YEMMA

*‘In hoeverre wordt er rekening gehouden met verschillende culturele achtergronden in de zorgverlening van ouderen?’*

Javina Bijl, Ruben Heining, Wietske holster

Universiteit Utrecht; Bestuur- en Organisatiewetenschap

Interculturele Communicatie

Begeleiding: Pauline Hörmann

2019

# Inhoudsopgave

[Inhoudsopgave 1](#_Toc536186359)

[Inleiding 2](#_Toc536186360)

[Theoretisch kader 3](#_Toc536186361)

[Methode 5](#_Toc536186362)

[Analyse 6](#_Toc536186363)

[Yemma 6](#_Toc536186364)

[Cultuur 6](#_Toc536186365)

[Taal 7](#_Toc536186366)

[Conclusie 9](#_Toc536186367)

[Discussie 9](#_Toc536186368)

[Literatuurlijst 10](#_Toc536186369)

# Inleiding

Het Sociaal Cultureel Planbureau (vanaf nu: SCP) heeft verschillende keren onderzoek gedaan naar het welzijn van migranten ouderen in Nederland. Naar verwachting van een onderzoek in 2015 (SCP) zal in 2025 acht procent van de niet-westerse migranten ouder zijn dan 65. Dit zullen dan naar schatting 196.000 mensen zijn. Eerst werd gedacht dat velen van hun nog terug zouden keren naar het land van herkomst, maar dit blijkt niet zo te zijn.  Het aantal niet- westerse ouderen neemt dus alleen maar toe de komende jaren, waardoor het een actueel onderwerp blijft.

In België is al meer onderzoek gedaan naar ouderen met een migrantenachtergrond. In België maakt de buitenlandse bevolking in (term die het onderzoek gebruikt) 9,76% uit van de totale bevolking (Derluyn, et al., 2011). In Nederland waren er in 2017 3,8 miljoen mensen met een migratieachtergrond, wat gelijk staat aan 17,64% van de totale bevolking (CBS, 2018). Volgens Derluyn et al. (2011) hebben migranten en etnische minderheden over het algemeen een minder goede gezondheidsstatus dan de Belgische autochtone bevolking op verschillende vlakken: infectieziekten (Zuppinger, 2000), subjectieve gezondheid (Lorant, et al. 2008), geestelijke gezondheid (Bhurga, 2004; Derluyn et al., 2008; Lloyd, 2006) en chronische aandoeningen (Demarest et al., 2006; Van der Heyden et al., 2010). Een deel van dit onderscheid valt te wijten aan de invloed van sociaaleconomische variabelen (Derluyn et al., 2011) en een ander deel aan ander soort risicofactoren als traumatische ervaringen, sociale en socio-demografische kenmerken en racisme en discriminatie (Derluyn et al., 2011). Als laatste geeft Derluyn et al. (2011) aan dat mensen met een migratieachtergrond ongelijkheden ervaren wat betreft de toegang tot kwalitatief goede zorg. Uiters (2007) geeft aan dat dit niet alleen het geval is in België, maar dat dezelfde problemen zich ook in Nederland voordoen. En dat is ook de focus van dit onderzoek.

In Nederland hebben ouderen van niet-westerse origine vaak een relatief lager inkomen en zijn ze vaak laaggeschoold. Daarnaast beheersen veel Turkse en Marokkaanse ouderen de taal slecht of helemaal niet (SCP, 2011). Op dit moment maken ouderen met een migratieachtergrond volgens SCP (2011) relatief minder gebruik van zorgvoorzieningen, omdat het nog opgevangen wordt door informele hulp. Verwacht wordt dat dit in de toekomst gaat veranderen, omdat nieuwe generaties minder tijd hebben om ouderen te verzorgen naast onder andere werk, scholing en gezin. Deze ontwikkeling is nu al waarneembaar. Voor sommige kinderen van ouderenmigranten ontstaat er een onhoudbare situatie om hun ouders thuis te houden, omdat er geen goed alternatief is (Respondent A).

