



Optimale zorgverlening houdt rekening

Door Ilonka Behr en Chantal Lammens

Ruim vijf jaar geleden bracht de Signaleringscommissie van KWF Kankerbestrijding het rapport 'Allochtonen en Kanker' uit. Hieruit blijkt dat de komende 20 jaar het aantal allochtonen met kanker in Nederland zal toenemen, wat onder meer te maken heeft met het aannemen van een meer 'Westerse' leefstijl. Een belangrijke aanbeveling die werd gedaan, was binnen het huidige klimaat van 'zorg op maat', aandacht te besteden aan de sociale en culture aspecten van ziektebeleving van mensen. Nu, vijf jaar na dato, blikken wij in het kader van dit rapport graag terug én vooruit op de zorg voor allochtone kankerpatiënten met iemand die een uitgesproken visie heeft op de gezondheidszorg, namelijk Aysel Erbudak, voorzitter Raad van Bestuur van het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam.

Geen onderscheid in de zorg voor autochtone en allochtone patiënten

Al vroeg in ons gesprek wordt duidelijk dat Erbudak van mening is dat het beter is patiënten zo min mogelijk te differentiëren, en daarmee dus geen onderscheid te maken in autochtone en allochtone patiënten. Beter zou het zijn wanneer wij in plaats daarvan rekening zouden houden met de culturele achtergrond van mensen, zonder hen daarmee in groepen in te delen. "We moeten afstappen van het idee

dat een allochtoon voor een allochtoon moet zorgen. Een Turk voor een Turk en een Marokkaan voor een Marokkaan. Ik ben namelijk de laatste die vindt, dat alleen een allochtoon een allochtoon kan helpen. Is het dan ook zo dat alleen een Fries een Fries kan helpen, en een Zeeuw een Zeeuw? Cultuurverschillen zijn niet alleen grensoverschrijdend, maar ook binnen Nederland is er sprake van cultuurverschillen."

Zo zijn er bijvoorbeeld ook verschillende stromingen binnen de Moslimgemeenschap. Het aanstellen van een imam in het ziekenhuis is volgens Erbudak dan ook geen goed idee. "Het is een illusie dat je met het aantrekken van een imam alle moslimpatiënten zou kunnen bedienen. Bovendien worden in het ziekenhuis ook Katholieken, Nederlands Hervormden, joodse mensen en bijvoorbeeld aanhangers van de Pinkstergemeenschap behandeld." Het is volgens Erbudak dan ook niet zinvol een geestelijke voor een specifieke doelgroep aan te stellen. Het is dan beter om als ziekenhuis in het bezit te zijn van een lijst met verscheidene geestelijken van variërende religieuze achtergronden om hen, indien nodig, te kunnen benaderen voor de zorg voor zijn/haar patiënt."

Wat te doen met de verschillen die mogelijk wel van belang zijn in de zorg voor de patiënt? Ondanks het feit dat Erbudak

van mening is dat we zo min mogelijk moeten differentiëren, maar juist aandacht moeten hebben voor de culturele achtergrond van patiënten, wil dit volgens haar niet zeggen dat er geheel geen verschillen zijn tussen autochtone en allochtone patiënten. Echter, door zo scherp een onderscheid te maken, focussen we met name

We moeten afstappen van het idee dat een allochtoon voor een allochtoon moet zorgen

op de taalbarrière, er vanuit gaande dat dit het grootste probleem is. Met het inzetten van tolken binnen de ziekenhuizen zouden problemen dan ook al snel verholpen

zijn. Erbudak is van mening dat de taalbarrière zeker een rol speelt, maar dat de cultuurbeleving van patiënten, autochtoon of allochtoon, een veel grotere rol speelt. Door onwetendheid in deze worden de meeste problemen veroorzaakt. Het is voor zorgverleners en beleidsmakers juist van belang te weten dat de beleving en betekenis van hun ziekte, in dit geval kanker, in de allochtone leefwereld heel anders is.

Verschil in ziektebeleving en de sociale omgeving

Op de vraag tegen welke problemen/knelpunten een allochtone patiënt in de zorg aan kan lopen, benoemt Erbudak wederom de verschillen in culturele achtergrond, en de invloed daarvan op de beleving

van een ziekte. Zij geeft als voorbeeld het belang van de sociale omgeving. Erbudak: "Deze speelt een veel grotere rol binnen de allochtone leefwereld. Door niet alles over de ziekte te vertellen, probeert de sociale omgeving de patiënt (meer) leed te besparen. Daarnaast wordt er ook veel mantelzorg verleend door allochtonen. Dit is een onderdeel van hun samenleving welke niet weg te denken is. Het is een onderdeel van je sociale leven dat je als kind voor je (zieke) ouders zorgt." Een ander verschil volgens Erbudak is dat een allochtoon ook meer dan een gemiddelde autochtoon zal blijven hopen en wachten op een wonder. "Waar een autochtone patiënt over het algemeen eerder zal accepteren dat er geen behandelmogelijkheden meer zijn, zal een allochtone patiënt blijven zoeken, en eventueel ook voor behandelingen naar het buitenland (land van herkomst) gaan."

