Master scriptie

INTERCULTURALISATIE BINNEN DE MUREN VAN HET ZIEKENHUIS

Een onderzoek naar hoe ziekenhuizen omgaan met diversiteit onder patiënten

Mirjam van Grootheest

Juli 2013

INTERCULTURALISATIE BINNEN DE MUREN VAN HET ZIEKENHUIS

Een onderzoek naar hoe ziekenhuizen omgaan met diversiteit onder patiënten

---

Mirjam van Grootheest
Juli 2013

Afstudeer scriptie Master Publiek Management 2012-2013
Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisatiewetenschap (USBO)
Universiteit Utrecht

Eerste begeleider: Prof. Dr. Margo Trappenburg
Tweede begeleider: Dr. Karin Geuijen

Voorwoord

Voor u ligt het eindproduct van een avontuur door de wereld van de gezondheidszorg en het schrijven van een afstudeerscriptie. Op de voorpagina ziet u een schilderij genaamd de “tree of life” uit 1909 van een van mijn favoriete kunstenaars Gustav Klimt (1862-1918). Het is dan ook niet zonder reden dat ik voor deze afbeelding heb gekozen voor de voorkant van mijn afstudeerscriptie over multiculturele zorgverlening binnen ziekenhuizen. De “tree of life” is een symbool die wereldwijd door verschillende religies en culturen maar ook door de mythologie en filosofie wordt gebruikt. Zo wordt in het christendom de boom des levens beschreven in Genesis 3: 22-24 in het Hof van Eden, en gebruikte Darwin het concept van de boom des levends in zijn evolutie theorie. In het schilderij van Klimt zijn dan ook verschillende symbolen terug te vinden. Als u goed kijkt is er een zwarte vogel te zien die de “dood” symboliseert, ogen in de stam van de boom en de jurk van de linker vrouw die de ogen van God symboliseren en zijn er in de mantel van de rechter man een afbeelding van een vis en vogel te zien die komen uit Aziatische en Islamitische kunst. Met andere woorden hoe langer je naar het schilderij kijkt en je meer weet over verschillende religies en culturen hoe meer symbolen je zal zien en herkennen. Dit was ook zo in het proces met het doen van onderzoek naar interculturele zorgverlening. Dat mijn afstudeerscriptie met de gezondheidszorg te maken moest hebben stond bij mij al vast aangezien de afgelopen vier jaar als bachelor en Master student dat een rode lijn is geweest door al mijn opdrachten, presentaties en verslagen. Dat mijn Master scriptie ook over verschillende culturen en religies zou gaan had ik nooit bij stil gestaan. Maar toen ik een blik in mijn boekenkast wierp en zag dat daar eigenlijk vooral drie soorten boeken in stonden: religieuze boeken, reisverslagen en boeken over de gezondheidszorg wist ik dat ik deze thema’s moest combineren. Hoe meer ik met het onderwerp bezig was en hoe meer ik te weten kwam over hoe in verschillende religies en culturen met gezondheid wordt omgegaan hoe meer ik ontdekte, herkende en gemotiveerd werd om meer over dit onderwerp te weten. Over dit onderwerp is nog zoveel te ontdekken en te leren maar desondanks ligt er nu toch een scriptie voor u over interculturalisatie binnen Nederlandse ziekenhuizen.

Uiteraard wil ik Margo Trappenburg en Karin Geuijen bedanken voor alle feedback en kritische blik tijdens het scriptieproces. Ook wil ik alle respondenten die hun meningen, verhalen en ervaringen over multiculturele zorgverlening met mij hebben gedeeld hier hartelijk voor bedanken.

Met deze scriptie sluit ik het avontuur van het schrijven van een afstudeerscriptie af en zeg ik vaarwel aan mijn tijd als student. Mijn interesse in de gezondheidszorg en multiculturele zorgverlening sluit ik hierbij niet af en zal ik dan ook in de toekomst een warm hart toedragen.

Mirjam van Grootheest
Juli 2013

Managementsamenvatting

Introductie: Het huidige integratiebeleid van de regering heeft als standpunt, algemeen waar mogelijk en specifiek waar nodig. Dit betekent dat er bij voorkeur geen doelgroepen beleid wordt gevoerd. Binnen ziekenhuizen zal dit bijvoorbeeld betekenen dat er geen aparte regelingen worden getroffen voor culturele achtergronden van patiënten. Ook is er vanuit de overheid de norm dat ziekenhuizen vraaggestuurd zorg leveren. Dit zou in de zorgpraktijk in tegenstelling met het uitgangspunt van het integratiebeleid vertaald kunnen worden in het inzetten van cultuurspecifieke zorgconsulenten. Vooral nu Nederland een multiculturele samenstelling heeft kan dit mogelijk een spanning opleveren. Aangezien patiënten steeds meer diversiteit kennen in religieuze en culturele achtergronden. Is het de vraag of ziekenhuizen besturen kiezen voor algemeen of cultuur specifieke gezondheidszorg. De volgende onderzoeksvraag stond dan ook centraal in dit onderzoek: **Op welke wijze wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen omgegaan met diversiteit onder patiënten?**

Methoden: Het doel van dit onderzoek was om een beeld te krijgen hoe ziekenhuizen reageren op de multiculturele samenstelling van de Nederlandse bevolking en waarom ziekenhuizen bepaalde keuzes maken betreffende dit onderwerp. Het onderzoek kenmerkte zich vooral door het verkennende en inventariserende karakter. Doormiddel van het gebruik van verschillende methoden voor het verzamelen van de data is geprobeerd een uitgebreid beeld van de situatie te schetsen binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg. De data zijn verzameld door middel van een analyse van 48 ziekenhuis websites, documentatie verkregen van ziekenhuizen en negen diepte interviews met ziekenhuismedewerkers.

Conclusie: Er kan worden gesteld dat ziekenhuizen vooral vraaggestuurd met de diversiteit onder patiënten omgaan. Er is dan ook geen sprake van concreet diversiteitbeleid binnen Nederlandse ziekenhuizen. Een probleem is wel dat de zorgvraag van vooral allochtone patiënten niet altijd bekend is bij ziekenhuizen. Doordat ziekenhuizen vraaggestuurd beleid voeren kan er worden geconcludeerd dat vooral in de Randstad sprake is van aandacht voor diversiteit projecten. Een grote rol is hierbij weggelegd voor de communicatieve vaardigheden van zorgverleners. Wel speelt de financiële sombere periode waarin ziekenhuizen zich nu begeven en de druk op marktwerking ervoor dat ziekenhuis besturen sneller kiezen voor projecten die direct meetbare resultaten hebben maar waarvan het nog de vraag is of deze ook op lange termijn een bijdrage zullen leveren aan zorgverlening aan een diverse patiënten populatie.

Aanbevelingen: Er zijn twee concrete aanbevelingen in dit onderzoek gedaan en twee punten van aandacht geformuleerd. Zo wordt aanbevolen dat ziekenhuizen vooral investeren in transculturele communicatie. Uit het onderzoek blijkt dat er vooral morele problemen ontstaan door blokkades binnen de communicatie tussen patiënt en zorgverleners. Ook wordt er aanbevolen om zorgconsulenten integraal op te nemen in ziekenhuizen om een brug te slaan tussen zorgverlener en patiënt. Punten van aandacht die naar voren kwamen tijdens dit onderzoek hebben vooral te maken met dat ziekenhuizen bewust moeten zijn dat diversiteit onder patiënten een situatie is die niet in de nabije toekomst zal veranderen. Keuzes ten behoeve van de zorgverlening aan een diverse patiënten populatie zullen dan ook genomen moeten worden volgens een lange termijn visie. Ziekenhuizen zullen verder ook bewust moeten zijn dat de diversiteit onder patiënten niet statisch is.

Inhoud

1. Inleiding 6

1.2 Inkadering 7

1.3 Probleemstelling 8

1.3.1 Doel- en vraagstelling 8

1.4 Relevantie 9

1.4.1 Wetenschappelijke relevantie 9

1.4.2 Maatschappelijke relevantie 9

2. Theoretisch kader 10

2.1 Etnische diversiteit in de ziekenhuiszorg 11

2.1.1. Cultuur 11

2.1.2 Basishouding betreffende cultuurverschillen 13

2.1.3 Toegankelijkheid gezondheidszorg 15

2.1.4 Theoretische deelvraag 1 15

2.2 Maatregelen en voorzieningen 16

2.2.1 Soorten maatregelen 16

2.2.2 Theoretische deelvraag 2 18

2.3 Geschiedenis integratiebeleid Nederland 18

2.3.1 Fasen integratiebeleid 18

2.3.2 Theoretische deelvraag 3 21

2.4 Theorie in de zorgpraktijk 21

3. Methoden en technieken 26

3.1 Operationalisering 26

3.2 Onderzoeksstrategie 28

3.2.1 Website analyse 28

3.2.2 Document analyse 30

3.2.3 Interviews 31

3.2.4 Casestudy 32

3.3 Betrouwbaarheid & validiteit 32

3.3.1 Betrouwbaarheid 32

3.3.2 Validiteit 33

4. Overzicht: Diversiteit in Nederland 34

5. Resultaten 39

5.1 Diversiteit onder ziekenhuis patiënten 39

5.1.1 Voorzieningen in Nederlandse ziekenhuizen 39

5.1.2 Maatregelen in Nederlandse ziekenhuizen 44

5.1.3 Empirische deelvraag 1 49

5.2 Diversiteitbeleid in Nederlandse ziekenhuizen 51

5.2.1 Ziekenhuis casussen 51

5.2.2 Empirische deelvraag 2 57

5.3 Diversiteit in de zorgpraktijk *57*

5.3.1 Ervaringen zorgverleners 58

5.3.2 Empirische deelvraag 3 60

6. Conclusie 61

7.Aanbevelingen 68

8. Reflectie 71

9. Bijlage 72

9.1 Bijlage 1: lijst van ziekenhuizen website analyse 72

9.2 Bijlage 2: topic lijst interviews 74

Literatuur 78

1. Inleiding

Wat doe je als een patiënt van islamitische afkomst in het ziekenhuis wordt opgenomen? Binnen de islam is het een religieuze plicht om zieken te bezoeken. Met als gevolg dat er twintig, dertig familieleden en vrienden op de gang staan. Volgens Marcel Levi, internist en voorzitter van de Raad van Bestuur van het AMC, zijn dit geen overdreven cijfers. Hij maakt deze situaties regelmatig mee. *"Je kunt mensen wel naar huis sturen, omdat volgens de ziekenhuisregels er maar twee personen tegelijk op bezoek mogen komen. Maar je kunt ook een andere oplossing zoeken en een aparte bezoekersruimte beschikbaar stellen voor deze familie" (ZonMw, 2012).* Volgens Levi is de gezondheidszorg nog erg onwennig als het gaat om andere culturen en etnische achtergronden. Dit terwijl er in de grotere steden toch sprake is van een substantiële groep patiënten van niet-westerse herkomst (ZonMw, 2012, p.3). Door een rijke geschiedenis aan migratie is er in Nederland een grote variëteit aan etnische achtergronden van zowel patiënt als zorgverlener. Deze ontwikkeling zorgt voor nieuwe vraagstukken binnen de gezondheidszorg.

Goede zorg voor iedereen is dan ook een vanzelfsprekend doel van zorgverleners, managers en opleiders. Door de multiculturele samenleving waar we nu in leven is het niet altijd even makkelijk om de kwaliteit van zorgverlening te garanderen. Het mag niet zo zijn dat de levensstijl en achtergrond van zorgvrager invloed heeft op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Toch erkent de Raad van Europa (RvE) in 2006 dat er te weinig aandacht is voor de knelpunten betreffende multiculturele zorgverlening (RvE, 2006). De RvE dringt er door middel van een verklaring dan ook op aan dat regeringen van de aangesloten lidstaten meer aandacht besteden aan de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor alle etnische groepen die een landspopulatie kent.

Naast de etnische diversiteit onder de Nederlandse bevolking is er ook nog een andere ontwikkeling gaande die zorgt voor nieuwe accenten binnen het Nederlandse gezondheidsbeleid; namelijk de steeds mondigere burger. De tijd dat de arts de koning was en de patiënt gehoorzaam luisterde is voorbij. De patiënt is cliënt geworden die als zorgconsument centraal is komen te staan. Daarnaast hebben de in 2006 inwerking getreden nieuwe zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg ervoor gezorgd dat de gezondheidszorg van een aanbodgerichte manier van werken naar een vraaggestuurde manier van werken over is gegaan (Brabers, Jong, Reitsma & Wigersma, 2011, p.2776). Deze andere visie op het verlenen van zorg heeft ervoor gezorgd dat zorg beter afgestemd is op specifieke doelgroepen zoals ouderen, gehandicapten en vrouwen. Het is echter de vraag of ook aan allochtonen wordt gedacht als specifieke groep die extra aandacht vraagt (Raad voor volksgezondheid en Zorg (RvZ) (2000, p.4)

Ondanks de toenemende diversiteit onder de Nederlandse bevolking en de eis vanuit de overheid dat ziekenhuizen vraaggestuurde zorg aanbieden is het de vraag wat er vandaag de dag op het gebied van multiculturele zorgverlening vanuit ziekenhuizen wordt ondernomen. Is er bijvoorbeeld voor gekozen om Halal of koosjer eten aan te bieden? Of is het in het ziekenhuis bespreekbaar als een vrouwelijke patiënt geen mannelijke arts wil? Met andere woorden: is er binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg sprake van interculturalisatie?

1.2 Inkadering

Kernwoorden die in dit onderzoek centraal staan zijn: **interculturalisatie, multiculturele samenleving, vraaggestuurde zorg en integratiebeleid.**

Ziekenhuizen worden geacht steeds meer vraaggestuurd te gaan werken. Vraaggestuurde zorg houdt in dat zorg wordt geleverd waarbij het cliënten perspectief centraal staat. Door middel van interactie tussen patiënt en zorgverlener wordt er hierbij gezocht naar passende en wenselijke zorg voor de patiënt. Deze interactie kan alleen plaatsvinden als de zorgverlener luistert, informeert en op verzoek adviseert en wanneer de patiënt duidelijk maakt welke soort zorg hij/zij wenselijk acht (Van der Kraan, 2006, p.32). Echter, door onder andere mogelijke taalbarrières, verschillende visies en gebruiken betreffende gezondheid als gevolg van de multiculturele samenstelling van de Nederlandse bevolking kan deze interactie tot misverstanden en fouten leiden. Dit kan een negatief effect hebben op de kwaliteit van zorgverlening. Om deze misverstanden en fouten te verminderen kunnen Nederlandse ziekenhuizen ervoor kiezen om te interculturaliseren. Onder interculturalisatie wordt verstaan: het afstemmen van de zorgsector op de huidige multiculturele Nederlandse samenleving. In dit onderzoek is de definitie van FORUM, het instituut voor multiculturele ontwikkeling, aangehouden (Bellaart, 2001, p.6).

"Interculturalisatie is een proces waarbij de instelling zich ten doel stelt te veranderen tot een multiculturele instelling op basis van een goede afspiegeling van de samenleving. Wat het resultaat van de organisatie ten goede zal komen." (Bellaart, 2001, p.7).

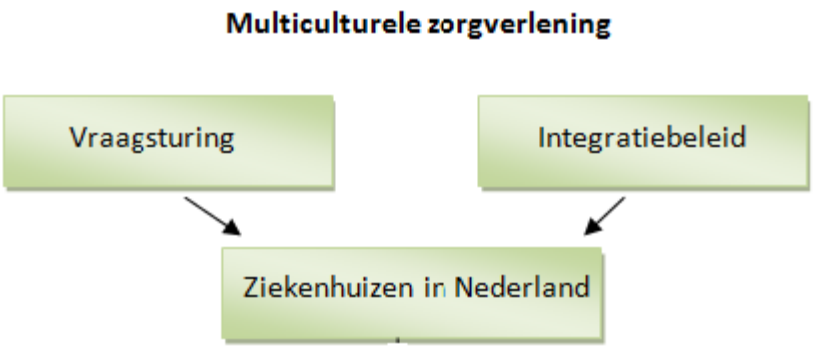
Interculturalisatie wordt door Hoogsteder (2003) in vier gebieden verdeeld. Deze vier gebieden bestaan uit de zorgvrager/zorgverlener aan de ene kant en intern/extern aan de andere kant. Aandacht voor beide groepen kan er namelijk zijn aan de ingang van het ziekenhuis (extern) en binnen de muren van het ziekenhuis (intern). Aan de ingang gaat het over de toegankelijkheid van de zorg voor allochtone patiënten en de instroom van allochtonen medewerkers. Intern binnen de muren van het ziekenhuis gaat het om de zorgverlening zelf en om intercultureel personeelsmanagement. Deze vier gebieden van interculturalisatie kunnen samen worden gevat in onderstaande tabel (tabel 1).

	Extern	**Intern**
Zorgvragers	Toegankelijkheid van zorg voor allochtonen 1	Interculturele zorgverlening 2
Zorgverleners	Instroom van allochtone medewerkers 3	Intercultureel personeelsmanagement 4

Tabel 1: vier gebieden van interculturalisatie (Hoogsteder, 2003)

Binnen dit onderzoek is vooral gekeken naar hoe Nederlandse ziekenhuizen omgaan met zorgverlening aan patiënten die een specifiek geloof aanhangen en patiënten die een niet-Nederlandse achtergrond hebben. Het gaat hier dus om de zorgvrager en hoe intern in het ziekenhuis hiermee wordt omgegaan. In bovenstaande tabel van Hoogsteder is dit in vak 2 weergegeven.

Binnen dit onderzoek stond de vraag centraal of ziekenhuizen hiervoor ook kiezen. Ziekenhuizen kunnen ook gehoor geven aan de andere wens van de overheid namelijk het idee dat immigranten er alles aan moeten doen om te integreren in de Nederlandse samenleving. Dit houdt in dat ze de taal spreken en op de hoogte zijn van de normen en waarden die gelden binnen de Nederlandse samenleving (Rijksoverheid b, 2013). Het gevolg is dat ziekenhuizen geen speciale aandacht voor allochtonen hoeven te hebben aangezien de allochtone patiënten volledig geïntegreerd zijn en dus gebruik kunnen maken van het reguliere aanbod van zorg in Nederland. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de immigrant om de juiste zorg in Nederland te ontvangen. Er kan hier dus mogelijk worden gesproken van een spanning binnen de gezondheidszorg tussen aan de ene kant vraagsturing en aan de andere kant de wens van de overheid dat allochtonen volledig integreren (zie afbeelding 2).



Afbeelding 2: Vraagstuk binnen dit onderzoek betreffende multiculturele zorgverlening

1.3 Probleemstelling

1.3.1 Doel- en vraagstelling

De doelstelling van dit onderzoek was om inzicht te krijgen hoe ziekenhuizen omgaan met het interne multiculturele vraagstuk. De centrale vraag was dan ook hoe ziekenhuizen de toenemende diversiteit onder patiënten vertalen in de zorgpraktijk. Kiezen ziekenhuizen ervoor om zich te ontwikkelen in de stroom van interculturalisatie en dus onder andere specifieke maatregelen en voorzieningen treffen om aan de wensen en vraag van de verschillende patiënten te kunnen voldoen? Of kiezen ziekenhuizen ervoor om hun zorg aan te bieden met als richtlijn dat de patiënt moet integreren in de Nederlandse samenleving? De volgende onderzoeksvraag vloeit hier uit voort:

Op welke wijze wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen omgegaan met diversiteit onder patiënten?

Op basis van theoretische en empirische deelvragen is er een antwoord gevormd op de onderzoeksvraag. De volgende theoretische vragen zijn aan de hand van literatuur beantwoord in dit onderzoek:

- **Wat betekent etnische diversiteit binnen de gezondheidszorg?**
- **Wat voor maatregelen kunnen er binnen de gezondheidszorg worden genomen binnen het kader van interculturalisatie?**
- **Wat zijn de ontwikkelingen vanaf de jaren 70 tot heden op het gebied van integratiebeleid in Nederland?**

Aan de hand van de verzamelde data zijn de volgende empirische vragen beantwoord:

- **Hoe gaan ziekenhuizen om met diversiteit onder patiënten?**
- **Is er sprake van diversiteitbeleid binnen Nederlandse ziekenhuizen?**
- **Hoe wordt door ziekenhuismedewerkers diversiteit onder patiënten ervaren?**

1.4 Relevantie

1.4.1 Wetenschappelijke relevantie

Wetenschappers hebben zich al vaak gebogen over de gevolgen van vraaggerichte zorg en zorg op maat sinds de invoering hiervan in Nederland. Ook naar minderheden in de Nederlandse zorg is al menig onderzoek gedaan. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dan ook dat culturele en religieuze diversiteit onder patiënten tot culturele botsingen kunnen leiden die de zorgverlening mogelijk negatief beïnvloeden. Sommige ziekenhuizen kiezen er dan ook voor om speciale aandacht aan de diversiteit onder patiënten te besteden door bijvoorbeeld maatregelen en voorzieningen zoals gebedsruimte, voeding die aan religieuze voedingsvoorschriften voldoen et cetera. Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat er getracht wordt een verband te leggen tussen de keuzes die ziekenhuizen met betrekking tot diversiteit onder patiënten maken en de mogelijke spanning tussen vraagsturing in de zorg en de gevolgen van het huidige integratiebeleid. Ook zal mogelijk worden bijgedragen aan de wetenschappelijke kennis over welke factoren invloed hebben op de keuzes die ziekenhuizen maken in een omgeving die zich kenmerkt door grote diversiteit onder patiënten. Hierdoor kunnen nieuwe inzichten ontstaan die als aanvulling kunnen dienen op bestaande theorieën op het gebied van de gevolgen van een multiculturele samenleving in het huidige politieke klimaat.

1.4.2 Maatschappelijke relevantie

Op verschillende gebieden is gebleken dat er op dit moment binnen de gezondheidszorg nog niet voldoende is ingespeeld op de groeiende etnische diversiteit in de Nederlandse samenleving (Dahnan, 2007, p.16). Dit is opmerkelijk aangezien de heersende politieke uitspraak zegt dat goede zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn (SER, 2012). Echter op het moment dat er geen rekening wordt gehouden met de culturele en religieuze diversiteit onder zowel zorgvrager als zorgverlener is de toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidzorg in geding. Daarnaast blijkt uit de Consumer Quality Index dat ziekenhuizen met veel patiënten met een niet Westerse afkomst op klanttevredenheid thema's lager scoren dan gemiddeld (Alvim et al., 2012, p.5). Dit onderzoek kan bijdragen aan de kennis hoe ziekenhuizen op dit moment omgaan met patiënten met verschillende etnische achtergronden en waar nog kansen en mogelijkheden liggen voor ziekenhuizen om hun zorgaanbod beter te laten aansluiten bij de Nederlandse multiculturele samenleving en hiermee de toegankelijkheid van zorg kunnen laten toenemen.

2. Theoretisch kader

Op basis van literatuur zal er een antwoord worden gegeven op de in hoofdstuk 1 geformuleerde theoretische vragen.

- **Wat betekent etnische diversiteit binnen de gezondheidszorg?** (§2.1)
- **Wat voor maatregelen kunnen er binnen de gezondheidszorg worden genomen binnen het kader van interculturalisatie?** (§2.2)
- **Wat zijn de ontwikkelingen vanaf de jaren 70 tot heden op het gebied van integratiebeleid in Nederland?** (§2.3)

Een aantal begrippen die in dit onderzoek veel gebruikt worden behoeven enige verklaring. Het gaat hier om de begrippen allochtoon, zorgverlener, zorgvrager en patiënt.

Allochtoon

Voor allochtoon is in dit onderzoek de definitie van het CBS aangehouden. Een allochtoon is iemand die in Nederland woonachtig is en: in het buitenland geboren is met minstens één ouder die eveneens in het buitenland is geboren (1e generatie); of iemand die zelf in Nederland is geboren maar wel minstens één ouder heeft die in het buitenland is geboren (2de generatie). Een allochtoon is dus iemand waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren (CBS, 2013). Het CBS maakt daarnaast nog onderscheidt tussen een westerse allochtoon en niet-westerse allochtoon. In dit onderzoek zal het voornamelijk gaan om de niet-westerse allochtoon. Onder westerse allochtoon wordt verstaan iemand die tenminste één ouder heeft die in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië, Indonesië of Japan is geboren. Japan en Indonesië worden in dit verband tot westers gerekend op grond van de sociaaleconomische en sociaal-cultureel positie van allochtonen uit deze twee landen in Nederland. Het gaat hierbij vaak om mensen die in Nederlands- Indië zijn geboren of werknemers van Japanse bedrijven die met hun gezin in Nederland wonen. Onder niet-westerse allochtoon wordt verstaan iemand die tenminste één ouder heeft die in Afrika, Latijns-Amerika, Turkije of Azië (Exclusief Indonesië en Japan) is geboren (CBS, 2013).

Zorgverlener

Onder zorgverlener wordt een ieder die binnen de gezondheidszorg hulp of zorg verleend. In het geval er over specifieke hulpverleners wordt gesproken zoals artsen of verpleegkundigen is dit expliciet aangegeven.

Zorgvrager en patiënt

Binnen de hedendaagse gezondheidszorg is het niet meer gebruikelijk om in alle velden de term patiënt te gebruiken en is de term cliënt gebruikelijker. In dit onderzoek is echter alleen de term patiënt gebruikt. Hiervoor is gekozen omdat de term cliënt vaak direct in verband wordt gebracht met vraagsturing en dit niet wenselijk is in dit onderzoek. De term patiënt zal worden afgewisseld met de term zorgvrager. Hier wordt echter dezelfde betekenis aan toegekend als patiënt.

2.1 Etnische diversiteit in de ziekenhuiszorg

In deze paragraaf zal er getracht worden een antwoord te formuleren op de theoretische vraag: Wat betekent etnische diversiteit binnen de gezondheidszorg? Er zal aandacht worden besteed aan de volgende vier onderwerpen in relatie met de gezondheidszorg: cultuur, basishouding tegen verschillende culturen en toegankelijkheid.

2.1.1. Cultuur

De vier termen van cultuur

Etnische diversiteit is in dit onderzoek gekoppeld aan cultuur. Om inzicht te krijgen in de etnische diversiteit binnen de gezondheidszorg is het dan ook van belang dat eerst het begrip cultuur verder wordt toegelicht. Het begrip cultuur wordt op vele manieren omschreven; één juiste beschrijving is dan ook moeilijk te geven. De volgende vier termen bestrijken het brede cultuurbegrip in algemene zin: symbolen, helden, rituelen en waarden. In figuur 3 zijn deze vier uitingen van cultuur samengevat in een "Ui-diagram". Waarbij symbolen de meest oppervlakkige manier van cultuur uitingen betreffen en waarden de diepste laag van het begrip cultuur vertegenwoordigen (Hofstede, 1991, p.18). Symbolen zijn woorden, gebaren, afbeeldingen of voorwerpen met een bepaalde betekenis die alleen door de leden van de cultuur begrepen kunnen worden. Helden zijn personen met eigenschappen die hoog gewaardeerd worden binnen de cultuur. Hierdoor fungeren helden als gedragsmodellen. Rituelen zijn collectieve activiteiten die strikt genomen niet noodzakelijk zijn om een doel te bereiken, maar die binnen een cultuur als sociaal wenselijk geacht worden (Hofstede, 1991, p.19). De kern van een cultuur wordt gevormd door waarden.

Het 'Ui-diagram': cultuuruitingen van oppervlakkig naar diep
Fig.3 Hofstede (1991)

Waarden en normen

Verschillende culturen zijn interessant, maar in de praktijk zijn ze vaak ook de oorzaak van misverstanden. Binnen de gezondheidszorg is het daarom noodzakelijk om extra aandacht te besteden aan zorgverleners en zorgvragers afkomstig uit verschillende culturen (Steemers-Van Winkoop, 2001, p.110). Zo is het bij interculturele ethische kwesties van belang om waarden en normen zorgvuldig uit elkaar te houden. Om moreel te kunnen handelen binnen de gezondheidszorg zijn normen en waarden van zowel zorgverlener als zorgvrager van belang. Waarden zijn zoals hierboven al aangegeven op zichzelf nastrevenswaardige ervaringen en situaties. Normen zijn handelingsvoorschriften die aangeven wat in bepaalde situaties als niet wenselijk en wenselijk wordt ervaren (den Dikken, 2003, p.24). Veel morele problemen binnen de gezondheidszorg ontstaan doordat niet duidelijk is uit welke waarden normen ontstaan. Waarden komen vooral in de gezondheidszorg waarbij contact tussen zorgverlener en zorgvrager relatief kort is niet snel naar voren (den Dikken, 2003, p.30). Dit is bijvoorbeeld terug te zien bij spreekuren tussen patiënt en arts waarbij er door de huidige tijdsdruk geen tijd en ruimte is om de waarden van zowel arts als patiënt

te bespreken. Als één van beide partijen zelf de waarden gaat invullen voor de ander kan dit leiden tot misverstanden. Normen zijn daarentegen makkelijker te herkennen. Normen kunnen worden afgeleid uit het handelen van een zorgverlener of de wensen van een patiënt .

Culturele botsingen

Op verschillende manieren kunnen er botsingen ontstaan tussen culturen. Vaak ontstaan er morele problemen wanneer de normen van hulpverlener en hulpvrager niet overeen komen, terwijl de waarden niet tegenstrijdig zijn. Dit doet zich bijvoorbeeld voor wanneer een patiënt naar een arts gaat omdat hij zich de laatste tijd nogal vermoeid voelt. Zowel de arts als de patiënt zullen dezelfde waarde nastreven in de zin dat de gezondheid van de patiënt nastrevenswaardig is. Echter kan tijdens het consult de arts voorstellen om het een tijdje rustig aan te gaan doen terwijl de patiënt graag medicijnen wil. De waarde komt hier overeen maar dit vertaalt zich tijdens het spreekuur naar een andere norm. Als een dergelijk situatie zich voordoet behoort het tot de mogelijkheid door middel van een gesprek de normen aan te passen terwijl de waarden in stand worden gehouden. Dit vereist echter wel van zowel zorgverlener als zorgvrager een open houding (den Dikken, 2003, p.30).