In ons onderzoek willen we ingaan op de problemen die niet-westerse migranten, en dan voornamelijk ouderen, ervaren omtrent de zorgverlening door verschillen in cultuur. Dat heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

*‘In hoeverre wordt er rekening gehouden met verschillende culturele achtergronden in de zorgverlening van ouderen?’*

In 2013 schreef Mohammed Benzakour het boek *Yemma*. In dit boek gaat Benzakour in op de problemen die hij ervaarde met de gezondheidszorg nadat zijn moeder een herseninfarct had gekregen. Zijn moeder, die de taal niet kon spreken en daarnaast analfabetisch was, kon ook niet meer lopen en had geen spraakvermogen meer. Benzakour beschrijft in zijn boek het doolhof aan ziekenhuizen waarin zijn moeder belandde en het gat tussen procedures en individuele behoeftes. In ons onderzoek willen wij dit boek als casus gebruiken. Vanuit de literatuur die wij gelezen hebben voor het vak *Interculturele Communicatie* analyseren wij de casus in het geval van Benzakour. Naast het doen van een literatuurstudie hebben we ook interviews afgenomen met meerdere betrokken organisaties.

In het volgende hoofdstuk zullen we ingaan op de gebruikte literatuur en deze kort en bondig omschrijven. Daarna de methodologie van ons onderzoek. Daaropvolgend de analyse, met daarin casus van Benzakour geanalyseerd aan de hand van de literatuur en interviews. Als laatste trekken wij hier onze conclusies uit en verbinden wij hier de discussie aan.

# Theoretisch kader

Interculturaliteit wordt steeds belangrijker in de globaliserende wereld van vandaag de dag. In het woord interculturaliteit zit het woord ‘cultuur’. Cultuur wordt door Liu & Gallois (2014) als volgt omschreven: ‘*the particular way of life of a group of people, comprising the deposit of knowledge, experience, beliefs, values, traditions, religion, notions of time, roles, spatial relations, worldviews, material objects and geographic territory’.* Cultuur houdt volgens Liu & Gallois (2014) dus in dat er groepen zijn die verschillende subjectieve en concepten met elkaar delen die ze tot een eenheid vormt, zo worden er culturen gevormd.

Interculturaliteit is logischerwijs opgebouwd uit het concept ‘cultuur’. Mariën & Smit (2011, p. 9) stellen het volgende: ‘*interculturaliteit gaat uit van een samenleving waar diverse culturen met en naast elkaar bestaan en elkaar wederzijds beïnvloeden, zonder elk op zich te verdwijnen. Interculturaliteit bevat met andere woorden een evolutie naar een nieuwe cultuur gebaseerd op de levensgewoonten van de oorspronkelijke bewonders en van de culturen waarmee ze worden geconfronteerd’.* Shadid (1998, p. 2) denkt hier anders over, hij trekt het veel breder en bindt er minder gevolgen aan vast, hij heeft het echter wel over het begrip interculturele communicatie: *‘Interculturele communicatie kan globaal worden omschreven als communicatie tussen personen met verschillende culturele achtergronden’.* Afgezien van het feit dat Shadid (1998) spreekt over interculturele communicatie en niet over interculturaliteit valt er wel van af te leiden dat de wetenschappers het over een zaak eens zijn, de basis ligt in culturen.

Al in 1911 werd er aandacht geschonken aan verschillende culturen en het verschil in communicatiestijlen, maar stelt Boas (1911; Shadid, 1998, p. 11):

*‘Het is enigszins moeilijk om te erkennen dat de waarde die wij toekennen aan onze eigen beschaving voortkomt uit het feit dat wij deelnemen aan die beschaving en dat deze ook ons gedrag sinds onze geboorte beheerst. Maar het is zeker voorstelbaar dat er andere beschavingen bestaan, misschien gebaseerd op andere tradities een ander evenwicht tussen gevoel en rede, die niet van mindere waarde zijn dan de onze, hoewel het onmogelijk voor ons kan zijn om diens waarden te appreciëren wanneer wij niet onder hun invloed zijn opgegroeid’*

De rede die Boas hier voert in 1911, is geen rede die vandaag niet meer van toepassing is. Ruim 100 jaar later hebben we nog steeds moeite met het communiceren met en zoals Boas (1911) het zegt: appreciëren van andere culturen. Het belang van interculturele competenties wordt zo steeds groter.

