechtheden, subtiliteiten, gevoeligheden en emotionele reacties* (Helman 1990). Als zodanig liggen denken en doen zeer dicht bij elkaar: de cultuur bepaalt onze reflexen, handelingen en manieren van reageren op situaties, maar buiten onze rationele reflecties en weloverwogen keuzes om.

Over het algemeen zijn mensen vanaf hun geboorte *ondergedompeld* in een bepaalde culturele leefwereld. Cultuur is bijgevolg zowel *impliciet als expliciet* aanwezig en verwijst naar *bewuste en onbewuste* betekeniskaders. Zoals mensen zich vaak niet expliciet bewust zijn van de eigen gedragingen of onderliggende motivaties, zijn ze zich dikwijls ook niet bewust van de eigen culturele achtergrond en veronderstellingen. Vaak beseffen mensen niet dat ze zelf een culturele achtergrond met zich meedragen. Hierin schuilt het gevaar dat ze veronderstellen dat de oorzaak van bepaalde cultuurgerelateerde kwesties bij de ander liggen. Het is vaak doorheen het contact met andere culturen en zeker na een confrontatie met verschillen tussen culturen, dat iemand beseft dat hij zelf ook een eigen cultuur heeft (Ang 2007).

Doordat we ingebed zijn in onze eigen cultuur is het ook zeer moeilijk om vanuit de eigen positie *objectieve of neutrale* uitspraken over dé eigen cultuur of over dé andere cultuur te doen (Gailly 2008).

Tevens is cultuur geen statisch begrip: culturele waarden en praktijken zijn niet onveranderlijk en homogeen, maar veeleer *dynamische processen* die worden beïnvloed door onder meer migratie en nieuwe ervaringen (Olthuis 2001; Ang 2007).

Bovendien zijn er verschillende niveaus in cultuurgehechtheid en -beleving: het *microniveau* (de eigen persoonlijkheid), het *mesoniveau* (directe omgeving: familie, vrienden) en het *macroniveau* (het maatschappelijke groepsniveau). Een analyse op macro-niveau is waardevol, maar verbergt vaak de interne diversiteit binnen een etnisch-culturele groep. Voorts is er een groeiende groep die zich veeleer herkent in een cumulatie van identiteiten en culturen, zoals bijvoorbeeld iemand die zichzelf als Vlaamse moslima van Marokkaanse origine omschrijft, of als Belgische Griek met orthodoxe achtergrond.

1.1.3. Multiculturalisme

Binnen een democratische samenleving kan het multiculturele samenleven gebeuren op diverse wijzen tussen de uiterste alternatieven van onverschillig cultuurrelativisme enerzijds en fundamentalisme anderzijds (Opdebeeck 2004).

Met *cultuurrelativisme* wordt een vrijblijvende en oppervlakkige houding bedoeld waarin alles op dezelfde lijn wordt geplaatst en elke vorm van kritische reflectie op een cultuur als onjuist wordt beschouwd. Alle opinies worden goed bevonden en er mogen geen grenzen worden getrokken. Het komt er vooral op neer om vreedzaam samen te leven en confrontaties te vermijden. De keerzijde van deze houding van tolerantie is onverschilligheid en 'naast elkaar leven'. Ieder heeft zijn ideeën en opvattingen. Neutraliteit en passieve gelatenheid vormen hier het antwoord op multiculturalisme.

Met *fundamentalisme* wordt een starre houding in het vasthouden aan de grondbeginselen van een historisch gesitueerd gedachtegoed bedoeld. Fundamentalisme is een houding waarbij iemand zo sterk op het eigen wereldbeeld steunt dat eventuele tegenspraak met de werkelijkheid wordt genegeerd en visies van andersdenkenden minderwaardig of onjuist worden geacht. Er bestaan geen compromissen voor de waarden en normen die essentieel worden geacht. Het wordt complex wanneer iemand in de ontmoetingen met de ander van mening is dat hij moet worden overtuigd van het eigen gelijk. Bijzonder moeilijk is het wan-

neer dit ertoe leidt dat er geen ruimte meer is voor diversiteit in meningen en opvattingen, dat verschillen niet zouden mogen bestaan.

Interculturalisme en *actief of authentiek pluralisme* zijn houdingen die aandringen op inhoudelijke dialoog binnen en tussen culturen en levensbeschouwingen (Opdebeeck 2004; Talloen 2007; VVI-Commissie voor Ethiek 2003). De waarachtig interculturele en interlevensbeschouwelijke dialoog is gestoeld op een concreet engagement dat culturen en levensbeschouwingen ernstig wil nemen omdat ze een cruciale rol spelen in het morele bewustzijn en het dagelijkse oordelen en handelen van mensen. Interculturele ontmoeting kan een verrijkende ervaring zijn op voorwaarde dat de interculturele dialoog wordt gevoerd in een redelijk en inhoudelijk debat met elkaar. Dat betekent dat inhoudelijke positionering wordt aangemoedigd, wars van relativisme en fundamentalisme.

1.2. Culturele diversiteit in de zorg

De multiculturele samenleving brengt ook in de zorgverlening specifieke aandachtspunten met zich mee. In de literatuur worden hiervoor de termen ‘interculturele zorg’, ‘cultuurgevoelige hulpverlening’, ‘culturele sensitiviteit in de zorgverlening’ of ‘culturele competentie’ gebruikt. Globaal genomen stellen we de volgende zaken vast.

1.2.1. Migratie als ingrijpend proces met impact op de gezondheid

Naast migratie als demografisch fenomeen met een invloed op de bevolkingsstructuur is er een toenemende tendens om migratie als een psychosociaal proces (Ang 2007) met belangrijke sociaal-economische aspecten te beschouwen (Buytaert *et al.* 2009). Migratie is een ingewikkeld en ingrijpend proces met grote impact op de persoon en zijn leefomgeving. De beleving van migratie is een ervaring van verandering en vernieuwing, van ontdekking maar vooral ook van verlies, beïnvloed door het verloop, de tijdsduur en de intensiteit van de migratie. Bijna alles wat iemand omringt in het leven verandert tijdens het proces van migratie: de familiale en sociale banden, de leefgewoonten, de taal en de cultuur, evenals de sociale en economische positie in de samenleving. Deze grote veranderingen kunnen een invloed uitoefenen op de psychische en lichamelijke gezondheid. Uiteraard spelen hierbij de redenen van de migratie (een vrijwillige en voorbereide of plotse, gedwongen migratie) een belangrijke rol.

Tevens mogen we niet vergeten dat de sociaal-economische situatie van bepaalde categorieën van allochtone patiënten (ongeschoold, geen kennis van het Nederlands, gezinshereniging) vaak ongunstig is. Factoren zoals werkloosheid, kansarmoede, povere huisvesting, verloop van de asielprocedure, etc. hebben vaak een grotere invloed op de globale gezondheid van de migranten dan cultuur (Ferrant 2007).

Anderzijds vormen migranten ook een sterk heterogene groep (Buytaert *et al.* 2009). Verschilpunten zijn onder meer de redenen voor migratie, de etnisch-culturele en economische achtergronden, een individuele migratie of in familieverband, de afstand tot het land van herkomst, de kansen en mogelijkheden om in het nieuwe land een goed leven uit te bouwen. Dat zorgt ervoor dat elke migrant een unieke beleving heeft van zijn migratieproces en dat de factoren die de gezondheid beïnvloeden eveneens kunnen verschillen.

1.2.2. Minder of moeizame deelname aan gezondheidszorgpraktijken

Een andere vaststelling is dat bepaalde allochtone groepen minder of moeizamer deelnemen aan bestaande gezondheidszorgpraktijken (Olthuis 2001; Ferrant 2007; Vassart 2005). Wat het gezondheidsgedrag betreft, stellen we vast dat algemene preventieve zorgen voor bepaalde groepen minder of moeizamer gebeuren (Ferrant 2007). Een specifiek voorbeeld is de zorg voor de zwangerschap. Zo melden Turkse en Marokkaanse vrouwen *van de eerste ge-*

neratie zich later aan voor een prenataal consult, hebben ze een lagere prenatale consultatie-frequentie dan Belgische vrouwen en volgen ze minder frequent prenatale activiteiten. Problematische zwangerschappen worden minder vroegtijdig opgespoord, wat de significant hogere perinatale sterftecijfers bij deze groepen verklaart (Ferrant 2007; Vassart 2005).

Wanneer we het ziektegedrag onder de loep nemen, blijkt dat migranten langer wachten om een arts te consulteren dan autochtonen, een lagere artsentrouw hebben en meer aan ‘medical shopping’ doen. Wanneer aangepaste dienstverlening (bv. tolk, brochures, vertrouwdheid met taal en cultuur) voorhanden is, neemt de artsentrouw doorgaans toe. Voorts komt het voor dat gezondheidsklachten op een ‘verpakte’, gemaskeerde wijze worden omschreven of dat er naast natuurlijke oorzaken als bron van ziekte ook bovennatuurlijke oorzaken in rekening worden gebracht (Ferrant 2007).

Wat de ouderenzorgvoorzieningen betreft, stellen we een vicieuze cirkel van wederzijdse onbekendheid vast (Talloen 2007). Enerzijds zijn allochtone groepen *van de eerste generatie* vaak veel minder of zelfs helemaal niet vertrouwd met woonzorgcentra of met professionele thuiszorgmogelijkheden. Dit wordt gevoed door een eerder negatief beeld van deze zorgmogelijkheden: je laten verzorgen door vreemden (zelfs al zijn het professionele hulpverleners) impliceert immers dat je verwanten hun plicht verwaarlozen (Vassart 2005). Een beroep doen op professionele zorg of op zorgvoorzieningen gebeurt dan ook weinig uit eigen beweging. Anderzijds zijn bestaande diensten en voorzieningen vaak niet of onvoldoende bekend met de specifieke noden en behoeften van allochtone ouderen, precies omdat ze er weinig tot geen beroep op doen. Dat zorgt ervoor dat er voor de zorgvoorzieningen weinig nood is om het aanbod ook aan de noden en behoeften van de allochtone groepen aan te passen. Het beroep op de diensten blijft beperkt, precies omdat ze onvoldoende aangepast zijn. De cirkel is rond.

1.2.3. Communicatie

Als derde punt vermelden we communicatie als rode draad doorheen de multiculturele hulpverlening (Olthuis 2001; Ang 2007). Dat geldt uiteraard voor elke vorm van hulpverlening (dus ook binnen een autochtone setting), maar verloopt veel moeizamer wanneer het een zorgontvanger betreft die het Nederlands onvoldoende beheerst (Ferrant 2007). Dat lijkt ook voor de hand te liggen. Maar toch gaat het bij knelpunten in de communicatie vaak om meer dan onbegrip door taalverschillen. Communicatie tussen mensen speelt zich immers af op twee niveaus: het inhoudsniveau en het betrekkingniveau (Olthuis 2001; Hoffman 1996).

- Op het eerste niveau ligt de nadruk op de inhoud van de boodschap. Een boodschap wordt dan overgebracht door middel van de min of meer afgesproken betekenissen, binnen een sociaal verband van woorden, gebaren, lettertekens, pictogrammen (Hoffman 1996).
- Het tweede niveau benadrukt dat er bij het communiceren van de boodschap vele impliciete, non-verbale en meerduidige zaken een rol spelen. Communicatie krijgt vorm in een context waarbinnen mensen op elkaar betrokken zijn, op elkaar reageren (bv. spreken en zwijgen in hiërarchische relaties, het aanbieden van een zitplaats aan een zwangere vrouw of aan een persoon op leeftijd). Andere voorbeelden zijn: de wijze van begroeten (bv. al dan niet een hand geven), lichaamstaal en lichaamscontact, gelaatsuitdrukkingen (bv. al dan niet direct oogcontact) en expressie van gevoelens (expliciet en nadrukkelijk of veeleer gesloten), de kleding, de wijze van lopen en bewegen, hoe een gesprek begint en afgesloten wordt, hoe informatie mee te delen (bv. open en direct of veeleer met omwegen), hoe om te gaan met stiltes, enzovoort (Olthuis 2001; Talloen 2007). Dit betrekkingniveau van communicatie speelt een essentiële rol bij het creëren van een cultuur-gevoelige gezondheidszorg. Het gaat dan niet zozeer om de inhoud van de communicatie, maar wel om hoe die plaatsvindt.

In bijlage 1, §2 ‘Taal en Communicatie’ worden er aanknopingspunten voorzien voor aspecten van communicatie binnen de interculturele zorgcontext.

1.3. Specifieke kenmerken van culturele diversiteit in de zorgsectoren

Welke zijn de kenmerken van etnisch-culturele diversiteit binnen de zorgsectoren van Zorgnet Vlaanderen? Hoe manifesteert de multiculturaliteit van onze samenleving zich in de sectoren van de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de algemene ziekenhuizen?

1.3.1. Ouderenzorg

Wanneer we kijken naar de sector ouderenzorg, dan stellen we vast dat het aantal zorgbehoevende allochtone ouderen momenteel beperkt is (Talloen 2007; Vassart 2007), maar dat hierin de komende jaren een zeer sterke toename te verwachten valt. Projectiestudies over het aantal Italiaanse, Marokkaanse en Turkse ouderen in Vlaanderen geven een verdubbeling aan van het aantal 80-plussers uit Italië tussen 2010 en 2020, een verzevenvoudiging van het aantal 80-plussers uit Marokko en een verzesvoudiging van de Turkse 80-plussers (Cuyvers & Kavs 2001; Lodewijckx 2007). In totaal zou het hierbij gaan over ongeveer 7.500 80-plussers voor deze groep in 2020. De onderzoekers geven aan dat dit meer dan waarschijnlijk een onderschatting is, aangezien de projecties enkel de niet-genaturaliseerde ouderen omvatten. Bovendien werd in deze studies niet gesproken over ouderen van andere herkomstlanden, waarbij een soortgelijke veroudering te verwachten valt.