Problemen met de zorgverlening zijn meestal groter indien de waarden tussen zorgverlener en zorgvrager onverenigbaar zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval als de norm is met “respect met de patiënt omgaan” en dit wordt vertaald naar de Nederlandse en islamitische cultuur. Binnen de Nederlandse cultuur vertaalt de norm “met respect met een patiënt omgaan” naar de waarde dat je als arts je patiënt een eerlijk beeld geeft van zijn of haar ziektebeeld. Binnen de islamitische cultuur vertaalt deze norm zich echter in de waarde dat uit respect voor de patiënt er juist voor kan worden gekozen de waarheid niet te zeggen om de hoop op genezing bij de patiënt niet te verminderen. Echter is het niet altijd duidelijk of de waarden daadwerkelijk verschillend zijn. Het is vaak moeilijk om hierachter te komen. Daarnaast is in de praktijk vaak het geval dat als een bepaalde waarde zeer belangrijk is binnen een cultuur een patiënt hier vaak niet van zal willen afwijken (den Dikken, 2003, p.31). Wanneer culturen botsen is een vaak gezien kenmerk dat de dominante meerderheid negatieve betekenis toekent aan de minderheid. Als gevolg hiervan voelt de minderheid zich gedwongen om op het gedrag van de dominante meerderheid te reageren. In de gezondheidszorg kan dit betekenen dat een arts of patiënt weigert het gesprek voort te zetten tijdens een consult of dat er een afwijzende houding wordt aangenomen. Het kan ook gebeuren dat mensen zich terug trekken in eigen kring en zich afschermen van nieuwe indrukken of communicatie. En als derde mogelijkheid kan het ook zijn dat een persoon die tot de minderheid behoort zich gaat aanpassen aan de meerderheid en hierdoor het risico loopt om de cultuur van de ander zo erg te gaan waarderen dat zijn eigen cultuur en identiteit wordt vergeten (Steemers-van Winkoop, 2001, p.220).

Cultuur als excuus

Cultuur kan ook binnen de gezondheidszorg als excuus gezien of gebruikt worden om niet te handelen volgens de geldende regels binnen een ziekenhuis (den Dikken, 2003, p.34). Wanneer bijvoorbeeld een orthodox gelovige overlijdt wordt er door artsen soms bij voorbaat al niet bij de nabestaande navraag gedaan over eventuele donordonatie. Religie wordt als excuus gebruikt om in een geval van overlijden af te zien van de gebruikelijke manier van handelen. Zorgverleners koppelen zelf een moraal bij een voor hen onbekende cultuur. Hierdoor ontstaan scheve verhoudingen tussen culturen. Minderheden zoals allochtonen krijgen hierdoor mogelijk niet de kans om volledig deel te

nemen aan de maatschappij. Het doorvragen door zowel zorgverlener als patiënt is hierbij noodzakelijk. Vaak kan een patiënt niet verklaren waarom bepaalde normen en waarden gelden binnen een religie. Andere zorgverleners zoals geestelijke verzorgers kunnen hierbij uitkomst bieden (den Dikken, 2003, p.35).

2.1.2 Basishouding betreffende cultuurverschillen

Afweer tegen verschillende culturen

Door cultuurverschillen tussen zorgvrager en zorgverlener kunnen er problemen ontstaan met de omgang. Zoals in bovenstaande paragraaf aangegeven kan dit komen door een verschil in waarden en normen. Mensen kunnen op diverse manieren omgaan met een situatie waarbij er sprake is van verschillende normen en waarden tussen patiënt en zorgverlener. Er zijn drie basishoudingen die een goed contact tussen mensen met verschillende culturen kunnen belemmeren: etnocentrisme, fundamentalisme en stereotypie (Steemers- van Winkoop, 2001, p.117). Al deze drie basishoudingen hebben te maken met afweer. Onder etnocentrisme wordt verstaan dat mensen de neiging hebben om naar iemand te kijken vanuit zijn of haar eigen normen- en waarden patroon. Het risico hierbij is dat iedereen die anders is wordt afgewezen en veroordeeld. Vaak ligt de oorzaak van dit gedrag in angst om de eigen identiteit te verliezen. Etnocentrisch gedrag kan resulteren in discriminatie (Steemers- van Winkoop, 2001, p.118). Wanneer van extreem etnocentrisch gedrag gesproken kan worden is er sprake van fundamentalisme. Dit is de neiging om eigen religieuze standpunten als de enige waarheid te zien. Een fundamentalist is niet in staat tot enige relativering van zijn of haar standpunten. Een derde basishouding betreffende verschillende culturele achtergronden van patiënten binnen de gezondheidszorg is het denken in stereotypen. Onder stereotypen wordt verstaan de neiging om alle mensen die een andere culturele achtergrond hebben dan eigen culturele achtergrond over één kam te scheren. Meestal gebeurt dit op basis van één enkele ervaring. In de huidige samenleving hebben ook de media en politiek hier een grote rol in. Om stereotypie binnen de gezondheidszorg te voorkomen is het belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan de bewustwording dat onder aanhangers van bijvoorbeeld een godsdienst vele verschillen zijn (Steemers- van Winkoop, 2001, p.119). De ene gelovige zal bijvoorbeeld strikter zijn met de voedselvoorschriften dan de andere gelovige terwijl beide hetzelfde geloof belijden.

Relativisme versus universalisme

Naast afweer als reactie op verschillende culturen tussen zorgverlener en zorgvrager kan er ook worden gesproken over relativistisch gedrag en universalistisch gedrag. De filosoof Procee stelt dat relativisme en universalisme twee oriëntaties zijn op de werkelijkheid die mensen tegelijk kunnen hebben, omdat beide oriëntaties diep in de mens verankerd zitten (Procee, 1991). Deze twee oriëntaties kenmerken zich in de praktijk in een absolute vorm en een communicatieve vorm. Dit vertaalt zich naar vier conceptuele variaties die in figuur 4 schematisch zijn weergegeven.

Universalisme		Relativisme	
Absoluut	Communicatief	Absoluut	Communicatief

Figuur 4. (Kortmann, 2006, p.69).

Absoluut universalisme

Absoluut universalisme houdt in dat opvattingen voor iedereen moeten gelden. Waarden en normen staan niet ter discussie en hebben een bijna heilige status. Absoluut universalisme is fundamentalistisch van aard. Een persoon die de Bijbel of Koran als heilig beschouwt zal vanuit absoluut universalistisch perspectief van mening zijn dat de Bijbel of Koran voor iedereen zou moeten gelden en als heilig zou moeten worden aanschouwd (Kortmann, 2006, p.69). Binnen de gezondheidszorg betekent dit dat zorgverleners met absoluut universalistische denkbeelden vinden dat iedere patiënt deze ook moet hebben; hierbij wordt er geen rekening gehouden met de culturele achtergrond van de patiënt (Alvim, et al., 2012, p.7). In praktijk betekent dit dat een zorgverlener van mening is dat iedereen geholpen moet worden binnen het kader van regels en opvattingen binnen het ziekenhuis en dat hiervan niet kan worden afgeweken op basis van culturele opvattingen. Wanneer een vrouwelijke patiënt op basis van geloofsovertuiging niet behandeld wil worden door een mannelijke arts zal er door een arts die handelt volgens het absoluut universalisme aan deze wens geen gehoor worden gegeven. Een vrouwelijke patiënt zou in dit geval dus fundamenteel geen recht hebben op een vrouwelijke arts.

Absoluut relativistische

Binnen de absoluut relativistische benadering gaat men ervan uit dat ieder mens anders is en dus ook andere normen en waarden zal hebben. Meningsverschillen op basis van cultuurverschillen zijn daarom principieel onoverbrugbaar. Probeert men dit toch, dan legt men ten onrechte zijn eigen normen en waarden aan de ander op (Kortmann, 2006, p.70). Ook deze zienswijze is fundamentalistisch van karakter omdat ook hier, net zoals bij het absoluut universalisme, elke poging tot het overbruggen van verschillende waarden en normen wordt uitgesloten. Een zorgverlener zal vanuit dit perspectief van mening zijn dat iedereen een eigen mening en opvatting heeft over zorg. Een vrouwelijke patiënt zou in dit geval recht hebben op een vrouwelijke arts.

Communicatief relativisme

Bij communicatief relativisme ligt de nadruk meer op de relativiteit van zaken. Deze zienswijze gaat ervan uit dat mensen normen en waarden door een cultuur opgelegd hebben gekregen. De waarden en normen van de een zijn niet beter of slechter dan van de andere. Culturele gelijkwaardigheid is hierbij dan ook het uitgangspunt (Kortmann, 2006, p.70). De communicatief relativistische zorgverleners zullen de mening van de patiënt respecteren en waar mogelijk zal er door middel van een gesprek een compromis worden gezocht die voor iedereen acceptabel is (Alvim et al., 2012, p.8).

Communicatief universalisme

Bij de laatste benadering het communicatief universalisme wordt er gesteld dat iedereen het recht heeft op zijn eigen mening maar deze nooit naar voren kan brengen als voor iedereen geldend. Universele waarden en normen kunnen alleen naar voren komen aan de hand van een gesprek. Dit gesprek moet echter wel oprecht en eerlijk gevoerd worden. Daarnaast mogen beide partijen elkaar niet onder druk zetten (Kortmann, 2006, p.69). Een zorgverlener die communicatief universalistisch te werk gaat zou het niet eens zijn met de wensen van de patiënt maar zal wel bereid zijn om hierover met de patiënt in dialoog te gaan en dit te bespreken (Alvim et al., 2012, p.8).

2.1.3 Toegankelijkheid gezondheidszorg

Allochtonen van niet- westerse afkomst hebben gemiddeld genomen onvoldoende kennis over de regels en mogelijkheden in de Nederlandse gezondheidszorg blijkt uit een enquête van het Amsterdamse Patiënten Consumenten Platform (Dahhan & Wolf, 2007, p.72). Dit tekort aan kennis heeft in de praktijk het gevolg dat allochtonen minder makkelijk de weg vinden binnen de gezondheidszorg. Daarnaast is er soms ook een gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit komt onder andere voort uit het gevoel van niet begrepen worden of onvoldoende serieus te worden genomen (Steemers- van Winkoop, 201, p.117). Zorginstellingen zijn als gevolg hiervan niet altijd even toegankelijk voor mensen met een niet Nederlandse achtergrond. De toegankelijkheid van een zorginstelling hangt echter samen met de herkenbaarheid van een instelling en van het vermogen om optimale zorg te verlenen aan alle patiënten. Wanneer het personeel binnen een zorginstelling representatief is voor de samenstelling van de bevolking is er sprake van fysieke herkenbaarheid. Deze herkenbaarheid heeft als gevolg dat een zorgvrager het gevoel heeft begrepen te worden. In Nederland zijn de meeste zorginstellingen multi-etnisch in plaats van multicultureel. Een multi-etnische instelling kenmerkt zich door een monoculturele Nederlands karakter waar ook allochtone patiënten worden behandeld en daarnaast ook allochtonen werken (van der Linden, 2004, p.55).

2.1.4 Wat betekent etnische diversiteit binnen gezondheidszorg?

Etnische diversiteit uit zich binnen de gezondheidszorg vaak in verschillende culturen. Culturen worden gekenmerkt door typerende normen en waarden. De verschillende normen en waarden tussen culturen vragen extra aandacht binnen het kader van zorgverlening. Er moet worden vermeden dat zorgverleners of zorgvragers gaan denken in stereotypen of cultuur als excuus gebruiken om geen zorg op maat te kunnen bieden. Het is voor zorgverleners belangrijk dat ze uitgaan van universele medische opvattingen maar alert blijven voor mogelijke verschillende normen en waarden van zorgvragers. Door middel van dialoog moet er overeenkomst worden bereikt over de juiste behandelmethoden voor de patiënt. Dit is vooral belangrijk omdat verschillende onderzoeken hebben uitgewezen dat de gezondheidszorg voor allochtone patiënten nog steeds niet altijd even toegankelijk is. In bovenstaande paragraaf is een beeld geschetst van opvattingen over etnische diversiteit binnen de gezondheidzorg volgens wetenschappelijke bronnen. Binnen dit onderzoek is gekeken naar wat diversiteit onder patiënten betekent voor de keuzes die ziekenhuizen maken en hoe zorgverlening wordt ervaren aan deze groep patiënten.

2.2 Maatregelen en voorzieningen

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) heeft in 2000 onderzoek gedaan voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) naar wat de stand van zaken was van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor de multiculturele bevolking van de Nederlandse samenleving. Dit onderzoek is uitgebracht in het rapport *interculturalisatie van de gezondheidszorg (2000)*. Dit rapport zal als basis worden gebruikt voor het beantwoorden voor de volgende theoretische vraag:

<u>Wat voor maatregelen kunnen er binnen de gezondheidszorg worden genomen binnen het kader van interculturalisatie?</u>

2.2.1 Soorten maatregelen

Binnen de gezondheidszorg zijn er drie soorten maatregelen die genomen kunnen worden om zorg toegankelijk te maken voor alle groepen uit de Nederlandse bevolking om zo goede kwaliteit zorg te garanderen: structurele maatregelen, aanvullende maatregelen en cultuurspecifieke maatregelen.

Structurele maatregelen

Structurele maatregelen zijn maatregelen of initiatieven die gebruikt kunnen worden om tijdens veranderende omstandigheden een situatie voor langere duur of permanent te veranderen (RVZ, 2000, p.57). In de gezondheidszorg hebben zulk soort maatregelen niet alleen invloed op micro- en mesoniveau maar ook op macroniveau. Volgens de RVZ zijn structurele maatregelen te rechtvaardigheden in het kader van multiculturele zorgverlening doordat immigratie in Nederland een permanent verschijnsel is (RVZ, 2000, p.57). De RVZ ziet intercultureel management, als voorwaarde voor het realiseren van instellingen die in kunnen spelen op de multiculturele Nederlandse samenleving. Tot het moment van het uitbrengen van het rapport in 2000 was intercultureel management volgens de RVZ een te vrijblijvende aangelegenheid. De overheid zal dan ook intercultureel management sterk moeten stimuleren aan het management van instellingen (RVZ, 2000, p.59). Een veel geziene structurele maatregel die tegenwoordig wordt genomen om de brug te bouwen tussen zorgvrager en zorgverlener met verschillende culturele achtergronden is het inschakelen van allochtone zorgconsulenten. Het voordeel hiervan is dat zij goed op de hoogte zijn van het aanbod en inrichting van de Nederlandse gezondheidszorg en tegelijk de taal en cultuur van de patiënt kennen. Nadeel van het inzetten van zorgconsulenten is dat het risico ontstaat dat hiermee de prikkel voor structurele aanpassingen van het reguliere zorgaanbod uitblijft. Strikt genomen behoren zorgconsulenten tot de aanvullende maatregelen maar aangezien er de verwachting vanuit de RVZ is dat deze maatregel geruime tijd nodig zal zijn wordt deze als structurele maatregel gerekend. Ook tolkendiensten zullen structureel worden ingezet. Echter is er in het kader van cultuurpassende zorg wel een groeiende vraag naar vrouwelijke tolken (RVZ, 2000, p.60). Daarnaast zullen ook zorgverleners structureel moeten worden opgeleid om de vaardigheden te bezitten om met cultuurverschillen binnen de gezondheidszorg om te kunnen gaan. Om dit te bereiken pleit de RVZ voor een vak “interculturele zorgverlening” in alle zorgopleidingen. Van structureel belang is daarnaast het bevorderen van participatie van allochtonen in patiënten- en cliëntenorganisaties. De invloed en inspraak van allochtone patiënten kunnen bijdragen aan de toegankelijk, kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Ook de inrichting en aankleding van instellingen

behoren tot structurele maatregelen. Hierbij moet gedacht worden aan het aanbieden van gebedsruimten, voeding die voldoet aan religieuze voedingsvoorschriften et cetera. Dit zorgt voor herkenbaarheid en vertrouwen bij patiënten. Deze maatregelen zijn de verantwoordelijkheid van de instellingen; echter benadrukt de RVZ, dat de overheid hierin een stimulerende taak heeft (RVZ, 2000, p.61).

Aanvullende maatregelen

Onder aanvullende maatregelen worden maatregelen verstaan die aanvulling geven wanneer er een gebrek is aan kennis, deskundigheid en vaardigheid in de zorgverlening aan allochtonen patiënten. Aanvullende maatregelen hebben een tijdelijk karakter en hebben betrekking op bepaalde delen van het systeem. Deze maatregelen zijn alleen nodig als er in het gangbare zorgaanbod onvoldoende structurele aandacht is voor de gevolgen van de multiculturele samenstelling van de Nederlandse samenleving (RVZ, 2000, p.58). De keuze van dit soort maatregelen valt samen met het uitgangspunt van het Nederlandse integratiebeleid waarbij geldt "algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig". De RVZ heeft dit uitgangspunt uitgebreid met "algemeen gedifferentieerd beleid waar mogelijk cultuurspecifiek beleid waar nodig" (RVZ, 2000, p.58). In het kader van zorg op maat is het belangrijk dat het systeem van intake, diagnostiek- en therapievormen wordt aangepast aan de culturele belevingswereld van patiënten. Daarnaast is het van belang dat allochtone patiënten goed worden voorgelicht tijdens deze drie fasen van zorgverlening. Hiervoor is onder andere het aanbieden van folders in meerdere talen effectief gebleken.

Cultuurspecifieke maatregelen

Een derde soort maatregel zijn de cultuurspecifieke maatregelen. Deze maatregelen kunnen structureel of aanvullend van aard zijn maar komen specifiek tegemoet aan aspecten van de culturele en religieuze identiteit van patiënten. Cultuurspecifieke maatregelen hebben invloed op de beleving, het gedrag en de behandelwijze van patiënt. In de bestaande methodieken en behandelwijzen binnen de Nederlandse gezondheidszorg zal volgens het RVZ meer ruimte moeten zijn voor inzichten en methodieken uit andere (niet –westerse) culturen. Dit zal de westerse gezondheidszorg ten goede komen (RVZ, 2000, p.64).

In onderstaand schema staan de structurele, aanvullende en cultuurspecifieke maatregelen en voorzieningen overzichtelijk weergegeven.

Structurele maatregelen	**Aanvullende maatregelen**	**Cultuurspecifieke maatregelen**
- intercultureel management -Intercultureel - personeelsbeleid -interculturele zorgverlening als verplicht vak in zorgopleiding - behandelwijzen, methodieken en organisatie van zorg afstemt op culturele diversiteit	- tolkendiensten - zorgconsulenten voor allochtone patiënten - voorlichting voor zorgverleners en zorgvragers	- voeding volgens religieuze spijswetten - gebedsruimten - cultuur gebonden geneeswijzen - regeling medisch gebonden rituelen (besnijdenis)

Tabel 5: overzicht soorten maatregelen (RVZ, 2000)

2.2.2 Wat voor maatregelen kunnen er binnen de gezondheidszorg worden genomen binnen het kader van interculturalisatie?

Binnen de gezondheidszorg zijn er drie soorten maatregelen die genomen kunnen worden om zorg toegankelijk te maken voor alle groepen uit de Nederlandse bevolking om zo goede kwaliteit zorg te garanderen: structurele maatregelen, aanvullende maatregelen en cultuurspecifieke maatregelen. Structurele maatregelen zijn maatregelen of initiatieven die gebruikt kunnen worden om tijdens veranderende omstandigheden een situatie voor langere duur of permanent te veranderen. Onder aanvullende maatregelen worden maatregelen verstaan die aanvulling geven wanneer er een gebrek is aan kennis, deskundigheid en vaardigheid in de zorgverlening aan allochtonen. Cultuurspecifieke maatregelen kunnen ook structureel of aanvullend van aard zijn maar komen specifiek tegemoet aan aspecten van de culturele en religieuze identiteit van patiënten. Om goede, toegankelijke en efficiënte zorg te kunnen aanbieden aan alle leden van de Nederlandse bevolking is het volgens de RVZ (2000) van belang dat er een goede balans wordt gevonden tussen alle drie soorten maatregelen.

2.3 Geschiedenis integratiebeleid Nederland

Nederland is een land wat zich kenmerkt door een geschiedenis van verschillende immigratie periodes. De huidige Nederlandse samenleving is dan ook een multiculturele samenleving. De multiculturele samenleving en de gevolgen hiervan hebben de laatste veertig jaar veelvuldig aandacht gekregen in het publieke en politieke debat en hebben verschillende versies van nationaal integratiebeleid tot gevolg gehad. Het integratiebeleid en debat over de multiculturele samenleving hebben invloed gehad op de mate waarin de Nederlandse overheid en zorginstellingen hun diensten afstemmen op minderheden. Om deze reden zal er in deze paragraaf aandacht worden besteed aan de geschiedenis van 40 jaar integratiebeleid in Nederland. Er zal dan ook een antwoord worden gegeven op de volgende theoretische vraag:

<u>Wat zijn de ontwikkelingen vanaf de jaren 70 tot heden op het gebied van integratiebeleid in Nederland?</u>

2.3.1 Fasen integratiebeleid

De geschiedenis van het Nederlandse immigratiebeleid kan worden verdeeld in een aantal fasen. Onder deze fasen vallen de jaren 70 waarin specifiek beleid voor voornamelijk tijdelijke groepen centraal stond, de jaren 80 waarin vooral aandacht was voor minderhedenbeleid en de jaren 90 wat de periode was van het integratiebeleid.

Jaren 70

In de jaren 70 ging het integratiebeleid vooral over gastarbeiders in Nederland. Tot eind jaren 70 ging de overheid er echter vanuit dat gastarbeiders zich tijdelijk in Nederland hadden gevestigd. De maatregelen binnen het integratiebeleid hadden dan ook een “ad hoc karakter” gericht op zowel het behoud van de eigen identiteit van de allochtonen in Nederland dan wel rekening houdend met de verwachte terugkeer van de arbeiders. Ook was er aandacht voor het welzijn van de gastarbeiders wat zich vertaalde naar specifiek welzijnsbeleid (Fermin, 2009,p.15). Door de jaren heen werd

langzaam steeds duidelijker dat de gastarbeiders hier niet voor even in Nederland waren. Ook steeds vaker kwamen vrouwen en kinderen van de mannelijk gastarbeiders naar Nederland in het kader van gezinshereniging (Rigter, 2007, p.2). Echter pas eind 1980 erkent de overheid officieel dit verschijnsel waarna een samenhangend integratiebeleid noodzakelijk werd geacht.

Jaren 80

Het beleid van de jaren 80 gaat verder daar waar het beleid in de jaren 70 stopte. Bij het beleid in de jaren 80 was dan ook wederom sprake van een tweezijdige doelstelling in het kader van integratiebeleid. Aan de ene kant stond wederzijdse aanpassing en emancipatie van minderheden centraal terwijl aan de andere kant was het ook de doelstelling dat er ruimte was voor het behoud van de eigen identiteit. Binnen de politiek bestond brede consensus. Het integratiebeleid van deze tijd had een sterk sociaalliberaal uitgangspunt waarin burgerschap centraal stond (Fermin, 2009, p.15). Om dit te realiseren werd er gestreefd naar het aanpassen van algemene voorzieningen zodat deze toegankelijk werden voor zowel minderheden als de rest van de Nederlandse bevolking (Rigter, 2007, p.2). Specifieke maatregelen die in de jaren 70 waren genomen in het kader van het sociaal-culturele emancipatie proces moesten in de jaren 80 leiden tot sociaal economische emancipatie. Typerend voor het beleid uit deze tijd was de aandacht voor de rechtspositie van de immigranten. Het was dan ook in 1985 dat de wet inging waarin migranten die minimaal 5 jaar legaal in Nederland verbleven stemrecht kregen (Fermin, 2009, p.15).

Jaren 90

Eind jaren 80 kwam op het uitgangspunt dat migranten een zorgcategorie waren steeds meer kritiek. Daarnaast bleek het huidige integratiebeleid niet in staat was de dreigende marginalisering onder migranten tegen te gaan. Tegelijkertijd speelde de discussie over de verandering van de definitie van Nederland als verzorgingsstaat en was er sprake van een verandering in de verhouding overheid en burger binnen de beleidsfilosofie (Fermin, 2009, p.15). Deze gebeurtenissen kwamen duidelijk naar voren in het in 1998 door de Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid (WRR) uitgebrachte rapport *Allochtonenbeleid*. Het WRR benadrukte het belang van een verdere doorvoering van het beleid op het gebied van de sociaaleconomische status van migranten. Dit standpunt werd niet door de politiek met open armen ontvangen. Echter in een 1991 door VVD leider Bolkenstein geïnitieerd minderhedendebat werd uiteindelijk toch akkoord gegaan met het standpunt van de WRR (Fermin, 2009, p.15). In de Contourennota van 1994 veranderde het minderhedenbeleid in integratiebeleid en werd burgerschap een centraal begrip in de visie op allochtonen in Nederland. Door deze veranderingen werd het beleid harder van karakter, waarbij de eigen verantwoordelijkheid en plichten van de migrant meer centraal kwamen te staan. Dit was onder andere terug te zien in de integratienota 1999-2002 van het tweede paarse kabinet *Kansen krijgen, kansen pakken* (Rigter, 2007, p.3). De veronderstelling was dat effectief integratiebeleid op de beleidsfactoren onderwijs, arbeid en volwassen educatie specifiek beleid op terreinen als huisvestiging, gezondheidszorg, welzijn en justitie overbodig zou maken (van Dugteren, Herweijer, van Praag, Tesser & van der Wouden , 1995, p.18). Cultuurspecifieke maatregelen werden dan ook steeds minder in deze periode in plaats daarvan werden er vooral algemene maatregelen ingezet. Subsidies aan belangen organisaties voor migranten werden dan ook afgebouwd en subsidies werden alleen nog verstrekt aan organisaties die multi-etnische contacten zouden bevorderen. Daarnaast werd veel integratiebeleid gedecentraliseerd naar onder andere scholen en gemeenten (Fermin, 2009, p.16).

21ste Eeuw

Eind jaren 90 is er steeds meer discussie over het integratiebeleid in Nederland. De discussie bereikt een hoogtepunt als in 2000 Paul Scheffer in het NRC Handelsblad het heeft over het "multiculturele drama" en stelt dat het integratiebeleid mislukt is. Door onder andere dit artikel ontstaat er een discussie over de verhoudingen tussen de sociaal economische en sociaal culturele aspecten van het integreren van immigranten in Nederland (Rigter, 2007, p.3). Daarnaast was er door de jaren heen een verschuiving zichtbaar in het standpunt waarmee over integratie problematiek gesproken werd. Waar er eerst de nadruk lag op de botsingen tussen de moderne en premoderne waarden wordt er in de 21ste eeuw steeds vaker gesproken over het conflict tussen de islamitische en westerse waarden. De gebeurtenissen als de aanslagen op 11 september 2002 in Amerika, de moorden op zowel Pim Fortuyn in 2002 en Theo van Gogh in 2004 hebben daar zeker aan bijgedragen (Demant, 2005, p.70). Deze veranderende kijk op immigranten was ook goed terug te zien in de beleidsfilosofie van het eerste kabinet Balkenende (2002-2006) waarin immigratie en integratie samen werden gevoegd en werd ondergebracht bij het ministerie van Justitie. Het in 2003 door mevrouw Verdonk gepresenteerde "integratiebeleid nieuwe stijl" was dan ook meer een assimilatiebeleid. Hierin was vooral het uitgangspunt dat er gekeken moest worden wat autochtonen en allochtonen gemeen hebben in plaats van aandacht besteden aan culturele verschillen. Cultuur problemen van vooral islamitische allochtonen werd hierin als hoofdprobleem aangekaart. Het integratie- en immigratiebeleid heeft in de 21ste eeuw langzaam het karakter gekregen van maatregelen ten behoeve van controle en beheersing van integratie. Echter onder het bewind van kabinet Balkenende IV in 2007 werd immigratie en integratie weer als twee los staande beleidsvlakken gezien (Fermin, 2009, p.18).

2013

Op dit moment bij het kabinet Rutte-Asscher valt het integratie- en inburgeringbeleid onder het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en het asiel- en integratiebeleid is onder gebracht bij het ministerie van Veiligheid en Justitie (Rijksoverheid a, 2013). Het integratiebeleid wordt door de regering omschreven als restrictief, rechtvaardig en gericht op integratie. Het huidige kabinet wil dan ook geen integratiebeleid voor specifieke doelgroepen. Door het invoeren van meer verplichtingen komt de verantwoordelijkheid voor integratie meer bij de migrant zelf te liggen. Iemand die langdurig in Nederland komt wonen moet er zelf voor zorgen dat hij of zij de Nederlandse taal leert en zich bekend maakt met de normen en waarden van de Nederlandse samenleving. De overheid zal er wel voor zorgen dat hier voldoende mogelijkheden voor zijn; zoals het aanbieden van inburgeringcursussen ter voorbereiding van het inburgeringexamen. Voor mensen met een asiel status zal de staat in de kosten indien wenselijk tegemoet komen, andere kunnen gebruik maken van een sociaal leenstelsel (Rijksoverheid a, 2012). Wie de Nederlandse taal niet beheerst kan dan ook geen bijstandsuitkering aanvragen. Waar in de jaren 70 de regering onverwacht werd geconfronteerd met de gevolgen van gezinshereniging van gastarbeiders, heeft het huidige kabinet eisen gesteld aan gezinsvorming en gezinshereniging om de integratie te waarborgen. Daarnaast wil het kabinet af van de benaming "multiculturele samenleving". De samenstelling van de Nederlandse bevolking is namelijk constant in verandering maar heeft een eigen karakter dat niet inwisselbaar is (Rijksoverheid b, 2013). Voormalig minister Donner sprak in 2011 al van een duidelijke koerswijziging van het kabinet. Volgens Donner is het doel van het kabinet nu om *"Een Nederland te creëren dat*

weliswaar verandert door de komst van mensen uit het buitenland, maar nog wel herkenbaar is als het Nederland uit het verleden en het Nederland dat wij willen doorgeven aan onze kinderen en kleinkinderen" (NOS, 2011). Toch is niet iedereen te spreke over het standpunt van de regering betreffende integratie van immigranten. Zo stelt voormalig PvdA-leider Cohen dat het kabinet een "historische vergissing" begaat. Volgens hem maakt het kabinet dezelfde fout als in de jaren zestig tot tachtig: het kabinet leunt achterover en de migranten moeten het allemaal zelf maar uitzoeken. Het is dan ook onvermijdelijk dat het kabinet over een aantal jaren de rekening van deze houding gepresenteerd krijgt aldus Cohen (NOS, 2011).