Cultuurverschillen zijn niet alleen grensoverschrijdend

Geïmproviseerde aanpassingen naar aanleiding van culturele verschillen

Wanneer je met mensen te maken hebt van verschillende culturele achtergronden kom je in de zorgverlening wel eens voor verrassingen te staan; situaties waar je als zorgverlener mogelijk (in eerste instantie) niet goed mee weet om te gaan. Hier moet je in de opinie van Erbudak dan ook niet te rigide mee omgaan. Ze geeft als voorbeeld een situatie bij de IC in het Slotervaartzie-

met de cultuurbeleving van de patiënt!



Aysel Erbudak

kenhuis waarbij ineens zoveel familieleden richting de IC waren gekomen, dat de verpleegkundigen het als bedreigend ervoeren. Uiteindelijk bleek dat deze mensen de laatste eer kwamen bewijzen aan een patiënt die op sterven lag. Een vanzelfsprekend gebruik binnen de islamitische cultuur voor een persoon die veel voor je betekend heeft. De wens van de familie om de mogelijkheid te hebben hun dierbare ritueel te wassen, is toen ook ad hoc door het ziekenhuispersoneel ingewilligd en gerealiseerd binnen de mogelijkheden die er waren. “Je kunt hier als ziekenhuis moeilijk over doen, of je creëert gewoon een situatie waarin dit mogelijk is, om

zo recht te doen aan de laatste eer van een patiënt.”

Structurele aanpassingen naar aanleiding van culturele verschillen
Ondanks dat Erbudak aangeeft zo min mogelijk te willen differentiëren tussen verschillende groepen patiënten zijn er wel verscheidene initiatieven binnen het Slotervaartziekenhuis, die zich richten op de allochtone patiënt. Deze initiatieven zijn alle, naast op (eventuele) taalverschillen, met name geënt op de cultuurverschillen die Erbudak van hoog belang acht. Zo bestaan er initiatieven als

‘Screenen van allochtonen op dementie’ en ‘het medisch diabetes paspoort’. Bij het ontwikkelde screeningsprogramma voor dementie bij allochtone ouderen wordt in de vraagstelling rekening gehouden met de culturele achtergrond van de doelgroep. Uitgangspunt bij deze screening is namelijk het effect van cultuurbarrières zo klein mogelijk te houden. Zo wordt aan allochtone ouderen in het screeningsprogramma bijvoorbeeld gevraagd een voor hen bekende taak uit te voeren, zoals het schoonmaken van een waterpijp. In het ‘medisch diabetes paspoort’, dat is ontwikkeld door het Slotervaartziekenhuis, staat uitleg over de ziekte en de medicatie in de moedertaal, waarbij

rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de Ramadan. Dit paspoort kan ook meegenomen worden naar het land van herkomst, zodat de arts, die daar eventueel bezocht wordt, optimaal op de hoogte is van de behandeling in Nederland. “Je kunt mensen wel uitleggen dat vasten niet goed is als je diabetes bent, maar mensen zullen toch deelnemen aan de Ramadan. Je kunt dan beter zorgen dat je de behandeling erop aan laat sluiten.”

Psychosociale zorgverlening
Patiënten in het Slotervaartziekenhuis wordt standaard psychosociale zorg aangeboden. Met betrekking tot de psychosociale zorg benoemt Erbudak wederom het belang van kennis met betrekking tot de culturele achtergrond van een patiënt. “Allochtonen verzorgen hun dierbaren niet alleen, ze zijn ook hun sociale steun en toeverlaat. Vuile was hang je niet buiten; het is erg gebruikelijk om hetgeen je dwars zit binnen de familie te bespreken en van hen steun en advies te ontvangen.” Wanneer wij specifiek met het oog op de kankerpatiënten navraag doen naar het gebruik van de ‘Lastmeter’ geeft Erbudak aan dat deze naar haar idee niet (voldoende) aansluit bij de belevingswereld van de allochtone patiënt. Het is naar haar idee lastig om met een dergelijk instrument zicht te krijgen op wat patiënten nodig

hebben, met inachtneming van de culturele belevingswereld. “Je kunt wel luisteren en dan proberen zo goed mogelijk aan te sluiten.”

Erbudak is tevens van mening dat patiënten niet gebaat zijn bij allerlei doorverwijzingen. “De zorg voor een patiënt, of deze nu allochtoon of autochtoon is, zou het beste zoveel mogelijk moeten plaatsvinden op dezelfde plek. Idealiter binnen het ziekenhuis en graag multidisciplinair. Patiënten, allochtoon of autochtoon, zijn er bij gebaat als ze zo min mogelijk deuren door hoeven.”

Zorgconcept

In multidisciplinaire teams is meer oog voor wat een patiënt nodig heeft. De onderlinge overdracht is beter en er gaat geen informatie verloren.

Tevens wordt met alle aspecten van de patiënt en diens behandeling rekening gehouden, waardoor de kwaliteit van zorg verbetert. Erbudak is bezig een zorgcon-

cept te ontwikkelen om dit verder uit te werken. “Zonder onderscheid tussen groepen mensen te maken, willen wij ervoor zorgen dat we met onze kennis en kunde aansluiten op en rekening houden met de culturele achtergrond van de patiënt.” Dit idee speelt al langer door het hoofd van Erbudak, maar het runnen van het ziekenhuis neemt vanzelfsprekend veel ruimte in beslag.

Patiënten zijn erbij gebaat wanneer zij zo min mogelijk deuren door moeten