Omdat de zorgbehoefte met de leeftijd toeneemt, valt te verwachten dat ook de zorgvraag van de allochtone ouderen sterk zal toenemen in de nabije toekomst. Voorts rapporteren meerdere studies dat allochtone ouderen op jongere leeftijd worden geconfronteerd met ouderdomsaandoeningen dan autochtone ouderen, dit ten gevolge van zware en ongezonde arbeid, psychosomatische klachten verbonden aan de migratie-ervaring en het terugkeer dilemma, verschillen in levensstijl en voedingsgewoonten (Lodewijckx 2007). Tegelijk zijn er signalen die erop wijzen dat de mantelzorg voor deze groepen minder beschikbaar zal zijn (Talloen 2007). Bij de jongere generaties gaan immers steeds vaker beide partners uit werken. Ook nemen de jongere generaties meer en meer de westerse visie op de ouderenzorg over.

Wat de aard van de zorgbehoefte betreft die voortvloeit uit ouderdomsaandoeningen, geeft onderzoek aan dat er weinig verschil is tussen die van de allochtone ouderen en die van de autochtone ouderen (Talloen 2007, 2008). Beide groepen geven de voorkeur aan mantelzorg en hebben nood aan hulp in het huishouden, bij de lichaamsverzorging, bij verplaatsingen naar de winkel of de dokter, bij administratieve zaken, etc. Of nog: alle ouderen eten graag hun vertrouwde voedsel en hebben nood aan communicatie en sociaal contact. Maar de manier waarop specifiek invulling wordt gegeven aan die behoefte (welk soort voedsel bijvoorbeeld, of welke vorm van communicatie) kan wel anders zijn.

1.3.2. Geestelijke gezondheidszorg

In de sector geestelijke gezondheidszorg stellen we vast dat de kloof tussen zorgbehoefte en zorgaanbod erg groot is. Niet alleen in België, maar in diverse Europese landen (Carta *et al.* 2005) wordt melding gemaakt van een ondervertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de geestelijke gezondheidszorg (Berckmans *et al.* 2004).

Verschillende verklaringen zijn mogelijk. Vooreerst is er het gebrek aan informatie. Het komt voor dat mensen het zorgaanbod in de GGZ niet voldoende kennen en dus ook niet weten waar ze met psychische problemen terecht kunnen. Uiteraard kan ook hier de taalbarrière het hoofdprobleem zijn. Zeker bij psychische hulpverlening is taal een essentieel instrument in het diagnostisch en therapeutisch proces. Bovendien worden psychische problemen vaak in somatische termen verwoord, waardoor het voor hulpverleners een bijkomende moeilijkheid is om een psychische diagnose te stellen (Ferrant 2007; Gailly 2008). Dat kan leiden tot onderdiagnostiek van psychische aandoeningen (Buytaert *et al.* 2009) en onvoldoende doorverwijzing naar de GGZ. Ook zijn er aanwijzingen dat er soms te weinig rekening wordt

gehouden met de referentiekaders en de ziektebeleving van de allochtone patiënt (Ang 2007; Gailly 2008). Bovendien is het consulteren van GGZ-diensten ook in de cultuur van vele allochtonen erg stigmatiserend. Daardoor primeren zelfregulerende mechanismen zoals mantelzorg of hulpverlening binnen de culturele gemeenschap (traditionele genezers, gebedsgenezers of religieuze leiders) (Buytaert *et al.* 2009). Door deze cluster van factoren worden psychische problemen bij etnisch-culturele minderheden vaker laattijdig gediagnosticeerd of begeleid. Hierdoor worden deze patiënten minder vaak ambulante opgevolgd door een psychiater, melden ze zich vaker aan met betrokkenheid van politie en worden ze verhoudingsgewijs vaker gedwongen opgenomen (Buytaert *et al.* 2009).

Wat de aandoeningen betreft: talrijke studies tonen een verhoogd voorkomen van storingen van het psychologisch en sociaal evenwicht (psychose, depressie, hyperventilatie en angststoornissen) bij tweedegeneratiemigranten (Ang 2007). Verklaringsmodellen verwijzen vooral naar moeilijkheden die ze ondervinden om in de samenleving te kunnen functioneren (maatschappelijke factoren zoals de socio-economische achterstelling, ervaringen van racisme en sociale uitsluiting, en een moeizaam acculturatieproces). Ouderen van vreemde herkomst hebben meer psychosomatische klachten door stress die voortkomt uit het terugkeerdilemma (Lodewijckx 2007). Bij vluchtelingen en asielzoekers is er een verhoogd voorkomen van posttraumatische stressstoornissen door traumatische ervaringen zoals moord van familieleden of kennissen, bedreiging met de dood of foltering (Hambach *et al.* 2007; Buytaert *et al.* 2009).

1.3.3. Algemene ziekenhuizen

Van de drie sectoren van Zorgnet Vlaanderen komen de algemene ziekenhuizen momenteel het meest frequent in aanraking met een cultureel divers publiek. Het gaat vooral om ziekenhuizen in de regio's met een verhoogd aandeel allochtone inwoners.

Specifieke aandachtspunten en mogelijke conflictbronnen in de interculturele ziekenhuiszorg situeren zich onder meer binnen de context van de urgente zorgverlening (bv. de spoeddiensten, het verloskwartier), op het vlak van medisch onderzoek, schroom en lichamelijke integriteit (bv. scheiding man-vrouw), behandeling (bv. medicijnen die varkensderivaten of alcohol bevatten, onderbreking van de therapie tijdens de ramadan, maagdelijkheidsherstel), bezoeksregeling (respecteren van de bezoeken en bezoekersaantallen) of op het vlak van zorg voor de overledene (rituelen) (Van Bommel 2002; Vassart 2005).

In essentie gaat het over het belang dat mensen hechten aan bepaalde culturele en/of religieuze aspecten van hun identiteit. Literatuur over ziekenhuiszorg voor moslimpatiënten geeft bijvoorbeeld aan dat op twee verschillende manieren uiting lijkt te worden gegeven aan de eigen identiteit (Ferrant 2007; Vassart 2005).

1. In het eerste geval valt op dat patiënten die voorheen schroom ervoeren bij een aantal (be)handelingen, gaandeweg duidelijker te kennen geven dat ze een bepaalde behandeling weigeren of aangepast willen zien. In een gematigde situatie is er dan sprake van een onderhandeling tussen hulpverlener en patiënt, waarbij de uitkomst uiteindelijk de kwaliteit van zorg ten goede komt. Respect voor de patiënt houdt dan bv. in dat de voedingsregels bespreekbaar zijn, maaltijden kunnen worden aangepast, de dagelijkse gebeden kunnen worden uitgevoerd, de voorgeschreven regels van het afleggen kunnen worden gevolgd, dat de patiënt – indien mogelijk – kan worden verzorgd door een persoon van hetzelfde geslacht. Dat zijn aandachtspunten die een goede relatie kunnen bespoedigen. In de meeste ziekenhuizen zorgen ze overigens niet voor onoverkomelijke problemen (Vassart 2005). Als het moeilijk is, dan heeft dat meestal te maken met vooroordelen of communicatieproblemen en hieruit volgend wederzijds onbegrip, veeleer dan met fundamentele dilemma's.

2. Problematisch wordt het wanneer problemen rijzen die te wijten zijn aan onverzoenbare divergenties. Dat is vooral het geval wanneer culturele of religieuze praktijken frontaal tegenover de regels van de geneeskunde komen te staan. Het komt voor dat een categorische weigering tegenover een hulpverlener van het andere geslacht (arts, anesthesist, verpleegkundige) uitmondt in verbaal en fysiek geweld, of zelfs in levensbedreigende situaties. In zulke gevallen gaat het debat over de fundamenten van de onderhandelingen tussen patiënten en de zorgstructuur en over hoe ver men kan of moet gaan in het tegemoet komen aan bepaalde verzoeken. In bijlage 1 bieden we oriënterende antwoorden op concrete thema's.

1.4. Valkuilen

Er zijn minstens twee soorten valkuilen die de aandacht verdienen wanneer we nadenken over etnisch-culturele diversiteit in de zorg (Talloen 2007, 2008).

1. De eerste verwijst naar het gevaar van **overculturalisering**. Hierbij wordt cultuur gezien als een onveranderlijk standaardpakket van normen en waarden dat het leven van mensen volledig regelt en wordt die cultuur ook als enige verklaring beschouwd voor wat moeilijk loopt in het contact. Met deze interpretatie wordt voorbijgegaan aan het feit dat cultuur dynamisch is en dat de culturele werkelijkheid van ieder individu voortdurend in verandering is. Culturen zijn geen reëel observeerbare fenomenen, monolithische blokken, op duidelijke wijze van elkaar te onderscheiden. Integendeel, cultuur wordt steeds opnieuw mee gevormd door mensen als actieve makers van een cultuur. Overculturalisering zorgt er dan ook voor dat persoonlijke en sociale factoren in de eigen identiteitsvorming buiten beschouwing worden gelaten en dat enkel de verschillen tussen groepen – onder de vorm van een botsing tussen twee culturen – worden benadrukt. Bijgevolg kijkt men niet meer naar de persoon *achter* de cultuur en is het niet meer mogelijk te zien wat gemeenschappelijk is. Kortom, overculturalisering gaat gepaard met simplificatie, vooroordelen en culturele misverstanden. Hierdoor wordt de kloof tussen mensen met een andere culturele achtergrond alleen maar vergroot. Een patiënt of een bewoner is niet alleen een lid van een bepaalde groep, maar vooral ook een individu met een geheel eigen persoonlijkheid, eigen ervaringen en specifieke zorgnoden.
2. De tweede valkuil volgt uit de eerste en verwijst naar het risico van **kennisreductionisme**. Dat is het idee dat het doornemen van een handboek over hoe men met allochtone personen moet omgaan in de zorg, of het organiseren van een gastlezing door iemand van de allochtone gemeenschap die uitleg geeft over hun cultuur, zou *volstaan* om te komen tot goede zorg bij culturele diversiteit. Zulke initiatieven zijn noodzakelijk en belangrijk, maar niet voldoende. Er wordt immers te weinig ruimte gelaten voor de dynamiek van een cultuur. Mensen handelen niet alleen op basis van hun cultuur, maar maken die ook. Goede kennis over een bepaalde cultuur is belangrijk, maar zal nooit een exact voorspellende waarde hebben. Het is cruciaal na te gaan hoeveel een individuele persoon gehecht is aan bepaalde culturele gebruiken. Cultuurgevoelige zorgverlening is meer dan het aanleren van algemene weetjes.

1.5. Uitdagingen

De echte uitdaging voor de zorg bestaat uit het realiseren van de interculturele dialoog door de interculturele competenties van patiënten en bewoners, hulpverleners en directieleden te bevorderen (Talloen 2007, 2008). Dat veronderstelt dat er aandacht is voor de volgende drie componenten die elkaar nodig hebben, ondersteunen en aanvullen (Talloen 2007, 2008; Olthuis 2001; Ang 2007).

1. **Houding**. Deze component belichaamt attitudes zoals medemenselijkheid, respect, empathie, inzet, nieuwsgierigheid en aanvoelen. Het doel is om inzicht te krijgen in de waarden en ideeën van mensen met een andere culturele achtergrond. Hierbij zijn inzicht in en bewustzijn van de eigen culturele waarden, normen en vanzelfsprekendheden belangrijk.

2. **Vaardigheden.** Centraal staan de vaardigheden om de specifieke leefwereld, ideeën en behoeften van een persoon met een andere culturele achtergrond te kunnen achterhalen en bespreken. Het gaat dan om gespreksvaardigheden zoals actief en geduldig kunnen luisteren, vragen stellen, redelijk onderhandelen.
3. **Kennis.** Hier staat het belang van het verwerven van kennis over gedrag, ideeën of dieperliggende kenmerken van een cultuur (zoals emoties, gehechtheden, gevoeligheden...) centraal, doch met het cruciale besef dat kennis altijd beperkt zal zijn en op zich geen oplossing zal bieden voor een bepaald probleem.

Het bevorderen van de interculturele competenties gaat over het omgaan met culturele diversiteit en kan alleen worden verworven via interactie en dialoog. Dat impliceert dat situaties steeds moeten worden geïnterpreteerd met voldoende contextsensitiviteit en bereidheid om de dialoog aan te gaan. Het is een continuerend proces met een eigen tempo en dynamiek, waarvoor er geen standaardstrategie bestaat.

2. GRONDHOUDINGEN EN WAARDEOPTIES

In dit gedeelte lichten we de grondhoudingen en waardeopties toe die voor de commissie van belang zijn bij de ethische evaluatie van cultureel bepaalde kwesties in de zorg.