2.3.2 Wat zijn de ontwikkelingen vanaf de jaren 70 tot heden op het gebied van integratiebeleid in Nederland?

Terwijl in de jaren 70 de Nederlandse overheid als standpunt had dat gastarbeiders recht hadden op een eigen cultuur, is nu in 2013 het standpunt dat een eigen cultuur meer iets is voor achter gesloten deuren. Het debat is dan ook van een sociaal- economisch vraagstuk veranderd in een debat over cultuurverschillen waarbij er vaak wordt gewezen naar de islamitische allochtoon. Waar in de jaren 80 nog aandacht was voor cultuurspecifieke voorzieningen wordt er nu de voorkeur gegeven aan algemene voorzieningen. Ook wordt er bij de immigrant een grotere verantwoordelijkheid gelegd om zelf te integreren en op de hoogte te zijn van de normen en waarden binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Zo wordt er in het regeerakkoord van kabinet Rutte-Asscher nadrukkelijk vermeld dat dit kabinet ervoor kiest om geen integratiebeleid voor specifieke doelgroepen te willen voeren. Dit betekent mogelijk in de praktijk dat er in de gezondheidszorg geen specifieke maatregelen worden genomen voor speciale doelgroepen onder patiënten. Een tolkendienst voor mensen die de Nederlandse taal niet beheersen zal in het kader van het standpunt van de overheid dan ook niet wenselijk zijn. De patiënt is immers zelf verantwoordelijk om de Nederlandse taal te beheersen. Het feit dat de tolk- en vertaaldienst subsidie in de gezondheidszorg op 1 januari 2012 is afgeschaft door het ministerie van VWS heeft hier mogelijk mee te maken. Daarnaast is het opmerkelijk dat dit kabinet af te willen van de term multiculturele samenleving.

2.4 Theorie in de zorgpraktijk

In de voorgaande paragrafen zijn de drie theoretische deelvragen van dit onderzoek beantwoord. In deze paragraaf zullen de uitkomsten van de theoretische deelvragen worden gekoppeld aan de huidige zorgpraktijk. Ook zal er aandacht worden besteed wat de besproken theorie betekent voor dit onderzoek.

Jaarrapportage Integratiebeleid en de gezondheidszorg

De veranderende uitgangspunten van de overheid tegenover het integratie vraagstuk hebben door de jaren heen directe gevolgen gehad voor de gezondheidszorg. Zo was er in de jaren 70 nog volop ruimte voor immigranten in Nederland om hun eigen cultuur aan te houden. In de jaren 80 was er ook nog een sterke nadruk op cultuurspecifieke voorzieningen; in de zorg betekende dit cultuur gebonden geneeswijzen, speciale gebedsruimte et cetera. Echter is de zorg omgeving in de jaren 90 veranderd door de wijziging in koers van de politiek betreffende integratiebeleid. De Nederlandse overheid ziet integratiebeleid nog wel in de jaren 90 steeds als een belangrijke taak. Zo is er vanaf

1993 op verzoek van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties er een jaarlijkse rapportage waarin verslag wordt gedaan van de positie van minderheden in de Nederlandse samenleving, welke maatregelen zijn genomen en de effectiviteit hiervan (Roger, 2000, p.3). In deze rapportages *integratiebeleid etnische minderheden* is duidelijk te zien waar op het thema integratiebeleid de overheid de meeste relevantie aan toekent.

Zo is in de eerst verschenen rapportage in 1999 waar te nemen dat de meeste nadruk op onderwijs en de arbeidsmarkt ligt en veel minder op het thema gezondheidszorg. Wel is er een apart hoofdstuk met de titel *beleid ten aanzien van volksgezondheid, welzijn en sport* waarin aandacht wordt besteed aan zorgverlening aan etnische minderheden in de Nederlandse samenleving. In deze jaarrapportage wordt interculturalisatie van de gezondheidszorg als belangrijke factor beschouwd om kwalitatieve goede en toegankelijke zorg voor iedereen in de Nederlandse samenleving te bevorderen. Wel wordt hierbij vermeld dat structureel beleid op dit thema vraagt om steeds nieuwe impulsen en dat het een langzaam proces is. Daarom heeft het VWS destijds besloten om de raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies uit te brengen over toekomstig beleid ten aanzien van zorgverlening aan etnische minderheden (TK 26 815, nr. 1, p.75).

In de rapportage van 2000 is wederom te zien dat de arbeidsmarkt en onderwijs de meeste aandacht hebben binnen integratiebeleid. Wel is er ook in deze rapportage nog steeds sprake van een apart hoofdstuk *beleid ten aanzien van volksgezondheid, welzijn en sport.* Hierin wordt vermeld dat het ministerie van VWS er naar streeft dat alle inwoners van Nederland een evenredige toegang hebben tot voorzieningen van beleidsterreinen. Verder wordt er vooral de nadruk gelegd op de verwachte uitkomsten van het onderzoek van het RVZ om het integratiebeleid en daarmee ook de interculturalisatie van zorg te verbeteren (TK 27 412, nr. 2, p.33). Er is hier dus nog steeds sprake dat de norm is het interculturaliseren van de zorg.

In de rapportages van 2001 en 2002 is hier een duidelijke verandering in te zien. In jaarrapportage van 2001 wordt er geen aandacht aan de interculturalisatie van de gezondheidszorg besteed en in de rapportage van 2002 is er geen apart hoofdstuk meer over integratiebeleid en de gezondheidszorg maar wordt de gevolgen van het integratiebeleid in de gezondheidszorg besproken in een paragraaf van twaalf regels in het hoofdstuk “overige onderwerpen”. In deze paragraaf is geen aandacht voor interculturalisatie van zorg maar gaat het om het effect van crisissituaties op migrantengroepen die in Nederland wonen (TK 28 612, nr. 2, p.67).

In de rapportage van 2003 is er wederom geen apart hoofdstuk over de gezondheidszorg binnen het integratiebeleid. Wel wordt er geconcludeerd dat interculturalisatie en de toegankelijkheid van instellingen waaronder ook zorginstellingen te vergroten een moeizaam proces is (TK 28 612, nr. 2, p.14). Verder wordt er aandacht besteed aan de aanbevelingen die het RVZ in 2000 heeft gedaan naar aanleiding van het onderzoek over interculturalisatie van de zorg. De toenmalige minister Borst heeft deze aanbevelingen overgenomen en heeft een projectorganisatie opgericht voor de uitwerking en invoering van de maatregelen. In 2003 heeft deze projectorganisatie zich vooral met vier aanbevelingen bezig gehouden namelijk (TK 28 612, nr. 2, p.70):

- Ontwikkeling van een centraal en onafhankelijk steunpunt voor de interculturalisatie van de gezondheidszorg.
- Beleidsmatige en financiële inbedding van allochtone zorgconsulenten.
- Bevordering van participatie van allochtone cliënten en patiënten.
- Onderzoeksprogramma interculturalisatie bij ZonMw (Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen).

In 2004 wordt er door voormalig minster Verdonk van Vreemdelingenzaken en Integratie besloten dat in plaatst van de jaarlijkse rapportage *Integratiebeleid Etnische Minderheden* er een jaarlijkse *jaarrapportage Integratie* komt (TK 29 203, nr. 13). Dit is mogelijk te verklaren door de introductie van "integratiebeleid nieuwe stijl" alsmede door Verdonk in 2003, welke het karakter had van een assimilatie beleid. Er is hierbij meer aandacht wat allochtonen en autochtonen gemeen hebben in plaatst van te kijken naar cultuurverschillen (Fermin, 2009, p.18). Waar eerst de Rijksoverheid nog een groot gedeelte van de taak op zich nam om ervoor te zorgen dat zowel allochtone als autochtone patiënten gelijke zorg kregen is in het verlengde van het integratiebeleid "nieuwe stijl" van Verdonk een grotere rol weggelegd bij zorginstellingen om ervoor te zorgen dat ook voor allochtonen de zorg toegankelijk is. Toenmalig minister Hoogervorst benadrukt dan ook dat het belangrijk is dat problemen met allochtonen in de zorg zo decentraal mogelijk opgelost worden (Hoogervorst, 2004). Deze beleidswijziging zorgt ervoor dat zorginstellingen zelf verantwoordelijk werden voor het oplossen van mogelijke problemen met allochtonen patiënten.

In de jaarrapportages *Integratie* die vanaf 2004 tot het heden worden gepubliceerd is deze decentralisatie ook terug te zien. In jaarrapportages *Integratie* is er in tegenstelling tot de jaarrapportages *Integratiebeleid Etnische Minderheden* minder aandacht voor hoe de overheid de gezondheidszorg gaat interculturaliseren maar is er meer aandacht voor het algemene beeld van de allochtoon in Nederland. De doelstelling van de jaarrapportages is dan ook het in kaart brengen van verschillende aspecten die van invloed zijn voor het integratieproces van verschillende allochtonen bevolkingsgroepen (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2010, p. 27). Wel is er in de jaarnota Integratiebeleid 2006 vermeld dat het ministerie van VWS het ZonMw (Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen) de opdracht heeft gegeven een praktijkprogramma op te stellen gericht op de implementatie van kennis en kunde op het gebied van interculturalisatie bij zowel zorgverlener als zorgvrager. Het VWS heeft hiervoor een bedrag van €300.000 beschikbaar gesteld over de periode 2005-2007 (TK 30810, Nr. 2).

Markwerking in de gezondheidszorg

De nieuwe zorgwet in 2006 zorgde ervoor dat marktwerking werd ingevoerd binnen de gezondheidszorg. De patiënt veranderde hiermee in een zorgconsument. De veronderstelling is dat door de keuzevrijheid die patiënten hiermee kregen de zorg onder andere efficiënter en effectiever zou worden. Echter is het de vraag of deze keuze vrijheid er wel voor iedereen is. De econoom Albert Hirschman introduceerde in 1970 het idee van exit, voice en loyalty binnen marktwerking (Hirschman, 1970, p.102). Binnen de gezondheidszorg betekent dit dat patiënten hun `exit` optie gebruiken als ze wegens ontevredenheid van de zorg naar een andere zorgverlener, ziekenhuis et cetera gaan. Vertaald de `loyalty` zich naar dat ondanks de ontevredenheid de patiënt toch zal blijven bij de eerste zorgverlener en betekent `voice` dat de patiënt bij ontevredenheid over de verkregen

zorg van binnenuit kenbaar zal maken door een klacht in te dienen of naar een patiëntenvereniging te stappen om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren (Delnoij, 2009, p.33). Echter is het binnen de publieke sector en zo ook binnen de zorg de vraag of er altijd wel gesproken kan worden van een volwaardige exit and voice optie. Vooral bij allochtone patiënten is het de vraag of de voice, het als patiënten uiting geven aan je wensen en belangen, wel tot 'n recht komt binnen de huidige marktwerking (Harchaoui, 2009, p.19). Dit omdat de Nederlandse taal niet altijd bij allochtone patiënten goed is ontwikkeld en in bepaalde culturen het niet de norm is om assertief te zijn tegenover de zorgverlener en in het bijzonder de arts. Echter door meer eigen verantwoordelijkheid bij de patiënten te leggen moet elke patiënt zelf de voice optie zien te benutten en te verkrijgen. Er zou kunnen worden gesproken van dat in plaats zorginstellingen zorg op maat moeten leveren de patiënt maatwerk moet leveren aldus Harchaoui voormalig voorzitter Raad van Bestuur van Forum. Ook is het de vraag of allochtone patiënten wel op de hoogte zijn van hun "exit" optie. Echter vanuit het standpunt van de overheid over integratie is het de eigen verantwoordelijkheid van de allochtone patiënt om op de hoogte te zijn van de mogelijkheden binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Specifieke zorg voor bepaalde doelgroepen is in de lijn van het huidige standpunt van het kabinet Rutte-Asscher waarbij geen specifiek doelgroepenbeleid meer wordt gevoerd dan ook niet meer wenselijk (Rijksoverheid c, 2013). De zorg is een mogelijke indicator geworden van of het goed gaat met de integratie. De in de 2012 afgeschafte subsidie voor tolkenvergoeding zou een teken kunnen zijn van dat het gebruik van tolken wordt gezien als een teken van het mislukken van het laten inburgeren van nieuwe immigranten.

Media

De media aandacht die er is op het moment dat er voor bepaalde doelgroepen faciliteiten worden aangeboden kan ook als mogelijk gevolg worden gezien van het veranderende beleid van de Rijksoverheid ten behoeve van immigranten. Toen woningcorporatie Eigen Haard in Bos en Lommer in 2012 in het nieuws kwam omdat ze voorzieningen zouden hebben aangebracht in de woningen speciaal voor moslims duurde het niet lang voordat de term "Halal woning" werd genoemd en er door bewindsleden van de PVV Kamervragen werden gesteld. Geert Wilders reactie op twitter was dan ook "totale idioterie" en benadrukte dat dit het zoveelste voorbeeld is van de islamisering van Nederland. Amsterdamse gemeenteraadsrede Daniel van der Ree (VVD) en Marijke Shahsavari (CDA) plaatsten dan ook kanttekeningen bij het project en benadrukten dat zulk soort acties de integratie niet ten goede komt. Woningcorporatie Eigen Haard was er dan ook snel bij om de nieuwsberichten te relativeren en te laten zien dat het allemaal wel meeviel met al de aanpassingen die er in de woningen waren gedaan (Groen, 26 november 2012). In het verlengde van zulk soort voorvallen zijn aparte afdelingen in zorginstellingen zoals ziekenhuizen voor bepaalde doelgroepen dan in de maatschappij en het huidige politieke klimaat dan ook niet wenselijk (Harchaoui, 2009, p.17).

Van theorie naar onderzoek

Uit bovenstaande praktijk voorbeelden kan er dus verwacht worden dat er in dit onderzoek naar voren komt dat cultuurspecifieke maatregelen en dan voornamelijk maatregelen die een islamitisch karakter hebben binnen de zorg niet altijd even wenselijk zijn vanuit politiek en maatschappelijk oogpunt. Daarnaast is er door de jaren heen steeds meer de taak van interculturalisatie in de zorg bij de zorginstellingen zelf gelegd. Het is aan een ziekenhuis bestuur of ze ervoor kiezen om vraag gestuurde zorg te leveren en dus wellicht besluiten om cultuurspecifieke maatregelen te nemen zoals

een zorgconsulent of dat ze ervoor kiezen om maatregelen vanuit het uitgangspunt van het integratiebeleid van de overheid en dus geen cultuurspecifieke maatregelen nemen. Het is dus de vraag of ziekenhuizen kiezen voor een universalistisch of relativistisch uitgangspunt bij het bepalen van hun beleid. Daarnaast kan er verwacht worden dat er in de zorgpraktijk indien er geen gelijkwaardig dialoog plaats vindt tussen zorgverlener en patiënt wanneer er een situatie voor doet waarin normen en waarden van beide partijen verschillen dit kan leiden tot morele problemen. Met de steeds groeiende diversiteit onder de Nederlandse bevolking zal in dit onderzoek een antwoord worden gezocht op de vraag hoe ziekenhuizen met de mogelijke spanningen omgaan tussen integratiebeleid en zorg op maat.

3. Methoden en technieken

In dit hoofdstuk zal worden toegelicht welke methoden en analyses zijn gebruikt om data te verzamelen en te analyseren zodat er een antwoord op de hoofdvraag kon worden gegeven. In de eerste paragraaf zullen een aantal veel voorkomende begrippen in het onderzoek worden geoperationaliseerd. In de tweede paragraaf zullen de drie fases van het onderzoek worden toegelicht; de website analyse, document analyse en de diepte interviews. En in de derde paragraaf zal er besproken worden hoe de betrouwbaarheid en validiteit tijdens het onderzoek is gegarandeerd.

3.1 Operationalisering

Tijdens de website analyse is van 48 ziekenhuizen in Nederland is er een inventarisatie gemaakt wat voor een soort maatregelen en voorzieningen ziekenhuizen hebben om zorg aan te kunnen bieden aan alle patiënten ongeacht culturele of religieuze achtergrond. Er is hier naar aanvullende en cultuurspecifieke maatregelen gekeken. De ziekenhuis websites zijn geanalyseerd aan de hand van zeven thema's namelijk: geestelijke verzorging, religieuze voedingsvoorschriften, faciliteiten, communicatie, kennis en geloof gerelateerde medische ingrepen. Omdat dit brede begrippen zijn en daardoor gevoelig zijn voor verschillende interpretaties zijn deze begrippen geoperationaliseerd.

Geestelijke verzorging: "*de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloofs - en levensovertuiging en de professionele advisering betreffende ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming" (Vereniging voor Geestelijke Verzorging in Zorginstelling (VGVZ), 2002, p.5).* Er is hierbij gekeken of deze aanwezig waren en zo ja voor welke religieuze/spirituele voorkeuren. En wat het takenpakket van de aanwezige geestelijke verzorger is. Is bijvoorbeeld de geestelijke verzorger ook actief betrokken bij het ontwikkelen en implementeren van interculturalisatiebeleid?

Religieuze voedingsvoorschriften: Onder religieuze voedingsvoorschriften werd er in dit onderzoek verstaan voedingsmiddelen die voldoen aan religieuze wetten. Zoals koosjere en Halal maaltijden. Voor Halal is gekozen omdat de moslim gemeente 5% van de Nederlandse bevolking dekt en daarmee een zeer relevante groep patiënten is binnen de ziekenhuiszorg. Daarnaast is voor koosjer gekozen omdat bij de spijswetten die gelden binnen het Jodendom niet zoals bij religies als hindoeïsme en islam kan worden gekozen voor een vegetarische maaltijd als alternatief.

Faciliteiten: Hierbij gaat het om cultuurspecifieke faciliteiten die nodig en wenselijk zijn om een religie te kunnen praktiseren zoals een kapel, gebedsruimte, wasruimte voor moslims etc.

Communicatie: Onder communicatie worden alle structurele, aanvullende en cultuurspecifieke maatregelen bedoeld die aanwezig zijn ten behoeve van de communicatie naar en tussen zorgverleners en zorgvragers met verschillende culturen of religies. Hierbij kan er worden gedacht aan zorgconsulenten, tolken, folders in meerdere talen et cetera.

Kennis: Bij het begrip kennis zal het binnen dit onderzoek vooral gaan over de mate waarin een ziekenhuis zich inzet om zich te ontwikkelen ten behoeve van interculturele zorg. Hier kan worden gedacht aan diversiteit werkgroepen, lezingen voor zorgverleners et cetera. Maar ook naar kennis vergroting bij de patiënt. Zijn er bijvoorbeeld speciale vragen uren voor allochtone patiënten?

Geloofsgerelateerde medische ingrepen: Hier zal worden verstaan de mogelijkheid in een ziekenhuis tot een Briet Miela (jongens besnijdenis binnen het Jodendom) of Khitan (jongens besnijdenis binnen de islam). Aangezien vrouwenbesnijdenis in Nederland bij wet verboden is zal deze vorm van besnijdenis vanzelfsprekend buiten beschouwing worden gelaten.

Wensen patiënt: Hier onder is verstaan cultuur of religie specifieke wensen waaronder: het niet op een kamer liggen met iemand van het andere geslacht, niet behandeld worden door iemand van het andere geslacht et cetera.

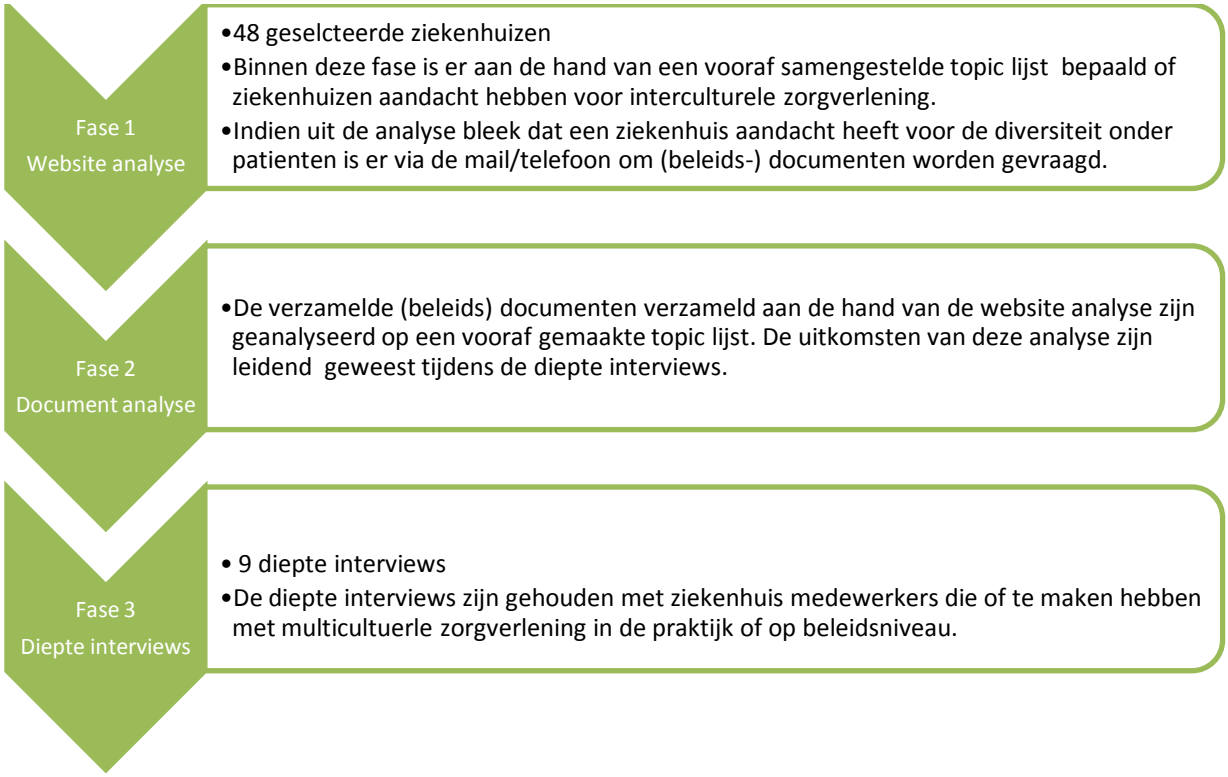
In onderstaande tabel is weergegeven hoe de zeven thema's zich vertaalde naar vragen waarnaar is gekeken tijdens de website analyse.

Geestelijke verzorging	Is er geestelijke verzorging aanwezig binnen het ziekenhuis? Zo ja van welke geloofsovertuigingen zijn er geestelijke verzorgers intern vast in het ziekenhuis aanwezig? Is er de mogelijkheid om indien gewenst via de interne geestelijke verzorgers iemand anders van een andere geloofsovertuiging te regelen? Op welk termijn kan dit? Kan deze al de op dezelfde dag komen of moet dit verzoek een bepaalde periode van te voren worden aangevraagd?
Voeding	Is er aandacht voor speciale dieet voorschriften op basis van geloofsovertuiging? Zo ja, voor welke geloofsovertuiging is er speciale voeding mogelijk? Zo nee, waarom heeft het ziekenhuis ervoor gekozen geen speciale voeding aan te bieden?
Faciliteiten	Is er een stilte ruimte, kapel of andere geloofsbelijdenis ruimte aanwezig?
Communicatie	Is er de mogelijkheid tot het gebruik maken van een tolk? Zo ja, welke talen? Zo nee, op welke manier wordt er dan gecommuniceerd met patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn? Is de patiënten informatie, richtingaanwijzerring etc. in meerdere talen beschikbaar?
Kennis	Is er aandacht voor verschillende geloofsovertuigingen, etnische achtergronden en de gevolgen voor de kijk op gezondheidszorg? Is het personeel (artsen, verpleegkundige) op de hoogte van bijvoorbeeld opvattingen met betrekking van zorg van jehova getuigen?
Geloofsgerelateerde medische ingrepen	Is het mogelijk om een besnijdenis te laten uit voeren? (Islam en Jodendom)
Wensen patiënt	Is er de mogelijkheid om een mannelijke/vrouwelijke arts te weigeren wegens geloofsovertuigingen?

Tabel 6: zeven thema's website analyse

3.2 Onderzoeksstrategie

Het doel van dit onderzoek was om een beeld te krijgen hoe ziekenhuizen reageren op de multiculturele samenstelling van de Nederlandse bevolking en waarom ziekenhuizen bepaalde keuzes maken betreffende dit onderwerp. Het onderzoek kenmerkte zich vooral door het verkennende en inventariserende karakter. Doormiddel van het gebruik van verschillende methoden voor het verzamelen van de data is geprobeerd een uitgebreid beeld van de situaties te schetsen binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg. De data verzameling tijdens het onderzoek heeft in drie fase plaatsgevonden namelijk; een eerste fase waarin er een website analyse heeft plaats gevonden, een tweede fase waar documenten zijn geanalyseerd en een laatste fase waarin er diepte interviews zijn gehouden. In onderstaand schema zijn deze drie fase schematisch weergegeven.



Afbeelding. 7: de drie fases van de data verzameling

In de volgende paragrafen zal er in paragraaf 3.2.1 aandacht worden besteed de eerste fase van het onderzoek: de website analyse. In paragraaf 3.2.2 zal er worden ingegaan op de tweede fase namelijk de document analyse. Tot slot zal er in paragraaf 3.2.3 de derde fase worden toegelicht waar de diepte interviews centraal stonden.

3.2.1 Website analyse

Als eerste fase van het onderzoek is van 48 ziekenhuis websites een analyse gemaakt of desbetreffende ziekenhuizen zich bezighouden met de grote diversiteit onder de Nederlandse samenleving en daarmee ook mogelijk onder de patiënten populatie van ziekenhuizen (Zie bijlage 1 voor de volledige lijst met alle 48 ziekenhuizen). Er is voor een website analyse in plaatst van een vragenlijst gekozen omdat bij een vragenlijst er altijd een risico is dat er een lage response is onder

de uitgenodigde respondenten. Vaak is deze response zelfs onder de 30% wat als gevolg kan hebben voor de externe validiteit terwijl websites te allen tijde voor het publiek beschikbaar zijn (van Thiel, 2010, p.95). De websites zijn geanalyseerd op basis van enkele vooraf bepaalde onderwerpen met vragen waarmee er is getracht een overzicht te maken van de voorzieningen die ziekenhuizen leveren voor patiënten met verschillende etnische achtergronden en religies (zie paragraaf 3.1 voor volledige lijst met onderwerpen en vragen). De 48 ziekenhuizen zijn geselecteerd volgens enkele criteria. Zo is besloten om ziekenhuizen uit al de twaalf Nederlandse provincie te selecteren. Alleen zijn de hoofdlocaties van ziekenhuizen meegenomen in de analyse. Poliklinieken en dependances zijn dan ook buiten beschouwing gelaten. Niet alle websites van Nederlandse ziekenhuizen zijn meegenomen in dit onderzoek. Generalisatie van de onderzoeksresultaten is dan ook niet wenselijk.

Op basis van de resultaten van de website analyse is met vijftien ziekenhuizen telefonisch of via de mail contact opgenomen. Van deze vijftien is met zes ziekenhuizen contact opgenomen omdat er uit de website analyse bleek dat er binnen deze ziekenhuizen expliciet aandacht was voor multiculturele zorgverlening en daarom ook mogelijk diversiteitbeleid hebben. Al deze zes ziekenhuizen bevinden zich in de Randstad[1]. Er is tijdens deze contacten gevraagd naar documenten en toelichtingen op het gebied van multiculturele zorgverlening binnen desbetreffende ziekenhuizen. Aan de medewerkers in het ziekenhuis is gevraagd of zij bereid waren om deel te nemen aan een diepte interview. Van vijf van deze ziekenhuizen is als reactie documentatie ontvangen en van negen medewerkers is er toezegging tot meewerking aan een interview verkregen werkzaam in vijf ziekenhuizen. Uit de website analyse bleek dat er bij ziekenhuizen gelegen buiten de Randstad geringe aandacht was voor multiculturele zorgverlening. Door middel van een steekproef is er uit elke provincie buiten de Randstad één ziekenhuis geselecteerd om contact mee op te nemen voor een mogelijke toelichting of verklaring van de resultaten van de website analyse. In onderstaande tabel is schematisch weergegeven met welke ziekenhuizen contact is opgenomen aan de hand van de resultaten van de website analyse.

Resultaten van website analyse	**Aantal ziekenhuizen contact opgenomen**
Website analyse geeft aan dat er aandacht is voor de diversiteit onder patiënten	6 ziekenhuizen vallen in deze categorie (alle 6 de ziekenhuizen in de Randstad, 3 provincies)
Website analyse geeft aan dat er geen/geringe aandacht is voor de diversiteit onder patiënten	Steekproef van 9 ziekenhuizen (Verdeeld over 9 provincies, alle buiten de Randstad)

Tabel 8: steekproef ziekenhuizen

Data analyse websites

De data verkregen uit de website analyse is op verschillende manieren geordend en geanalyseerd om uiteindelijk te kunnen gebruiken bij het beantwoorden van de hoofdvraag. Zo is gekeken of er een verschil waar te nemen was tussen de ziekenhuizen in de Randstad en daarbuiten. Ook is de data

[1]. In dit onderzoek vallen wordt onder Randstad verstaan de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht. Onder de rest van Nederland/ buiten de Randstad vallen de provincies Brabant, Drenthe, Flevoland, Friesland, Gelderland, Groningen, Overijssel, Limburg, en Zeeland.

vertaald naar procentuele getallen, die vervolgens in tabellen en grafieken zijn weergegeven. Een voorbeeld hiervan is dat er een procentueel getal is verkregen uit de data hoeveel gebedsruimte er aanwezig zijn in de 48 ziekenhuizen, hierbij is er ook een tweedeling gemaakt tussen ziekenhuizen in de Randstad en daarbuiten.

3.2.2 Document analyse

De tweede fase van de data verzameling bestond uit een document analyse. Bij zes ziekenhuizen bleek uit de website analyse dat hier expliciet sprake is van aandacht voor diversiteit onder patiënten. Met deze ziekenhuizen is contact opgenomen voor extra informatie en het meewerken aan een diepte interview. Van vijf van de zes ziekenhuizen is er verschillende documentatie ontvangen. Tabel 9 geeft een algemene weergave van de ontvangen documentatie weer. In verband met anonimiteit is er voor gekozen om alleen het soort documentatie weer te geven en geen verdere informatie zoals datum of auteur.