In het boek: *Intercultural Readiness: Four competences for working across cultures* van Brinkmann & van Weerdenburg (2014) worden er vier competenties beschreven die mensen kunnen helpen bij interculturele interacties:

1. *Interculturele sensitiviteit*: gaat over hoe goed je bent in het signaleren van verbale en non-verbale signalen alsook het aanvoelen van bepaalde waarden en normen.
2. *Interculturele communicatie*: gaat over hoe flexibel we zijn in het uiten van onszelf en hoe bewust we zijn in het communiceren met mensen van andere culturen.
3. *Opbouwen van relaties*: gaat over hoe goed je bent in het opbouwen van relaties en vertrouwen om zo conflicten te kunnen overleven.
4. *Omgaan met onzekerheid:* gaat over hoe goed iemand is in het creatief en alert zijn in interacties met mensen uit andere culturen.

Deze vier competenties en bijbehorende facetten moet je volgens Brinkmann & van Weerdenburg (2014) ontwikkelen om succesvol te zijn in interculturele interacties.

Ook in de zorg is het van zeer groot belang om aandacht te besteden aan interculturele communicatie, maar ook de verschillen die bestaan tussen culturen en mensen uit verschillende culturen en de zorg die zij nodig hebben (Figueroa et al., 2013). Maar dat begint volgens Figueroa et al. (2013) al in een eerdere fase. Volgens Figueroa et al. (2013) is het van belang om al in de opleiding tot medici voorbereid te worden op culturele verschillen. In de Verenigde Staten wordt er veel waarde gehecht aan de culturele sensitieve zorg en dat betekent voor studenten: *Inzicht krijgen in de waarden en ideeën van patiënten met een andere culturele achtergrond, maar ook in de eigen cultuur, en zich bewust worden van de neiging om in stereotypen te denken’* (Figueroa et al., 2013). Dit sluit mooi aan bij de interculturele competentie van Brinkmann & van Weerdenburg (2014): interculturele sensitiviteit.

Ook Betancourt et al. (2003) kaarten het belang aan van interculturele competenties in de zorg. Zij stellen namelijk dat er verschillen bestaan tussen culturen en de zorg die zij nodig hebben (Betancourt et al., 2003). Daarnaast zijn ze het er ook over een dat mensen in de zorg oog moeten hebben voor de verschillende communicatiestijlen die nodig zijn om de juiste zorg te kunnen bieden voor mensen met een andere culturele achtergrond (Betancourt et al., 2003). Suurmond et al. (2007) zijn het hiermee eens. Zij stellen dat het problemen op kan leveren wanneer je als zorgverlener te maken krijgt met een zorgvrager uit een andere cultuur (Suurmond et al. 2007). Er zijn volgens Suurmond et al. (2007) drie knelpunten:

1. Zelfredzaamheid: *Voor Nederlandse professionals is zelfredzaamheid een belangrijke waarde die niet altijd gedeeld wordt door allochtone patiënten/cliënten en hun familie.*
2. Psychosociale hulpverlening: *Nederlandse professionals zien het over het algemeen als goed om openlijk te praten over gevoelens.*
3. Openlijk praten over ziekte en dood: *In Nederland wordt personeel geleerd vrijuit over de ernstige ziekte van de patiënt te spreken.*

Alle bovenstaande voorbeelden van Suurmond et al. (2007) worden vaak niet zo ervaren door mensen uit andere culturen.

# Methode

We maken gebruik van een kwalitatief onderzoek, waarbij we gebruik maken van semigestructureerde interviews. Hiervoor hebben wij met drie respondenten telefonisch contact gehad. Hieronder volgt de omschrijving van de drie geïnterviewde personen.

Allereerst hebben we met de auteur van het boek ‘Yemma, stilleven van een Marokkaanse moeder’, Mohammed Benzakour gesproken, na het lezen van zijn literaire werk. Wij hebben dit boek als casus voor dit onderzoek gekozen omdat het de emotionele kant van de ouderenzorg beschrijft. Het geeft een aantal duidelijke voorbeelden over welke problemen zich kunnen voordoen met ouderen die de taal niet beheersen en een andere culturele achtergrond hebben.