Als uitgangspunt nemen we de drie dimensies van zorg:

1. **Zorg als *een basisgegeven in het leven*.** Zorg is een wezenlijk kenmerk van het menselijke bestaan (Van der Arend & Gastmans 2002; Gastmans & Vanlaere 2005; Vanlaere & Gastmans 2008). Allemaal zijn we in ons dagelijkse handelen betrokken in zorgaangelegenheden die in de eerste plaats onszelf aangaan. Zorg is een menselijke manier om de kwetsbaarheid, eigen aan het bestaan, op te vangen. Precies omdat het bestaan voor ons belangrijk is, dragen we zorg voor onszelf, voor onze naasten, voor de dingen die op een of andere wijze uitdrukking geven aan onze persoonlijke identiteit. Zo slaat zorg op tal van dagelijkse bezigheden waarmee we ons in het bestaan handhaven en waarmee we de wereld tot de 'onze' maken (Tronto 1993; Gastmans & Vanlaere 2005).
2. **Zorg verschijnt in het menselijke leven echter niet alleen als iets dat we 'van nature' doen, maar ook *als een ethische opgave*** (Vanlaere & Gastmans 2008a, 2008b). Hierbij gaat het niet om een belasting die ons van buitenaf wordt opgelegd als een externe norm of eis, maar veeleer om een verantwoordelijkheid die mensen van binnenuit aanvoelen en opnemen. Als zodanig vormt het een belangrijke dimensie van hun relaties tot anderen. Immers, in de zorg als ethische opgave drukken mensen een engagement uit. Ze verbinden zich ertoe om zich actief in te laten met de noden en behoeften van een andere persoon. We kunnen in dit verband spreken van een van binnenuit gevoelde plicht tot zorgen, die individueel of maatschappelijk vorm krijgt.
3. **Zorg is ook een proces van zoeken naar wegen om de situatie te verbeteren in het besef dat die wegen altijd voorlopig zijn en dat het definitieve antwoord niet bestaat** (Widdershoven 2000). Als zodanig kan zorg best worden omschreven *als een relatie*. Kwaliteitsvolle zorg ontstaat *en cours de route*. Het is geen afgewerkt product waarvan men de helder omschreven criteria duidelijk kan afvinken. Het is daarentegen een relationeel proces waarbij verschillende partijen betrokken zijn: de patiënt, zijn omgeving, de hulpverleners, de zorgvoorziening, de samenleving als geheel, allen gaan samen op zoek naar het meest menswaardig mogelijke (Van der Arend & Gastmans 2002; Liégeois 2009).

2.1. Fundamentele grondhoudingen

2.1.1. Eerbied voor de menselijke persoon

De commissie bevestigt als fundamentele grondhouding het ideaal van eerbied voor de menselijke persoon in zijn totaliteit, complexiteit en samenhang van verschillende dimensies.

Een humane zorgverlening gaat uit van een *integrale, dynamische en relationele visie op de mens* die tevens oog heeft voor de *uniciteit* van elke persoon en voor het *mysterieuze* van de mens (Janssens 1980; Gastmans & Vanlaere 2005; Liégeois 2009). Binnen deze benadering komt de mens tot zijn recht als een unieke persoon, historisch gesitueerd, met vrijheid bevestigd, affectief bewogen, lichamelijk geworteld, geestelijk gevormd, sociaal ingebed in een netwerk van relaties en spiritueel geraakt.

Mens-zijn is ook steeds in beweging zijn, in ontwikkeling zijn, zowel op fysiologisch vlak als in het gevoelsleven, in het denken, in de zingeving, in het handelen. Zo spreken we terecht van het leven als een dynamisch proces, een veranderende geschiedenis, beïnvloed door een veelheid van factoren. Dat zorgt er ook voor dat ieder mens een uniek wezen is, met eigen gevoelens, mogelijkheden en beperkingen. In de interactie met het sociaal-culturele milieu wordt dat alles geïntegreerd in een unieke en originele persoonlijkheid met een eigen karakter.

De commissie is van oordeel dat ieder mens in zijn uniciteit erkend en gewaardeerd dient te worden en niet mag worden gereduceerd tot een object dat al dan niet voldoet aan andermans verwachtingspatroon. Een cultuurgevoelige zorgverlening bevestigt de uniciteit van mensen en dus ook het gegeven dat mensen fundamenteel van elkaar verschillen. Niettemin zijn ze als mens fundamenteel gelijkwaardig. De onvoorwaardelijke bevestiging van de waardigheid van ieder mens vormt het uitgangspunt van dit advies. De menselijke gelijkwaardigheid als bron van respect is niet afhankelijk van het bezitten van kenmerken (geslacht, huidskleur, nationaliteit, culturele achtergrond) of vermogens (geestelijk of fysiek), maar is gegrond in het feit dat ieder mens een uniek wezen is (individueel), dat met en door de relatie met andere mensen steeds meer mens wordt (relationeel), en als zodanig deel uitmaakt van de samenleving als geheel (sociaal) (Janssens 1980; VVI-Commissie voor Ethiek 2002). De ethische eis tot respect voor de medemens is primair gefundeerd op het behoren tot een gemeenschap van mensen en op het feit dat we als zodanig met elkaar verbonden zijn.

2.1.2. Inzet voor steeds meer menswaardigheid

De commissie onderschrijft de personalistische ethiek en gaat ervan uit dat de menselijke persoon de centrale waarde is die tevens als maatstaf fungeert bij de beoordeling van menselijk handelen (VVI-Commissie voor Ethiek 2003). Tegen de achtergrond van het integrale mensbeeld geldt als criterium om na te gaan of het handelen ethisch verantwoord is, de mate waarin men in concrete situaties op zoek gaat naar het meest menswaardig mogelijke binnen de gegeven omstandigheden. Met andere woorden, **wanneer het handelen bevorderlijk is voor de mens als gehele persoon, in zijn verschillende dimensies en relaties** (Gastmans 2006). Een cultuurgevoelige zorgverlening impliceert dat de zorgbehoevende personen zowel op lichamelijk als op psychisch, sociaal en levensbeschouwelijk vlak optimaal kunnen worden begeleid en zo veel mogelijk hun identiteit en integriteit kunnen bewaren.

Goede zorg als menswaardigheidsbevorderende zorg is niet zozeer een concrete, vaststaande realiteit dan wel een *permanente opgave* (Van der Arend & Gastmans 2002, VVI-Commissie voor Ethiek 2003). Het gaat om een voortdurend streven naar meer menswaardigheid. In de praktijk blijkt het vaak niet mogelijk om het volwaardig menselijk wenselijke in zijn totaliteit te realiseren. Het komt er dan op aan om *het meest menselijk haalbare* te realiseren, zonder het perspectief van het menselijk wenselijke uit het oog te verliezen. De commissie is van mening dat cultuurgevoelige zorgverlening een zorgbeleid impliceert dat zich binnen dezelfde geest inzet voor het realiseren van het meest menswaardig mogelijke.

2.2. Ethisch gevoelige domeinen bij culturele diversiteit in de zorg

2.2.1. De waarde van autonomie

In onze westerse cultuur en samenleving geldt de autonomie van de persoon als een belangrijke waarde. Hierbij wordt autonomie vaak geïnterpreteerd als zelfbeschikking (De

Dijn 1993). Voor de commissie staat in de zorgrelatie de interpretatie van autonomie in verbondenheid voorop, nl. als actieve zelfbepaling met inbreng van anderen. Het samen beslissen verdient de voorkeur. Binnen deze opvatting zijn verbondenheid met en verantwoordelijkheid voor elkaar integrale aspecten van de zorgverlening. Binnen een gezamenlijk gedragen zorgproces komt het erop neer om het meest menswaardige te realiseren. Voor een cultuurgevoelige zorgverlening impliceert dat de volgende zaken.

- Enerzijds wordt binnen deze opvatting recht gedaan aan het feit dat allochtone personen vanuit een eigen culturele identiteit redeneren over de thema's die in het kader van de zorgrelatie naar voren komen. Wat de patiënten, cliënten of bewoners in deze belangrijk vinden telt zwaar mee, precies omdat het hun gezichtspunt is (Houtlosser & Engberts 2003). De bereidheid om hen in hun eigenheid te waarderen is op zichzelf een morele en professionele grondhouding in de zorg.
- Anderzijds betekent dit niet dat onvoorwaardelijk en zonder voorbehoud voorrang moet worden gegeven aan de waarden en opvattingen van patiënten en naasten en aan de regels die uit hun visie voortkomen. De vragen en wensen van patiënten en hun naasten zijn niet allesbepalend (Houtlosser & Engberts 2003).

Tussen het onveranderlijk vasthouden aan de eigen morele opvattingen en de volkomen aanpassing aan de waarden en opvattingen van de patiënt is er voldoende ruimte om te zoeken naar wegen die voor alle betrokkenen aanvaardbaar zijn (Richters 2000). Hierbinnen is het samen beslissen en overleggen met alle betrokkenen aangewezen.

2.2.2. Aandacht voor het creëren van onderling vertrouwen

Een belangrijke graadmeter voor een goede zorgrelatie is de mate van vertrouwen. Vertrouwen in de zorg kan maar bestaan wanneer we binnen de zorgrelatie de persoon als geheel centraal stellen. Dat impliceert dat we in de zorgrelatie twee dimensies samen moeten kunnen beleven (van der Arend & Gastmans 2002). Beide dimensies zijn ook van belang in de context van interculturele zorgverlening (Tonk 2008).

- De eerste dimensie is die van *professionaliteit, deskundigheid en expertise* in de zorg. Die dimensie vraagt dat de gekozen handelingen en behandelingen goed zijn, dat ze de kwaliteit van leven helpen bewaren of verhogen zodat de patiënten tevreden kunnen zijn en weten dat ze in deskundige handen zijn (geweest).
- De tweede dimensie is die van *medemenselijkheid* en vraagt dat de zorg wordt verleend op een zorgzame manier. Ze verwijst naar de houdingen die worden aangenomen in de zorg zoals de wijze waarop het eerste contact verloopt, naar de bejegening tijdens het consult, naar gastvrijheid in de ontvangst, naar het luisteren en nagaan of de informatie voldoende overkomt, naar het geduldig ondersteunen tijdens de moeilijke momenten, etc.

Ook hier geldt dat onderling vertrouwen moet worden *opgebouwd* binnen het proces van de zorgrelatie.

2.3. Specifieke ethische houdingen bij culturele diversiteit in de zorg

2.3.1. Wederzijds respect

Vertrouwen in de zorg kan maar ontstaan in de openheid van de wederzijds respectvolle ontmoeting tussen mensen (De Dijn 1992). Respect houdt allereerst de bereidheid in tot dialoog in zijn verschillende vormen. Daarnaast betekent respect ook dat wanneer de gewone, intermenselijke communicatie moeilijk of zelfs onmogelijk is geworden, het respect voor het onherleidbare mysterie van elke persoon blijft bestaan (De Dijn 1997). Dat gebeurt precies in het verlenen van deskundige en medemenselijke zorg. *Kortom, vanuit de houding van wederzijds respect kan men doorheen de dialoog werken aan onderling vertrouwen en uitkomen bij een kwaliteitsvolle zorgverlening.*

Respect in de zorg houdt ook in dat hulpverleners aan de patiënten en bewoners de ruimte geven om hun eigen opvattingen, voorkeuren, gedragingen een plaats te kunnen geven.

Daarenboven betekent het ook nog iets actievers, namelijk dat ze mensen daadwerkelijk willen helpen om zo veel mogelijk vanuit hun eigenheid – d.i. vanuit het eigen perspectief, de eigen leefsituatie, geschiedenis en achtergrond – in de bestaande gezondheidszorg in te treden (Houtlosser & Engberts 2003). Hulpverlening waarin respect zo actief is vormgegeven vraagt een zekere empathische betrokkenheid, wat neerkomt op meeleven met de gevoelens of de gedachtegang van de ander en zich inleven in diens belevingswereld, zonder die over te nemen of er noodzakelijkerwijze mee in te stemmen. Kortom, een bepaalde behoefte kunnen begrijpen zonder dat de hulpverlener die ook zelf hoeft te voelen.

Anderzijds impliceert respect in de zorg ook dat de patiënt, bewoner of cliënt respect opbrengt voor de fundamentele van het zorgsysteem in het gastland, voor de waarden waarop de democratische samenleving is gestoeld en voor de hulpverleners die zorg verlenen binnen dit algemene waarde kader. Hierbij denken we aan waarden zoals gelijkheid in behandeling, verbod op discriminatie, gelijkheid van man en vrouw, verbod op geweld, verbod op mishandeling en schending van de lichamelijke integriteit, vrijheid van meningsuiting (Leininger 1993). Respect voor deze fundamentele veronderstelt de bereidheid van de zorgontvangers om zich hierin in te schakelen (Houtlosser & Engberts 2003).

2.3.2. Voorkeursoptie voor de meest kwetsbaren

In de geschiedenis van de gezondheidszorg heeft ‘caritas’ als voorkeursoptie voor de zwaksten, de geringsten, de meest onopvallenden, achtergestelden en behoeftigen, aan de basis gestaan van vele zorgvoorzieningen (Pijnenburg 1991). Aansluitend hierop geldt het universele devies dat de morele kwaliteit van een samenleving kan worden afgemeten aan de mate van zorg en ondersteuning die ze geeft aan al haar leden, en meer bepaald aan de meest kwetsbaren.

Zich verantwoordelijk stellen voor de ander door zorg te dragen voor de zwaksten, loopt als een rode draad doorheen de geschiedenis van de gezondheidszorg. Daarom moet de positie van de meest kwetsbare steeds de maatstaf zijn om de feitelijke gestalten van de zorgverlening te meten. De voorkeursoptie voor de meest kwetsbaren functioneert dan ook als een aansporing, een kritische deugd die de bereidheid inhoudt om elke situatie steeds weer te beoordelen door de ogen van de zwaksten (Pijnenburg 1991).