Soort documentatie	**Verkregen documentatie**
Beleidstukken	- Visiedocument Etnische diversiteit - Jaarplannen/strategische stukken (2)
Folders	- Japanse voorlichtingsfolder - Informatie folders over joodse feestdagen (10) - Informatie joodse vleugel
(Wetenschappelijke) artikelen geschreven door professionals uit desbetreffende ziekenhuizen	- Artikel uit tijdschrift geestelijke verzorging - Artikel uit Het parool - Wetenschappelijke onderzoeken (3) - Uitgave van gehouden lezing
Rapporten	- Inventarisatie rapport Interculturele Communicatie
Overige	- Hulpmiddel: woordenlijst niet westerse allochtone patiënten afdeling Hematologie/Oncologie - Kalender feesten & vieringen 2013 - Overzicht van website in ontwikkeling - Cursus omschrijving - Protocol gebruiken en rituelen in de terminale Fase

Tabel 9: verkregen documentatie

Per document is geanalyseerd wat het document inhield, wat er aan opviel, of er lange of korte termijn projecten instonden et cetera. De verkregen data uit deze document analyse hebben als leidraad gediend tijdens de diepte interviews. Publicaties in wetenschappelijke tijdschriften en media die zijn verkregen door middel van gebruik van internet en de Universiteitsbibliotheek hebben voor de fase van empirisch onderzoek gediend als verkenning ten aanzien van het onderwerp en hebben de basis gelegd voor de hoofdvraag en theoretisch en empirische vragen van dit onderzoek.

3.2.3 Interviews

De derde fase van de data verzameling bestond uit negen diepte interviews. Interviews zijn een van de meest gebruikte technieken om data te verzamelen bij kwalitatief onderzoek (Dicicco-Bloom & Grabtree, 2006, p.314). Binnen kwalitatief onderzoek worden er drie soorten interviewtechnieken onderscheiden: ongestructureerd, semigestructureerd en gestructureerd. In dit onderzoek zijn er semigestructureerde interviews gehouden. Een semigestructureerd interview is een gesprek aan de hand van een topiclijst of een interviewhandleiding (Van Thiel, 2010, p.109). Doordat het doel van de interviews was om een beter inzicht te krijgen in de specifieke beweegredenen van keuzes van ziekenhuizen en meningen van ziekenhuis medewerkers tegenover multiculturele zorgverlening zijn er voor elk van de negen interviews een aparte interviewhandleiding gemaakt. Elke handleiding is gemaakt aan de hand van de uitkomsten van de website- en document analyse (zie bijlage 2 voor de acht interviewhandleidingen).

In het kader van de interpretatieve onderzoeksmethoden van dit onderzoek was het belangrijk dat niet de interviewer maar de geïnterviewde het gesprek leidde binnen de grenzen van het onderzoeksonderwerp (Yanow, 2011, p.260). Tijdens het interview is er dan ook voor gekozen om zoveel mogelijk de geïnterviewde aan het woord te laten en de leiding in het gesprek te laten nemen. Alleen in het geval dat er dingen onbesproken waren of enige verduidelijking eiste werd er door de interviewer in het gesprek gestapt. Dit type onderzoek kan worden gedaan in een groepsetting of op een individuele basis. Aangezien het hier gaat om persoon/cultuur gebonden kwesties en dit onderwerp ook gevoelig kan liggen hebben de interviews bij voorkeur één op één plaats gevonden. Uiteindelijk hebben zeven interviews één op één plaats gevonden en één interview heeft in een vorm van gesprek met twee respondenten tegelijk plaats gevonden. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de geïnterviewde respondenten. In verband met het garanderen van de anonimiteit is naast de functie van desbetreffende respondenten niet bij alle respondenten het ziekenhuis waar werkzaam vermeld.

Functie	**Ziekenhuis**
Staffunctionaris Diversiteit & projecten	-
Islamitische geestelijke verzorgster	UMC Utrecht
Adviseur patiënten communicatie	UMC Utrecht
Kinderarts	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
Zorg Consulent	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
Manager HRM beleid en advies	Erasmus MC
Verpleegkundige	-
Leidinggevende joodse zaken	Amstelland Ziekenhuis
Projectleider interculturalisatie	VUmc

Tabel 10: respondenten diepte interview

Data analyse interviews

De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewde opgenomen waarna getranscribeerd dit om geen data te verliezen en het mogelijk te maken de data te analyseren. Van de negen gehouden interviews is er tijdens acht interviews toestemming voor opname gegeven. Bij het interview waar

geen toestemming tot opname is gegeven zijn er aantekeningen gemaakt tijdens het gesprek. Het analyseren van de getranscribeerde interviews heeft plaats gevonden in verschillende stappen. Als eerste stap is er open gecodeerd. Bij open coderen zijn belangrijke en interessante fragmenten uit de interviews gecodeerd (Boeije, 2005, p.70). Als tweede stap is er axiaal gecodeerd. In deze fase is gekeken naar verbanden in de codes die zijn ontstaan tijdens het open coderen. In het kader van intrinsiek onderzoek was dit een belangrijke stap in het analyseren van de data (van Thiel, 2010, p.165). De codes en verbanden die uit de axiale codering komen zijn geordend in een codeboom. De codeboom is geordend aan de hand van de drie onderzoeksvragen en de zeven thema's die centraal stonden bij de website analyse. Zie paragraaf voor 3.1 voor de volledige operationalisering van de zeven thema's.

3.2.4 Casestudy

Binnen dit onderzoek is er onder andere onderzoek gedaan naar collectieve casestudy. Er zijn vier ziekenhuizen namelijk het SLAZ, VUmc, Erasmus MC en het UMC Utrecht als casussen onderzocht. Deze ziekenhuizen zijn geselecteerd aan de hand van de uitkomsten van de website analyse, bereidheid voor medewerking aan diepte interviews en beschikbare documentatie op het thema interculturalisatie/diversiteit onder patiënten. Bij deze vier ziekenhuizen bleek uit de analyse dat er hier aandacht is voor zorgverlening aan de diverse patiënten populatie van vandaag. Er is voor een casestudy gekozen omdat multiculturele zorgverlening een thema is die in de dagelijkse realiteit van de gezondheidszorg mogelijk speelt. Daarnaast is voor deze methodiek gekozen omdat er getracht wordt een richting voor een mogelijke oplossing voor een mogelijk concreet maatschappelijk probleem (van Thiel, 2011, p.99).

3.3 Betrouwbaarheid & validiteit

Bij kwalitatief onderzoek wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek bepaald aan de hand van de nauwkeurigheid en de consistentie van het onderzoeksproces. De betrouwbaarheid van dit onderzoek zal worden besproken in paragraaf 3.3.1. Validiteit wordt gebruikelijk onderverdeeld in interne validiteit en externe validiteit. Hoe de validiteit is verzekerd in dit onderzoek zal worden behandeld in paragraaf 3.3.2.

3.3.1 Betrouwbaarheid

Hoe betrouwbaar kwalitatief onderzoek is heeft voor een groot deel te maken met de mate van nauwkeurigheid en consistentie van het onderzoeksproces. Hoe nauwkeuriger en consistenter het onderzoek wordt uitgevoerd hoe minder resultaten het gevolg van toeval zullen zijn (Van Thiel, 2010, p.57). De onderzoeker moet zichzelf steeds afvragen of de data verzameling zonder fouten of onderbrekingen heeft plaatsgevonden. Het grootste gevaar voor het verminderen van de betrouwbaarheid van het onderzoek is de onderzoeker zelf. Dit is in het bijzonder het geval bij interpretatief onderzoek. Als de onderzoeker zich te sterk inleeft in de belevingen en meningen van de respondenten dan zal de onderzoeker niet meer in staat de verkregen data objectief te beoordelen. Indien de onderzoeker deze afstand niet heeft tijdens het onderzoeksproces wordt dit ook wel aangeduid als "going native' (Van Thiel, 2010, p.83). Om te verkomen dat de onderzoeker zijn of haar objectiviteit verliest is het van belang dat de onderzoeker afstand probeert te houden van de geïnterviewde. Om dit te voorkomen tijdens dit onderzoek zijn de keuzes die zijn gemaakt tijdens

het onderzoek verantwoord en is het onderzoeksproces nauwkeurig vastgelegd. Verder is de betrouwbaarheid in dit onderzoek vergroot door het operationaliseren van de zeven thema's die als leidraad hebben gediend tijdens de website analyse. De betrouwbaarheid van het onderzoek is ook verhoogd door de gehouden interviews op te nemen en te transcriberen alvorens te analyseren.

3.3.2 Validiteit

Validiteit wordt binnen wetenschappelijk onderzoek onderverdeeld in interne en externe validiteit. Tijdens dit onderzoek zijn verschillende stappen ondernomen om de validiteit te kunnen garanderen.

Interne validiteit

Interne validiteit gaat om de mate waarin de onderzoeker daadwerkelijk het effect heeft gemeten wat hij wilde meten (van Thiel, 2010, p.58). Om te voorkomen dat er bij de website analyse per website andere thema's werden bekeken om er achter te komen of een ziekenhuis aandacht heeft voor diversiteit onder patiënten zijn alle 48 websites van ziekenhuizen geanalyseerd aan de hand van zeven uitgebreide geoperationaliseerd thema's.

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de situatie betreffende interculturalisatie binnen ziekenhuizen is er gekozen voor triangulatie. Wat betekent dat de data is verkregen en geanalyseerd op meerdere manieren (Van Thiel, 2010, p.61). In dit onderzoek zijn de volgende drie data verzamel methoden gebruikt: website analyse, document analyse en diepte interviews. Door de data op verschillende manieren te vergaren, werden de resultaten van het onderzoek met elkaar vergeleken om als controle te fungeren.

Bij interne validiteit is het ook belangrijk om bewust te zijn van de invloeden die de respondenten hebben op de resultaten van het onderzoek. Zo is geprobeerd om minimaal twee medewerkers per ziekenhuis te interviewen waar er sprake is van aandacht voor diversiteit onder patiënten. Hiermee is getracht de representativiteit van de resultaten per ziekenhuis te vergroten. Verder is er geprobeerd om de omgeving waar de interviews hebben plaats gevonden zo min mogelijk van invloed te laten zijn op de resultaten. Zo hebben de interviews allemaal plaats gevonden op de werklocatie van de respondenten. Naast dat de interviews zijn opgenomen en getranscribeerd, is er aan de respondenten ook de optie gegeven om het interview anoniem te geven. Dit om te voorkomen dat naamsbekendheid zou leiden tot sociaal- wenselijke antwoorden.

Daarnaast is de validiteit in dit onderzoek gegarandeerd door de lezer inzicht te geven hoe de verschillende onderdelen van het onderzoek zoals data, analyses, conclusies etc. tot stand zijn gekomen, en is er gebruik gemaakt van "Thick descriptions" zoals quotes (van Thiel, 2010, p.158).

Externe validiteit

Externe validiteit heeft te maken met de mate dat de resultaten van het onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden (van Thiel, 2010, p.59). Aangezien niet alle websites van Nederlandse ziekenhuizen zijn meegenomen in de website analyse en dat er ook niet met alle ziekenhuizen waarbij er sprake is van aandacht voor diversiteit onder patiënten een diepte interview is gehouden, is het niet wenselijk dat de resultaten van dit onderzoek worden gegeneraliseerd. De externe validiteit van dit onderzoek is dan ook lager dan de interne validiteit.

4. Overzicht: Diversiteit in Nederland

De Nederlandse bevolking wordt gekenmerkt door diversiteit. De Nederlandse samenleving wordt dan ook vaak omschreven als een multiculturele samenleving. In dit onderzoek is het van belang, om voordat de empirische vragen beantwoord zullen worden, stil te staan bij de diversiteit onder de demografie van de Nederlandse bevolking. Het begrip diversiteit kan namelijk op verschillende manieren gedefinieerd worden. In het empirische onderzoek voor deze scriptie is er een onderscheid gemaakt tussen twee vormen van diversiteit namelijk in religie en nationaliteit. De diversiteit in nationaliteit vertaalt zich naar de twee categorieën allochtoon en autochtoon. Waarbij onder allochtoon zoals al eerder in dit onderzoek is aangegeven wordt verstaan iemand die in het buitenland geboren is met minstens één ouder die eveneens in het buitenland is geboren (1e generatie); of iemand die zelf in Nederland is geboren maar wel minsten één ouder heeft die in het buitenland is geboren (2de generatie). Een allochtoon is dus iemand waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren (CBS, 2013). Onder diversiteit in religie worden verschillende soorten wereld religies bedoeld. In dit onderzoek zal het voornamelijk gaan om de islam, Jodendom en christendom.

Diversiteit in herkomst

Aan de hand van de definitie van het CBS kan er worden gesteld dat in het jaar 2012 circa 20,9% van de Nederlandse bevolking allochtoon was (CBS, 2013). Uit figuur 11 kan worden afgelezen dat er in de Randstad de meeste allochtonen wonen in verhouding tot de rest van Nederland. In de Randstad wonen er rond de 2 100 000 allochtonen terwijl er in de rest van Nederland 1 400 000 allochtonen woonachtend zijn. Aan de hand hiervan kan er de verwachting worden uitgesproken dat in de Randstad ziekenhuizen de meeste voorzieningen en maatregelen hebben voor patiënten met een allochtonen afkomst in verhouding tot de rest van Nederland. In paragraaf 5.2.1 zal op verder worden ingegaan op deze verwachting.

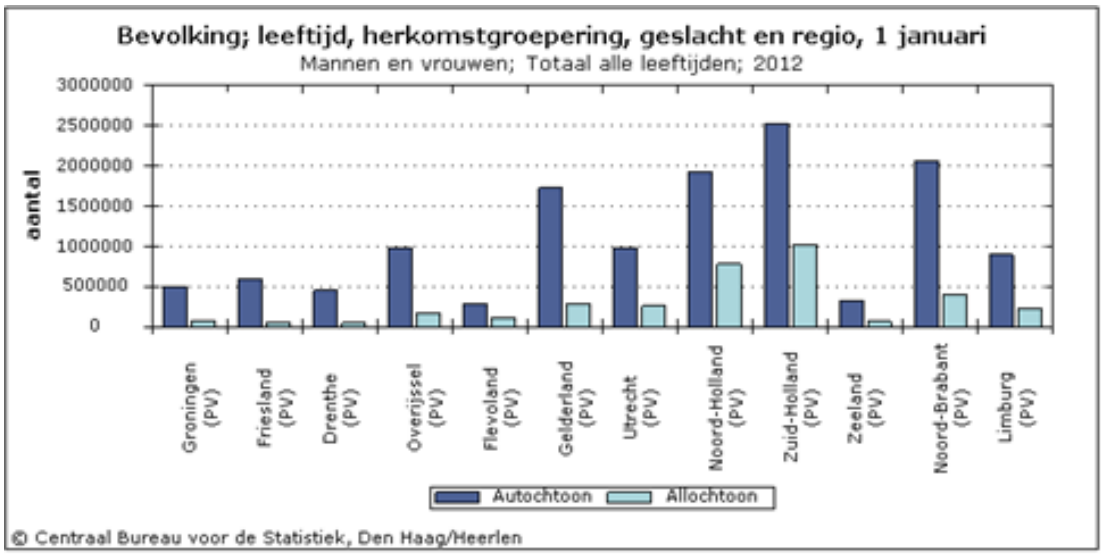


Fig. 11: Aantal allochtonen en autochtonen per provincie (CBS, 2013)

In 2010 waren er in Nederlandse ziekenhuizen totaal 4 050 247 opnames over de hele bevolking. Daarvan waren er 3 339 372 opnames voor autochtone patiënten. Dit is een percentage van 82% van de totale opnames. 710 875 van de ziekenhuisopnames tellen voor opnames voor allochtonen patiënten. Dit is 18% van de totale opnames in Nederlandse ziekenhuis in 2010 (zie figuur 12). Deze 18% komt in verhouding overeen met het procentuele aantal allochtonen in Nederland, namelijk 20,9% (CBS, 2013). Hier moet wel de kanttekening bij worden geplaatst dat de ziekenhuisopname cijfers op herkomst afkomstig zijn uit 2010 aangezien er nog geen cijfers bekend zijn over de jaren 2011 en 2012 en dat de cijfers over de aantal allochtonen in Nederland (20,9%) uit 2012 zijn. In 2010 was 20,3% van de Nederlandse bevolking allochtoon. Er is dus geen grote stijging waar te nemen tussen het aantal allochonen in 2010 en 2012 (CBS, 2013). Aan de hand hiervan kan er worden aangenomen dat het aantal ziekenhuisopnames in 2011 en 2012 niet significant anders zullen zijn als in 2010.

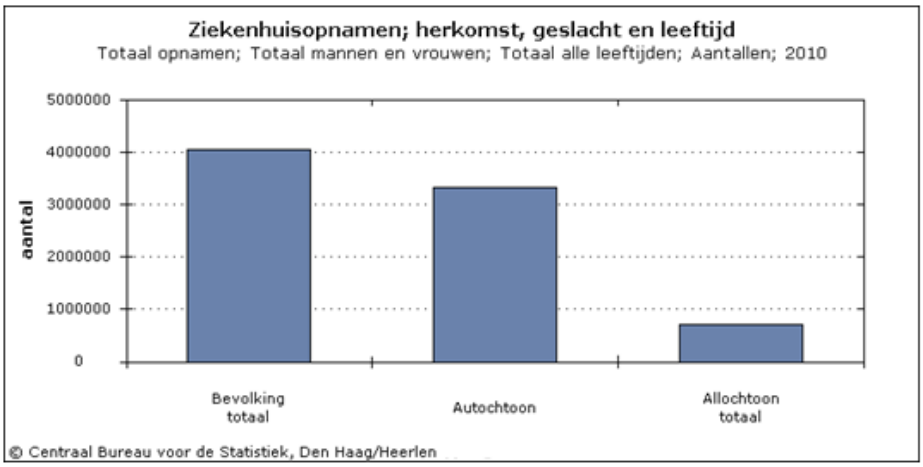


Fig. 12: Ziekenhuisopnames allochtonen en autochtonen (CBS, 2013)

Door de komst van gastarbeiders in de jaren 60 en de gezinshereniging in de jaren 70 is de groep moslims in Nederland snel gestegen. Vandaag de dag is 5% van de Nederlandse bevolking moslim bestaande uit zowel allochtonen als autochtonen. Figuur 13 geeft weer dat van de groep allochtonen in Nederland ongeveer 50% moslim zijn (CBS, 2013). De autochtone groep moslims is met een waarde van 1% beduidend lager (CBS, 2013).

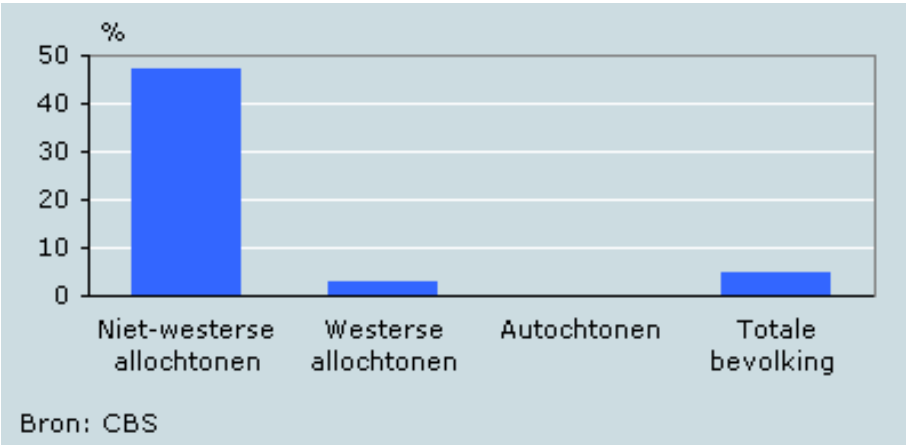


Fig. 13: Percentage islamieten per herkomst (CBS, 2007)

Diversiteit in religie

Naast de diversiteit in herkomst is er in Nederland ook een grote diversiteit te zien in religieuze affiliatie onder de Nederlansde bevolking. Volkens cijfers van het CBS (2012) is zo'n 60% van de Nederlandse bevolking religieus. De traditionele deling bestaat uit Rooms-Katholiek (30,4%) en Protestans (Gereformeerd (6,7%) en Nederlands Hervormd (13,1%)) echter door de immigratie stroom in de jaren 60 is tegenwoordig ook de islam duidelijk terug te zien in de statistieken. Heden telt Nederland ongeveer 944. 000 moslims (CBS, 2013). Dit is ongeveer van 5,7% van de Nederlandse bevolking. In figuur 14 is weer gegeven hoe religies verdeeld zijn in Nederland per COROP-gebied [2]. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de meeste moslims in verhouding met de rest van Nederland woonachtig zijn in de Randstad namelijk 23,6%. Onder overige worden alle niet genoemde religies bedoeld waaronder Jodendom en hindoeisme (Rijksoverheid, 2013). 3,7% van de Nederlandse bevolking rekend zichzelf bij een religie die onder overige wordt geplaatst.

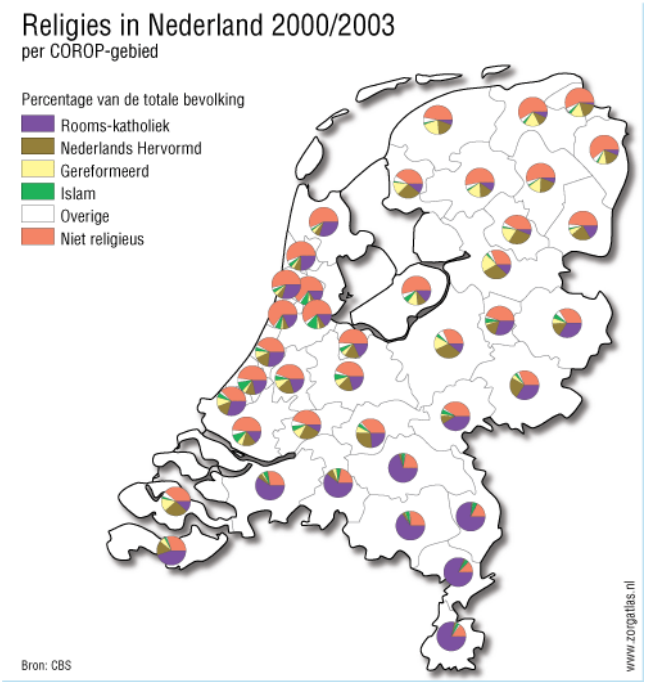


Fig. 14: Religies in Nederland 2000/2003 per COROP- gebied (CBS, 2013)

Een kanttekening moet bij deze kaart worden geplaatst omdat er een verschil is tussen "het behoren tot een religie" en "religieus zijn". Zo is op de kaart te zien dat in het zuiden van Nederland in verhouding veel bewoners Katholiek zijn. Echter betekent dit niet of iemand ook religeus Katholiek is en of diegene deelneemt aan het kerkelijke leven (Rijksoverheid, 2013). Wel is het in het kader van

[2] *"Nederland is ingedeeld in 40 COROP-gebieden die bestaan uit meerdere aangrenzende gemeenten. De indeling in COROP-gebieden is een regionaal niveau tussen provincies en gemeenten in. Het CBS gebruikt de indeling voor regionaal onderzoek. De naam COROP is een afkorting van COördinatiecommissie Regionaal Onderzoeks Programma. Deze commissie ontwierp de indeling in COROP-gebieden in 1971."* (CBS, 2013)

dit onderzoek belangrijk om stil te staan bij de kennis dat in tijden van onzekerheid en stress zoals bijvoorbeeld kan gebeuren in het geval van ziekte dat mensen terugvallen op het geloof.

Binnen dit onderzoek is er ook gekeken of ziekenhuizen maaltijden aanbieden die voldoen aan religieuze voorschriften, waaronder ook koosjere maaltijden. Het is dan ook van belang op stil te staan bij de demografische verdeling van de Joodse bevolking in Nederland. Tot 1930 leverde de volkstelling van de Nederlandse bevolking een redelijke goede weergave van het aantal Joden in Nederland. Bij deze volkstelling werd iedereen als Jood meegerekent die ingeschreven stond bij één van de Israelische kerkgenootschappen in Nederland. In 1930 waren er rond de 120.000 Joden in Nederland. Echter door de ontkerkeling na 1930 waren deze cijfers niet meer representatief (Solingen. van & Vries. de, 2000, p.30). Daarnaast zorgde ook de registratievrees als gevolg van de Holocaust ervoor dat er na 1945 geen duidelijke cijfers zijn van het aantal Joden in Nederland (Solingen. van & Vries. de, 2000, p.31). In 1999 werd er in opdracht van een het Joods Maatschappelijk Werk (JMW) een enquête gehouden om een afspiegeling te maken van Nederlandse burgers met een Joodse achtergrond, waarbij inbegrepen de burgers met alleen een Joodse vader die volgens de halacha (joodse religieuze wet) geen Joden zijn (Praag. van & Solinge. van, 2010, p.1). Iemand is volgens de Joodse religieuze wet alleen Joods indien deze Halachish Joods is wat betekent dat iemand een Joodse moeder heeft of met rabbinale toestemming Jood is geworden (Evers & Stodel, 2011, p.15). In 2009 heeft het Centrum Informatie en Documentatie Israël (CIDI), in opdracht van het JMW, een vervolg onderzoek gedaan. Ook binnen dit onderzoek is de brede definitie van wie een Jood is aangehouden. De schatting is dat er in 2000 volgens deze ruimte definitie zo'n 51.000 Joden in Nederland woonde en in 2010 zo'n 53.000 Joden. De verwachting is dat er in 2020 zo'n 54.000 Joden in Nederland woonachtig zijn (zie tabel 15). Er is dus sprake van een lichtte stijging in het aantal Joodse inwoners in Nederland. Hierbij moet wel vermeld worden dat deze stijging onder andere te verklaren is uit de toename van immigranten uit Israël. De omvang van deze groep wordt geschat rond de 10.000, wat betekent dat de Joodse bevoling in Nederland in toenemende mate bestaat uit Joden met een niet-Nederlandse achtergrond (Praag. van & Solingen. van, 2010, p.3). Deze cijfers geven geen inzicht of deze Joden ook een religieus joods leven leiden. Cijfers uit 2010 geven weer dat 4% van de Joden in Nederland orthodox-religieus zijn (JMW, 2010). Van alle Joden in Nederland is 16% (inclusief mensen met alleen een Joodse vader) lid van een Joodse gemeente. Van de halachische Joden is dit 22% (JMW, 2010).

Het aantal Joden in Nederland in 2000, 2010 en 2020

	2000	2010	2020
Halachische Joden	36.000	37.000	38.000
Personen met alleen een Joodse vader	15.000	16.000	16.000
Totaal	51.000	53.000	54.000

Tabel 15: Het aantal joden in Nederland in 2000, 2010 en 2020 (Praag & Solinge. van, 2010).

Specifieke na-oorlogse cijfers over de regionale verdeling van Joden in Nederland zijn schaars. Tabel 16 geeft een weergave in procenten van de regionale verdeling van Joden in Nederland van 1809 tot 1999. Hieruit is de concluderen dat de meeste Joden in 1999 in verhouding in de regio Amsterdam

woonde namelijk 43,6% (Solinge. van & Vries. De, 2001, p.34). Ookuit het onderzoek van het NIDI in 2009 kwam eveneens naar voren dat bijna de helft van de Joden in Nederland in de regio Amsterdam woont (JMW, 2010). De schatting is dan ook dat ook in 2013 de meeste Joden gecentreerd in de regio Amsterdam wonen.

Regionale verdeling van de joodse bevolking, 1809 – 1999 (percentages)

	Amsterdam	*Rotterdam*	*Den Haag*	*rest Holland/ Utrecht*	*Noord*	*Oost (incl. Flevoland)*	*Zuid*
1809	54,2	5,4	4,7	11,9	8,8	10,1	4,9
1849	43,0	5,9	6,0	12,7	13,2	12,7	6,5
1879	49,5	8,1	5,0	9,3	12,2	10,8	4,9
1909	58,0	9,5	6,1	5,9	8,6	9,0	2,9
1930	58,6	9,4	9,4	6,2	6,2	7,9	2,4
1954	59,3	5,6	8,6	11,8	2,4	8,2	4,1
1966	52,9	5,1	7,0	19,6	2,1	9,5	3,9
1999 *	43,6	3,8	5,7	24,5	4,1	11,2	7,0

Regio Noord omvat Groningen, Friesland, Drenthe; regio Oost omvat Gelderland, Overijssel, Flevoland (incl. voormalige N.O.P.); regio Zuid omvat Noord-Brabant, Limburg en Zeeland.

* In 1999 omvat Amsterdam ook Amstelveen en randgemeenten.

Tabel 16: regionale verdeling van de joodse bevolking 1809-1999 (Solinge. van & Vries. De, 2001)

5. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de drie empirische vragen die aan het begin van dit onderzoek zijn opgesteld worden beantwoord aan de hand van de verzamelde data. De data zijn verzameld door middel van een website analyse van 48 ziekenhuizen, document analyse en interviews met negen ziekenhuis medewerkers verdeeld over vijf Nederlandse ziekenhuizen. Bij de behandeling van de eerste empirische vraag zal worden ingegaan op hoe ziekenhuizen omgaan met diversiteit onder patiënten (§5.1). Hier staan vooral de maatregelen en voorzieningen centraal. De data verzameld uit de website analyses en diepte interviews zal hier centraal staan. De tweede empirische deelvraag zal gaan over diversiteitbeleid binnen ziekenhuizen (§5.2). Om deze empirische vraag te beantwoorden zal voornamelijk de data uit de diepte interviews worden gebruikt, aangevuld met bevinden van de website analyse. Als laatste zal er aan de hand van de derde empirische deelvraag ingegaan worden op de vraag hoe medewerkers diversiteit onder patiënten ervaren in de zorgpraktijk (§ 5.3). Het antwoord op deze empirische vraag is voornamelijk gebaseerd op de verkregen data uit de diepte interviews.