Daarnaast hebben we gesproken met Amina Berkane Abakhou. Ze is een expert op het gebied van interculturele zorg. Ze houdt zich bezig met vraagstukken rondom interculturalisatie in de ouderenzorg. Naast dat ze twintig jaar in de ouderenzorg heeft gewerkt als zowel verpleger als manager, werkt ze op dit moment veel met vrouwen met een migratieachtergrond. Zo organiseert en faciliteert ze taallessen voor Marokkaanse vrouwen in Kanaleneiland, Utrecht en heeft ze een eigen onderneming opgericht sinds september 2017 genaamd Basmah Training & Coaching. Hierbij geeft ze voorlichtingen, waarbij ze haar expertise deelt met externen. Bovendien is ze bezig met het oprichten van een stedelijk platform voor Marokkaanse ouderen in Utrecht, wat onder de landelijke bond MOBiN, Marokkaanse Ouderen Bond in Nederland, valt. Tot slot is ze ook betrokken bij het NOOM, Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten, waarbij ze projecten coördineert.

Doordat zij vanuit een professioneel perspectief de casus kan benaderen, geeft Abakhou nieuwe inzichten op de behandelde casus. Vanuit professionele visie kan ze verdieping geven aan de casus die los staat van de emotionele lading van de zorgvrager en zijn of haar dierbaren.

Tenslotte hebben we contact gehad met Veerle Rutters, studente hbo-verpleegkunde in Breda om meer te weten te komen over het curriculum met de vraag in hoeverre er onderwijs is in het behandelen van patiënten met andere culturele achtergronden.

|  |  |
| --- | --- |
| Respondent A | Mohammed Benzakour |
| Respondent B | Amina Berkane Abakhou |
| Respondent C | Veerle Rutters |

# Analyse

Het analyse hoofdstuk gaat in op de interviews die wij hebben gehad met de drie respondenten. We hebben kritisch gekeken naar de gesprekken en opvallend heden zullen hieronder verder tentoongespreid worden. We hebben het hoofdstuk als volgt opgedeeld. Allereerst bespreken we het boek *Yemma* van Mohammed Benzakour en gebruiken we voorbeelden uit het boek om de discrepantie tussen individuele behoeften en procedures toe te lichten. Daarnaast behandelen we twee thema’s die uit de gesprekken zijn voortgekomen. Het eerste thema zal ingaan op cultuur. Het tweede thema betreft de problematiek omtrent taal.

### Yemma

Zoals eerdergenoemd, is het uitgangspunt van deze analyse het boek van Mohammed Benzakour; *Yemma, stilleven van een Marokkaanse moeder*. In dit boek staan veel voorbeelden waar Benzakour tegenaan gelopen is bij de verzorging van zijn moeder nadat zij een herseninfarct had gekregen. Hierbij wordt ook een breder probleem geschetst. Niet alle Marokkaanse ouderen beheersen de taal, een deel is analfabeet en heeft nooit onderwijs gehad en er wordt niet altijd rekening gehouden met de islamitische achtergrond in bejaarden- en verzorgingstehuizen.

Er zijn in het boek meerdere momenten beschreven waar deze problemen naar voren komen. De moeder van Benzakour beheerst de Nederlandse taal niet perfect. Door de herseninfarct kan ze niet meer praten, waardoor de verpleging en mevrouw Benzakour elkaar wederzijds niet begrijpen. Een manier om deze taalbarrière op te lossen, was het gebruik van pictogrammen waarmee mevrouw Benzakour kan aangeven waar ze behoefte aan heeft (slapen, eten, drinken, enz.). Het probleem hierbij is dat mevrouw Benzakour nooit onderwijs heeft gehad, dus de abstracte pictogrammen niet begrijpt. Benzakour vertelt dat hij dit al vanaf het begin heeft aangekaart, en dat het raadzaam is om realistische afbeeldingen te gebruiken in plaats van abstracties. Daar wordt echter in eerste instantie niets mee gedaan door de zorgverleners. Dit is een voorbeeld van problemen omtrent interculturele communicatie zoals Shadid (1998) en Boas (1911) omschrijven. Maar ook alle vier competenties omschreven door Brinkmann & van Weerdenburg (2014) sluiten hierop aan, er is geen gevoel voor interculturele sensitiviteit en interculturele communicatie, er wordt geen vertrouwen opgebouwd en de onzekerheid die er bestaat tussen beide culturen wordt niet besproken.