Een cultuurgevoelige zorgverlening houdt er rekening mee dat de allochtone zorgontvanger om verschillende redenen (culturele aspecten, ingrijpend migratieproces, taalbarrière, socio-economische achterstelling, uitsluitingsmechanismen op de woon- en arbeidsmarkt, ervaringen van racisme, kansarmoede) in een kwetsbare positie kan zitten. We kunnen er niet automatisch vanuit gaan dat men behoort tot het YAVIS-publiek dat dankzij zijn kenmerken – Young, Attractive, Verbal, Intelligent & Successful – wel zal komen tot de nodige zorg en ondersteuning. Een situatie beoordelen door de ogen van de meest kwetsbaren impliceert dat we er op respectvolle wijze rekening mee houden dat de zorgontvanger minder goed ter tale is, het minder goed kan uitleggen, frustratie of boosheid ervaart door die machteloosheid, en eventueel ook schaamte ervaart door gebrekkige sociale mogelijkheden en economische draagkracht.

De commissie benadrukt dat bijzondere aandacht moet gaan naar de positie van allochtone vrouwen en kinderen.

2.3.3. Gelijkheid inzake toegankelijkheid voor iedereen

Zorgvoorzieningen moeten gelijk beschikbaar zijn voor iedereen, zonder enige vorm van discriminatie. Universele toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor alle groepen in de samenleving, in het bijzonder voor de meest kwetsbare, betekent niet alleen toegankelijkheid op financieel en geografisch vlak maar ook qua cultuur. Dat impliceert dat de zorgverlening

cultuursensitief is en aanspreekbaar voor de eventueel andere culturele achtergrond van de patiënt, bewoner of cliënt.

Samenvattend stelt de commissie dat de bovenvermelde grondhoudingen en waardeopties ons oproepen tot een ethisch gedragen en zorgzame omgang met culturele diversiteit in de zorg. De commissie is van mening dat de zorgvoorzieningen zo veel mogelijk dienen te handelen volgens de geest van het actief of authentiek pluralisme. Dat impliceert dat men bijdraagt tot het vermijden van overculturalisering in de zorg, het engagement aangaat tot interculturele dialoog en zich verbindt tot de creatie van onderling vertrouwen in de zorgrelatie. In ieder geval dient deze beweging te verlopen in een sfeer van wederzijds respect voor elkaars cultureel georiënteerde waarden en normen en in overeenstemming met de fundamentele waarden van de democratische samenleving.

3. ORIËNTATIES VOOR EEN ETHISCH BELEID INZAKE CULTURELE DIVERSITEIT IN DE ZORG

In het derde deel van deze visietekst gaan we na wat de bovenvermelde waardeopties impliceren op het niveau van de zorgpraktijk binnen de zorgvoorzieningen. Wat houdt het engagement voor de bovenvermelde waarden nu concreet in?

3.1. Interculturaliseren

Het eerste vertrekpunt is het engagement tot interculturaliseren. Een *interculturaliseringsproces is een voortdurend en dynamisch proces waarbij de houding van het willen in dialoog treden, het willen verwerven van kennis, het willen vinden van een gepaste oplossing die voor iedereen aanvaardbaar is, de dragende factoren zijn. Interculturaliseren is een actieve zoektocht op verschillende niveaus om samen in wederzijds respect te blijven zoeken naar verbetering van de zorg voor alle betrokkenen, ongeacht de etnisch-culturele achtergrond.*

Er zijn geen standaardoplossingen voor interculturalisering (Talloen 2008). Het is met andere woorden fijngesneden maatwerk, afgestemd op de specifieke omstandigheden van elke zorgvoorziening, haar publiek en personeel. Daarom zal elk interculturaliseringsproces dan ook zijn eigen kenmerken, succesfactoren en hinderpalen kennen. Toch kunnen we drie sleutelelementen aanstippen (Talloen 2008):

1. **De zorgvoorzieningen zijn aan zet.** Ze moeten actief en proactief de nodige stappen zetten om te komen tot een interculturele werking. Passief afwachten is geen zinvolle optie.
2. **Tijd en communicatie met alle betrokkenen.** Het is cruciaal de tijd te nemen om het belang van het interculturaliseringsproces voor de eigen voorziening aan te duiden en te omschrijven, net als de terreinen waarop er veranderingen nodig zijn en het engagement dat moet worden aangewakkerd. Wanneer iedereen hierin betrokken wordt, kan men via overleg en inspraak werken aan een gedegen draagvlak.
3. **Het interculturaliseringsproces werkt in op vier domeinen:** (1) organisatiebeleid, (2) personeelsbeleid, (3) zorgontvangers, (4) zorgaanbod.

3.2. Aandachtspunten

Bij een cultuurgevoelige zorgverlening zijn er verschillende punten die specifieke aandacht verdienen. In aansluiting bij de bovenvermelde vier domeinen van het interculturaliseringsproces stippen we op exemplarische wijze inhoudelijke aandachtspunten aan. Ze bieden een uitgangspunt voor een interculturele werking. In de bijlage voorzien we de belangrijkste contactpunten en informatiebronnen die kunnen helpen om het interculturaliseringsproces binnen de eigen zorgvoorziening concreet te begeleiden.

3.2.1. Organisatiebeleid

Op het niveau van het organisatiebeleid van zorgvoorzieningen impliceert interculturalisering een fundamentele werking met langetermijnperspectief. Dat houdt in:

- Dat men als onderdeel van de sociale ethiek de vraag stelt naar de plaats van de zorgvoorziening in het bredere Vlaamse landschap met haar specifieke kenmerken en evoluties. Wat is ons publiek? Wat moeten of kunnen we verwachten? Welke zijn de actiedomeinen om toegankelijkheid te garanderen voor iedereen, ongeacht de etnisch-culturele achtergrond?
- Ontwikkeling van visie en strategische doelen op lange termijn. Aandacht voor het formuleren van de fundamentele waarden waarmee men zich als zorgvoorziening identificeert (bv. een christelijk geïnspireerde zorgverlening; engagement tot kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke zorg voor iedereen ingevuld op basis van het personalistische gedachtegoed; zorg als relatie; relationele autonomie...) en voor hoe deze waarden zich verhouden tot de eigen interculturele werking (bv. engagement tot professionele zorgverlening volgens de objectieve kwaliteitscriteria van geneeskunde en zorg en volgens de deontologische principes; engagement tot interculturele dialoog; bevestiging van de gelijkwaardigheid van man en vrouw; afwijzen van geweld; respectvolle conflict-hantering, etc.).
- Concrete aandacht voor interculturele werking binnenshuis, onder meer door de interne organisatie van reflectiemomenten en denkdagen (Hoe staat iedereen ertegenover? Wat zijn onze specifieke noden? Wat kunnen we doen? Hoe pakken we dit aan?). Ook is het aangewezen om binnen de zorgvoorziening een duidelijk aanspreekpunt te organiseren, waar iedereen ad hoc terecht kan voor informatie. Ook kan dit punt dienen voor het aannemen van probleempunten in de interculturele zorgverlening, zodat binnenshuis een inschatting van het interculturele klimaat mogelijk is.
- Ondersteuning van contact en samenwerking met externe partners (provinciale diensten, lokale dienstencentra, allochtone gemeenschappen en zelforganisaties, integratiesector, diversiteitssector, opleidingscentra, resoc's, tolk- en vertaaldiensten...) (zie ook bijlage 2).

Interculturalisering is met andere woorden een voortdurende en actieve zoektocht, een blijvend proces, afgestemd op de specifieke omstandigheden van elke zorgvoorziening en haar publiek.

- Globaal is het van belang dat dit besef van langetermijnwerking wordt ondersteund op organisatieniveau.

3.2.2. Personeelsbeleid

Een cultuurgevoelige zorgverlening rust in belangrijke mate op een goede samenwerking tussen leidinggevenden en personeel.

Op vlak van ondersteuning van het personeel impliceert dat:

- Dat men aandacht heeft voor de verhoging van de interculturele competenties van de hulpverleners via het aanbod van opleiding en vorming over culturele diversiteit in de zorg (bv. rond etnisch-culturele minderheden in het algemeen, preventie en levensstijl, mantelzorg en de rol van de familie, cultureel bepaalde aspecten van zorg en behandeling, palliatieve zorg en rituelen bij overlijden, omgangsvormen, conflicthantering, etc.).
- Dat men aandacht heeft voor het verlenen van voldoende feedback aan de hulpverleners over cultuurgevoelige kwesties in de zorg (via bijvoorbeeld ad-hocbesprekingen n.a.v. een bepaalde casus, frequente organisatie van thematische reflectiemomenten, uitwisseling van ervaringen).
- Dat men systematisch aandacht heeft voor de specifieke noden van het personeel op vlak van cultuurgevoelige hulpverlening (bv. nood aan interculturele bemiddeling, aan

contacten met spirituele begeleiders, aan een schriftelijk ethisch beleid over cultuur-gevoelige kwesties in de zorg).

- Dat men in het bestaande schriftelijk ethisch beleid over ethische thema's (bv. euthanasie, zwangerschapsafbreking, fixatie...) aandacht heeft voor cultuurverschillen in deze kwesties.
- Dat men doelgericht werkt aan etnisch-culturele diversificatie in het personeelsbestand en dat op alle niveaus in de zorgvoorziening (voor concrete aanknopingspunten, zie bijlage 1, §9).

Omgekeerd impliceert het ook:

- Dat men als leidinggevende ten aanzien van het personeel het nodige engagement tot interculturalisering mag vragen om tot goede cultuurgevoelige zorgverlening te kunnen komen.
- De gezamenlijke bereidheid tot kritische zelfevaluatie. Verdienen we het vertrouwen van onze allochtone zorgontvangers op voldoende wijze? Kunnen we verbeteren? Hoe kunnen we dat doen? Op welke vlakken is het nodig, en welke kwesties zijn niet relevant voor de zorgverlening?

3.2.3. Zorgontvangers

Goede zorg bij culturele diversiteit vertrekt van de zorgbehoefte van de patiënt of bewoner. Geïnterpreteerd in de lijn van het personalisme houdt dat in:

- Dat men elke zorgontvanger steeds als een gehele persoon benadert en rekening houdt met de verschillende dimensies (sociaal, relationeel, psychisch, fysiek, spiritueel) die samen iedere mens tot een unieke persoon maken met een geheel eigen levensverhaal, gekleurd door een specifieke culturele achtergrond.
- Dat men aandacht heeft voor de interpersoonlijke en interculturele diversiteit in behoeften. Houden we in de zorgverlening voldoende rekening met de brede culturele achtergrond van de zorgontvangers (bv. specifieke religieuze gewoontes en gebruiken, cultuurgevoelige en/of religieuze aspecten van maaltijdzorg, vastenperiodes, etc.)? En gaan we hierbij in de eerste plaats uit van de dialoog om te detecteren welke aspecten voor deze persoon belangrijk zijn en in welke mate? Iedereen is immers verschillend (zie ook bijlage 1, §8).
- Dat men de rol en bijdrage van spirituele en levensbeschouwelijke zorgverlening in deze kwesties optimaal erkent en benut.

Tevens houdt het in:

- Dat men ten aanzien van de patiënten en bewoners op wederkerige wijze respect mag vragen voor de specifieke identiteit van de hulpverleners en de zorgvoorziening, en voor de waarden die centraal staan in hun zorgengagement. De interculturele dialoog in de zorg is gestoeld op wederzijds respect.
- Dat men in de interculturele werking de behoeften en bekommernissen van de autochtone zorgontvangers en hun omgang met culturele verschillen niet uit het oog verliest. Interculturalisering in de zorg is een proces waarin ook de autochtone patiënten en bewoners betrokken partij zijn.

3.2.4. Zorgaanbod

Op vlak van het zorgaanbod is het van belang om bijzondere aandacht te schenken aan specifieke elementen die onderdeel zijn van de cultuur van vertrouwen in de zorg en die rechtstreeks invloed hebben op de kwaliteit van de zorgverlening. Dat veronderstelt dat men aandacht heeft voor de volgende vragen:

- Zijn vraag en aanbod voldoende op elkaar afgestemd? Welke drempels zijn er? Hoe kunnen we die identificeren? Werken we op dit vlak voldoende samen met externe partners (bv. experts in cultuurgevoelige zorgverlening, ervaringsdeskundigen, integratiediensten, allochtone gemeenschappen en zelforganisaties, resoc's, etc.) of zijn er nog onontgonnen pistes? (Zie ook bijlage 2.)
- Is de taalbarrière een probleem binnen onze voorziening? Kunnen we die overwinnen? Hoe kunnen we dat doen? Welke inspanningen leveren we al? Benutten we de bestaande mogelijkheden (bv. interculturele bemiddeling, professionele tolken, pictogrammen, etc.) voldoende of is hier verbetering mogelijk? (Zie ook bijlage 1, §2.)
- Besteden we voldoende aandacht aan de culturele determinanten van ziektebeleving (klachtenexpressie), van diagnostisch onderzoek (bv. man-vrouwverhoudingen), van behandelingsmodaliteiten (bv. medicijnen die varkensderivaten of alcohol bevatten, ramadanperiode, visie op bloedtransfusie, transplantatie, zwangerschapsafbreking), van zorggedrag (bv. bezoeksregeling, maaltijdzorg), van levenseindezorg (bv. palliatieve zorg, euthanasie), en van zorg voor de overledene en de naasten (rituelen)? (Zie ook bijlage 1.)
- Hebben we structurele aandacht voor de identificatie van probleempunten die leiden tot minder goede zorgverlening voor allochtone zorgontvangers (bv. systematisch terugkerende conflictvelden)?
- Hebben we structurele aandacht voor het werken naar oplossingen (bv. werking rond cultuurgebonden conflicthantering, aanduiden van sleutels tot constructief en compromisericht werken, ontwikkeling van heldere ethische beleidsdocumenten over de aanpak van bepaalde cultuurgevoelige kwesties, duidelijk formuleren van grenzen waar nodig)? En zijn we hierin consequent?
- Hebben we oog voor alle relevante betrokkenen die kunnen helpen in het vinden van een ethisch verantwoorde omgang met culturele diversiteit in de zorg? Hierbij is het aangewezen om een breder perspectief te hanteren dan enkel de as patiënt/familie en hulpverleners. Ook actieve diversificatie van het personeelsbestand, als spiegel van de samenleving, biedt belangrijke mogelijkheden.