5.1 Diversiteit onder ziekenhuis patiënten

In deze paragraaf zal antwoord worden gegeven op de empirische deelvraag: Wat voor voorzieningen en maatregelen nemen ziekenhuizen in het kader van diversiteit onder patiënten? Kiest een ziekenhuis er bijvoorbeeld voor om een algemene stilte ruimte te hebben voor alle geloven of is er gekozen om cultuurspecifieke voorzieningen aan te bieden zoals een kapel en islamitische gebedsruimte? Om een goed beeld te krijgen van de situatie in Nederlandse ziekenhuizen betreffende de voorzieningen zal er worden gekeken naar drie onderwerpen namelijk de geestelijke verzorging, voedingsvoorschriften en bezinningsruimtes.

5.1.1 Voorzieningen in Nederlandse ziekenhuizen

Aan de hand van een website analyse van 48 Nederlandse ziekenhuizen is in kaart gebracht welke voorzieningen ziekenhuizen aanbieden aan hun patiënten. De resultaten zijn verdeeld in de tweedeling tussen de Randstad en de rest van Nederland[3]. Onder de drie thema's geestelijke verzorgers, voedingsvoorschriften en bezinning ruimte viel een duidelijk onderscheid te maken tussen de keuzes die ziekenhuizen maken in de Randstad en in de rest van Nederland.

Geestelijke verzorging

Sinds het inwerking treden van de *kwaliteitswet zorginstellingen* (KWZ) in 1996 zijn ziekenhuizen verplicht om geestelijke verzorging aan te bieden die zo veel mogelijk in lijn staat met de levensovertuiging of godsdienst van hun patiënten indien deze minstens een etmaal in de zorginstelling verblijft (Rijksoverheid, KWZ: artikel 3, 1996). Toch hoeft dit niet altijd te betekenen dat ziekenhuizen geloofsspecifieke geestelijke verzorgers aannemen zoals onder andere een islamitische

[3] In dit onderzoek vallen wordt onder Randstad verstaan de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht. Onder de rest van Nederland/ buiten de Randstad vallen de provincies Brabant, Drenthe, Flevoland, Friesland, Gelderland, Groningen, Overijssel, Limburg, en Zeeland.

of katholieke geschoolde geestelijke verzorger. Ziekenhuizen kunnen er ook voor kiezen een humanistische geestelijke verzorger aan te nemen. Een humanistische geestelijke verzorger hangt geen specifieke geloofsovertuiging aan maar helpt patiënten vanuit diens manier van levensovertuiging. De patiënt staat hier centraal. Waarbij godsdienstige geestelijke verzorging antwoorden worden gezocht bij een Hogere Macht, wordt bij humanistische geestelijke verzorging naar antwoorden gezocht vanuit de mens/patiënt. Hierbij kan ook het geloof wat iemand heeft een rol spelen. Hierdoor kan elke patiënt een beroep op een humanistische geestelijke verzorger doen ongeacht achtergrond van de patiënt (Humanistische verbond, 2009). Aan de hand van de website analyse kan er zoals in figuur 17 weergegeven gesteld worden dat ziekenhuizen in de Randstad er in verhouding vaker voor kiezen om geestelijke verzorgers van verschillende geloofsovertuigingen aan te bieden dan in de rest van Nederland. Zo kiest 70% van de geanalyseerde ziekenhuizen in de Randstad ervoor om zowel een Rooms- Katholieke als een Protestantse geestelijke verzorger te hebben terwijl in de rest van Nederland rond de 20% van de geanalyseerde ziekenhuizen hier voor kiest. Ook bij de keuze voor een islamitische geestelijke verzorger is deze tweedeling tussen binnen en buiten de Randstad waar te nemen. In de Randstad kiezen meer dan 30% van de onderzochte ziekenhuizen ervoor om een islamitisch georiënteerde geestelijke verzorger in huis te hebben terwijl buiten de Randstad minder dan 5% hiervoor kiezen. Buiten de Randstad wordt in plaats van het in huis hebben van verschillende geloofsspecifieke geestelijke verzorgers vaker gekozen voor een humanistische geestelijke verzorger. Deze is dan ook als enige vaker aanwezig in een ziekenhuis buiten de Randstad. Namelijk in bijna 70% van de geanalyseerde ziekenhuizen buiten de Randstad is een humanistische geestelijke verzorger aanwezig terwijl in de Randstad dit bij minder dan 30% van de ziekenhuizen het geval is. Volgens de islamitische geestelijke verzorger in het UMC Utrecht is het hebben van geestelijke verzorgers van verschillende stromingen een signaal dat een ziekenhuis zich bewust is van diversiteit onder de patiënten en dan ook goede zorg wil aanbieden (R7).

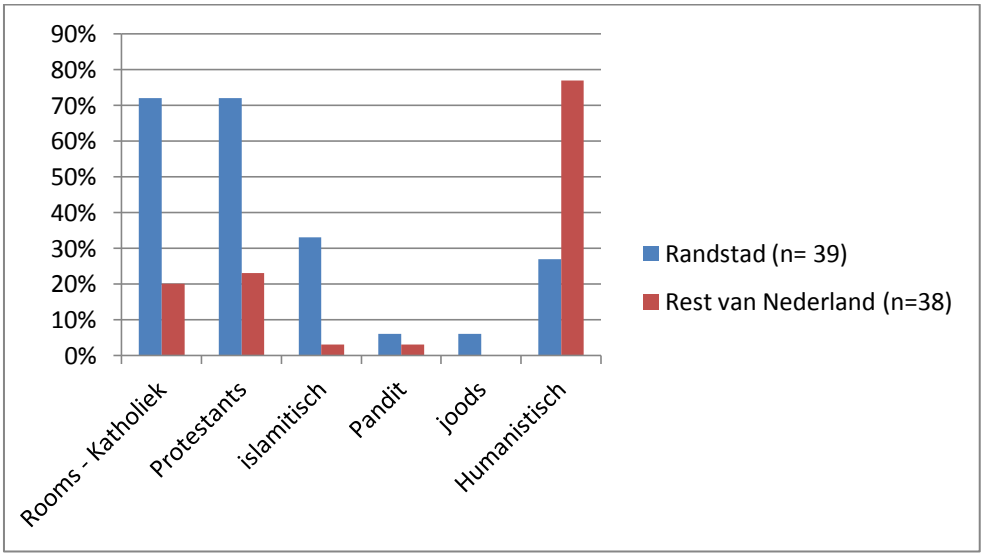


Fig. 17: Procentuele verhouding geestelijke verzorgers Randstand versus de rest van Nederland

Voedingsvoorschriften

Vanuit bepaalde religies is niet al het eten en drinken geschikt voor consumptie. Tijdens dit onderzoek is hoofdzakelijk gekeken of ziekenhuizen Halal en koosjer voedsel aanbieden aan patiënten.

Islam

Binnen de islam zijn alleen Halal voedingsmiddelen geschikt voor consumptie. Halal eten en drinken zijn voedingsmiddelen die door Allah en profeet Mohammed geschikt zijn verklaard voor consumptie en dus voldoen aan de islamitische voedselwetten. Varkensvlees is hierbij expliciet verboden en daarnaast moet vlees van toegestane dieren geslacht worden volgens de islamitische wetten (Halal correct, 2013). Om als consument er zeker van te zijn dat je voedsel Halal is zijn er verschillende producten op de markt met een Halal keurmerk. Doordat er geen nationaal of internationaal erkend Halal keurmerk bestaat kunnen tussen keurmerken verschillen zitten in de eisen waar aan moet worden voldaan om het keurmerk op het voedsel te mogen hebben. Zo staan bijvoorbeeld sommige Halal slagers bepaalde vormen van verdoving toe. Het komt dan ook wel eens voor dat in de media vraagtekens worden gezet bij de legitimiteit van Halal keurmerken wat er in sommige gevallen toe leidt dat moslims wordt afgeraden het voedsel met het keurmerk in kwestie te consumeren (Havinga, 2008, p.219). Voor ziekenhuizen kan het ontbreken van een nationaal of internationaal keurmerk tot vragen leiden als ziekenhuizen er voor kiezen om Halal maaltijden aan te bieden aan patiënten. Vegetarische en vis maaltijden zijn te allen tijde Halal en dus toegestaan voor consumptie.

In Nederland zijn er vier provincies waarin ziekenhuizen gegarandeerd Halal maaltijden aanbieden aan hun patiënten. Het gaat om de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Flevoland. In Noord-Holland zijn bij drie ziekenhuizen gegarandeerd Halal maaltijden te verkrijgen, in Zuid-Holland bij één ziekenhuis en in zowel Utrecht als provincie Flevoland gaat het elk om één ziekenhuis. In andere provincies kan het soms wel worden aangevraagd maar zit dus niet standaard in het dagelijkse menu aanbod. De Halal maaltijd kan dan ook vaak in deze situaties niet worden gegarandeerd. In de meeste ziekenhuizen wordt een vegetarische maaltijd aangeboden aan mensen die alleen maaltijden eten die bereid zijn volgens de islamitische religieuze voedingsvoorschriften. De keuze voor vegetarische maaltijden door ziekenhuizen heeft te maken met financiële overwegingen en meningen die in de maatschappij een rol spelen. Zo brengen Halal maaltijden extra kosten met zich mee. Ziekenhuizen wegen dan ook de kosten en baten af en komen dan geregeld tot de conclusie dat er voldoende vegetarische maaltijd opties zijn (R7). Ook voelen ziekenhuizen de druk vanuit de samenleving om goed na te denken over de identiteit van een ziekenhuis. Omdat geloofsspecifieke voorzieningen zoals het aanbieden van Halal maaltijden niet altijd als positief wordt ontvangen door de maatschappij wordt er als gevolg gekozen voor neutrale opties zoals vegetarische of vis maaltijden (R7).

Jodendom

Ook binnen het Jodendom gelden er voorschriften betreffende voedsel. De spijswetten die bepalen of voedsel voor consumptie geschikt is binnen het Jodendom wordt kasjroet genoemd. Van het woord kasjroet komt ook het meer bekende begrip koosjer. Koosjer betekent “geschikt”, “in orde” en dus is koosjer voedsel geschikt voor consumptie voor mensen die eten volgens de Joodse wet (Evers & Stodel, 2011, p.25). Net als bij Halal voedsel zijn er verschillende keurmerken (hechsjer) op de markt die garanderen dat voedingsmiddelen bereid zijn Onder Rabbinaal Toezicht

(ORT) en kan het dus voorkomen dat keurmerken in vergelijking met elkaar op bepaalde punten verschillen. Indien een Nederlands ziekenhuis beslist om patiënten de mogelijkheid te geven voor koosjere maaltijd, worden de maaltijden in alle gevallen besteld en geleverd door de keuken Langerhuize te Amstelveen (R8). Vegetarische maaltijden en vis maaltijden zijn zonder keurmerk niet gegarandeerd koosjer en zijn voor de patiënt die zich strikt aan de joodse religieuze spijswetten houdt dan ook niet geschikt voor consumptie.

Bij koosjere maaltijd is er net zoals bij de Halal maaltijden te concluderen dat niet in alle provincies deze maaltijden gegarandeerd worden aangeboden. Alleen in de provincies Utrecht en Noord-Holland zijn er op de dag van opname altijd koosjere maaltijden te verkrijgen. In vier ziekenhuizen in Utrecht is dit het geval en bij zeven ziekenhuizen in Noord-Holland staan koosjere maaltijden op het menu. Deze cijfers zijn voornamelijk te verklaren doordat in Noord-Holland de Joodse gemeente in verhouding het grootste is in Nederland en dat er in het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen (N-H) een Joodse afdeling is waar altijd gegarandeerd koosjere maaltijden worden aangeboden. Wel is in een aantal ziekenhuizen buiten de Randstad er de mogelijkheid om koosjere maaltijden te bestellen, die dan de volgende dag geleverd worden.

Bezinningsruimtes

Op het gebied van gebedsruimte/bezinning ruimtes zijn algemene stiltecentra het meest aanwezig in heel Nederland, bijna in 80% van de in de Randstad geanalyseerde ziekenhuizen en in 60% buiten de Randstad. Daarnaast zijn er in zowel de Randstad als in de rest van Nederland verschillende religieuze specifieke bezinningsruimtes aanwezig zoals kapel of gebedsruimte voor moslims. De drie meest voorkomende bezinningsruimtes zijn algemene stilteruimtes, gebedsruimte voor moslims en een kapel. Dit beeld is zowel in de Randstad als in de rest van Nederland terug te zien (figuur 18).

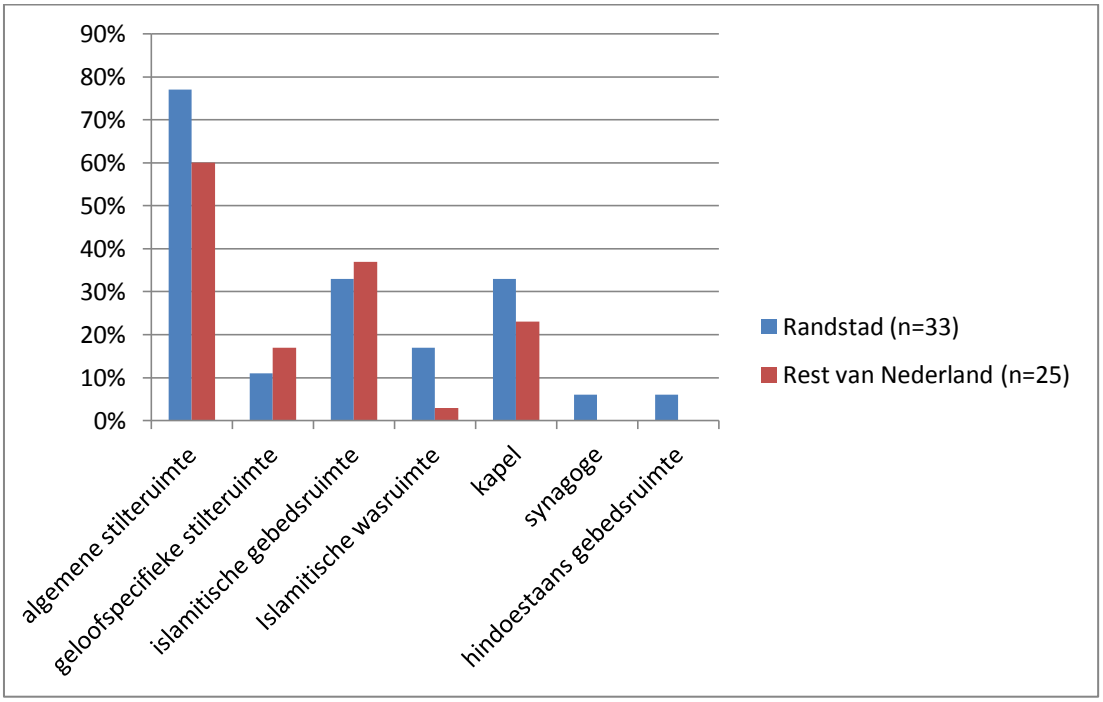


Fig. 18: Procentueel faciliteiten per provincie

Veel stiltecentra die in de jaren zeventig en tachtig zijn gerealiseerd hadden voornamelijk een christelijk karakter. Echter door de opkomst van de individualisering en ontkerkelijking kwam er steeds meer vraag naar een meer humanistisch uitgangspunt voor de inrichting van de stiltecentra. Stiltecentra kregen hierdoor ook steeds meer het karakter van een huiskamer waar rust en ontspanning meer centraal kwam te staan in plaatst van alleen gebed en bezinning (Holsappel-Brons, 2007, p. 23). Vooral vernieuwend in de jaren tachtig was het stiltecentrum in het UMC Utrecht waarin de humane denkwijze centraal stond. Daarnaast moest het stilte centrum ook bijdrage aan de "oecumene van culturen". Het stilte centrum moest een plek worden die tolerantie en respect naar elkaar zou bevorderen door verschillende culturen en religies met elkaar in contact te brengen. In de jaren tachtig bleek namelijk al dat binnen het UMC Utrecht ongeveer tien procent van de patiënten een buitenlandse achtergrond had. Het "Utrechts model" heeft de jaren daarna veel invloed gehad op de stilteruimtes in de rest van Nederland. Door de multiculturalisering en toename van voornamelijk moslim patiënten hebben verschillende ziekenhuizen in de jaren negentig gekozen om het "Utrecht Model" te volgen en een geïntegreerde moslimgebedsruimte of gelijke verdeling van verschillende religies in een stilteruimte te creëren (Holsappel-Brons, 2007, p.25). De toenemende oriëntatie op specifieke religies of culturen heeft als gevolg dat er een patroon waar te nemen is in de ziekenhuizen in verschillende provincies. Zo wonen er in Brabant relatief veel rooms-katholieken en moslims wat resulteert in dat bijna alle ziekenhuizen hier zowel een kapel voor de Katholieke patiënt en daarnaast een gebedsruimte voor moslim patiënt hebben (figuur 19).

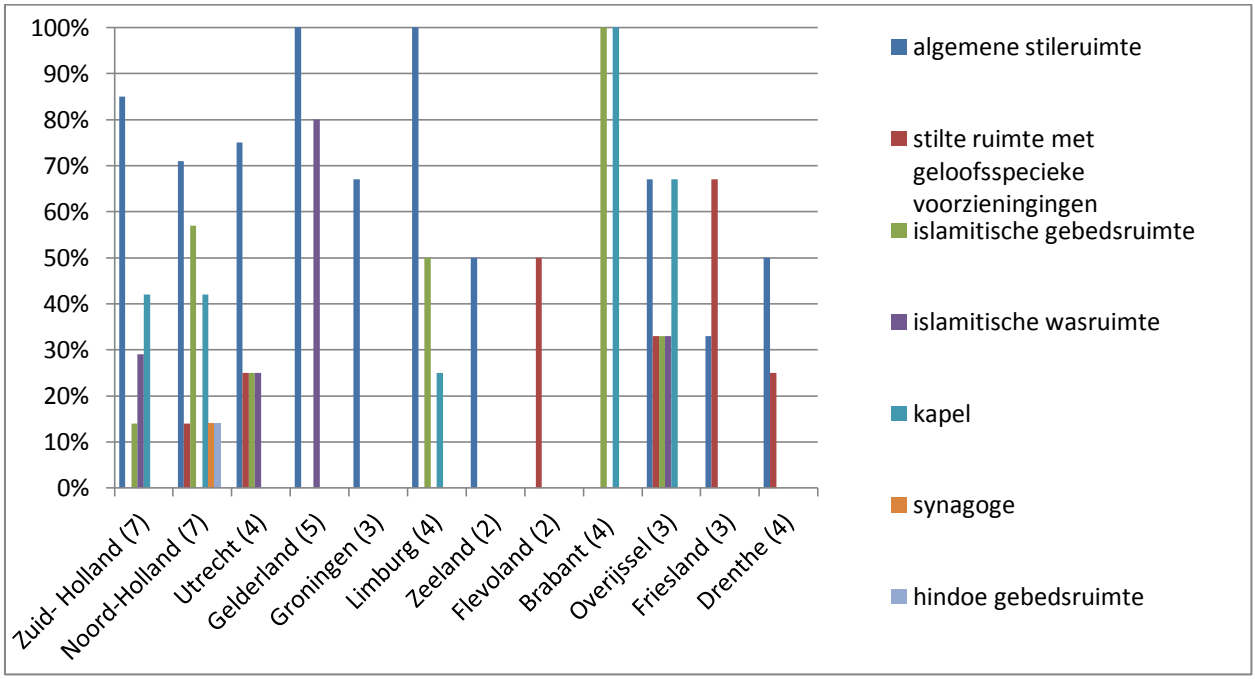


Fig. 19: procentueel aantal gebedsruimtes per provincie

Na 2000 is er ook een ontwikkeling gaande van aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg. Vooral vanuit de moslim gemeenten werd de vraag steeds groter voor een gebedsruimte voor hun dagelijkse gebeden wat blijkt uit de interviews. Volgens een zorgconsulent is het juist in tijden van onzekerheid belangrijk dat er een plek is om vast te kunnen houden aan rituelen en gebruiken die als basis voor het leven gelden. *"De vraag naar een specifieke ruimte voor moslims was dan ook zeer groot, ik ben dan ook zeer tevreden met de plek die we binnen dit ziekenhuis hebben weten te*

realiseren. Van patiënten krijg ik ook te horen dat ze het erg prettig vinden dat ze hun gebeden in een gepaste ruimte kunnen doen" (R9). Door deze toenemende vraag vanuit de Moslim gemeente is er een stijgende lijn waar te nemen aan islamitische gebedsruimte.

In de jaren zeventig was het ook vaak de identiteit van ziekenhuizen die bepaalde wat voor bezinningsruimtes aanwezig waren. De keuze van een gebedsruimte zorgde voor herkenning en geborgenheid bij de patiënten (Holsappel-Brons, 2007, p.28). Doordat steeds meer ziekenhuizen niet meer specifiek geloofsgericht zijn, worden ziekenhuizen indirect gedwongen om over hun identiteit na te denken. De vanzelfsprekendheid van de identiteit van een ziekenhuis is immers weggevallen. Een katholiek ziekenhuis heeft dus niet automatisch meer een kapel die hoort bij hun identiteit. Zoals Reina Steenwijk projectleider interculturalisatie in het VUmc te Amsterdam aangeeft: "*Als je een Protestants ziekenhuis bent dan wordt je identiteit automatisch ingevuld. Op het moment dat je een algemeen ziekenhuis wordt dan moet je gaan nadenken, hoe je je identiteit invult. Dat zorgt er wel voor dat je er bewust over gaat nadenken over je identiteit als ziekenhuis. Maar tegelijkertijd zorgt het er ook voor dat je nadenkt over hoe je naar elkaar staat in de samenleving" (*R1). Daarnaast zijn de procentueel grote aantal algemene stilteruimtes te verklaren aan de hand van de toenemende nadruk op toegankelijkheid van zorg. De afwezigheid van symboliek zoals afbeeldingen van Heiligen zorgt voor de toename van toegankelijkheid. Er wordt immers voorkomen dat mensen zich niet kunnen identificeren met de aanwezige geloofssymbolen of zich niet gerepresenteerd voelen (Holsappen-Brons, 2007, p.28). Uit de website analyse blijkt dat ziekenhuizen er vaak voor kiezen om abstracte kunst in plaats van geloof gerelateerde symbolen te gebruiken om een sfeer van rust en bezinning te benadrukken. Zo is op afbeelding 20 het stiltecentrum van het ziekenhuis Rivierenland te Tiel te zien. In dit stiltecentrum is er voor gekozen om twee glazen panelen met daartussen een watersteen als abstracte kunst te plaatsen. Er is hier dus voor gekozen om geen religieuze afbeeldingen te plaatsten maar wel een rustgevende en aangename sfeer te creëren waar tijd is voor gebed en bezinning voor iedereen die hier behoefte aan heeft ongeacht culturele of religieuze achtergrond.

Afb. 20 *Stiltecentrum Ziekenhuis Rivierenland te Tiel*

5.1.2 Maatregelen in Nederlandse ziekenhuizen

Uit de data blijkt dat er vooral in de Randstad aandacht is voor de diversiteit onder patiënten. Zo kiezen de meeste ziekenhuizen in de Randstad ervoor maatregelen te nemen die kennis over zorgverlening voor een diverse groep patiënten bij de professional moeten vergroten in plaats van het implementeren van cultuur/religie specifieke maatregelen voor de patiënten. Eén van de verklaringen die voor deze beslissing naar voren kwam tijdens de diepte interviews is dat ziekenhuizen tegenwoordig te maken hebben met gemiddeld tussen de zeventig en honderd nationaliteiten en het daarom niet mogelijk is om voor elke nationaliteit, religie of etniciteit maatregelen te nemen. Daarnaast verblijven patiënten tegenwoordig een beperkt aantal dagen in

het ziekenhuis, zodat het onmogelijk is voor een zorgverlener zich volledig te verdiepen in iemands achtergrond (R1). Ziekenhuizen hopen door professionals de kennis en kunde bij te brengen over hoe om te gaan met een diverse groep patiënten er geen specifieke maatregelen nodig zijn voor zorgverlening aan patiënten (R1, R3, R5). Om de visie in praktijk te brengen worden er verschillende maatregelen en initiatieven genomen met als doel bewustzijn te creëren en cultuurcompetente medewerkers te krijgen. Onder cultuurcompetente medewerker wordt verstaan de medewerker die de kennis, motivatie en vaardigheden heeft om iedere patiënt ongeacht achtergrond kwalitatief goede zorg aan te bieden. Bij cultuurcompetentie in de zorg is communicatie een belangrijk punt.

Bewustwording

Het creëren van een cultuur binnen organisaties waar men zich er bewust van is dat mensen verschillen is een veelvoorkomend aandachtspunt binnen ziekenhuizen. Bewustzijn moet ervoor zorgen dat deze verschillen niet worden gezien als een last en blokkade maar eerder als een kans tot verrijking en mogelijkheden. Vooral het gebrek aan kennis van elkaars gebruiken en feestdagen wordt gezien als een aandachtspunt voor het bereiken van bewustzijn en wederzijds begrip. In verschillende ziekenhuizen worden dan ook initiatieven opgezet om ervoor te zorgen dat medewerkers van elkaar maar ook van patiënten op de hoogte zijn van elkaars feestdagen en vieringen. Zo hangt er op een aantal afdelingen en lokaties in het Erasmus MC een kalender met de belangrijkste feestdagen van verschillende geloven en is er een dag van cultuur georganiseerd (R5, afbeelding 21). Ook wordt er bij steeds meer ziekenhuizen aandacht besteed aan religieuze feestdagen door het vieren van deze dagen. Het UMC Utrecht viert bijvoorbeeld de christelijke feestdagen zoals Kerst en Pasen maar ook het islamitische Suikerfeest (R7).

Afbeelding 21: Poster feesten en vieringen (Erasmus, 2013)

<u>*Communicatie*</u>

Communicatie is een belangrijke factor in het leveren van goede zorgverlening. Communicatie tussen mensen en instellingen kan echter negatief worden beïnvloed door gebrekkige behendigheid van taal door één van de gesprekspartners. Door de toenemende diversiteit onder patiënten kan communicatie bij zorgverlening problematisch zijn. Een patiënt kan bijvoorbeeld de ziekenhuis website niet lezen, begrijpt niet wat de arts heeft gezegd over zijn of haar ziektebeeld et cetera. Ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen om hier maatregelen voor te nemen in de vorm van een website in een andere taal naast de Nederlands talige website, het aanbieden van folders in andere talen dan Nederlands en de mogelijkheid aanbieden voor het inschakelen van een tolk.

Website

Sommige ziekenhuizen bieden hun website naast Nederlands ook in een andere taal aan. Van de 48 onderzochte ziekenhuizen hebben twaalf ziekenhuizen in Nederland een website in het Engels naast de Nederlandstalige versie (zie website analyse). Van deze twaalf ziekenhuizen met een vertaalde website heeft één ziekenhuis daarnaast nog de website in het Duits, één ziekenhuis heeft daarnaast

nog de website in het Japans en Ivriet en twee ziekenhuizen bieden de website naast Engels aan in het Turks en Arabisch. Hier moet wel bij worden vermeld dat het vaak gaat om een verkorte weergave van de website. In de praktijk betekent dit dat er een aantal keer vanaf de hoofdpagina kan worden doorgeklikt naar informatie en dat dus niet de gehele Nederlandstalige versie van de website is vertaald in een andere taal. Van deze twaalf ziekenhuizen bevinden zich er zeven in de Randstad namelijk de provincies Noord-Holland en Zuid-Holland en vijf buiten de Randstad in de provincies Drenthe, Groningen, Limburg, Overijssel en Zeeland. Daarnaast hebben twee ziekenhuizen in Friesland een overzicht pagina in het Engels met belangrijke informatie erop zoals openingstijden, eerste hulp gegevens, specialisaties et cetera. Het BovenIJ ziekenhuis in Amsterdam biedt hun website naast geschreven in het Turks, Arabisch en Engels ook met een voorleesfunctie in deze drie talen plus Nederlands aan. Hiermee is het BovenIJ ziekenhuis het eerste ziekenhuis in Nederland die haar website zowel geschreven als voorgelezen in vier talen aanbiedt. Eric Janson, algemeen directeur van het BovenIJ ziekenhuis: *"In ons verzorgingsgebied hebben we veel te maken met Turks en Arabisch sprekende mensen. De voorleesfunctie op onze website zorgt ervoor dat ons ziekenhuis ook digitaal laagdrempelig blijft."* (BovenIJ ziekenhuis, 2010). Indien een ziekenhuis de website in een andere taal aanbiedt is dit meestal te vinden op de startpagina rechtsboven. De meeste ziekenhuizen hebben indien de website in een andere taal wordt aangeboden rechtsboven op de startpagina van desbetreffende taal een icoon van een vlag weergegeven. De website van het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen is bijvoorbeeld in het Engels, Ivriet en het Japans beschikbaar en is er op de startpagina rechtsboven een afbeelding van de Engelse, Israëlische en Japanse vlag zichtbaar. Ook is op de Engelse pagina van het Amstelland ziekenhuis informatie beschikbaar over het Nederlandse zorgstelsel en zorgverzekeringen in Nederland. Sommige ziekenhuizen kiezen ervoor om in plaats van een afbeelding het in desbetreffende taal erop te zetten. Bij een website die ook bijvoorbeeld in het Turks wordt aangeboden staat er dan meestal rechtsboven: Turkçe. Afbeelding 22 is een weergave van de website van het BovenIJ ziekenhuis in het Arabisch waarin te zien is dat rechtsboven is weergegeven dat de website in het Engels, Turks en Arabisch beschikbaar is. Verder is hier te zien dat de afbeelding op de startpagina is aangepast aan de doelgroep. Van de twaalf ziekenhuizen die een de website in een andere taal aanbieden kiezen twee ziekenhuizen ervoor om een aantal afbeeldingen aan te passen aan de doelgroep.