Bij de logopedist zijn er ook zaken waar de familie Benzakour tegenaan loopt. Benzakour heeft gevraagd aan de logopedist om misschien koransoera's te gebruiken in plaats van puzzelopdrachten, doolhofjes en andere abstracties die niet aansluiten bij een analfabetische vrouw. Maar het antwoord dat meneer Benzakour krijgt is: ‘*Sorry, ik ga mij niet verdiepen in de islam*’ (Benzakour, 2013, p. 36). Dit was ook niet de intentie van Benzakour. Het was puur gericht op de belevingswereld van zijn moeder, die haar hele leven heeft gebeden. Hierbij mist het ‘omgaan met onzekerheid’ wat Brinkman & van Weerdenburg (2014) beschrijft. Er wordt niet op een creatieve of open manier omgegaan in de interactie met de andere cultuur.

Dit zijn voorbeelden waaruit blijkt dat de problemen tussen taal en cultuur soms moeilijk te onderscheiden zijn. Dit is veelvuldig terug te vinden in het boek, maar ook in de interviews kwam dit probleem naar voren. Daarnaast geven ook Betancourt et al. (2003) dit aan.

### Cultuur

Op cultureel gebied doen zich verschillende problemen voor in de ouderenzorg. Zoals in het boek beschreven wordt, kan de kamerindeling kan voor moeilijkheden zorgen. In sommige culturen wordt het eigenlijk niet geaccepteerd dat een onbekende man en vrouw samen op een kamer slapen. Eenzelfde probleem doet zich voor bij de verzorging. Benzakour gaf tijdens het gesprek aan dat zijn moeder soms verzorgd werd door een mannelijke verpleger of arts. Dit is niet alleen bij het islamitische geloof iets wat patiënten vervelend vinden, maar ook bij andere geloven kan dit een rol spelen (Respondent A).

Een ander voorbeeld van culturele verschillen is goed terug te zien in eetgewoonten omdat er in veel tehuizen enkel Nederlandse maaltijden worden geserveerd:

*‘Moeder lust de verpleeghuiskost simpelweg niet, daar komt het op neer. De groenten worden gekookt tot een weke brei (voor bejaarden moet kennelijk alles slap en vloeibaar zijn), daarna in grote metalen bakken gekwakt, vervolgens in elektrisch verwarmde karren naar de afdelingen gereden. Rode bieten, spruitjes, witlof, bloemkool, worteltjes, alles smaakt eender. Zonder kruiden, zonder liefde, kaal en kleurloos; gelijk de vloeren en wanden van de afdelingen’ (*Benzakour, 2013, p. 142*).*

Naast dat sommige ouderen het eten niet lusten, twijfelen ze er soms ook aan of het vlees wel halal is. Naast Benzakour had Abakhou ook een voorbeeld uit de praktijk waarbij een Marokkaanse vrouw op leeftijd alleen geholpen kon worden wanneer haar dochter aanwezig was, want die kon bemiddelen. Als ze bijvoorbeeld eten weigerde, konden de verplegers niet vragen waarom ze dat niet wilde. Misschien heeft ze gewoon geen trek, maar misschien twijfelt ze eraan of het wel halal is. Als er op zo een moment geen bemiddeling kan zijn, zorgt dit voor onbegrip tussen zorgvrager en zorgverlener (Respondent B).

Een tegengeluid op de visie dat er weinig rekening wordt gehouden met deze ouderen wordt gegeven door Abakhou. Zij zegt dat er ‘*over het algemeen voldoende rekening wordt gehouden met verschillende achtergronden van de zorgbehoevende*’. Maar Benzakour gaat hier tegenin, zo geeft hij aan dat hij verscheidene problemen ervoer omtrent cultuurproblematiek. Voorbeelden hiervan zijn het niet begrijpen van het strikken van een hoofddoek, of de rolstoel van zijn moeder in de richting van Mekka zetten zodat ze kon bidden en ook waren er geen Arabische zenders op de televisie waar ze graag naar keek.

Het probleem van zorgbehoevende ligt veel breder: de wensen van zorgbehoevenden in het algemeen kunnen niet altijd vervuld worden. Dit beperkt zich niet tot patiënten met een migratieachtergrond. De kwaliteit van de zorg komt naar haars inziens in het geding door enerzijds te hoge verwachtingen en anderzijds te weinig tijd (Respondent B). Dat er niet altijd rekening wordt gehouden, of kan worden gehouden, komt dus ook door tijdgebrek. Het kan soms niet anders dat bijvoorbeeld een vrouwelijke patiënt door een man wordt verzorgd, in verband met de beperkte middelen.