3.3. *Pragmatische blik*

Vele punten binnen de interculturele zorgverlening kunnen worden opgelost door een pragmatische visie en aanpak.

3.3.1. **Zoeken naar praktisch-haalbare oplossingen**

Als globaal perspectief op goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit is het van belang te weten dat het weinig zinvol is te blijven steken in theoretische en ideologische discussies. Besef van de eigen culturele waarden, van een mogelijke neiging tot stereotypiseren of het bezitten van vooroordelen is een eerste stap (Ang 2007; Gailly 2008). Vervolgens is het altijd goed om vanuit een pragmatische en constructieve visie te zoeken naar praktisch-haalbare oplossingen. Culturele en ideologische verschillen hoeven concrete oplossingen niet in de weg te staan.

Uiteraard kan en hoeft men niet met alles rekening houden. De test is steeds de haalbaarheid van een verzoek voor ogen te houden, gekaderd binnen de context van zorg en genezing. Wanneer is het mogelijk om aan een verzoek tegemoet te komen en wanneer niet? Mogelijkheden en grenzen moeten steeds worden besproken en aangegeven binnen een open en participatief beleid. Het veronderstelt een basisengagement om tot goede communicatie te komen in een sfeer van vertrouwen. Hier moet duidelijk kunnen worden gemaakt: “Wij zijn er voor u, we doen ons best, maar we kunnen niet alles.”

Het vinden van praktisch-haalbare oplossingen binnen een constructieve atmosfeer kan gebeuren op de volgende wijze:

- **Overweeg grondig de vraag: “Is het mogelijk en redelijk om met dit specifieke verzoek rekening te houden?”**
 - Indien ja: dan is een zoektocht naar concrete, haalbare *oplossingen* aangewezen. Steeds begeleid door goede onderlinge *afspraken*.
 - Indien neen: dan dient er zo goed mogelijk te worden *uitgelegd* waarom dat niet kan.

3.3.2. Men staat er niet alleen voor

Uit de literatuur blijkt dat de nood aan pionierswerk door de zorgvoorzieningen groot is (Talloon 2008). Er is nood aan goede praktijkvoorbeelden uit de zorgsector zelf. Hierbij is het van groot belang te weten dat men het interculturaliseringsproces niet alleen en vanaf nul hoeft te doen. Er zijn vele organisaties en diensten die het interculturaliseringsproces mee op weg kunnen helpen. Samenwerking met andere instanties en organisaties (bv. provinciale werkingen, lokale dienstencentra, allochtone gemeenschappen en zelforganisaties, integratiesector/diversiteitssector, opleidingscentra, resoc's, tolk- en vertaaldiensten...) is dan ook zeer belangrijk.

Via samenwerking en overleg kan men vanuit de diversiteitssector kennis verwerven over het allochtone publiek in de omgeving. Wie woont er in de omgeving? Wie zijn de patiënten, cliënten, potentiële bewoners? Welke netwerken, diensten, organisaties kunnen ons helpen? Hoe kunnen we projectmatig werken aan interculturalisering? Omgekeerd kan de zorgsector kennis aanreiken over het zorgaanbod, de aanpak hierbinnen, de organisatiewijze, etc. In bijlage 2 wordt een overzicht van nuttige contactpunten aangeboden.

3.3.3. Er actief mee bezig zijn

Het is een bewuste keuze om de verschillende mogelijkheden inzake interculturalisering te onderzoeken, alternatieven voor bestaande praktijken te overwegen, of er zelfs actief naar te zoeken. Cultuurgevoelige zorgverlening moet zich vooral in de praktijk opbouwen. Actief handelen en pionieren door de zorgvoorzieningen zelf is de boodschap. De expertise van cultuurgevoelige zorgverlening moet immers bij de zorgvoorzieningen komen te liggen, een expertise die wordt opgebouwd door praktijkervaring.

CONCLUSIE

Onze veelkleurige samenleving plaatst ons voor bijzondere uitdagingen. Zorgvoorzieningen worden elk op hun manier uitgedaagd om intercultureel te werken. Deze uitdagingen zijn groot en oplossingen liggen niet meteen voor de hand. In dit proces zal iedereen zoekend en tastend op weg moeten gaan, in de erkenning dat interculturalisering een actief en dynamisch verhaal is dat geschiedt volgens een geheel eigen tempo, ritme en draagkracht. Het is maatwerk *pur sang*.

De zorgvoorzieningen in Vlaanderen hebben er alle belang bij te werken rond etnisch-culturele diversiteit. Immers, wanneer de interculturele dialoog wordt opgevat als een gebeuren waarin men elkaar in verschil kan ontmoeten, waarin het verschil onder woorden kan worden gebracht en er samen gezocht kan worden naar het meest menswaardig mogelijke, dan kan goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit een verrijkende ervaring zijn. Hiervoor zijn er geen garanties of standaardplannen. Maar het is het proberen waard. De sleutel hiertoe is het engagement tot ontmoeting in wederzijds respect en de wens om in dialoog en vertrouwen te komen tot menswaardigheidsbevorderende zorg voor iedereen, van welke culturele achtergrond dan ook.

Het is onze basisopdracht om kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke zorg te realiseren voor iedereen. Interculturaliseren is een onderdeel van het engagement tot persoonlijke, vraaggestuurde zorg op maat voor iedereen die dat nodig heeft, gerealiseerd op basis van dialoog en vertrouwen. Een goede interculturele werking komt ten goede van alle betrokkenen in de zorg: de zorgvoorzieningen, de hulpverleners, de patiënten, cliënten en bewoners. Autochtoon of allochtoon, iedereen heeft er baat bij.

- ALGEMENE DIRECTIE WERKGELEGENHEID EN ARBEIDSMARKT (2008). *De immigratie in België: aantallen, stromen en arbeidsmarkt*. Rapport 2008. Brussel: Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.
- ANG W (2007). Werken met allochtonen: culturele sensitiviteit in de klinische praktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 63; 12: 556-560.
- BERCKMANS V, DHAEZE R, DEBEUCKELAERE E, REYNDERS C, VAN BAUWEL L, VAN HULLE A, VANSPAUWEN M, WUN YU W, VERREPT H (2004). Coördinatoren interculturele bemiddeling: interculturele gangmakers in het ziekenhuis. *Hospitalia* 1: 20-27.
- BUYTAERT E, VANDEDRIJNCK E, LEMMENS G (2009). Psychiatrische stoornissen bij migranten: feiten en hypothesen. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 65; 18: 824-831.
- CARTA M, BERNAL M, HARDOY M, HARO-ABAD JM (2005). Migration and mental health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1; 1: 1-13.
- CUYVERS & KAVS (2001). *De huidige en toekomstige behoeften van allochtone ouderen aan welzijns- en gezondheidsvoorzieningen*. Geel: Katholieke Hogeschool Kempen; Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- DE DIJN H (1992). Grammatica van het vertrouwen. *Tijdschrift voor Filosofie* 54: 214-237.
- DE DIJN H (1993). De grenzen van de autonomie als waarde. *Ethische Perspectieven* 3;1: 3-7.
- DE DIJN H (1997). Kwaliteit en respect in de zorg. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 7;2: 40-44.
- EGGERICKX T, BAHRI A, PERRIN N (2006a). Immigratie en integratie van etnische minderheden in België. *VSGB Nieuwsbrief* 2006; 5: 4-7.
- EGGERICKX T, BAHRI A, PERRIN N (2006b). *Internationale migratiebewegingen en allochtone bevolkingsgroepen. Statistische en demografische gegevens*. GêDAP, SPED, UCL, Brussel: Initiatief Charles Ullens & Koning Boudewijnstichting.
- FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN (2007) Dienst Vreemdelingenzaken, Brussel. Beschikbaar op www.dofi.fgov.be
- FERRANT L (2007). Knelpunten in de interculturele gezondheidszorg. *Clinical News Kliniek Sint-Jan* 25; 6: 8-14.
- GAILLY A (2008). Cultuurgevoelige hulpverlening. Het lijkt politiek correct maar wat is de inhoud? *Cultuur Migratie Gezondheid* 5;3: 152-163.
- GASTMANS C, VANLAERE L (2005). *Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen*. Leuven: Davidsfonds.
- GASTMANS C (2006) The care perspective in healthcare ethics. In A Davis, V Tschudin & L. De Raeve (red.), *Essentials of teaching and learning in nursing ethics. Perspectives and Methods*. Edinburgh: Elsevier, pp. 135-148.
- HAMBACH R, FRANÇOIS G, SARIACHVILI M, VAN DAMME P, VAN HAL G, VAN SPRUNDEL M (2007). Opvang van asielzoekers in België: medische aspecten *Tijdschrift voor Geneeskunde* 63;9: 424-430.
- HELMAN CG (1990). *Culture, Health and Illness*. London, Boston: Wright.
- HOFFMAN EM (1996). Het zijn mensen die elkaar ontmoeten, en niet culturen. In: JE Neef, J Terwolde & KAA Mouthaan (red.) *Handboek interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- HOUTLOSSER M, ENGBERTS D (2003). Verschillen in waarden en normen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 11: 14-21.
- *Jaarverslag Migratie 2009*. 2010. Brussel: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding (CGKR)
- JANSSENS L (1980). Artificial Insemination: Ethical Considerations. *Louvain Studies* 8;1: 3-29.
- LEININGER M (1993). *Cultural care diversity and universality theory*. Newbury Park: Sage.
- LIÉGEOIS A (2009). *Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg*. Leuven: Lannoo Campus.
- LODEWIJCKX E (2007). *Ouderen van vreemde herkomst in het Vlaamse Gewest. Origine, so-*

ciaaldemografische kenmerken en samenstelling van hun huishouden. SVR-rapport 2007/2. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

- OLTHUIS G (2001). Multiculturele gezondheidszorg. Een kwestie van beleid en vaardigheid. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 11;1: 3-8.
- OPDEBEECK H (red.) (2004). *Actief Pluralisme. Een antwoord op onverschilligheid?* Antwerpen: Halewijn.
- PIJNENBURG M (1991). *Verdelen van gezondheidszorg. Een bezinning vanuit christelijk perspectief*. Zeist: Kerckebosch bv.
- RICHTERS JM (1996). 'Medische en psychiatrische antropologie: een terreinverkenning'. In: J De Jong & M van de Berg (red.). *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* Lisse: Swets & Zeitlinger.
- RICHTERS A (2000). Multiculturalisering in de zorg. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 10;3: 83-88.
- TALLOEN D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer.
- TALLOEN D (2008). *Wegwijs in het interculturaliseringsaanbod voor ouderenzorg in Oost-Vlaanderen*. Gent: Provincie Oost-Vlaanderen.
- TONK F (2008). Het belang van vertrouwen. Empowerment en participatie van migranten in de gezondheidszorg. Rotterdam: Mikado.
- TRONTO J (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*. London/ New York: Routledge.
- VAN BOMMEL A (1993). Islam en ethiek in de gezondheidszorg. Den Haag: Oase.
- VAN DER AREND A, GASTMANS C (2002). *Ethisch zorg verlenen. Handboek voor de verpleegkundige beroepen*. Baarn: HBUitgevers.
- VANLAERE L, GASTMANS C (2008a). To be is to care. Een literatuurstudie van het concept 'zorg' en de implicaties voor verpleegkundige zorg. *Ethische perspectieven* 18;2: 203-221.
- VANLAERE L, GASTMANS C (2008b). Zorg en normativiteit. Een kijk vanuit het Leuvense personalisme. *Bijdragen: Tijdschrift voor Filosofie en Theologie* 69;4: 443-469.
- VAN LEEUWEN B (2003). *Erkenning, Identiteit en Verschil. Multiculturalisme en leven met culturele diversiteit*. Leuven: Acco.
- VASSART C (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*. Brussel: Weissenbruch.
- VASSART C (2007). *Migratie en vergrijzing. Syntheserapport*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- VN (2002). Number of world's migrants reaches 175 million mark 2002. New York: press release. Beschikbaar op www.un.org/esa/population/publications/ittmig2002/press-release-eng.htm
- VVI-COMMISSIE VOOR ETHIEK (2002). *Zorg voor een menswaardig levenseinde*. Brussel.
- VVI-COMMISSIE VOOR ETHIEK (2003). *Pluralisme en ethische dialoog in christelijke verzorgingsinstellingen*. Brussel.
- WIDDERSHOVEN G (2000). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Amsterdam: Boom.

BIJLAGE 1: INHOUDELIJKE AANKNOPINGSPUNTEN

Goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit vraagt dat er systematisch inhoudelijke aandacht wordt besteed aan bepaalde aspecten van cultuurgevoelige zorgverlening. In wat volgt behandelen we kort en exemplarisch enkele aanknopingspunten en voorzien we referenties naar standaardwerken over de respectieve thema's. Het biedt aan de zorgvoorzieningen een startpunt en de mogelijkheid om er verder mee op weg te gaan.

1) Algemene informatie over etnisch-culturele diversiteit

Het kan nuttig zijn te starten met inzicht in algemene gegevens over migratie, cultuur, etnisch-culturele diversiteit, interculturele dialoog en cultuurgevoelige zorgverlening. Het verzamelen van deze informatie kan vervolgens worden toegespitst op de specifieke noden van de eigen zorgvoorziening. We denken hierbij aan de sector waarbinnen men opereert, het doelpubliek van zorgontvangers in de omgeving en de specifieke noden ter zake van het personeel.