Afbeelding 22. Arabische weergave website Bovenij ziekenhuis (Bovenij ziekenhuis, 2013)

Folders

Daarnaast wordt er bij cultuurcompetente medewerkers ook vaak de nadruk gelegd op de communicatie tussen medewerkers en patiënten. Uit de website analyse blijkt dat de meeste ziekenhuizen folders in verschillende talen aanbieden. Er zijn vooral in ziekenhuizen folders in het Engels en Arabisch verkrijgbaar (website analyse). Vooral de relatief lage kosten van folders zorgen voor de keuze van het aanbieden van anderstalige folders (R1, R3, R6). Uit de interviews blijkt dat ziekenhuizen door de steeds toenemende diversiteit onder patiënten er wel vaker voor kiezen om alleen folders in bepaalde talen aan te bieden waarvan bekend is dat een ziekte of aandoening bij specifieke doelgroepen voorkomt. Het is bijvoorbeeld bekend dat diabetes relatief veel voorkomt bij Antilianen en Marokkanen, deze folders zijn dan ook meestal wel aanwezig in het Papiaments en Arabisch (R1, R3). Toch moet er opgepast worden met folders in verschillende talen. Het geven van een folder in iemands eerste taal wil niet zeggen dat de patiënt kan lezen of überhaupt de folder wel wil lezen (R2, R3). Volgens een van de respondenten is een folder typisch een maatregel bedacht vanuit de Nederlandse cultuur: *"Zolang je iets maar een ander kleurtje geeft door het te vertalen, dan hebben we onze plicht weer gedaan. Maar daarmee ben je er niet" (*R3). Een ander risico van folders in verschillende talen aanbieden is dat artsen mogelijk niet een stap extra zetten om de patiënt echt te begrijpen en wederzijds begrip en vertrouwen te ontwikkelen. Dit terwijl volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zorgverleners verplicht zijn om te communiceren met de patiënt in voor hem of haar begrijpelijke taal. Deze wet wordt ondersteund door de Wet op de Beroepen in de Individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Kwaliteitswet en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector waarin uitdrukkelijk wordt vermeld dat niet aan deze norm wordt voldaan als de zorgverlener niet in begrijpelijke bewoording met de patiënt kan communiceren (Pharos, 2008). Soms wordt een folder in de zorgpraktijk als excuus gezien voor goede communicatie en zo toch aan de WGBO wet te voldoen (R1, R2, R3,R7).

Tolken

Een ander veelgehoorde maatregel binnen de ziekenhuiszorg op het gebied van communicatie is de tolk. Ziekenhuizen zijn het er unaniem over eens dat te allen tijde moet worden voorkomen dat kinderen gaan tolken voor allochtone ouders. Vooral in tijden van spoedopnames is dit niet in de praktijk niet volledig uit te sluiten. Vooral nu in januari 2012 het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de vergoeding voor tolk- en vertaaldiensten in de zorg definitief heeft stopgezet (PHAROS, 2013). Alle medewerkers waarmee gesproken is tijdens dit onderzoek gaven aan dat de stopzetting van de tolkendiensten subsidie er voor heeft gezorgd dat de organisatie moet nadenken hoe in de toekomst moet worden omgegaan met situaties waar een tolk wenselijk wordt geacht. De meeste ziekenhuizen nemen op dit moment de kosten voor hun eigen rekening (R1, R2, R3, R4, R5, R6). Ook uit de website analyse blijkt dat de meeste ziekenhuizen op dit moment nog de tolkendiensten vergoeden. Een gering aantal ziekenhuizen brengt de kosten van een tolk in rekening bij de patiënt of adviseert iemand mee te nemen zoals een meerderjarig familielid om te tolken. Eén van deze ziekenhuizen is het Meander Medisch Centrum. Op de website van het ziekenhuis staat dit ook specifiek vermeld onder het kopje voorzieningen. De volgende tekst is hierop te vinden:

"Bent u de Nederlandse taal niet machtig, zorg dan voor een mantelverzorger die de Nederlandse taal wel beheerst. Hij/zij kan u begeleiden bij gesprekken met zorgverleners in het ziekenhuis. Uitgangspunt is dat u (of uw wettelijke vertegenwoordiger) zelf verantwoordelijk bent voor het machtig zijn van de Nederlandse taal en alle communicatie met zorgverleners. Meander Medisch Centrum neemt de kosten voor tolken en allochtone zorgconsulenten niet voor zijn rekening" (Meander Medisch Centrum, 2012)

Wel zijn er initiatieven waar te nemen binnen ziekenhuizen die als vervanging moeten gaan gelden voor de tolkendienst. Een van deze initiatieven is de tolkenpool in het VUmc (R1). Een pool van medewerkers voornamelijk artsen in het VUmc die een andere taal dan Nederlands als eerste taal hebben die in geval van acute medische situaties opgeroepen kunnen worden om te tolken. In de VUmc tolkenpool zijn op dit moment dertig verschillende talen aanwezig (R1). Toch waarschuwt een respondent wel voor het gebruik van tolken en stelt dat door het gebruik van tolken je geen cultuurcompetente medewerkers/artsen krijgt. *"Een tolk is eigenlijk een pratende folder. Vaak zit de tolk ook nog eens in de telefoon. Eigenlijk is die tolk er alleen voor de arts".* (R3).

Toegepaste kennis maatregel

Ook is een cultuurcompetente medewerker iemand die weet hoe om te gaan met verschillende gebruiken, rituelen en ethische zaken van religies binnen de gezondheidszorg praktijk. Naast dat er binnen Nederlandse ziekenhuizen de nadruk wordt gelegd om door middel van communicatieve vaardigheden van de zorgverleners mogelijke blokkades door cultuur en religieverschillen op te lossen, worden er ook meer toegespitste kennis maatregelen genomen in ziekenhuizen. Zo hebben een aantal ziekenhuizen waaronder het UMC Utrecht en het Amstelland ziekenhuis protocollen over onderwerpen als stervensbegeleiding binnen verschillende religies (R6, R7, R8). Het is dus niet zo dat medewerkers deze kennis moeten hebben maar ze moeten er wel van op de hoogte zijn waar ze de kennis kunnen vinden indien nodig. In dezelfde lijn van kennis niet hoeven te bezitten maar wel moeten weten waar de kennis beschikbaar is heeft het Erasmus MC samen met het VUmc een subsidie aangevraagd voor het maken van een website waar informatie over religie en cultuur binnen de gezondheidszorg op komt te staan (R5). De website zal in oktober 2013 online gaan. Het idee erachter is dat zodra een zorgverlener een patiënt heeft met een niet Nederlandse achtergrond of dat de patiënt een bepaalde religie aanhangt de zorgverlener kennis hierover kan inwinnen op de website. Zaken die hier onder andere op te vinden zijn hebben betrekking op ethische vragen, interculturele communicatie, religieuze en culturele normen voor slecht nieuws gesprekken en religieuze feestdagen en vieringen (outline website). Het uiteindelijke doel van deze website is dat deze gezondheidszorg breed beschikbaar is. Op dit moment zal de website eerst een pilot fase hebben binnen het Erasmus MC en VUmc, daarna en na eventuele aanpassingen zal de website beschikbaar worden gesteld aan de andere UMC's in Nederland . Het uiteindelijke doel is de website voor de hele gezondheidszorg beschikbaar te stellen (R5). Het VUmc kiest daarnaast er bewust voor om workshops te organiseren voor senior leidinggevenden over hoe om te gaan met cultuur verschillen in een team omdat zij uiteindelijk de lijn voor de rest van de teams moeten uitzetten (R1). Hiermee hopen ze het resultaat te bewerkstelligen dat een team naar elkaar groeit en dat culturen elkaar aanvullen. *"Je ziet bij medewerkers in een intercultureel team dat wanneer ze meer aan elkaar gewend zijn en meer gaan samenwerken dat zo'n team veel initiatiever wordt. Dat is natuurlijk ook wat je op academisch niveau wilt. Door samen te werken kom je op ideeën waar je anders nooit op*

zou zijn gekomen. Het is zeker geen onwil. Maar je hebt er anders gewoon niet aan gedacht. Goede zorg begint bij een intercultureel team waarmee verschillen elkaar aanvullen" (R1).

5.1.3 Wat voor voorzieningen en maatregelen nemen ziekenhuizen in het kader van diversiteit onder patiënten?

De volgende empirische deelvraag stond centraal in paragraaf 5.1: *Wat voor voorzieningen en maatregelen nemen ziekenhuizen in het kader van diversiteit onder patiënten?* In deze deelparagraaf zal aan de hand van de hierboven besproken bevindingen betreffende de voorzieningen en maatregelen die ziekenhuizen nemen ten behoeve van de zorgverlening aan de toenemende diverse patiënten populatie deze empirische deelvraag worden beantwoord.

Voorzieningen

Vooral ziekenhuizen in de Randstad hebben te maken met een grote diversiteit onder patiënten en hebben dan ook steeds meer maatregelen en voorzieningen in huis om aan alle patiënten inclusief de patiënten met een niet Nederlandse culturele achtergrond of patiënten die een specifieke religie aanhouden kwalitatief goede zorg aan te kunnen bieden. Op het gebied van voorzieningen is er voor dit onderzoek gekeken naar de keuze van geestelijke verzorgers, de mogelijkheden voor het bestellen van maaltijden die voldoen aan de religieuze voedingswetten binnen de islam en het Jodendom en is er gekeken naar wat voor een bezinningsruimte ziekenhuizen in Nederland aanbieden. Op al deze drie thema's kan er worden geconcludeerd dat er een verschil waar te nemen is tussen de keuzes die ziekenhuizen maken in de Randstad en buiten de Randstad. Zo hebben ziekenhuizen in de Randstad vaker van verschillende religieuze stromingen een geestelijke verzorger in dienst terwijl buiten de Randstad er meestal voor wordt gekozen om een humanistische geestelijke verzorger in dienst te hebben. Een verklaring hiervoor is de kwaliteitswet zorginstellingen die in 1996 is in gegaan waarin wordt gesteld dat zorginstellingen verplicht zijn om geestelijke verzorging aan te bieden die aansluit bij de patiënt. Aangezien er in de Randstad procentueel gezien meer mensen wonen met verschillende culturele achtergronden en religies is het voor de Randstad een logische stap om van in ieder geval de drie grootste religies in Nederland namelijk de islam en het christendom verdeeld in Protestant en Katholiek een geestelijke verzorger in dienst te hebben. Buiten de Randstad waar vooral de groep allochtonen en daardoor de verscheidenheid in religies beduidend kleiner is, wordt er vaker gekozen voor de humanistische geestelijke verzorger. Toch blijkt uit het onderzoek dat de grote van diversiteit onder patiënten en daarmee in verband de mate van vraag naar geestelijke verzorgers die een specifiek geloof aanhangen bepaald welke keuze ziekenhuizen maken op het gebied van geestelijke verzorging.

Ook bij voedingsvoorschriften is een duidelijke scheiding te zien tussen de Randstad en buiten de Randstad. Zowel Halal als koosjer eten is voornamelijk in de Randstad te verkrijgen. Ook hier bepaalt de mate van diversiteit onder patiënten de keuze van de ziekenhuizen. Omdat koosjere en Halal maaltijden hogere kosten met zich mee brengen dan de standaard maaltijden wordt ook het financiële aspect meegenomen in de beslissing om koosjere of Halal maaltijden aan te bieden. Mede door de hogere kosten wordt er door ziekenhuizen als alternatief voor Halal maaltijden verwezen naar de vegetarische en vis maaltijd. Die volgens de islamitische wet ook toegestaan zijn voor consumptie. Een opvallende beweegreden wat werd aangegeven tijdens een interview is dat een

ziekenhuis er ook voor kan kiezen om geen Halal maaltijden aan te bieden wegens de mening in de maatschappij. Ziekenhuizen zijn behoedzaam om niet bekend te staan als “allochtonen ziekenhuis” (R7).

Als derde thema op het gebied van voorzieningen is gekeken naar bezinningsruimtes in Nederland. De meeste ziekenhuizen kiezen vandaag de dag voor een algemene voorzieningsruimte met vooral abstracte kunst die een ruimte voor rust en bezinning moeten creëren. Daarnaast is wel te concluderen dat in gebieden waar in verhouding met de rest van Nederland veel moslims wonen ziekenhuizen er vaak voor kiezen om een aparte ruimte in te richten voor islamitisch gebed. Echter hebben maar vier ziekenhuizen hier ook een aparte wasruimte bij. De keuze van een ziekenhuis om een islamitische gebedsruimte te hebben komt voort uit een groeiende moslim gemeente en daarmee ook de vraag naar een aparte gebedsruimte. Er is hier dus wederom net zoals bij de keuze voor geloofsspecifieke geestelijke verzorgers een vraaggestuurde keuze. Wat opvalt, is dat doordat in tegenstelling tot voorgaande jaren ziekenhuizen meestal algemeen zijn en niet meer nadrukkelijk één religie representeren ziekenhuizen genoodzaakt worden om meer na te denken over hun identiteit en hoe ze in de samenleving bekend willen staan. Vaak wordt er in de identiteit om missie beschrijving opgenomen dat ze een toegankelijk ziekenhuis willen zijn voor iedereen ongeacht religieuze of culturele achtergrond. In het kader hiervan kan de voorkeur voor een algemene stilte ruimte in plaats van een geloofsspecifieke stilte ruimte verklaard worden. Wel is te verwachten en al op kleine schaal waar te nemen dat door de toespitsing van zorg op maat steeds meer ziekenhuis er toch voor kiezen om geloofsspecifieke gebedsruimte of nissen in de stilteruimte aan te bieden aan patiënten.

Maatregelen

De maatregelen die ziekenhuizen nemen op het gebied van diversiteit onder patiënten hebben vooral betrekking op het creëren van bewustzijn. In de praktijk blijkt het namelijk dat vooral kennis gebrek van zorgverleners over andere culturen en religies tot blokkades leidt bij de zorgverlening en daardoor mogelijk de kwaliteit van zorg benadeeld. Door het aanbieden van workshops en concrete middelen met informatie over bijvoorbeeld versschillende gebruiken binnen een cultuur of religies over gezondheid hopen ziekenhuizen deze blokkades op te heven. Zo zijn er initiatieven met cultuur dagen binnen ziekenhuizen en het maken van een website met informatie over gebruiken en tradities in verschillende culturen en religies. Door middel van kennis hopen ziekenhuizen dus het bewustzijn bij de zorgverleners te vergroten.

Door de afschaffing van de tolken subsidie in januari 2012 is zichtbaar dat ziekenhuizen met vervangende maatregelen komen om toch een vorm van tolkenservice te kunnen aanbieden aan de patiënt indien gewenst. Vooral in de Randstad zijn hier ontwikkelingen op gaande zoals een tolkenpool en vertalingkaarten.

Samenvattend kan op de vraag wat voor voorzieningen en maatregelen ziekenhuizen treffen in het kader van diversiteit onder patiënten worden geconcludeerd dat vooral in de Randstad maatregelen en voorzieningen worden getroffen om aan de wensen en mogelijke blokkades als gevolg van de diversiteit onder patiënten te kunnen voldoen en voorkomen. Er is hier dus sprake van dat het aanbod afhangt van de vraag.

5.2 Diversiteitbeleid in Nederlandse ziekenhuizen

Door de toename van diversiteit onder patiënten komen ziekenhuizen voor nieuwe vraagstukken te staan. Het is echter de vraag of dit ook tot diversiteitbeleid binnen ziekenhuizen leidt. Uit de website analyse blijkt dat vooral in de Randstad er aandacht is voor diversiteit onder patiënten echter resulteert dit meestal niet in concreet beleid of is het in een begin fase. Aan de hand van vier casussen; het VUmc, Erasmus MC, UMC Utrecht en het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam (SLAZ) zal er een antwoord worden gegeven op de tweede empirische deelvraag: Is er sprake van diversiteitbeleid binnen Nederlandse ziekenhuizen?

5.2.1 Ziekenhuis casussen

VU Medisch Centrum

Het VU Medisch Centrum (VUmc) te Amsterdam is één van de acht universitair medisch centra (UMC) die Nederland telt. In 1964 geopend onder de naam Academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit. Vanaf oktober 1966 kreeg het de naam VU ziekenhuis. Door een fusie in 2011 tussen de medische faculteit van de Vrije Universiteit en het ziekenhuis kreeg het ziekenhuis de huidige naam VUmc (VUmc, 2013). Totaal heeft het ziekenhuis 733 bedden inclusief dagverpleging en had totaal 55.733 opnames in 2011 (Feiten en Cijfers, 2011, p.4). Het VUmc komt voort uit een christelijke traditie waarin respectvolle behandeling en menselijke waardigheid belangrijke waarden zijn. Het VUmc heeft drie kernwaarden die als leidraad dienen bij beleidsontwikkeling en het denken en handelen naar patiënten als zowel medewerkers onderling. Deze kernwaarden zijn: betrokkenheid, zorgvuldigheid en ambitie (VUmc, 2013).

Binnen het VUmc is er geen beleidsstuk met de titel diversiteit. Daar in tegen wordt er wel aandacht besteed aan diversiteit onder patiënten en medewerkers. In juni 2007 heeft de raad van Bestuur van het VUmc een driejarig interculturalisatie programma goedgekeurd en nam daarnaast een projectleider interculturalisatie in dienst. Ook werd er een Coördinatiecommissie interculturalisatie opgezet (Coördinatiecommissie Interculturalisatie, 2008). De diversiteit commissie adviseert de Raad van Bestuur over diversiteitvraagstukken en toekomstig diversiteitbeleid (R1). Hoewel er dus geen strak beleidsstuk ligt heeft het VUmc wel een duidelijke visie en missie als het om diversiteit gaat. Zoals Reina Steenwijk projectleider interculturalisatie binnen het VUmc aangeeft, *"Interculturalisatie heeft altijd als eerste doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dat is onze visie en dus ook ons doel" (*R1). Voor het programma interculturalisatie zijn de volgende twee doelstellingen opgezet.

1) "*Medewerkers van VUmc door middel van een serie projecten instrumenten in handen geven om de verbindingen tussen verschillende culturele achtergronden beter mogelijk te maken. Dat geldt ten aanzien van medewerkers onderling en van medewerkers ten opzichte van patiënten"* (Coördinatiecommissie interculturalisatie, 2008).

2) *"De organisatie VUmc beter bewust te maken van de verscheidenheid aan culturen binnen en buiten zijn muren, zodat het kan besluiten of en hoe culturele verscheidenheid ingezet wordt ter verbetering van de kwaliteit van onderwijs en patiëntenzorg"* (Coördinatiecommissie interculturalisatie, 2008).

Doordat het ziekenhuis in Amsterdam dichtbij Schiphol is gevestigd heeft het VUmc te maken met meer dan honderd nationaliteiten. Het is om die reden dan ook volgens mevrouw Steenwijk onmogelijk om cultuur specifieke maatregelen te treffen. Het VUmc heeft dan ook als standpunt dat om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden aan elke patiënt ongeacht culturele of religieuze achtergrond het noodzakelijk is om bij de werknemer te beginnen. Door heel de organisatie worden workshops en opleidingen aangeboden om ervoor te zorgen dat elke werknemer in het VUmc een cultuurcompetente werknemer is. Hiermee moet worden bereikt dat er geen blokkades ontstaan door cultuurverschillen tussen patiënt en zorgverlener. Als basis voor de trainingen geldt dat er een identiteit in het ziekenhuis moet ontstaan waar iedereen welkom is en waar verschillen worden erkend en als positief worden ervaren. Interculturalisatie gaat hierbij om het positief verbinden van verschillen tussen mensen. Het verbinden van culturen en religies is ook terug te zien in de visie van het programma interculturalisatie binnen het VUmc "*VUmc is een organisatie aan medewerkers, studenten en patiënten uit een grote verscheidenheid aan culturen en religies tot hun recht komen. Die verscheidenheid doet een appel op flexibiliteit, maak kan ook de organisatie verrijken, rekening houdend met en in respect met elkaar"* (Coördinatiecommissie Interculturalisatie, 2008). De politiek heeft wel gevolgen voor hoe het ziekenhuis omgaat met het diversiteitvraagstuk. Geluiden vanuit de politiek zoals uitspraken van Geert Wilders zorgen ervoor dat er vragen worden gesteld of er terug gegaan moet worden naar de Hollandse vlaggen (R1). Echter benadrukt Reina Steenwijk dat voor kwalitatief goede zorg voor iedereen het erkennen van verschillen essentieel is: *"Er zijn ziekenhuizen die als standpunt nemen, iedereen is gelijk, en daarom maken wij het verschil niet. Wij zeggen aan het begin juist: er zijn veel verschillen en verschillen moeten normaal worden. Op het moment dat je zegt iedereen is gelijk kun je verschillen ook geen plaats meer geven en verdwijnt het onder de tafel"* (R1). Wat beleid maken op het gebied van diversiteit moeilijk maakt is dat de resultaten van het geïmplementeerde beleid moeilijk in cijfers vast te leggen zijn en dat het daarnaast een traject is dat lang duurt. Toen Reina Steenwijk begon als projectleider diversiteit binnen het VUmc heeft ze dan ook duidelijk gemaakt naar de Raad van Bestuur dat interculturalisatie van het ziekenhuis een meerjaren traject is. Dit is erkend door de Raad van Bestuur, een essentieel gegeven in het interculturalisatie proces van een ziekenhuis van vandaag (R1). Het programma interculturalisatie is dan ook nog in volle werking.

Erasmus MC

Het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC) te Rotterdam is ontstaan in 1967 als het academisch ziekenhuis Dijkzigt. Door een fusie met het Sophia Kinderziekenhuis in 1971 ontstond het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR). Op 7 oktober 1988 spreken de bestuurders van het AZR en de Erasmus Universiteit Rotterdam samen met de decaan van de medische faculteit de wens uit van een gezamenlijk ziekenhuis. Op 1 juni 2002 is het Erasmus MC een feit (Erasmus MC, 2013). Totaal heeft het ziekenhuis 1320 bedden inclusief dagverpleging en had totaal 41.773 opnames in 2011 (Maatschappelijk verslag, 2012, p.2). Het Erasmus MC heeft drie uitgangpunten geformuleerd die als leidraad moeten dienen in de zorgverlening: samen & verbinden, samen grenzen verleggen en samen in de maatschappij staan (Erasmus MC, 2013).

Door de ligging in de havenstad Rotterdam heeft het Erasmus MC te maken met een steeds groter wordende diversiteit onder patiënten en medewerkers. Er is dan ook in het strategisch perspectief voor de jaren 2004-2008 genaamd *koers '08* opgenomen dat er meer aandacht moet komen binnen het ziekenhuis voor interculturalisatie (R4). Ook in *koers '13* is aandacht voor de maatschappelijke verantwoordelijkheid die een ziekenhuis heeft naar alle patiënten (Erasmus Mc, 2013, p.33) Toch is er vandaag de dag geen strikt beleid binnen het Erasmus MC op het gebied van diversiteit. Hans Ferdinandus manager HRM beleid en advies binnen het Erasmus MC zegt dan ook over de status van het diversiteit beleid binnen het ziekenhuis *"We hebben er bewust voor gekozen om niet met een overdaad aan woorden beleid neer te zetten maar er voor gekozen met een strakke insteek tot een cultuuromslag te komen" (*R5). Zo zijn er een aantal jaren geleden een aantal aandachtpunten opgesteld die moeten leiden tot interculturalisatie binnen het ziekenhuis (R5). Bij het opstellen van de aandachtspunten stond centraal dat iedereen welkom is. Om dit te realiseren is er 1,5 jaar geleden begonnen met het starten van de bewustwordingsfase en is er voor gekozen vooral vanuit de medewerker te kijken naar mogelijk diversiteitbeleid (R5). Onderdeel hiervan was het opzetten van een werkgroep "website culturele diversiteit" met onder andere verpleegkundigen en artsen die meedachten aan een website over diversiteit in samenwerking met het VUmc. Daarnaast heeft het feit dat het Erasmus MC een academisch ziekenhuis is er toe geleid dat 1,5 jaar geleden wederom samen met het VUmc te Amsterdam een subsidie aangevraagd is om ook voor de faculteiten diversiteitbeleid te maken (R5). In de toekomst hoopt het Erasmus MC een ziekenhuis te zijn waar medewerkers zich bewust zijn van diversiteit onder elkaar en patiënten en dat door goede samenwerkingsverbanden er goede zorg aan iedereen geboden kan worden (R5).

UMC Utrecht

Het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) bestaat uit het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU), Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), Centraal Militair Hospitaal (CMH) en de faculteit geneeskunde van de Universiteit Utrecht. Het UMC Utrecht is dan ook één van de grootste zorginstellingen van Nederland (UMC Utrecht, 2013). Totaal heeft het UMC Utrecht 1042 bedden inclusief dagverpleging en had totaal 34.368 opnames in 2011 (UMC Utrecht, 2013). Het ziekenhuis heeft een drietal waarden en principes waaruit zorg wordt geleverd: wij zijn betrokken en gedreven, wij vernieuwen en zijn nooit uitgeleerd, wij werken samen en nemen verantwoordelijkheid (UMC Utrecht, 2013).

Bij het UMC Utrecht is er geen sprake van formeel diversiteitbeleid. Dit is het gevolg van het feit dat het UMC Utrecht een decentrale organisatie is en daarom ook geen centraal beleid heeft op dit thema (R6). De besturingsfilosofie van de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht bevat dan ook de waarde om beslissingsbevoegdheden zo laag mogelijk in de organisatie te hebben (Jaardocument 2011 UMC Utrecht, 2012, p.23). Hoewel er geen concreet diversiteitbeleid is, is er wel veelvuldig aandacht voor het thema diversiteit in de zorg binnen het ziekenhuis. Zo zijn er verschillende projecten geweest op het gebied van diversiteit binnen het UMC Utrecht. In 2006 is het eerste grote diversiteitproject geweest door een inventarisatie te doen over alle divisies in het ziekenhuis op het gebied van diversiteit in de zorgpraktijk. Uit de resultaten bleek dat er veel verschillen zijn per divisie hoe er met diversiteitvraagstukken in de praktijk wordt omgegaan. Vaak worden problemen direct op de afdeling opgelost en wordt kennis niet gedeeld tussen de afdelingen (van der Giessen & Zandbergen, 2006, p.4). Doordat kennis niet wordt gedeeld en problemen tot zover bekend altijd zonder al te veel problemen worden opgelost is er geen noodzaak voor centraal beleid (R6). Volgens de islamitische geestelijk verzorger in het UMC Utrecht zit het diversiteitbeleid van het UMC Utrecht vooral in de redenering van vraag en aanbod (R7). Het algemene uitgangspunt is dat er kwalitatief goede zorg moet worden aangeboden aan alle patiënten ongeacht culturele of religieuze achtergrond. Op het moment dat het ziekenhuis tegen knelpunten aanloopt is dat een reden om een oplossing op centraal niveau te zoeken. Echter is het risico bij vraag en aanbod gestuurd diversiteit "beleid" dat allochtone patiënten hun vraag niet altijd kenbaar weten of kunnen maken. *"Allochtone patiënten zijn vaak niet heel erg mondig, de vraag loopt daardoor dus niet heel erg op. Er wordt niet nadrukkelijk om iets gevraagd en nemen sneller genoegen met het aanbod wat er is" (R7).* Echter, wordt er wel gezegd dat er de verwachting is dat in de toekomst het anders zal zijn met de tweede en derde generatie allochtonen die in het algemeen meer assertief zijn dan de eerste generatie (R1, R7).

Ook kwaliteit accreditaties spelen een rol in de vraag en aanbod in diversiteitbeleid. Doordat er voor kwaliteit accreditaties aan bepaalde criteria moet worden voldaan zorgt dit er wel voor dat het UMC Utrecht bewust nadenkt over of ze ook voor de allochtone patiënt goede zorg aanbieden. Wel is het ziekenhuis zich bewust van het feit dat bij externe onderzoeken zoals onder de Quality Consumer Index (CQ-I) en de Patiënt Tevredenheid Onderzoek niet altijd een goed beeld wordt gevormd van de zorgvraag onder patiënten. Dit komt onder andere doordat allochtone patiënten vaak niet mee doen aan zulke enquêtes, wat ervoor zorgt dat de vraag onder deze groep patiënten niet bekend is bij het ziekenhuis. Er is binnen het UMC Utrecht wel nagedacht over de mogelijkheid om intern extra

onderzoek te doen naar patiëntentevredenheid onder allochtone patiënten. Binnen het UMC Utrecht is hier echter niet voor gekozen omdat op het moment dat je resultaten van het onderzoek hebt je hier ook wat mee moet doen (R6). Zolang er dus geen cijfers bekend zijn over hoe tevreden allochtone patiënten zijn is er voor het ziekenhuis ook geen noodzaak om specifiek aandacht voor deze groep patiënten te hebben. Op het moment dat uit het interne onderzoek blijkt dat allochtone patiënten op bepaalde punten bijvoorbeeld niet tevreden zijn over de zorgverlening, dan is het UMC Utrecht genoodzaakt om hier ook wat mee te doen.

Het ziekenhuis wil voor iedereen open staan. Het UMC Utrecht was dan ook één van de eerste ziekenhuizen in Nederland met verschillende geloofsspecifieke geestelijke verzorgers en een stilte ruimte waar meerdere geloven symbolisch aanwezig waren. Toch waakt het ziekenhuis ervoor om niet naar de buitenwereld toe het beeld te schetsen dat ze een allochtoon vriendelijk, multicultureel ziekenhuis zijn. Dit vanuit de gedachten dat iedereen zich welkom moet voelen in het ziekenhuis. Op het moment dat je doelgroep specifiek als ziekenhuis bekend staat kan je het beeld creëren dat patiënten die niet in die specifieke doelgroep passen niet welkom zijn of niet goed geholpen kunnen worden (R7). Afgezien dat het ziekenhuis dus geen centraal beleid heeft is er wel sprake van duidelijke standpunten over bepaalde diversiteit zaken. Zo zijn er al verschillende cultuur projecten geweest om bewustzijn te creëren. Volgens een adviseur patiëntencommunicatie binnen het UMC Utrecht is begrip een belangrijk aspect in interculturalisatie in de zorg en beleid hierop geen oplossing. *"Je kunt wel in beleid woorden zeggen zo doen wij dit hier. Maar ik denk dat diversiteit issues beginnen met onbegrip en dat begrip tonen een start is want als je begrijpt waarom iemand zich zo voelt. Kun je er ook een manier in vinden om rekening met elkaar te houden".* (R6).