Om meer begrip te krijgen voor de verschillende culturele achtergronden wordt er bij verpleegkundige opleidingen op verschillende moment aandacht besteed aan geloof. Hierbij leren ze van verschillende geloofsovertuigingen hoe het geloof eruitziet, wat de kenmerken zijn en waar eventueel rekening mee gehouden moet worden. Dit is onder andere door middel van een culturele week, waarin er projecten en lessen zijn om hierover te leren. Respect voor een patiënt zijn of haar geloof is hier belangrijk leerpunt. Daarnaast zijn er verschillende casuïstiek, zoals wat je moet doen wanneer een vrouw niet door een man behandelt wilt worden (Respondent C). Bij de opleiding wordt dus het belang van interculturele sensitiviteit bijgebracht, wat betekent dat studenten beter inzicht krijgen in de waarden en ideeën van patiënten (Figueroa et al., 2013)

### Taal

Het andere aspect wat in de zorg voor problemen kan zorgen, is de taalbarrière. Volgens Abakhou is de kern van misverstanden die ontstaan de taal, die essentieel is bij de communicatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Zij vindt het van groot belang dat er geen cultureel of discriminatie discussiepunt van wordt gemaakt (Respondent B). Dat een groot deel van het probleem de taal is erkend Benzakour ook. Het helpt volgens hem als er kinderen zijn, net als hij, die hun ouders kunnen helpen in de communicatie naar het verpleeghuis, wanneer door de ouders zelf de taal niet of niet voldoende wordt gesproken.

Bij de opleiding verpleegkunde wordt er ook geleerd wat je moet doen op het moment dat de patiënt de Nederlandse taal niet beheerst. Vaak wordt er, net als Benzakour beschrijft, gebruik gemaakt van kinderen of naaste van de patiënten. Wanneer dit niet mogelijk is, wordt er gebruik gemaakt van Google Translate en als het kan van een collega die de taal van de patiënt spreekt. Daarnaast wordt er op de opleiding aandacht besteed aan het beheersen van Engels, zodat medische termen worden ook in het Engels geleerd en ook niet Nederlandssprekende uitleg kunnen krijgen over hun zorgplan in het Engels (Respondent C).

# Conclusie

In deze conclusie geven we antwoord op de hoofdvraag aan de hand van de gevonden literatuur en de afgenomen interviews. We geven antwoord op de volgende vraag:

*‘In hoeverre wordt er rekening gehouden met verschillende culturele achtergronden in de zorgverlening van ouderen?’*

Naar aanleiding van onze interviews kunnen we concluderen dat er vanuit het perspectief van de patiënt onvoldoende rekening wordt gehouden met de culturele achtergronden in de ouderenzorg. Deze problemen zijn voornamelijk gebaseerd op culturele verschillen en taalbarrières.  De omvang van dit probleem wordt steeds groter, en krijgt steeds meer aandacht, onder andere door het boek van Benzakour. Echter stelt de zorgverlener dat probleem breder ligt en het niet geproblematiseerd kan worden tot een cultureel probleem.

Abakhou is een professional met ervaring in de zorg en kon dus vanuit een beroepsmatig perspectief een aanvulling geven op de casus. Ze is van mening dat er in de zorg in het algemeen te weinig oog is voor de patiënt, daar vallen ook de patiënten onder met verschillende culturele achtergronden. Hierdoor is het een breder probleem binnen de zorgverlening. Daarbij ziet ze de kern van het probleem in de taalbarrière die er is, en die zo goed mogelijk kan worden opgevangen door open communicatie, voorlichting en bemiddeling tussen patiënt en zorgverlener.

Benzakour is van mening dat zowel cultuur als taal een barrière vormen binnen de ouderenzorg. Uit zijn boek bleek het onbegrip groot te zijn. In eerste instantie heeft hij dit boek geschreven als persoonlijke rouwverwerking, maar het heeft uiteindelijk geleid tot de mogelijkheid van het creëren van een maatschappelijk debat. De kern van het probleem ligt bij het niet begrijpen van de cultuur en dat er maar weinig wil is om procedures aan te passen zodat het beter aansluit bij de culturele achtergronden en individuele behoefte van verschillende mensen. Hij geeft aan dat hij in zijn omgeving ook merkt dat het voor sommige mensen onhoudbaar wordt om voor hun eigen familie te zorgen, maar dat er niet altijd een betere oplossing is.