Startpuntreferenties

- ALGEMENE DIRECTIE WERKGELEGENHEID EN ARBEIDSMARKT (2008). *De immigratie in België: aantallen, stromen en arbeidsmarkt*. Rapport 2008. Brussel: Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.
- ANG W (2007). Werken met allochtonen: culturele sensitiviteit in de klinische praktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 63; 12: 556-560.
- BOUCKAERT L, COLPAERT M (red.) (2006). *Dialoog zonder grenzen? Emmanuel Levinas en het debat over interculturaliteit*. Antwerpen: Halewijn.
- BOUCKAERT L, HANJOUL P (red) (2008). *Boeddha praat met Abraham. Is Vlaanderen rijp voor een interlevensbeschouwelijke dialoog?* Antwerpen: Halewijn.
- BUYTAERT E, VANDEDRINCK E, LEMMENS G (2009). Psychiatrische stoornissen bij migranten: feiten en hypothesen. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 65; 18: 824-831.
- EGGERICKX T, BAHRI A, PERRIN N (2006b). *Internationale migratiebewegingen en allochtone bevolkingsgroepen. Statistische en demografische gegevens*. GÉDAP, SPED, UCL, Brussel: Initiatief Charles Ullens & Koning Boudewijnstichting.
- FERRANT L (2007). Knelpunten in de interculturele gezondheidszorg. *Clinical News Kliniek Sint-Jan* 25; 6: 8-14.
- OLTHUIS G (2001). Multiculturele gezondheidszorg. Een kwestie van beleid en vaardigheid. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 11;1: 3-8.
- OPDEBEECK H (red.) (2004). *Actief Pluralisme. Een antwoord op onverschilligheid?* Antwerpen: Halewijn.
- RICHTERS A (2000). Multiculturalisering in de zorg. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 10;3: 83-88.
- TALLOEN D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer.
- TONK F (2008). *Het belang van vertrouwen. Empowerment en participatie van migranten in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Mikado.
- VAN KERCKHOVE C, VENS E (red.) (2010). *Overgangsrutuelen*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

2) Taal en communicatie

Binnen de interculturele zorgcontext wordt het spreken met elkaar vaak bemoeilijkt door taal- en communicatieproblemen. Cultuurgevoelige zorgverlening houdt in dat men specifiek aandacht besteedt aan de aspecten van taal en communicatie in de zorg. Dat impliceert aandacht voor de twee niveaus van communicatie. Op *inhoudsniveau* speelt het gebrek aan

beheersing van de taal een belangrijke rol. Vooral allochtonen van de eerste generatie zijn vaak de Nederlandse taal niet machtig of kennen enkel de noodzakelijkheden die aan hun werk gerelateerd zijn. Bovendien is het analfabetisme in deze groep nog relatief hoog (Talloen 2007). Door de taalbarrière kan de zorgontvanger er niet zeker van zijn of zijn klachten en bezorgdheden goed worden begrepen. Anderzijds kan de hulpverlener eraan twifelen of afspraken, uitleg of adviezen wel duidelijk worden begrepen en opgevolgd. Op *betrekkingsniveau* spelen de impliciete betekenissen die worden toegekend aan woorden, houdingen, gelaatsuitdrukkingen een rol. Hier gaat het om de gehanteerde communicatiestijl die verschillend kan zijn voor verschillende culturen (open en direct of eerder indirect, zijdelings, of via metaforen...) (Van Bommel 1993).

De taalbarrière zorgt ervoor dat er altijd een vertaalslag nodig is in de zorgrelatie. Hiervoor zijn er verschillende oplossingen die meestal pragmatisch van aard zijn (Talloen 2007; Ang 2007). Denken we aan het bewaren van een schroomvolle afstand, zo eenvoudig mogelijk spreken, korte zinnen gebruiken, geen ja-nee vragen stellen, enkel open vragen stellen, werken met pictogrammen, inschakelen van een familielid als tolk (enkel voor niet-medische, niet-gevoelige boodschappen, voor praktische aspecten omtrent de zorgverlening), een beroep doen op tolkendiensten of interculturele bemiddelaars (tijdens de cruciale momenten van overleg tussen hulpverleners en patiënt) (Berckmans *et al* 2004; Vassart 2005). Het is belangrijk zich ervan te vergewissen dat ernstige misverstanden kunnen voortkomen uit vertalingen door familieleden. Bij twijfel is het aangewezen om een beroep te doen op een professionele bemiddelaar.

Punt is dat de communicatie een drempel zal blijven, maar dat er hiervoor wel vele praktische oplossingen bestaan. Het voornaamste beginpunt is de wens tot een sereen spreken *met* elkaar, i.p.v. een louter spreken *over* elkaar. Dat impliceert dat naast kennis vooral ook de houding van de hulpverlener van essentieel belang is. Een tegemoetkomende houding is een van de belangrijkste succesfactoren voor een goede communicatie (Talloen 2007).

Startpuntreferenties

- ANG W (2007). Werken met allochtonen: culturele sensitiviteit in de klinische praktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 63; 12: 556-560.
- BERDAÏ S, HAÛSER E, VAN BUGGENHOUT M (2009). *Veelkleurige Zorg. Over de invloed van de herkomst van zorgverleners op hun relatie met bewoners van woon- en zorgcentra*, Antwerpen: de8 (Beschikbaar op www.diversiteitswijzer.be). Zie in het bijzonder §1.3 Aanbodniveau - mogelijkheden om de taalkloof te overbruggen, pp. 74-77.
- BERCKMANS V, DHAENZE R, DEBEUCKELAERE E, REYNDERS C, VAN BAUWEL L, VAN HULLE A, VANSPAUWEN M, WUN YU W, VERREPT H (2004). Coördinatoren interculturele bemiddeling: interculturele gangmakers in het ziekenhuis. *Hospitalia* 1: 20-27.
- FERRANT L (2007). Knelpunten in de interculturele gezondheidszorg. *Clinical News Kliniek Sint-Jan* 25; 6: 8-14.
- Talloen D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer, in het bijzonder pp. 52-56.
- VAN BOMMEL A (1993). *Islam en ethiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Oase, in het bijzonder pp. 13-19.
- VASSART C (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*. Brussel: Weissenbruch, in het bijzonder p. 33-38 over interculturele bemiddeling.
- VERREPT H (2002). Interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen. *Hospitalia* 4: 170-174.
- VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER (2007). Allochtonen en kanker. Gids voor hulpverleners. Brussel, in het bijzonder de hoofdstukken over taal en communicatie en over lichaamstaal in de zorgverlening op pp. 11-23.

3) Ziektebeleving en ziektegedrag

Ziektebeleving kan sterk verschillen naargelang de cultuur. Voorbeelden van cultureel bepaalde verschillen in ziektebeleving zijn:

- Mogelijke interpretatie van ziekte en gezondheid als een betekenisvol aspect binnen het leven van de gelovige patiënt, al dan niet direct of indirect, meer of minder verbonden aan de wil van God (Vassart 2005).
- Somatisatie van klachten. Emoties, stress of andere psychische oorzaken worden moeilijk begrepen of geaccepteerd, of worden indirect in lichamelijke termen verwoord.
- Overdreven uitingen van klachten als een manier om de nadruk te leggen op de klacht. Dat gebeurt vooral wanneer de communicatie moeilijk verloopt door de taalbarrière. Tevens kunnen overdreven uitingen een cultureel bepaald gegeven zijn.
- Het verrichten van lichamelijk onderzoek wordt gezien als erkenning van de klacht. In dezelfde lijn wordt het verstrekken van medicatie vaak verwacht.
- Onderscheid tussen ziekten met natuurlijke en met bovennatuurlijke oorzaak. Onder de laatste behoren bijvoorbeeld magie, het boze oog of boze geesten (djinns). Om de effecten van deze bovennatuurlijke oorzaken te bestrijden gebruikt men amuletten, kralen, gebeden, beroep op traditionele genezers (Vassart 2005).

Wanneer hulpverleners geen oog voor hebben voor die dingen, kan dat de oorzaak zijn van misverstanden en narigheid. Zo is het bijvoorbeeld van belang om een amulet of een steen niet zomaar aan te raken of af te nemen tijdens het verzorgen (Talloen 2007; Guillaume 2008). Tegelijkertijd zijn ook hier veralgemeningen te vermijden. Bij migranten is er een diversiteit aan geloof in bovennatuurlijke oorzaken, net zoals dat ook het geval is voor autochtonen en geloof in alternatieve geneeswijzen. Voor hulpverleners is het van belang om zich te verdiepen in de functie en de werkwijzen van alternatieve genezers en te weten wie ze zijn en de betrouwbaarheid ervan te evalueren. Zonder onkritisch te zijn in hun visie en perspectief op geneeskunde en zorg, mag niet bij voorbaat worden uitgesloten dat alternatieve genezers een brugfunctie zouden kunnen vervullen tussen het geloof in bovennatuurlijke en in biomedische of psychosociale oorzaken (De Ridder *et al.* 1993; Verrept 2002/3; Talloen 2007). Door overleg kunnen hulpverleners komen tot een antwoord op de vraag hoe ver kan worden gegaan met gebedsgenezing, of met het dragen of afnemen (voor onderzoek bv.) van bepaalde amuletten en het begeleiden van patiënten hierin. Niettemin is voorzichtigheid aangewezen. Samenwerking en overleg kan zinvol zijn, maar enkel indien dat gebeurt met *betrouwbare* personen (Blom *et al.* 2010).

Startpuntreferenties

- BLOM JD, EKER H, BASALAN H, AOUAJEN Y, WIJBRAND HOEK H (2010). *Hallucinaties toegedicht aan djinns*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 154: A973.
- DE RIDDER H, DE MUYNCK A, FERRANT L, GAILLY A, HUBA W, LOUCKX F, VERVLIET E (1993). *De buitenlandse patiënt. Turken en Marokkanen in de gezondheidszorg*. Gent: Centrum Etnische Minderheden en Gezondheid.
- GUILLAUME M (2008). *Zorgverleners en moslims: duel of duo?* Brussel: El Kalima Christelijk Centrum voor Relaties met de Islam, in het bijzonder pp. 18-23.
- TALLOEN D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer, in het bijzonder pp. 62-66.
- VAN BOMMEL A (1993). Islam en ethiek in de gezondheidszorg. Den Haag: Oase, in het bijzonder pp. 20-31.
- VASSART C (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*. Brussel: Weissenbruch, in het bijzonder pp. 16-17.
- VERREPT H. (2002/3). Traditionele genezers in de Marokkaanse gemeenschap in Brussel. *Cultuur en Migratie* 20;1: 77-125.

4) Onderzoek en verzorging

In sommige culturen speelt de schroom een belangrijke rol in het sociale gedrag. Schroom verwijst naar een gevoel van schaamte of verlegenheid bij zaken met een seksueel karakter of bij naaktheid (Guillaume 2008). Wanneer de schroom onvoldoende in acht wordt genomen, kunnen op diagnostisch en therapeutisch vlak moeilijkheden ontstaan. In dat verband is het voor hulpverleners van belang om voldoende in overleg te treden, duidelijke informatie te geven, eventueel geleidelijk verlopend onderzoek voor te stellen (Vassart 2005).

Ook het verzoek om behandeld of verzorgd te worden door iemand van hetzelfde geslacht kan geschraagd zijn op religieuze motieven. Zo is het mogelijk dat de leefwereld van mannen en vrouwen sterk gescheiden wordt beleefd waardoor een man en een vrouw die geen familie of goede bekenden zijn, elkaar niet mogen aanraken. Zo komt het voor dat patiënten – meer of minder nadrukkelijk – kunnen verzoeken om door iemand van hetzelfde geslacht te worden verzorgd.

In dat verband is soepelheid en pragmatisme aangewezen (Vassart 2005; Talloen 2007). Vooreerst voorziet de Code van geneeskundige plichtenleer in de mogelijkheid om zijn arts vrij te kiezen. Tevens moeten we ons eraan herinneren dat de keuze voor iemand van hetzelfde geslacht ook vaak door autochtone zorgontvangers wordt gesteld (het verkiezen van een vrouwelijke gynaecoloog bv.).

- In de klinische praktijk is het aangewezen om te kijken of het verzoek op een eenvoudige manier kan worden ingewilligd. Dankzij de vervrouwelijking van de geneeskunde zijn mannelijke en vrouwelijke zorgverleners vaak tegelijk aanwezig in de zorgvoorzieningen, waardoor een keuze mogelijk is.
- Wanneer er geen keuzemogelijkheid is (bv. in geval van hoogdringendheid en tekort aan personeel van hetzelfde geslacht), is het aangewezen om van de basisgedragslijn af te wijken. Ervaringsdeskundigen gaven aan dat het in acht nemen van deze gevoeligheden door expliciet te erkennen dat het voor de patiënt niet evident is, de patiënt gerust te stellen door uitleg te geven bij wat ze precies moeten doen, al veel helpt.

De zorgvoorziening kan hierover het beste een transparant beleid uitwerken. Om conflicten en discussies te vermijden kan het nuttig zijn om desbetreffende gedragslijnen (bv. inzake genderkwesties in de zorg) en regels van de zorgvoorziening of dienst (bv. de spoeddienst) duidelijk te communiceren naar alle hulpverleners, en eventueel zelfs te afficheren zodat ze ook duidelijk zijn voor de zorgontvangers en hun begeleiders.

Startpuntreferenties

- TALLOEN D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer, in het bijzonder pp. 60-62.
- VASSART C (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*. Brussel: Weissenbruch, in het bijzonder pp. 18, 24-26.
- VAN BOMMEL A (1993). *Islam en ethiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Oase, in het bijzonder pp. 32-34.