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) te Amsterdam West is op 1 januari 1996 ontstaan uit een fusie tussen het toenmalige Sint Lucas Ziekenhuis en op oecumenische grondslag Andreas ziekenhuis (SLAZ, 2013). Totaal heeft het SLAZ 551 bedden exclusief psychiatrie en had totaal 27.922 opnames in 2011 (Jaardocument 2011, 2012, p.13). Het ziekenhuis heeft vier servicevoorwaarden opgesteld die dienen als leidraad voor de zorgverlening binnen het ziekenhuis: service naar allen, laat iedereen in zijn waarde, aandacht voor elkaar en zorg voor je omgeving (Servicevoorwaarde, 2013).

Binnen het SLAZ is geen diversiteitbeleid. Wel is er sprake van een visiedocument etnische diversiteit wat als leidraad dient binnen het ziekenhuis op het gebied van diversiteit (SLAZ visiedocument etnische diversiteit, 2012). Vorig jaar is er een werkgroep diversiteit opgezet met als doel het ontwikkelen van beleid en visie op het gebied van diversiteit. De Raad van Bestuur wilde vooral draagvlak creëren onder de leden van de werkgroep en probeerde dit te bewerkstelligen door iedereen in de werkgroep de mogelijkheid te geven om zijn of haar mening te laten horen betreffende zorgverlening en diversiteit. Volgens geïnterviewde is dat juist wat het SLAZ beperkt in het maken van diversiteitbeleid. Bij het managen van diversiteit is het belangrijk dat een ziekenhuis een richting kiest en dit als leidraad houdt. De werkgroep diversiteit heeft dan ook gepleit voor de richting universeel waar mogelijk en relativisme waar nodig. Zo staat de gezondheid van de patiënt altijd voorop en moet er daarom ook aan landelijke richtlijnen worden gehouden. Hier wordt niet van afgeweken voor bepaalde groepen patiënten. Volgens één van de respondenten is het dan ook niet mogelijk om het perfecte diversiteitbeleid te maken maar hangt het af van de situatie. Wel kan een ziekenhuis een visie en standpunt innemen: *"Diversiteitbeleid is altijd op maat, er is geen gouden recept. Je moet per situatie kijken van wie zijn er betrokken, wat is de weerstand en wat gaan we er aan doen"* (R2). Het diversiteitproject is in augustus 2012 van gestart gegaan en er wordt aangegeven dat het in de harde medische wereld van vandaag het lastig is om diversiteitprojecten van de vloer te krijgen. Het verbeteren van de zorg aan de hand van projecten en inhoudelijk ontwikkelen van expertise is een moeilijk en langzaam proces. Vooral in de huidige tijden waar ziekenhuizen te maken hebben met marktwerking en financiële onzekerheid kiezen ziekenhuizen er sneller voor om diversiteit trajecten te kiezen die meetbare resultaten geven op korte termijn (R2). Ook de directie van het SLAZ heeft er uiteindelijk ondanks de start van de werkgroep diversiteit ervoor gekozen om projecten aan te bieden die resultaat geven op korte termijn. Daarnaast wordt aangegeven dat doordat landelijk gezien de allochtonen groep niet groot genoeg is en ook vaak niet in representatieve verhoudingen mee doet aan patiënt tevredenheidonderzoeken zoals de Consumer Quality Index (CQ-I) en Patiënt Tevredenheid Onderzoek (PTO) er ook binnen het SLAZ wordt afgezien van grote financiële investeringen op dit terrein. Dit terwijl naar schatting meer dan 50% van de patiënten binnen het SLAZ van niet –Nederlandse afkomst is (R2). Ook bij een observatie van twee keer 1,5 uur in het SLAZ ziekenhuis kan er worden gesteld dat een significant deel van de patiënten een niet Westerse achtergrond heeft. De middelen zijn in de huidige tijden beperkt binnen ziekenhuizen. Volgens een respondent is het vooral met een relatief nieuw onderwerp zoals diversiteit in de gezondheidszorg van uiterst belang dat er eerst wordt gewerkt aan het ontwikkelen van "awareness" voordat er diversiteitbeleid geïmplementeerd kan worden (R2).

5.2.2 Is er sprake van diversiteitbeleid binnen Nederlandse ziekenhuizen?

Op de tweede empirische deelvraag of er binnen Nederlandse ziekenhuizen sprake is van diversiteitbeleid kan worden geantwoord dat er in het algemeen geen ziekenhuizen in Nederland zijn met concreet diversiteitbeleid. De groeiende diversiteit onder patiënten vooral in de Randstad heeft er wel voor gezorgd dat ziekenhuizen zijn gaan nadenken wat dit betekent onder patiënten voor gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de dienstverlening aan deze groep patiënten. Een aantal ziekenhuizen is dan ook in een beginfase van diversiteitbeleid. Daarnaast hebben de meeste ziekenhuizen in de Randstad verschillende initiatieven op dit gebied. Ook hebben een aantal ziekenhuizen een commissie of werkgroep met als doel in de nabije toekomst meer initiatieven te realiseren op het gebied van cultuurverschillen en religies onder patiënten.

Ook marktwerking heeft invloed op de keuzes die raad van besturen maken. Diversiteit is een moeilijk begrip om met cijfers en getallen te kunnen onderbouwen en daarnaast zijn resultaten vaak pas na een aantal jaar zichtbaar. In tijden waarin alles in getallen moet worden uitgedrukt kiezen ziekenhuisbesturen er daarom vaak voor om projecten te financieren die op korte termijn in cijfers effect kunnen hebben zoals scholingsprogramma's en workshops. Terwijl er vanaf de werkvloer duidelijk de voorkeur wordt gegeven aan meer structurele oplossingen en bewustzijn initiatieven.

Daarnaast worden de resultaten van tevredenheids onderzoeken zoals de Consumer Quality Index 9CQ-I) en de patiënt Tevredenheid Onderzoek (PTO) vaak gebruikt als graadmeter of er een vraag is naar bepaalde voorzieningen, maatregelen, workshops etc. Echter blijkt uit gegevens dat allochtone patiënten en dan vooral van de eerste generatie vaak niet mee doen aan deze enquêtes met als gevolg dat hun vraag en ontevredenheid over zaken binnen de gezondheidszorg ook niet naar voren komen en ziekenhuizen hier dus niet op in spelen.

Uit de interviews blijkt dat problemen betreffende diversiteit vaak lokaal op een afdeling worden opgelost. Dit is misschien wel niet altijd de beste oplossing voor zowel patiënt als zorgverlener maar er wordt naar een oplossing gezocht zonder dat er concreet beleid voor is. Het is dus de vraag of concreet diversiteitbeleid wenselijk dan wel noodzakelijk is.

Samenvattend kan er op de tweede empirische deelvraag worden geantwoord dat er op dit moment geen diversiteitbeleid is binnen ziekenhuizen maar dat door de groeiende diversiteit onder patiënten in vooral de Randstad er wel steeds meer initiatieven worden genomen.

5.3 Diversiteit in de zorgpraktijk

In deze paragraaf zal antwoord worden gegeven op de derde empirische deelvraag van dit onderzoek: Hoe wordt diversiteit onder patiënten ervaren door ziekenhuis medewerkers? De vraag zal beantwoord worden aan de hand van de vijf thema's die naar voren kwamen tijdens de data verzameling in combinatie met het onderwerp diversiteit in de praktijk. Het eerste thema zal gaan over de verandering van patiënt populatie van eerste naar een tweede en derde generatie allochtonen. Het tweede thema is stereotypering in de zorg. Daarna zal er aandacht worden besteed aan de communicatie tijdens zorgverlening. Als vierde zal er stil worden gestaan wat herkenning tijdens de zorgverlening voor gevolgen heeft voor zorgverlening aan een patiënten populatie die

steeds meer diversiteit kent. En als laatste zal er nog een blik in de toekomst worden geworpen. In paragraaf 5.3.2 zal uiteindelijk de empirische deelvraag worden beantwoord.

5.3.1 Ervaringen zorgverleners

Eerste, tweede en derde generatie

De respondenten die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek geven aan dat er in veel gevallen een verschil waar te nemen is tussen zorgverlening aan autochtone en allochtone patiënten. In tegenstelling tot religieuze verschillen tussen zorgverlener en zorgvrager. Hierbij wordt er bijna geen verschil waargenomen tijdens de zorgverlening. Er wordt wel aangegeven dat er de verwachting is dat het verschil in zorgverlening tussen allochtone en autochtone patiënten afneemt in de toekomst. Dit komt door de steeds kleiner wordende groep eerste generatie allochtonen. Een verklaring waarom er minder "problemen" worden verwacht met de tweede en derde generatie allochtonen wordt gezocht in het feit dat deze generatie allochtonen in tegenstelling tot de eerste generatie allochtonen meestal deel hebben genomen aan het Nederlandse onderwijs en daarmee ook de Nederlandse taal machtig zijn. Daarnaast zijn tweede en derde generatie allochtonen ook meestal beter op de hoogte van het Nederlandse zorgstelsel en de geldende omgangsvormen (R1, R7, R9). Communicatie is in de lijn daarmee ook de meeste gehoorde blokkade in het geven van zorg aan patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond. *"De hoofdzaak is de taalbarrière, de communicatie. Alles gebeurt natuurlijk met communicatie, zonder dat kan je geen kwalitatief goede zorg verlenen"* (R4). Door enkele respondenten wordt er aangegeven dat het beschikbaar stellen van hulpmiddelen zoals pictogramboekjes of taalkaarten met zinnen in verschillende talen wellicht zou kunnen helpen met de communicatie met patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn (R4, R9).

Stereotypering

Naast communicatie is stereotypering van zowel de patiënt naar de professionals toe als vice versa een blokkade in goede zorg. Zo wordt ervaren dat patiënten met een allochtone achtergrond soms door omgangsvormen en statussen in bepaalde culturen alleen het woord van de arts geloven en daarom ook niet de gezondheidsadviezen van verpleegkundigen opvolgen: *"Het komt inderdaad wel voor bij buitenlandse patiënten dat ze alleen naar de arts luisteren en niet naar mij want ach ik ben maar een zustertje. Als de arts het zegt dan doen we het maar als de verpleegkundige het zegt niet"* (R4). Door een respondent wordt ook aangegeven dat het vaak voorkomt met patiënten uit bepaalde culturen dat deze veel familie leden op bezoek krijgen. Dit omdat het uit sommige culturen en religies een gebruik en religieuze plicht is om zieke te bezoeken. Een respondent geeft aan dat als er iemand van een bepaalde cultuur of religie wordt opgenomen op de afdeling zij zelf en ook collega's van desbetreffende respondent al vaak een vooroordeel hebben over dat deze patiënt ook wel weer een "probleem" gaat worden met het aantal bezoekers (R4). Indien een situatie waarin een patiënt veel bezoek krijgt zich voordoet wordt er niet naar een andere oplossing gezocht maar wordt het bezoek vriendelijk verzocht op een ander tijdstip terug te komen aangezien het maximaal aantal bezoekers twee per patiënt is. "*Het is echt heel opmerkelijk dat bij bepaalde culturen gigantisch veel familie langskomt. Maar ook voor hen geldt het maximale is twee dus ze moeten zich houden aan de bezoekersregels van twee bezoekers binnen de bezoekuren. Want we hebben hier 30 patiënten en dan wordt er het heel druk allemaal. Ja, en dit kan wel eens tot agressiviteit leiden. En dat is wel jammer, maar het is niet anders. Regel is regel" (*R4).

Communicatie

Ook komt het voor dat wegens de plaats die de arts inneemt in sommige culturen allochtonen patiënten niet verder durven te vragen als ze ergens zorgen over maken of iets niet begrijpen (R3). Volgens dr. Wolf kinderarts aan het SLAZ is het daarom ook zo belangrijk om niet alleen diversiteitbeleid te richten op de patiënt maar ook op de houding en communicatie vaardigheden van specialisten. In de praktijk betekent dit in het SLAZ dat Dr. Wolf in 2006 samen met kinderarts Dr. Dahhan medegefinancierd met Achmea (voorheen Agis) de Amsterdamse Mozaïekpolikliniek heeft opgezet. Oorspronkelijk opgezet in het OLVG, AMC en SLAZ in Amsterdam maar tegenwoordig alleen nog actief in het SLAZ. Deze polikliniek moet de deskundigheid bij zorgverleners over etnische diversiteit vergroten en ook het zelfmanagement van ouders en minderjarige allochtone patiënten (Dahhan & Wolf, 2007, p. 72). Op de polikliniek wordt aandacht besteed aan mogelijke misverstanden over de zorg van hun kind bij ouders. Daarnaast is het volgens Dr. Wolf ook belangrijk in het licht van diversiteit en goede zorg, dat er wordt gewerkt aan deskundigheid op dit gebied bij zorgverleners. *"Het accent wordt nog te veel op taal gelegd terwijl het eigenlijk om begrip gaat. Soms is het bijvoorbeeld ook een gebrek aan anatomische kennis bij de patiënt. Door als arts hier rekening mee te houden en begrip voor te tonen kan een mogelijke blokkade in de zorgverlening worden voorkomen"* (R3). Als arts is het dan ook belangrijk om niet alleen te focussen op de directe communicatie maar te denken vanuit de patiënt. Om er voor te zorgen dat artsen niet alleen vanuit hun eigen cultuur kijken is Dr. Wolf een leertraject begonnen voor artsen aan het begin van hun specialisatie opleiding. Tijdens dit leertraject worden specialisten in opleiding de vaardigheden aangeleerd om vanuit de patiënt te denken en zo met alle doelgroepen patiënten om te kunnen gaan (R3). Dit wordt onder andere gedaan door met toestemming van de patiënt gesprekken tijdens het spreekuur op te nemen en later in een groep samen met een specialist deze opnames te bespreken.

Herkenning

Ook geven meerdere respondenten aan dat uit de zorgpraktijk blijkt dat allochtone of gelovige patiënten veel waarde hechten aan het gevoel van herkenning (R8, R7, R9). Volgens een respondent is het juist in tijden van ziekte belangrijk dat mensen zich vertrouwd voelen met hun omgeving (R9). Een stilteruimte met geloofsnissen of een geestelijke verzorger van het geloof van een patiënt kan hier aan bijdragen. De aankleding van een gebouw kan ook bijdrage aan het gevoel van herkenning bij een patiënt. Zo zijn er op de joodse afdeling van het Amstelland ziekenhuizen op de pilaren afbeeldingen uit Israël te zien (zie afbeelding 23).

Afbeelding 23: joodse vleugel in het Amstelland ziekenhuis te Amstelveen (2013)

Ook is er op de joodse afdeling aan alle deurposten van de verpleegkamers een kokertje genaamd de Mezoeza geplaatst (R8). Een Mezoeza is het teken voor een joods huis. In elke Mezoeza zit een stukje perkament met een gedeelte van een tekst uit het Oude testament. De Mezoeza zou bescherming bieden aan diegene die in de desbetreffende kamer verblijft.

Toekomst

Steeds meer ziekenhuizen hebben tegenwoordig zorgconsulenten in dienst. De definitie van zorg consulent verschilt erg per ziekenhuis maar de basis is dat een zorgconsulent dient als brug tussen de patiënt en de arts. Een zorgconsulent is nadrukkelijk geen tolk maar kan onder andere helpen bij het creëren van een vertrouwelijke omgeving bij bijvoorbeeld slecht nieuws gesprekken (R9). Uit de praktijk blijkt namelijk dat het voor patiënten erg belangrijk is dat ze zich gehoord voelen en dat ze zich aan ethische waarden van hun geloof kunnen houden. Vaak zijn deze ethische waarden bij de professional niet bekend en een zorgconsulent kan dan dus als burg dienen tussen de patiënt en zorgverlener om kennis over deze ethische waarden over te brengen. Rosa Swalef, leidinggevende op de joodse afdeling van het Amstelland ziekenhuis te Amstelveen, gaf dan ook aan dat mensen niet alleen naar de joodse verpleegafdeling komen omdat ze koosjer eten krijgen maar juist ook komen voor hun gevoel. Het gezien worden en gehoord worden is hierbij van belang. Swalef: *"Ik zeg zelf altijd ik heb een dienblad vol met mogelijkheden om aan de Joodse wetten, gebruiken etc. te houden maar uiteindelijk bepaalt de patiënt wat hij ervan afpakt"* (R8). Volgens de islamitisch geestelijk verzorgster aan het UMC Utrecht is het dan ook voor patiënten erg belangrijk dat ze zich welkom voelen en hun ei kwijt kunnen (R7). Het grote verschil tussen een geestelijk verzorger en de zorgconsulent is dat de zorgconsulent meestal samenwerkt met de zorgverlener en de patiënt terwijl de geestelijk verzorger meestal alleen primair contact heeft met de patiënt.

5.3.2 Hoe wordt diversiteit onder patiënten ervaren door ziekenhuis medewerkers?

Ziekenhuis medewerkers ervaren in de praktijk dat er in het algemeen een verschil is tussen de zorgverlening aan allochtone en autochtone patiënten. Wat dan ook opvalt, is dat bij de bespreking van de ervaringen tijdens de interviews religie niet wordt genoemd als een aspect wat de zorgverlening zodanig beïnvloedt. Cultuurverschillen worden wel genoemd als aandachtspunt bij het verlenen van zorg aan allochtone patiënten. Zo is het binnen sommige culturen niet gebruikelijk om mee te denken in je gezondheidstraject. Extra vragen stellen als je over een diagnose van een arts twijfelt wordt dan ook niet gedaan.

Door ziekenhuismedewerkers wordt ervaren dat het voor patiënten met een niet- Nederlandse achtergrond belangrijk is dat ze worden gehoord en dat vertrouwen hebben in de gezondheidszorg. Dit betekent in de praktijk dat zorgverleners een omgeving moeten creëren waar patiënten voelen dat ze met zorgen en vragen bij de zorgverleners terecht kunnen. Het creëren van omgevingen waar hier sprake van is wordt soms door stereotypering door zowel zorgverlener als patiënt bemoeilijkt. Sommige ziekenhuizen hebben zorgconsulenten in dienst die onder andere als functie hebben een brug te slaan tussen de arts/verpleegkundige en patiënt zodat er vertrouwende omgeving gecreëerd kan worden.

6. Conclusie

De inleiding van dit onderzoeksrapport begon met de vraag wat een ziekenhuis zou doen wanneer er een patiënt van islamitische afkomst wordt opgenomen en waarbij er als gevolg van de norm binnen de islamitische cultuur de hele familie op bezoek komt. Nu het onderzoek is afgerond kan er worden gesteld dat bovenstaand scenario zeker niet fictief is en dan ook steeds vaker voorkomt binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg als gevolg van de groeiende diversiteit onder de Nederlandse bevolking. Hoe de vraag over wat te doen met deze patiënt en al zijn bezoek wordt beantwoord ligt aan verschillende factoren die elk naar voren zijn gekomen uit de data van het onderzoek. De doelstelling van het onderzoek was om te kijken naar hoe ziekenhuizen omgaan met het interne multiculturele vraagstuk. Deze doelstelling leidde tot de volgende onderzoeksvraag die tijdens dit onderzoek centraal heeft gestaan:

Op welke wijze wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen omgegaan met diversiteit onder patiënten?

In dit hoofdstuk zal antwoord op deze hoofdvraag worden gegeven aan de hand van de resultaten van het onderzoek.

Vraagsturing

Uit de resultaten blijkt dat er een duidelijk verschil is te zien hoe ziekenhuizen in de Randstad en in de rest van Nederland omgaan met de toenemende diversiteit onder patiënten. In de Randstad is er bijvoorbeeld in ziekenhuizen vaker sprake van geestelijke verzorgers van verschillende geloofsstromingen terwijl in de rest van Nederland er vaker een humanistische geestelijke verzorger in dienst is. Dit is voornamelijk te verklaren door de verandering van aanbod naar vraaggerichte zorg. In de Randstad wonen in verhouding de meeste allochtonen en dus zal daar de vraag voor geestelijk verzorgers met een specifiek geloof affiliatie ook groter zijn. Toch is het de vraag of het aanbod van verschillende geestelijke verzorgers in plaats van een humanistische geestelijke verzorger daadwerkelijk een gevolg is van de vraag van de patiënten of dat ziekenhuis besturen hebben gekeken wat ongeveer de samenstelling van de patiënten populatie is en aan de hand daarvan hebben besloten om de conclusie te trekken dat er een vraag is naar bijvoorbeeld een islamitische geestelijke verzorger. Uit interviews blijkt namelijk dat vraaggestuurde zorg soms vooral bij allochtone patiënten moeilijk is in de praktijk omdat deze groep patiënten door culturele omgangsnormen en/of tekortkomingen in de beheersing van de Nederlandse taal niet altijd in staat zijn om hun zorgvraag aan te geven. Kijkend naar de huidige koers van het Rijksoverheidsbeleid betreffende migranten in Nederland waarbij er vooral eigen verantwoordelijkheid bij de migrant wordt gelegd is het feit dat immigranten en dus allochtonen niet hun zorgvraag duidelijk kunnen of willen maken een probleem van de immigrant en niet een indicator van het falen van de vraaggestuurde zorg. Echter is daarnaast ook toegankelijkheid en kwaliteit van zorg een zeer belangrijke waarde binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Doordat immigranten niet altijd in staat zijn om hun zorgvraag duidelijk te maken in een vraaggestuurd zorgsysteem is het sterk af te vragen of zorg wel voor iedereen toegankelijk is op deze manier. In het verlengde kwam er ook uit de interviews naar voren dat vele ziekenhuizen de voorzieningen die ze aanbieden zoals voedingsmiddelen die voldoen aan religieuze wetten laten afhangen van tevredenheidonderzoek zoals het Quality Customer Index (CQ-Index). Echter is het ook bij deze onderzoeken de vraag of

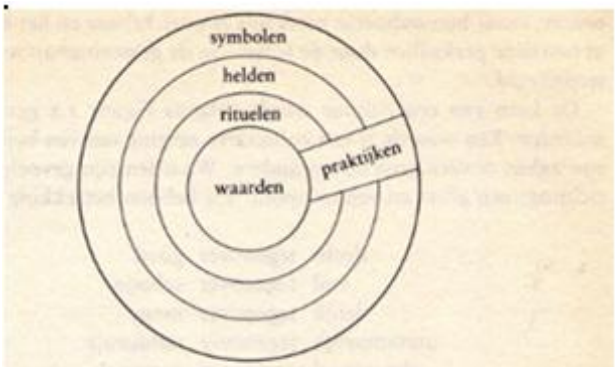
allochtone patiënten wel mee doen aan dit soort onderzoeken omdat het taalniveau van deze testen mogelijk niet aansluit bij de belevingswereld van immigranten. Het feit dat niet alle doelgroepen even goed naar voren komen binnen deze tevredenheidonderzoeken is bij de meeste ziekenhuizen bekend. Echter wordt er vaak toch niet voor gekozen om een intern tevredenheidonderzoek te starten onder alle patiënten binnen het ziekenhuis. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat op het moment dat uit zulk soort onderzoeken naar voren komt dat er mogelijk meer aandacht nodig is voor zorgverlening voor bepaalde doelgroepen hier ook wat mee gedaan moet worden. In tijden van financiële soberheid is het niet weten wat een eventuele onbekende zorgvraag aantrekkelijker voor ziekenhuizen.

Cultuurspecifieke maatregelen

Wat ook opvalt, is dat ziekenhuizen als het om cultuurspecifieke maatregelen gaat zich erg bewust zijn van het feit dat ze niet bekend willen staan als bijvoorbeeld het "allochtonen ziekenhuis" of het "moslim ziekenhuis". Ziekenhuizen willen vooral uitstralen dat iedereen er welkom is ongeacht herkomst of religieuze binding. Ziekenhuizen zijn dan ook erg terughoudend met het aanbieden van cultuur of religie specifieke maatregelen. Zo kwam uit het onderzoek naar voren dat bijvoorbeeld bij de keuze van het aanbieden van Halal maaltijden niet alleen de kosten een keuzefactor was maar ook hoe de maatschappij denkt over deze maaltijden. Nieuwsberichten zoals de commotie over de "Halal woningen" bij woningcorporatie Eigen Haard in Bos en Lommer spelen hier ook in mee. Er wordt vaker gekozen voor universeel waar mogelijk en relativisme waar nodig. De keuze van dit soort maatregelen valt samen met het uitgangspunt van het Nederlandse integratiebeleid waarbij geldt "algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig". De RVZ heeft dit uitgangspunt uitgebreid met "algemeen gedifferentieerd beleid waar mogelijk cultuurspecifiek beleid waar nodig" (RVZ, 2000, p.58). In de zorgpraktijk betekent dit dat ziekenhuizen universalistische zorg aanbieden waar mogelijk en relativistisch waar nodig. Zorg wordt dus geleverd vanuit de norm dat de medische opvattingen universeel zijn maar dat er mogelijke verschillen zijn in de beleving van de zorg van de individuele patiënt. Aanvullende maatregelen zoals zorgconsulenten komen dan ook steeds vaker voor in ziekenhuizen om als brug te fungeren tussen de zorgverlener en zorgvrager in een ziekenhuis systeem waar het uitgangspunt universele zorg voor iedereen is. Het fenomeen dat ziekenhuizen zich erg bewust zijn hoe ze zichzelf presenteren naar de samenleving en media toe heeft wellicht ook te maken met het feit dat steeds meer ziekenhuizen die voorheen op christelijke grondslag waren opgezet tegenwoordig algemeen worden. Als je vroeger in Amsterdam woonde en je katholiek gezind was ging je naar het OLVG en als je Protestants was dan ging je naar het Prinsengracht ziekenhuis, ga je tegenwoordig niet meer automatisch naar een ziekenhuis omdat daar je geloof als basis dient. Als ziekenhuizen dus open willen staan voor iedereen zal daar een passend beleid bij horen. Uit de resultaten van het website onderzoek is ook te zien dat de meeste ziekenhuizen er voor kiezen een algemene stilteruimte te hebben. De gedachte is dat iedere patiënt en werknemer ongeacht achtergrond hier een moment van rust en bezinning kan hebben. Wel is het opmerkelijk dat er in ziekenhuizen steeds meer aparte islamitische gebedsruimte aanwezig zijn. Hieruit zou kunnen worden geconcludeerd dat voor ziekenhuizen de vraag en behoeften onder patiënten toch belangrijk is ondanks de geluiden uit de politiek en samenleving dat islamitische maatregelen niet altijd wenselijk zijn.

Normen en waarden

Veel morele problemen binnen de gezondheidszorg ontstaan doordat niet duidelijk is uit welke waarden normen ontstaan. Waarden komen vooral in de gezondheidszorg waarbij contact tussen zorgverlener en zorgvrager relatief kort is niet snel naar voren (van Dikken, 2003, p.30). Door middel van een gesprek kan er tussen zorgverlener en zorgvrager worden voorkomen dat morele problemen ontstaan. Echter blijkt uit het onderzoek dat communicatie tussen zorgverleners en zorgvrager soms stagneert wanneer de patiënt een niet- Nederlandse achtergrond heeft. Dit onder andere door normen waarin het bijvoorbeeld niet gebruikelijk is om assertief te zijn tegenover de arts of zorgen direct uit te spreken. Ziekenhuizen realiseren zich dat door de toenemende diversiteit onder patiënten er een brug moet worden geslagen tussen zorgverlener en patiënt om zorg op maat te kunnen leveren. De manier waarop deze brug wordt gelegd verschild per ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen en dan voornamelijk de ziekenhuizen in de Randstad kiezen ervoor om zorgconsulenten in te zetten. Dit in overeenstemming met het rapport van het RVZ uit 2000 waarin wordt aanbevolen om zorgconsulenten organisatorisch en financieel in ziekenhuizen in te bedden (RVZ, 2000, r.71). Ook kiezen ziekenhuizen ervoor om zorgverleners kennis en vaardigheden bij te brengen om met verschillende soorten patiënten om te kunnen gaan. Hierbij is vooral aandacht voor communicatieve vaardigheden. De gedachte hierachter is dat op het moment je weet hoe te communiceren met patiënten ongeacht religieuze of culturele achtergrond dat je door middel van dialoog eventuele verschillen in normen en waarden kan overbruggen. Er wordt hier dus uitgegaan van een communicatief relativistische benadering. Waarin de nadruk ligt op de relativiteit van zaken. Door middel van een dialoog tussen patiënt en hulpverlener wordt er waar mogelijk een compromis gezocht die voor iedereen acceptabel is (Alvim et al., 2012, p.8). Andere ziekenhuizen kiezen ervoor om kennis over verschillende religies en culturen en wat dit voor consequenties heeft voor de zorgverlening aan te bieden aan de medewerker zoals een diversiteit website. Hier wordt er dus gewerkt vanuit de gedachte dat hulpverleners de kennis niet eigen hoeven te maken maar wel moeten weten waar de kennis beschikbaar is. Echter zorgt deze manier van kennis bijdrage niet vanzelfsprekend voor betere communicatieve vaardigheden om een dialoog aan te gaan met de patiënten om mogelijke normen en waarden te overbruggen. Zoals het "Ui-diagram" van Hofstede (1991) aangeeft zijn rituelen, helden en symbolen voor de externe waarnemer zichtbaar, echter is de culturele betekenis hiervan onzichtbaar en zijn afhankelijk van hoe de leden van een gemeenschap deze interpreteert (Hofstede, 1991, p.19). Concrete middelen zoals een website kunnen helpen voor de zorgverlener om inzicht te krijgen in de symbolen, helden en rituelen die belangrijk zijn in een cultuur of religie van een patiënt maar om er erachter te komen welke waarden er binnen een cultuur of religie gelden, zal er een gesprek moeten plaats vinden tussen de patiënt en zorgverlener. Concrete kennis over symbolen, helden en rituelen in een cultuur helpen dus wel om bewustzijn te creëren bij zorgverleners maar communicatieve vaardigheden en een vorm van dialoog zou ook moeten plaatsvinden om morele problemen in de zorg te voorkomen. Hulpmiddelen zoals een website of een



Het 'Ui-diagram': cultuuruitingen van oppervlakkig naar diep

Fig3 Hofstede (1991)

folder over medisch handelingen volgens bepaalde religies zijn dan ook aanvullende maatregelen. Deze maatregelen heten aanvullend omdat deze het gebrek aan kennis, deskundigheid en vaardigheden voor het verlenen van zorg aan een diverse groep patiënten in het reguliere aanbod aanvullen (RVZ, 2000, r.58). Om goede zorgverlening in de toekomst te kunnen garanderen aan een diverse groep patiënten zal er op moeten worden gelet dat aanvullende maatregelen niet worden gezien als oplossing maar zal er gezocht moeten worden naar structurele maatregelen zoals intercultureel personeelsbeleid, multiculturele zorgverlening als verplicht vak tijdens zorgopleidingen et cetera.