Wat duidelijk geworden is uit dit onderzoek, is dat bij verpleegkundige opleidingen er wel onderwijs gegeven wordt over verschillende culturen, om op die manier de culturele sensitiviteit onder de aandacht te brengen. Verder is het soms lastig om de grens te onderscheiden tussen wat een culturele barrière is en wat een taalbarrière is. Concluderend is het nog een lange weg, maar worden er stappen gezet naar een betere verhouding tussen individuele behoefte en structurele procedures.

# Discussie

We hebben ons onderzoek verricht aan de hand van theoretische concepten alsook kwalitatieve data. De kwalitatieve data bestaat uit drie interviews en een analyse van het boek *Yemma* van Mohammed Benzakour. Deze data had echter uitgebreider kunnen zijn. Meer interviews is een voorbeeld van hoe de data uitgebreid kon worden. De tijd die wij hadden voor het onderzoek heeft ervoor gezorgd dat we het onderzoek beperkt hebben kunnen uitvoeren. Het onderzoek is daarentegen wel relevant, afgezien van de beperkte data hebben we de interviews methodologisch verantwoord ingestoken en passages uit het boek gebruikt om de analyse aan te sterken en citaten van respondenten te onderbouwen.

# Literatuurlijst

Bhugra, D. (2004). Migration and Mental Health. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 243-258.

Brinkmann, U., & Van Weerdenburg, O. (2014). *Intercultural Readiness: Four competences for working across cultures*. Springer.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. I. (2016). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports*.

Boas, F. (1911). Instability of human types. In Papers on interracial problems communicated to the First Universal Races Congress Held at the University of London (pp. 99-103).

Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, PJ., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2006). Enquête de Santé par Interview Belgique 2004. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique ISP/WIV.

Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). Naar een interculturele gezondheidszorg. *Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden*.

Figueroa, C. A., Rassam, F., & Spong, K. S. (2013). Geneeskundeonderwijs over etnische diversiteit in de zorg: wat kunnen we leren van de VS?[Education on ethnic diversity in health care in medical school: what can we learn from the American perspective?]. *Ned Tijdschr Geneeskd*, *37*(10), A5790.

Figueroa, C. A., Rassam, F., & Spong, K. S. (2013). Geneeskundeonderwijs over etnische diversiteit in de zorg: wat kunnen we leren van de VS?[Education on ethnic diversity in health care in medical school: what can we learn from the American perspective?]. *Ned Tijdschr Geneeskd*, *37*(10), A5790.

Liu, S., Volcic, Z. & Gallois, C. (2014) *Introducing Intercultural Communication. Global Cultures and Contexts*. London/ Thousand Oaks: SAGE

Lloyd, K. (2006). Common Mental Health Disorders among Black and Minority Ethnic Groups in the UK. Psychiatry, 5, 388-391

Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. Health and Place, 14, 678-692.

Mariën, H., & De Smet, C. (Eds.). (2011). *Interculturaliteit* (Vol. 1). ASP/VUBPRESS/UPA.

Shadid, W. A. (1998). Interculturele communicatie. *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving*, 137-168.

Suurmond, J., Seeleman, C., & Stronks, K. (2007). Culturele competenties in onderwijs in verpleging en verzorging. *Onderwijs en gezondheidszorg*, *31*(4), 143.

Suurmond, J., Seeleman, C., & Stronks, K. (2007). Multiculturaliteit in zorg en verpleging. *Onderwijs en gezondheidszorg*, *31*(4), 127.

Uiters, A. H. H. (2007). *Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands: a comparative study*.

Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J. (2010). Enquête de santé, 2008. Bruxelles: ISP/WIV - Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance.

SCP. (2011). *Oudere migranten*. Geraadpleegd van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\_publicaties/Publicaties\_2011/Oudere\_migranten

Zuppinger, B., Kopp, C., & Wicker, H.-R. (2000). Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne. Berne: Institut d'ethnologie, Université de Berne.