5) Behandlingsmodaliteiten

Bij moslimpatiënten kan het voorkomen dat een voorgeschreven behandeling geen verboden substanties mag bevatten. De kans dat er in medicijnen niet-toegestane elementen (bv. medicijnen die varkensderivaten of alcohol) zitten, kan patiënten ertoe aanzetten om ze niet in te nemen omdat ze er niet zeker van zijn dat de producten conform de voorgeschreven religieuze regels zijn. Toch zijn er omstandigheden waarin deze middelen wel mogen worden gebruikt, nl. als er geen alternatief is en als de behandeling noodzakelijk is voor het over-

leven van de patiënt (Vassart 2005; Talloen 2007). In ieder geval is er nood aan duidelijke informatie en grondig overleg tussen hulpverleners en patiënten, eventueel in aanwezigheid van geestelijke raadgevers, om af te toetsen in welke mate er wel of niet rekening kan worden gehouden met de religieuze voorschriften en wat de mogelijke consequenties zijn.

Een ander gegeven waarmee zorgverleners best rekening houden is de ramadanperiode oftewel de jaarlijkse vastenmaand, een periode van vasten, bezinning en sociale contacten. Tijdens deze periode moeten moslims zich tussen zonsopgang en zonsondergang onthouden van voedsel, drank, tabak en seksuele betrekkingen. Na zonsondergang mag er wel worden gegeten. Dat gebeurt meestal in familieverband of onder vrienden. Sommigen zijn ontslagen van de ramadan om gezondheidsredenen, bv. zieken of vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven (Guillaume 2008). Vaak is het mogelijk voor hen om op een latere periode te vasten. Hierover kan men onderhandelen. Soms worden hospitalisaties of behandelingsmomenten uitgesteld, als dat geen gevaar oplevert voor de patiënt. Tijdens een spoedgeval is het meestal duidelijk dat er niet kan worden gevast. ***In ieder geval lijken godsdienstrituelen en ziekte minder onverzoeelijk wanneer zorgverstrekkers de tijd nemen om te begrijpen wat prioritair is voor de zieke en om de risico's in te schatten*** (Guillaume 2008). In elk geval moet de zieke hiervan op de hoogte worden gebracht en is ethisch gezien de beslissing het resultaat van grondig overleg. Aanwezigheid van de imam of de intercultureel bemiddelaar in dit overleg kan helpen.

Andere aspecten rond specifieke behandelingen (bv. kanker, voortplanting, euthanasie, transplantatie, etc.) kunnen worden geraadpleegd via de onderstaande lijst van startpuntreferenties.

Startpuntreferenties

- GUILLAUME M (2008). *Zorgverleners en moslims: duel of duo?* Brussel: El Kalima Christelijk Centrum voor Relaties met de Islam, in het bijzonder pp. 24-40 over voorschriften, zorgverlening en medische behandeling.
- VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER (2007). *Allochtonen en kanker. Gids voor hulpverleners*. Brussel.
- VAN BOMMEL A (1993). *Islam en ethiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Oase, in het bijzonder pp. 60-77 over geboorteregeling en pp. 78-90 over specifieke aspecten zoals transplantatie, autopsie, euthanasie, en aids.
- VASSART C (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*. Brussel: Weissenbruch, in het bijzonder pp. 16-38 over contraceptie, borstvoeding, orgaandonatie, zwangerschapsonderbreking, kunstmatige bevruchting.

6) Zorggedrag

Hier spitsen we kort toe op twee aspecten van zorggedrag, nl. bezoeksregeling en maaltijdzorg.

In vele culturen en religies geldt het bezoeken van zieken als een sociale of religieuze verplichting. De manier waarop allochtone gemeenschappen omgaan met zieke mensen stemt echter niet altijd overeen met de gewoonten en gebruiken in de Belgische ziekenhuizen. Uit het veldwerk blijkt dat er zich hoofdzakelijk drie grote problemen voordoen. (1) Familieleden en vrienden van allochtone patiënten begrijpen niet altijd de regeling voor bezoeken. (2) Allochtone patiënten krijgen vaak veel bezoek. (3) De regel van stilte in de Belgische ziekenhuizen vormt vaak een struikelblok.

Uit ervaringen van mensen uit de zorgpraktijk, van interculturele bemiddelaars en van ombudsdiensten, leren we dat het zeer belangrijk is om duidelijkheid, coherentie en consequentie na te streven. Het is zeer zinvol om al van bij de opname duidelijke regels af te spreken

over bezoeksafspraken en die consequent toe te passen. Zo wordt vermeden dat hulpverleners plots individueel regels moeten instellen op het moment dat er zich moeilijkheden voordoen. Duidelijke bezoeksregels op afdelings- of voorzieningsniveau bieden een ijkpunt voor iedereen. Het kan zelfs zeer zinvol zijn om die afspraken duidelijk te afficheren op de dienst. Hierbij kan de voorziening ook duidelijk maken dat ze begrip heeft voor de achtergrond van mensen, alsook kennis van culturele verschillen inzake bezoek. Tegelijk biedt het ruimte om de cultuur en werking van de zorgvoorziening duidelijk te maken. Wanneer uitzonderingen worden toegestaan, is het belangrijk dat die door heel de afdeling worden gedragen en consequent worden toegepast. Het is aangewezen om die uitzonderingen klaar en duidelijk vast te leggen voor iedere betrokkene.

Dat brengt ons bij de maaltijdzorg. Maaltijden worden in de zorgvoorzieningen vaak aangepast aan religieuze of culturele gewoonten en dat is belangrijk. Het is de erkenning dat eten een belangrijk gegeven is in de menselijke cultuur. Het maaltijdgebeuren heeft immers een belangrijke sociale, psychologische en religieuze betekenis (Gastmans & Vanlaere 2005). In het geval van behandeling en zorgverlening komt het echter voor dat artsen een dieet voorschrijven dat moeilijk te vertalen is naar de eigen eetgewoonten van de allochtone patiënt. Wanneer de patiënt de voedingsadviezen negeert, kunnen twee problemen ontstaan (Vlaamse Liga tegen Kanker 2007). Ten eerste kan dit aanleiding geven tot vervelende discussies tussen zorgverlener en patiënt, die de noodzakelijke vertrouwensrelatie ondergraven. Ten tweede kunnen bepaalde voedingsmiddelen de doeltreffendheid van de medische behandeling in gevaar brengen.

Ook hier is het van belang om de patiënt en de familie te wijzen op de redenen van het dieet en op wat kan gebeuren als de patiënt het dieet niet volgt. Eventueel kan een zorgverlener navragen wat een allochtone patiënt wel of niet mag eten volgens de voedselvoorschriften en vervolgens in samenspraak met de patiënt, de diëtist, de keuken, de interculturele bemiddelaar een menu opstellen waarin de patiënt zich kan vinden. Zo wordt mogelijk vermeden dat de familie zelf eten begint mee te brengen. Voor zorgvoorzieningen met relatief veel Joodse patiënten of moslimpatiënten kan het een oplossing zijn om samen te werken met een Joods of islamitisch cateringbedrijf. Uiteraard verschilt het voedingsbeleid per zorgvoorziening en is het afhankelijk van specifieke kenmerken en mogelijkheden.

Startpuntreferenties

- GUILLAUME M (2008). *Zorgverleners en moslims: duel of duo?* Brussel: El Kalima Christelijk Centrum voor Relaties met de Islam, in het bijzonder pp. 24-40 over voedselvoorschriften.
- TALLOEN D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer, in het bijzonder pp. 57-60.
- VASSART C (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*. Brussel: Weissenbruch, in het bijzonder pp. 29-30, 33 over voeding.
- VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER (2007). *Allochtonen en kanker. Gids voor hulpverleners*. Brussel, in het bijzonder de hoofdstukken over bezoek en voeding op pp. 93-103.

7) Levensindezorg en zorg voor de overledene en naasten

Omgaan met sterven en dood verschilt van persoon tot persoon en wordt individueel, sociaal en cultureel verschillend ingevuld. Verschillende culturen hebben heel verscheiden rituelen en stelsels ontwikkeld, die grondig van elkaar kunnen verschillen. De nabije dood maakt dat alles met zeer veel emotie wordt beleefd, waardoor extra spanningen kunnen opduiken. Hoe beter een hulpverlener zich hiervan bewust is, des te waardiger men de patiënt en zijn familie kan begeleiden in dit proces. Uit de literatuur (Vlaamse Liga tegen Kanker, 2007; Van Bommel 1993; Vassart 2005) destilleren we kort vijf aandachtspunten.

(1) Onbekendheid met palliatieve zorg. De meeste allochtone patiënten willen, net zoals autochtonen, in de terminale fase het liefst thuis worden verzorgd. Deze verzorging thuis is een zware taak die wordt opgenomen door de familie. Vaak zijn allochtone mantelzorgers echter nauwelijks op de hoogte van palliatieve thuiszorgmogelijkheden. Hier is een belangrijke informerende taak weggelegd voor de hulpverleners, bv. bij ontslag uit het ziekenhuis.

(2) Medische beslissingen rondom het levenseinde. Een beslissing om een behandeling stop te zetten kan voor grote problemen zorgen wanneer ze niet grondig is besproken met de familie, de interculturele bemiddelaar en de geestelijke of spirituele begeleider. Hierbij is het van belang om duidelijk te maken dat de beslissing om een behandeling stop te zetten niet in strijd hoeft te zijn met de godsdienst. Ook kan het op prijs worden gesteld wanneer men een geestelijke begeleider inschakelt voor medische beslissingen rondom het levenseinde en voor de rituele handelingen rondom het sterven.

(3) Bij sommige etnisch-culturele minderheden is er geen cultuur van opbaren van de doden. Daarom proberen alle vrienden en familieleden bij leven afscheid te nemen. En dus komt er meer bezoek naarmate het levenseinde nadert. Dat moment is zeer belangrijk voor de gemeenschap. De familieleden dienen aanwezig te zijn om te bidden voor de stervende en om troost te bieden. Hoe soepeler er in deze context gelegenheid is voor bezoek door familie en kennissen, des te minder spannend en pijnlijk wordt het moment van afscheid ervaren.

(4) Grote expressiviteit bij het tonen van gevoelens van verdriet. Na de dood komt het verdriet van de nabestaanden. Dat wordt op verschillende manieren geuit. Wanneer dat gebeurt op een luidruchtige manier, kan dit in het gedrang komen met de regels van rust en stilte. Voor zorgvoorzieningen met een groot aandeel aan patiënten uit expressieve culturen kan het behulpzaam zijn om een aparte ruimte te voorzien waar rouwverwerking en expressieve uitingen van verdriet mogelijk zijn.

(5) Lijktooi. Ook de zorg voor de doden is sterk bepaald door individuele, sociale en culturele factoren. Bv. bij het overlijden van een moslimpatiënt moet de zorgverlener de familie, vrienden of de imam waarschuwen. Als zorgverlener mag men overleden moslims namelijk niet wassen of afleggen. Het is zeer belangrijk om hiermee rekening te houden. Wanneer de zorgverlener hiervan niet op de hoogte is, kan een hevig conflict ontstaan met de familie. In ieder geval is het aangewezen om de gewoontes rond lijktooi van de verschillende culturen waarmee men in de zorgvoorziening in aanraking komt, te kennen. Het kan nuttig zijn om in overleg met geestelijke begeleiders, interculturele bemiddelaars, pastores e.a. een informatiedocument op te stellen voor alle zorgverleners in de voorziening.

(6) In alle gevallen geldt het volgende: bij twijfel over de gepaste gebruiken of rituelen is het altijd aangewezen om contact op te nemen met de interculturele bemiddelaar en/of geestelijke begeleider.

Startpuntreferenties

- BROECKAERT B (2005). *Grote rituelen in wereldgodsdiensten*. Leuven.
- CARITAS CATHOLICA VLAANDEREN (2006). *Afscheid van het leven. Rituelen omtrent sterven en dood in verschillende wereldgodsdiensten*. Brussel.
- COUWENBERGH M (2005). *Stervensbegeleiding, rouwrituelen en rouwverwerking in de multiculturele samenleving: Servicemap*. Rotterdam.
- ELISABETH. Website rond pastorale zorg. *Lijden en dood in een multireligieuze context*. Praktische handleiding rond rituelen en gebruiken bij ziekte en overlijden in verschillende godsdiensten en culturen. Beschikbaar op: <http://www.pastoralezorg.be/514/tools/thomas/lijden/multireligiositeit-en-li>

- GUILLAUME M (2008). *Zorgverleners en moslims: duel of duo?* Brussel: El Kalima Christelijk Centrum voor Relaties met de Islam, in het bijzonder pp. 15-17.
- PIJNENBURG M (2006). *Multicultureel sterven in het ziekenhuis*. Budel.
- TALLOEN D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer, in het bijzonder pp. 73-74.
- VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER (2007). *Allochtonen en kanker. Gids voor hulpverleners*. Brussel, in het bijzonder pp. 131-141.
- VAN BOMMEL A (1993). *Islam en ethiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Oase, in het bijzonder pp. 91-106.
- VAN KERCKHOVE C, VENS E (red.) (2010). *Overgangsrituelen*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- VASSART C (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*. Brussel: Weissenbruch, in het bijzonder pp. 19-20, 33-34.

8) Religieuze gebruiken

Bij elke godsdienst is er grote verscheidenheid in de manier waarop die wordt beleefd en gepraktiseerd. Voor hulpverleners is het belangrijk te weten in welke mate religie belangrijk is voor de zorgontvanger en na te gaan hoe hiermee rekening kan worden gehouden (Foblets & Martiniello 2005). Is er tijd en ruimte nodig voor het gebed, voor rituele reiniging? Hoe kunnen we de verzorging tijdens de vastenperiode aanpakken? Welke zijn de belangrijkste religieuze feestdagen? Zijn er contacten met beschikbare geestelijken voor de verschillende groepen? Welke zijn de belangrijkste wetenswaardigheden over het overlijden en begraven?

Ook op dit vlak is kennis over de gebruiken, een tegemoetkomende houding en gespreksmatige vaardigheden zoals luisteren, vragen stellen, informatie geven, afspraken maken en onderhandelen, van groot belang. Hulpverleners die niet op de hoogte zijn van bepaalde gebruiken kunnen in conflict treden met de patiënt of de familie. Anderzijds kan aandacht voor de religieuze gebruiken een positieve atmosfeer creëren. Het kan bijvoorbeeld een aangename verrassing zijn wanneer het zorgpersoneel op de hoogte is van een religieuze feestdag en hieraan aandacht schenkt. Hiermee worden bruggen gebouwd.

Startpuntreferenties

- FOBLETS M, MARTINIELLO M (2005). *Actieve publieke uiting van religieuze en levensbeschouwelijke overtuigingen. Ervaringen – praktijken – beleid*. Brussel: Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding. In het bijzonder 'Deel 3 Gezondheids- en welzijnssector' pp. 35-41.
- KMS - Kerkwerk Multicultureel Samenleven. *Jaarkalender "Feesten met de burens"*. Een jaarlijkse kalender waarin verschillende religieuze feest- en hoogdagen zijn opgenomen. Te bestellen via www.kms.be.
- TALLOEN D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer, in het bijzonder pp. 67-72.
- VAN KERCKHOVE C, VENS E (red.) (2010). *Overgangsrituelen*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

9) Etnisch-culturele diversiteit in personeelsbeleid

En *last but not least*: ervaringsdeskundigen, integratiecentra en verschillende studies benadrukken dat etnisch-culturele diversificatie van het personeelsbestand een grote invloed heeft op de verbetering van de culturele sensitiviteit binnen de hulpverlening. Een multi-etnisch personeelsbestand is, als spiegel van de samenleving, een belangrijke component van het interculturaliseringsproces binnen de zorgvoorziening.

Vele zorgvoorzieningen hebben al een divers personeelsbestand, hoewel nog niet op alle niveaus. Het is vooral de kunst dit potentieel ten volle te benutten. Als diversiteit namelijk op een efficiënte manier wordt ingezet, dan haalt men meer creativiteit, flexibiliteit en innovatie in huis (Bektas et al. 2010). Het managen van diversiteit betekent dat de voorziening de etnisch-culturele verschillen bewust inzet ten voordele van de zorgontvangers, de medewerkers en de zorgvoorziening in haar geheel.

- Vooreerst heeft het invloed op *de kwaliteit van zorg*. Een divers personeelsbestand biedt niet alleen meer kennis over culturele en individuele verschillen en invalshoeken, maar biedt vooral een waaier aan perspectieven en vaardigheden om met die verschillen om te gaan (Berdai et al. 2009).
- Hierdoor wordt ook de *bredere zorgcultuur* binnen de voorziening beïnvloed. Het is makkelijker aan te sluiten bij de noden van de zorgontvangers en van de hulpverleners, het is positief voor de arbeidsmotivatie van de hulpverleners en het kan leiden tot betere verhoudingen tussen alle betrokkenen.

Tegelijk heeft onderzoek ook aangetoond dat etniciteit, als een van de factoren die mee de persoonlijkheid van de zorgverlener vormen, een begrensde invloed heeft op de zorgrelatie. Het geheel aan ervaringen, de vriendelijkheid van de hulpverleners, de professionaliteit van de zorgverlening en de mogelijkheid tot communicatie en dialoog zijn veel belangrijker voor de zorgrelatie (Berdai et al. 2009; Declercq et al. 2006). Kortom, het gaat om de complementariteit van diverse fundamentele zorgkwaliteiten.

Een duidelijk etnisch-cultureel diversiteitsbeleid houdt in *ethisch* opzicht onder meer het volgende in:

- Aandacht voor etnisch-culturele diversiteit in het wervings- en selectiebeleid, in het onthaalbeleid voor nieuwe medewerkers, in het vormingsbeleid, in het begeleiden van doorstroming en het vermijden van uitstroom, maar ook aandacht voor de plaats van dat alles in de bredere organisatiecultuur: “Wie zijn wij, wat is onze zorgvisie, hoe denken we over etnisch-culturele diversiteit en hoe geven we dat concreet vorm in onze zorgvoorziening?”
- Het benadrukken van de uniciteit van iedere medewerker. Het komt erop aan de zorgverlenende kwaliteiten (zoals tijd, aandacht, persoonlijk contact, luisterbereidheid) en de professioneel-technische vaardigheden (kennis en kunde) zo veel mogelijk te benutten en te waarderen. De etnisch-culturele achtergrond is een van de vele dimensies van de persoon, met een bepaalde maar begrensde invloed op de zorgrelatie. Het komt er vooral op neer dat ieder zich vanuit zijn eigenheid kan inschrijven in de zorgvisie van de voorziening. Dat geschiedt in een proces van dialoog.
- De etnisch-culturele achtergrond van de medewerkers is een gegeven dat een voorziening ten goede kan benutten wanneer die bijdraagt tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg en de bredere zorgcultuur. Kortom, in de overweging of men ruimte zal maken voor bepaalde etnisch-culturele verzoeken van personeelsleden (bv. het dragen van de hoofddoek, het nemen van gebedspauzes, het vieren van een feestdag, het volgen van de vastenperiode, etc.) is het aangewezen om na te gaan in welke mate het positief, dan wel negatief invloed heeft op de kwaliteit van zorg, de bredere zorgcultuur en de motivatie van de medewerkers, en hoe hier een optimale situatie kan worden gecreëerd. Zo kan de hoofddoek bv. door eenvormigheid van kleur en vorm perfect worden geïntegreerd in het uniform en als dusdanig een onderdeel zijn van de arbeidskledij. Een zorgvuldige afweging van verschillende factoren is telkens aangewezen.
- In de voorziening worden geen waarheidsgevechten gehouden, maar creëert men ruimte voor dialoog over achterliggende motieven, behoeften of belangen, in de volle erkenning van het feit dat het realiseren van de interculturele dialoog niet per definitie een eenvoudige

dige zaak is. Toch investeert een voorziening op die manier in het ontmoeten en verbinden van mensen en kan iedereen elkaar misschien beter begrijpen.

- Leidinggevendens spelen hierbij een cruciale rol. Niet alleen hebben ze een voorbeeldfunctie in het verwerven en toepassen van de eigen interculturele competenties. Ze hebben ook een verantwoordelijkheid in het proactief bieden van kaders en ondersteuning voor het personeel om met etnisch-culturele kwesties om te gaan. Daarbij denken we aan hoe een team/organisatie omgaat met vooroordelen of uitingen van racisme, taal- en communicatieproblemen, de organisatie van de personeelsbezetting, etc.
- Het uitwerken van een diversiteitsplan op maat is een middel om samen met het personeel aan de slag te gaan en zo in dialoog te werken aan kwaliteitsvolle interculturele zorgverlening.

Voor een globale werking rond etnisch-culturele diversiteit in personeelsbeleid en het uitwerken van een diversiteitsplan op maat van de voorziening zijn de regionale integratiecentra en RESOC's (Regionaal Economisch Sociaal Overleg Comité) onontbeerlijk. Ze geven professionele ondersteuning bij het opmaken en opvolgen van een diversiteitsplan. Voor contactgegevens, zie bijlage 2.

Startpuntreferenties

- ADAM I, REA A (2010). *Culturele diversiteit op de werkvloer. Praktijken van redelijke aanpassing in België*. Brussel: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding. (Beschikbaar op www.diversiteit.be)
- BEKTAS M, BERDAÏ S, EL OSIRI M, FREDERIX S, GROSSI V, GÜZEL A, MIGO I, BOECKX M, TILSLEY L, VAN HOREBEEK K (2010). *Gids voor een interculturele ouderenzorg*. Antwerpen: de8; Mechelen: Prisma (Beschikbaar op www.diversiteitswijzer.be). In het bijzonder Hoofdstuk 3 'Interculturalisering van management en organisatiebeleid' pp. 13-18.
- BERDAÏ S, HAÛSER E, VAN BUGGENHOUT M (2009). *Veelkleurige Zorg. Over de invloed van de herkomst van zorgverleners op hun relatie met bewoners van woon- en zorgcentra*, Antwerpen: de8 (Beschikbaar op www.diversiteitswijzer.be).
- DECLERCQ A, WELLENS N, DEMAERSCHALK M, DE COSTER I (2006). *De ontwikkeling van een vormingsprogramma over de zorg voor allochtone ouderen in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*. Leuven: LUCAS (document aan te vragen bij LUCAS: 016/ 33 69 10). In het bijzonder Hoofdstuk 6 'Diversiteit in het personeelsbestand' pp. 103-130.
- HERMANS K, VRANKEN R (2010). *Zorginnovatie – Praktijkboek*, Leuven: LUCAS. (beschikbaar op www.zorginnovatie.be). In het bijzonder §1.3 'De innovatiegroep' pp. 21-25 en Hoofdstuk 4 'De beslissingshulp uitdagingen' op pp. 58-62.
- KLEIN BRETELER JJA, THEEUWES JJM, BOS JC, BOEREBOOM MJ (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025*. Den Haag: Zorginnovatieplatform (Beschikbaar op www.zorginnovatieplatform.nl). In het bijzonder Hoofdstuk 4 'Aanbevelingen om het arbeidsaanbod van zorgpersoneel te vergroten' pp. 27-48.
- VANDERLINDEN M, VERMEIREN M, BOUZARMAT I. 2007. *Cliënt of koning? Hoe omgaan met discriminerend gedrag van cliënten? Een kijk op beleid*. Brussel: Vivo (bestelbaar via: www.vivosocialprofit.org)
- BOUZARMAT I, VANDERLINDEN M, VERMEIREN M. 2007. *Cliënt of koning? Hoe omgaan met discriminerend gedrag van cliënten? Tips voor verantwoordelijken*. Brussel: Vivo (bestelbaar via: www.vivosocialprofit.org)
- VERMEIREN M, VANDERLINDEN M, BOUZARMAT I. 2007. *Cliënt of koning? Hoe omgaan met discriminerend gedrag van cliënten? Tips voor verzorgenden*. Brussel: Vivo (bestelbaar via: www.vivosocialprofit.org)

BIJLAGE 2: NUTTIGE CONTACTEN

> *Tolken en vertaaldiensten*

Contactgegevens van sociale tolk- en vertaaldiensten zijn beschikbaar op de website van het Vlaams Minderhedencentrum: www.vmc.be

> *Integratiediensten, integratiecentra & onthaalbureaus*

Contactgegevens van integratiediensten, integratiecentra en onthaalbureaus in Vlaanderen zijn beschikbaar op de website van het Vlaams Minderhedencentrum: www.vmc.be
De integratiecentra zijn uitstekende contactpunten om te starten met interculturalisering in de zorgverlening.

> *Koepelorganisaties van etnisch-culturele minderheden*

Om contacten leggen met de zelforganisaties van etnisch-culturele minderheden zijn het Forum van etnisch-culturele minderheden en het Vlaams Minderhedencentrum onontbeerlijk.

Forum van etnisch-culturele minderheden vzw

Vooruitgangsstraat 323/4, 1030 Brussel
02/245 88 30
E-mail: info@minderhedenforum.be
Website: www.minderhedenforum.be

Vlaams Minderhedencentrum

Vooruitgangsstraat 323/1, 1030 Brussel
02/205 00 50
E-mail: info@vmc.be
Website: www.vmc.be

> *Mensen zonder wettig verblijf of met precair verblijf*

Hoewel het werkgebied van Medimmigrant beperkt is tot het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, voorziet hun website belangrijke en overzichtelijke informatie voor deze patiëntencategorieën
Zie: www.medimmigrant.be.

Voor Vlaanderen kan men terecht bij:

Vlaams Minderhedencentrum: www.vmc.be/vreemdelingenrecht

Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen: www.medischezorg.be

Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen: www.orientatiepunt.be

> *Informatie over interculturalisering vanuit christelijk perspectief*

Voor uitgebreide informatie over interculturalisering, diversiteitsmanagement en vorming, bekeken vanuit christelijk perspectief, kan u terecht bij:

KMS- Kerkwerk Multicultureel Samenleven

Huidevetterstraat 165, 1000 Brussel
Tel: 02/502 11 28
Website: www.kms.be

> *Informatie over interculturele bemiddeling en management*

Voor uitgebreide informatie over interculturele bemiddeling kan u terecht bij:

Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning

Dienst Psychosociale Gezondheidszorg
Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen
Eurostation, Blok II 1DO1A
Victor Hortaplein 40 (bus 10), 1060 Brussel
Tel: 02/524 86 07
E-mail: Hans.Verrept@health.fgov.be
Website: www.intercult.be

Voor vragen over intercultureel management in diverse situaties en omgevingen (en voor vorming hieromtrent) kan u terecht bij:

CIMIC

Expertisecentrum Interculturaliteit
Lange Ridderstraat 44
2800 Mechelen
Tel: 015/36 93 20
E-mail: cimic@khm.be
Website: www.cimic.khm.be

> *Informatie over discriminatie- en racismebestrijding*

Voor informatie over gelijkheid van kansen, discriminatie- en racismebestrijding kan men terecht bij

Het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding

Koningsstraat 138
1000 Brussel
Tel: 02/212 30 00 of 0800/12 800
E-mail: epost@cntr.be
Website: www.diversiteit.be