Diversiteitbeleid

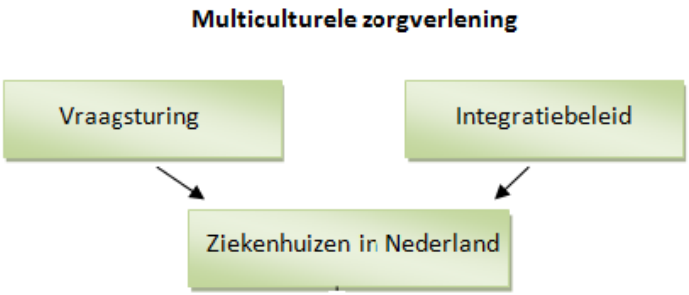
Ziekenhuizen hebben sinds de invoering van het "immigratie beleid nieuwe stijl" in 2004 door Rita Verdonk steeds meer zelfstandigheid gekregen over hoe om te gaan met immigranten als patiënten. Dit zorgt ervoor dat ziekenhuizen meer verantwoordelijkheid op dit gebied hebben gekregen. Ziekenhuizen in Nederland zijn zich er dan ook van bewust dat de samenstelling van de patiëntenpopulatie steeds meer diversiteit kent en mogelijk ook gevolgen heeft voor de zorgverlening. Zo zijn er bijvoorbeeld door heel Nederland ziekenhuizen te vinden die naast hun website in het Nederlands, ook in het Engels of andere talen aanbieden. Vooral in de Randstad zijn er naast voorzieningen ook maatregelen aan te treffen die blokkades moeten voorkomen bij de zorgverlening met patiënten met een niet- Nederlandse achtergrond. Echter hebben ziekenhuizen in het algemeen geen concreet interculturalisatie beleid of diversiteitbeleid. Wel is er vooral in de Randstad aandacht voor de gevolgen van de diversiteit onder patiënten en vertaalt zich dit naar duidelijke visies op dit gebied. Verschillende oorzaken kwamen tijdens dit onderzoek naar voren waarom ziekenhuizen er niet voor kiezen om concreet diversiteitbeleid te hebben.

De meest gehoorde oorzaak is dat de vraag en dus de noodzaak voor centraal diversiteitbeleid binnen ziekenhuizen er niet is. Er kwam bijvoorbeeld naar voren dat in de meeste gevallen wanneer er een moreel probleem zich voordoet bij de zorgverlening dit decentraal wordt opgelost en daardoor er ook geen noodzaak is om centraal in het ziekenhuis hiervoor beleid te hebben. Daarnaast worden uitkomsten van tevredenheidonderzoeken vaak als graadmeter gebruikt of er een vraag is voor specifiek diversiteitbeleid. Omdat dit onderzoek een landelijk gemiddelde geeft komt er hier uit dat landelijk gezien de groep allochtonen te klein is om concreet beleid op te maken. Echter kwam naar voren uit de interviews dat bij sommige ziekenhuizen in de Randstad de groep allochtone patiënten wel groot genoeg is om speciaal diversiteitbeleid te hebben. Alleen doordat de landelijke gemiddelden worden gebruikt als graadmeter wordt er dan toch voor gekozen om geen diversiteitbeleid te maken. Ook het feit dat ziekenhuizen geen diversiteitbeleid hebben maar wel aandacht hebben voor knelpunten in de multiculturele zorgverlening geeft aan dat ziekenhuizen er voor kiezen om zorg te leveren volgens het principe universeel waar mogelijk en specifiek waar nodig.

Een andere reden waarom ziekenhuizen geen specifiek diversiteitbeleid hebben heeft te maken met de huidige marktwerking. Ziekenhuizen worden door de marktwerking verplicht om hun resultaten te rapporteren in cijfers. Diversiteitprojecten kosten niet alleen geld maar ook tijd. Communicatieve vaardigheden aan professionals bijleren, bewustzijn creëren en dergelijk projecten zijn niet binnen een paar maanden al te vertalen naar resultaten. Raad van Besturen van ziekenhuizen kiezen dan in

de huidige tijden voor trainingen en workshops die op korte termijn effect hebben en waarmee ze dus kunnen "scoren" in tijden van marktwerking. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt echter dat de professionals de voorkeur geven aan structurele maatregelen die ook op lange termijn effect hebben.

Spanning



Binnen dit onderzoek stond het vraagstuk centraal hoe ziekenhuizen omgaan met de steeds groter wordende diversiteit onder de patiënten populatie en of ziekenhuizen een spanning ervaren tussen aan de ene kant de druk om vraaggestuurde zorg te leveren en aan de andere kant de eis van de overheid dat migranten moeten integreren. Uit de resultaten blijkt dat er door de meeste ziekenhuizen inderdaad een tegenstrijdigheid wordt ervaren tussen aan de ene kant het vraaggestuurde zorg willen aanbieden aan patiënten en tegelijkertijd geen onderscheid willen maken tussen patiënten op basis van geloof of herkomst. Ziekenhuizen blijken niet altijd op de hoogte zijn van de zorgvraag die speelt onder allochtone patiënten. Er wordt een spanning ervaren tussen de eis van het integratiebeleid en zorg op maat. Zorg op maat betekent namelijk ook dat een ziekenhuis soms de keuze zou moeten maken om cultuurspecifieke maatregelen beschikbaar te stellen. In een politiek klimaat waar de norm is dat iedereen zich moet conformeren naar de geldende norm in Nederland kan een cultuurspecifieke maatregel zoals een aparte verpleegkamer voor mannen en vrouwen als ongewenst worden ervaren door de politiek en samenleving. Sinds de beleidswijziging in 2004 geïnitieerd door voormalig minister Hoogervorst worden problemen in de gezondheidszorg met allochtone patiënten zo decentraal mogelijk opgelost en hebben zorginstelling op dit gebied meer verantwoordelijkheid gekregen. De meeste ziekenhuizen kiezen er dan ook meestal voor om beslissingen te nemen volgens de regel: universeel waar mogelijk en specifiek waar nodig. Uit de resultaten blijkt dan ook dat ziekenhuizen per geval bekijken wat op dat moment zwaarder weegt "zorg op maat"of de eis van het integratiebeleid. De informele vuistregel is altijd dat de veiligheid van de patiënt voorop staat.

Familie bezoek

De inleiding van dit onderzoeksrapport begon met de vraag wat een ziekenhuis zou doen wanneer er een patiënt van islamitische afkomst wordt opgenomen en waarbij er als gevolg van de norm binnen de islamitische cultuur de hele familie op bezoek komt. Als samenvattend antwoord kan er worden geconcludeerd dat het erg afhangt waar in Nederland deze patiënt wordt opgenomen. Indien de hele familie op ziekenbezoek wil komen zal er waarschijnlijk wel worden vast gehouden aan de regels welke gelden en mogen er maar twee personen tegelijk op bezoek komen. In de Randstad heeft deze patiënt wel de meeste kans om indien gewenst een islamitische geestelijke verzorger aan bed te krijgen en zal er ook een aparte ruimte zijn voor islamitisch gebed. Een aantal jaar geleden was het nog maar de vraag of er een aparte gebedsruimte voor deze patiënt en zijn/haar familie was, maar door de groeiende vraag onder de islamitische doelgroep in Nederland, die 5% van de Nederlandse bevolking telt, zijn er steeds meer ziekenhuizen die een aparte islamitische gebedsruimte hebben.

Indien de patiënt een Halal maaltijd wenst zal ook deze ook in de Randstad in bijna alle ziekenhuizen gegarandeerd geleverd kunnen worden. Wordt de patiënt buiten de Randstad opgenomen, dan kan er in een aantal ziekenhuizen wel de dag van te voren een Halal maaltijd worden besteld maar kan dit niet altijd gegarandeerd worden. Een vegetarische maaltijd of vismaaltijd zal in alle ziekenhuizen aanwezig zijn om ter vervanging van de Halal maaltijd te eten. Indien de patiënt de Nederlandse taal niet machtig is zal er in de meeste ziekenhuizen gratis gebruik kunnen worden van de tolkentelefoon. Echter door de afschaffing van de subsidie voor tolkenvergoeding in 2012 is het de vraag of deze gratis dienst in de toekomst zal blijven. Daarnaast kan de patiënt indien gewenst in een aantal ziekenhuizen gebruik maken van een zorgconsulent welke kan dienen als brug tussen de arts en de patiënt. In sommige ziekenhuizen zal de arts eventueel een folder in een andere taal aan de patiënt of aan de familie geven zodat deze allemaal weten wat er aan de hand is met hun familielid die is opgenomen in het ziekenhuis. Bij enkele Nederlandse ziekenhuizen kan er ook op de website van het ziekenhuis informatie in een andere taal dan Nederlands worden opgezocht zoals bezoektijden.

Bovenstaand scenario is maar een voorbeeld van de voorzieningen en mogelijkheden die er voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond of een specifiek geloof in Nederlandse ziekenhuizen aanwezig zijn. Het is zeker niet zo dat elke islamitische patiënt een hele groep van mensen op bezoek krijgt, de Nederlandse taal niet beheerst et cetera. Dit voorbeeld is alleen gebruikt om aan te geven dat vooral ziekenhuizen in de Randstad voorzieningen en maatregelen hebben die speciaal gericht zijn op de patiënt met een niet-Nederlandse afkomst of een specifieke religie aanhangt. Echter ook voor mensen met een andere culturele of religieuze achtergrond zijn er vooral in de Randstad voorzieningen in het ziekenhuis aanwezig. Er is dus zeker aandacht voor de gevolgen van de steeds groter wordende diversiteit onder de Nederlandse bevolking.

Centrale vraag
In dit onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

<u>Op welke wijze wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen omgegaan met diversiteit onder patiënten?</u>

Binnen Nederlandse ziekenhuizen is er geen sprake van concreet diversiteitbeleid. In plaatst daarvan wordt er voornamelijk vraaggestuurd met de diversiteit onder patiënten om gegaan. Het is dan ook om die reden dat vooral in de Randstad, waar in verhouding de meeste allochtonen in Nederland wonen, de meeste projecten en voorzieningen aanwezig zijn voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond of een specifieke religie. Bij het leveren van vraaggestuurde zorg wordt onder andere de uitkomsten van de landelijke tevredenheidonderzoeken als graadmeter gebruikt om te peilen waar er onder de patiënten vraag naar is. Uit de interviews tijdens dit onderzoek blijkt echter dat allochtone patiënten vaak niet mee doen aan deze tevredenheidonderzoeken en dat als gevolg ziekenhuizen niet volledig op de hoogte zijn van de daadwerkelijke vraag onder allochtonen patiënten. Dit is bekend bij ziekenhuizen maar tot concrete acties heeft dit nog niet geleid. Dit heeft mogelijk ook te maken met de spanning die er door ziekenhuizen wordt ervaren tussen het standpunt van het integratiebeleid en vraaggestuurde zorg. Bij een keuze van bijvoorbeeld een gebedsruimte in het ziekenhuis speelt dan ook niet alleen de vraag onder patiënten mee maar ook wat een gebedsruimte met het imago van het ziekenhuis doet. De meeste ziekenhuizen willen een

imago hebben dat ze open staan voor iedereen ongeacht religieuze of culturele achtergrond van de patiënt. Toch blijkt uit de praktijk dat er wel een verschil wordt ervaren tussen zorgverlening aan allochtonen en autochtonen patiënten. Vooral communicatieve blokkades en onwetendheid worden genoemd als factoren die de hulpverlening belemmeren. Het is dan ook om deze reden dat binnen vooral de ziekenhuizen in de Randstad aandacht is voor het creëren van culturele bewustzijn en communicatieve vaardigheden van hulpverleners. Wel speelt de financiële sobere periode waarin ziekenhuizen zich nu begeven en marktwerking ervoor dat ziekenhuis besturen sneller kiezen voor projecten die direct meetbare resultaten hebben maar waarvan het nog de vraag is of deze ook op lange termijn een bijdrage zullen leveren aan zorgverlening aan een diverse patiënten populatie.

7.Aanbevelingen

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat multiculturele zorgverlening een thema is dat door de toenemende diversiteit onder de Nederlandse bevolking niet meer achterwege kan worden gelaten als ziekenhuizen het hebben over de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Om multiculturele zorgverlening te bevorderen worden in dit hoofdstuk twee concrete aanbevelingen gedaan. Daarnaast worden er nog twee punten van aandacht besproken.

Aanbevelingen

Tijdens dit onderzoek kwam communicatie als meest gehoorde thema naar voren waar volgens de respondenten aandacht aan moet worden besteed voor goede, toegankelijke zorgverlening aan een patiënten populatie die zich kenmerkt door diversiteit. In de praktijk blijkt dat zorgverlening aan vooral allochtone patiënten soms moeilijk is door het ontstaan van misverstanden en morele problemen. De misverstanden ontstaan meestal doordat een patiënt de Nederlandse taal niet machtig is. De morele problemen ontstaan doordat de zorgverlener niet bekend is met de normen en waarden van de cultuur van de patiënt. Sommige ziekenhuizen proberen de taalbarrières te overbruggen door het gebruik van folders in verschillende talen voor de patiënten en voor de zorgverlener hulpmiddelen als cultuurkaarten, diversiteit websites et cetera om kennis over waarden en normen van culturen en religies over te brengen. Echter zijn dit allemaal aanvullende oplossingen, die daarnaast een grote zelfstandigheid en eigen initiatief van de patiënt en zorgverlener vragen. De patiënt moet namelijk de folder wel kunnen en willen lezen en de zorgverlener moet wel de noodzaak ervan inzien om zelfstandig naar de website of de cultuurkaart op de afdeling te kijken om extra informatie in te winnen over een cultuur of religie. Omdat de verwachting van het CBS is dat in 2020 Nederland 3,8 miljoen allochtonen telt is het noodzakelijk dat er structurele oplossingen worden gevonden voor het communicatie probleem met allochtone patiënten (CBS, 2013). Aan de hand van bovenstaande bevindingen worden de volgende twee aanbevelingen gedaan:

1) **Zorgverleners moeten de communicatieve vaardigheden bezitten om met elke patiënt ongeacht culturele of religieuze achtergrond goede zorgverlening te kunnen verlenen.**

2) **Breed inzetbare zorgconsulenten moeten werkzaam zijn in ziekenhuizen waar er sprake is van een patiënten populatie die zich kenmerkt door culturele en religieuze diversiteit.**

Bovenstaande twee aanbevelingen dienen enige toelichting hoe deze mogelijk in de zorgpraktijk kunnen worden geïmplementeerd. Hieronder zal er een toelichting per aanbeveling worden gegeven waarna er twee punten van aandacht worden besproken.

Aanbeveling 1: communicatieve vaardigheden

Communicatie binnen de gezondheidszorg tussen zorgvrager en zorgverlener vraagt altijd aandacht ongeacht de achtergrond van de patiënt. Echter met de toename van diversiteit onder patiënten vraagt dit extra communicatieve vaardigheden. Niet alleen om de kwaliteit van zorg te verhogen maar ook om te kunnen voldoen aan de eis van de Wet inzake de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) waarbij het noodzakelijk is dat de zorgverlener in duidelijk

begrijpelijke taal met de patiënt communiceert. Ziekenhuizen zullen in de nabije toekomst niet alleen moeten focussen op de taal binnen communicatie maar ook hoe door middel van dialoog normen en waarden door andere levensbeschouwingen of culturele achtergronden van patiënten te overbruggen. Dit vraagt om extra communicatie vaardigheden van de zorgverlener. De scholing van zorgverlener kan zowel tijdens de opleiding als in na- en bijscholing trajecten. Vooral voor academische ziekenhuizen is hier een rol weggelegd om transculturele communicatie wellicht integraal op te nemen in het curriculum van geneeskunde. Maar ook voor verpleegkunde opleidingen is een curriculum verandering op dit thema wenselijk. Een aantal ziekenhuizen is met deze stap al bezig maar om toegankelijke en goede zorg aan iedereen in de toekomst te kunnen garanderen zal transculturele communicatie in alle ziekenhuizen en door alle lagen van ziekenhuizen een vanzelfsprekendheid moeten worden.

Aanbeveling 2: zorgconsulent

Een andere manier waarmee ziekenhuizen een brug kunnen slaan tussen zorgvrager en zorgverlener is het aannemen van zorgconsulenten. Steeds meer ziekenhuizen in Nederland hebben dan ook zorgconsulenten in dienst. Zorgconsulenten zijn strikt genomen aanvullende maatregelen maar met de voorspelling dat de diversiteit onder patiënten de komende jaren niet zal afnemen zullen zorgconsulenten een meer structurele basis moeten hebben in ziekenhuis organisaties. Zorgconsulenten zijn een toevoeging aan de Nederlandse gezondheidszorg omdat zij een omgeving kunnen creëren waarin er wederzijds vertrouwen wordt gecreëerd tussen de patiënt en hulpverlener. Een zorgconsulent is namelijk vertrouwd met de cultuur van de patiënt en de bijbehorende opvattingen over gezondheid en zorg. Tegelijkertijd is de zorgconsulent op de hoogte van het Nederlandse zorgstelsel. Echter zal in het kader van het integratiebeleid van de Rijksoverheid wel als uitgangspunt moeten worden genomen dat zorgconsulenten zo breed mogelijk worden opgeleid. Het mag niet zo zijn dat bijvoorbeeld alleen een Turkse patiënt de mogelijkheid heeft tot het inschakelen van een zorgconsulent omdat er in een ziekenhuis alleen een Turkse zorgconsulent in het ziekenhuis werkzaam is. Er moet ook worden voorkomen dat een zorgconsulent begint in de eigen taal. Een zorgconsulent is nadrukkelijk geen tolk en moet dan ook niet ter vervanging van de afschaffing van de tolken vergoeding gaan gelden.

Punten van aandacht

Tevredenheids onderzoeken

Uit dit onderzoek blijkt dat een veel gehoorde reden waarom ziekenhuizen geen specifiek diversiteitbeleid hebben voortkomt uit de nationale tevredenheidonderzoek zoals de Quality Customer Index (CQ-Index) waarbij geen resultaten uit naar voren komen die als indicator aangegeven dat er bijvoorbeeld een zorgvraag is naar cultuurspecifieke maartregelingen. Dit komt voornamelijk doordat minderheden zoals immigranten in verhouding met autochtone patiënten niet mee doen aan zulk soort onderzoeken. Dit wordt onder andere verklaard doordat het taalgebruik niet aansluit bij het taalniveau van de immigrant. Om een goede weerspiegeling van de zorg vraag onder de Nederlandse bevolking in beeld te krijgen en aan de hand daarvan ook vraaggestuurde zorg te kunnen aanbieden binnen Nederlandse ziekenhuizen is het van belang dat of de nationale tevredenheidonderzoeken worden aangepast zodat deze ook bij de belevingswereld van

minderheden zoals allochtonen aansluit of dat ziekenhuizen er voor kiezen om interne tevredenheidonderzoeken uit te voeren aangepast voor iedere patiënten doelgroep.

Lange termijn

Met de verwachting dat de diversiteit onder patiënten niet zal afnemen in de nabije toekomst is het belangrijk dat voor de ziekenhuizen in de grote steden waar in verhouding de meeste diversiteit is, zich richten op lange termijn oplossingen. Uit het onderzoek bleek dat vooral in de huidige tijden waarin middelen schaars zijn en waar ziekenhuizen moeten bezuinigen er in de regel vaker voor maatregelen gekozen wordt die snel resultaat opleveren. Echter is het bij korte projecten zoals workshops de vraag of dit ook op lange termijn effect zal hebben. Het is belangrijk dat naast multiculturele zorg vaardigheden er ook genoeg aandacht is voor bewustzijn in de organisatie voor dit onderwerp.

8. Reflectie

Tijdens dit onderzoek zijn er een aantal punten naar voren gekomen welke mogelijk de uitkomsten van dit onderzoek hebben beïnvloed. In deze reflectie zal hier kort bij stil worden gestaan.

Religie & Cultuur

Uit de dataverzameling blijkt dat ziekenhuizen niet een duidelijk onderscheid maken tussen diversiteit in religie en cultuur. Vooral religie wordt meestal niet genoemd als factor die de zorgverlening beïnvloedt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het inderdaad in de praktijk zo is dat religieuze diversiteit onder patiënten geen blokkades opleveren. Een andere verklaring is dat ziekenhuizen er niet bewust mee bezig zijn of een moreel probleem binnen de zorgverlening ontstaat uit een religieus of cultuur perspectief. Indien het laatste het geval is dan kan dit mogelijk betekenen dat hier nog een punt van aandacht ligt voor ziekenhuizen om te voorkomen dat maatregelen voor de verkeerde barrières worden genomen. Dit punt is dan ook mogelijk een onderwerp voor verder onderzoek.

Interviews

Er is uiteindelijk met negen ziekenhuis medewerkers een diepte interview gehouden. Deze medewerkers zijn gekozen doordat zij affiniteit met het onderwerp multiculturele zorgverlening hebben of actief betrokken zijn bij multiculturele zorgverlening en de aspecten die dit met zich mee brengt binnen de ziekenhuiszorg. Elk van deze medewerkers had een andere functie binnen het ziekenhuis. Mogelijk heeft dit de uitkomsten van dit onderzoek beïnvloed. Doordat bijvoorbeeld niet meningen en ervaringen van beleidsmedewerkers van verschillende ziekenhuizen konden worden vergeleken maar in plaats daarvan onder andere de data van een interview van een beleidsmedewerker met de interview data van een verpleegkundige is vergeleken. Ook is het niet gelukt om in elk ziekenhuis dat bezig is met de gevolgen van een steeds groter wordende diversiteit onder patiënten een interview te regelen met een medewerker. Generalisatie van de uitkomsten van dit onderzoek is dan ook niet gewenst.

Gevoelig onderwerp

Tijdens de data verzameling bleek dat multiculturele zorgverlening niet een onderwerp is welke volledig neutraal is. Het onderwerp ligt bij sommige ziekenhuizen zeer gevoelig. Ziekenhuizen zijn er bewust mee bezig welke maatregelen en voorzieningen ze nemen en wat dit voor een boodschap naar de samenleving geeft. Het is dan ook mogelijk dat er ondanks de dat er is gegarandeerde anonimiteit is afgesproken bij sommige interviews er toch sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven die mogelijk de resultaten van dit onderzoek hebben beïnvloed.

9. Bijlage

9.1 Bijlage 1: lijst van ziekenhuizen website analyse

* Academisch ziekenhuis

Ziekenhuis (Zuid-Holland)	Plaats	Website
Erasmus medisch centrum *	Rotterdam	http://www.erasmusmc.nl/
Havenziekenhuis	Rotterdam	http://www.havenziekenhuis.nl/
Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam	http://www.ikazia.nl/
Maasstad ziekenhuis	Rotterdam	http://www.maasstadziekenhuis.nl/
Bronovo ziekenhuis	Den Haag	http://www.bronovo.nl/
Medisch centrum Haaglanden	Den Haag	http://www.mchaaglanden.nl
Leids Universitair centrum *	Leiden	http://www.lumc.nl/

Ziekenhuis (Noord-Holland)	Plaats	Website
Ziekenhuis Amstelland	Amstelveen	http://www.ziekenhuisamstelland.nl/nl/
Tergooiziekenhuis	Hilversum	http://www.tergooiziekenhuizen.nl/
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Amsterdam	http://www.sintlucasandreasziekenhuis.nl/
Vu Medisch Centrum *	Amsterdam	http://www.vumc.nl/
Academisch medisch centrum *	Amsterdam	http://www.amc.nl/
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Amsterdam	http://www.olvg.nl/
BovenIJ ziekenhuis	Amsterdam	http://www.bovenij.nl/

Ziekenhuis (Utrecht)	Plaats	Website
Universitair Medisch Centrum *	Utrecht	http://www.umcutrecht.nl/zorg/
Diakonessen Huis	Utrecht	http://www.diakonessenhuis.nl/
Sint Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein	http://www.antoniusziekenhuis.nl/
Meander Medisch Centrum	Amersfoort	http://www.meandermedischcentrum.nl/

Ziekenhuis (Gelderland)	Plaats	Website
Sint Radboud Nijmegen *	Nijmegen	http://www.umcn.nl/
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen	http://www.cwz.nl/
Rijnstate Ziekenhuis	Arnhem	http://www.rijnstate.nl/
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ede	http://www.geldersevallei.nl/
Ziekenhuis Rivierenland	Tiel	http://www.zrt.nl/

Ziekenhuis (Groningen)	Plaats	Website
Universitair Medisch Centrum	Groningen	http://www.umcg.nl/
Martini Ziekenhuis	Groningen	http://www.martiniziekenhuis.nl/
Sint Lucas ziekenhuis	Winschoten	http://www.ozg.nl/

Ziekenhuis (Zeeland)	Plaats	Website
Zorgsaam Ziekenhuizen	Terneuzen	http://www.zorgsaam.org/
Admiraal de Ruyter ziekenhuis	Vlissingen	http://www.adrz.nl/

Ziekenhuis (Limburg)	Plaats	Website
Academisch Medisch Ziekenhuis *	Maastricht	http://www.azm.nl/
Laurentinus Ziekenhuis	Roermond	http://www.lzr.nl/
VieCurie Medisch Centrum	Venlo	http://www.viecuri.nl/
Orbis Medisch Centrum	Sittard-Geleen	http://www.orbisconcern.nl/

Ziekenhuis (Flevoland)	Plaats	Website
Flevoziekenhuis	Almere	http://www.flevoziekenhuis.nl/
MC Zuiderzee	Emmeloord/	http://www.mcgroep.com/

Ziekenhuis (Brabant)	Plaats	Website
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Den Bosch	http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven	http://www.catharinaziekenhuis.nl/
Maxima Medisch Centrum	Eindhoven	http://www.mmc.nl/
Amphia ziekenhuis	Breda	http://www.amphia.nl/

Ziekenhuis (Drenthe)	Plaats	Website
Wilhelmina ziekenhuis Assen	Assen	http://www.wza.nl/
Ziekenhuis Bethesda	Hoogeveen	http://www.bethesda.nl/
Diaconessenhuis Meppel	Meppel	http://www.noorderboog.nl/
Scheper ziekenhuis	Emmen	http://www.leveste.nl/

Ziekenhuis (Overijssel)	Plaats	Website
Medisch centrum Twente	Enschede	https://www.mst.nl/
Ziekenhuis ZGT	Almelo	http://www.zgt.nl/
Isala Kliniek	Zwolle	http://www.isala.nl/

Ziekenhuis (Friesland)	Plaats	Website
Ziekenhuis Tjongerschans	Heerenveen	http://www.tjongerschans.nl/
Antonius Ziekenhuis	Sneek	http://www.antonius-frl.nl/
Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	http://www.mcl.nl/

9.2 Bijlage 2: topic lijst interviews

UMC Utrecht
Islamitisch geestelijke verzorgster + adviseur patiënten communicatie

-Doelstelling onderzoek
-Toestemming opname
-Functie en ervaring in de zorg van beide binnen het UMC Utrecht.

2006 nieuwe zorgverzekeringswet + wet marktordening → spanning?

1) Zorg op maat
2) Burgers moeten integreren

Projecten/voorzieningen:

- Twee culturen in de spreekkamer.
- strategienota van het UMC Utrecht: **"De patiënt als partner"** → strategisch thema.
- Interculturele en interreligieuze beleid van de Dienst Levensoriëntatie en Geestelijke Verzorging van het UMC Utrecht heeft een internationale prijs gekregen.
- Dienst Levensoriëntatie en Geestelijke Verzorging, protestantse, humanistische, moslim en hindoe geestelijk verzorgers.
- Specifieke expertise: Marieke de Putter & Mirjam Koppenol
- Protocol "gebruiken en rituelen in de terminale fase"
- Workshop 'Wijzer in interculturele communicatie' 2009-2010-2011 →Projectmatig / structureel?
- Boek "Aandacht op de juiste plek. Communicatie met niet-Nederlands sprekenden".

-Cultuurspecifieke maatregelen.
-Raad van bestuur
-Toekomst: Hoop + Mogelijkheden en grenzen

Anoniem
Staffunctionaris Diversiteit & projecten

-Doelstelling onderzoek
-Toestemming opname
-Functie en ervaring in de zorg

2006 nieuwe zorgverzekeringswet + wet marktordening → spanning?

3) Zorg op maat
4) Burgers moeten integreren

Projecten/voorzieningen:

- Visiedocument 2012: doel visie vaststellen en implementeren intercultureel beleid
- Expertise desk voor etnische diversiteit : ervaringen, gebreken & leermomenten
- Zorgconsulenten: gevaar geen prikkel meer voor structurele aanpassingen
- Professionele discussie/ Reflectie & evaluatie

-Cultuurspecifieke maatregelen.
-Raad van bestuur
-Toekomst: Hoop+ Mogelijkheden en grenzen

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
Kinderarts

-Doelstelling onderzoek
-Toestemming opname
-Functie en ervaring in de zorg binnen het SLAZ

2006 nieuwe zorgverzekeringswet + wet marktordening → spanning?

1) Zorg op maat
2) Burgers moeten integreren

Projecten/voorzieningen:

- Mozaïek polikliniek
- Projectmatige projecten

- Culturele verschillen/botsingen/normen en waarden (arts/patiënt)
- Communicatie, tolk, WGBO
- Stereotypering
- Vraag naar vanuit artsen perspectief
- Toekomst: hoop + mogelijkheden en grenzen

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
Zorgconsulent

-Doelstelling onderzoek
-Toestemming opname
-Functie en ervaring in de zorg binnen het SLAZ

2006 nieuwe zorgverzekeringswet + wet marktordening → spanning?

1) Zorg op maat
2) Burgers moeten integreren

Projecten/voorzieningen:

- Zorgconsulenten binnen het SLAZ

- Maakt eigen achtergrond uit
- Tolken service
- Toekomst: hoop + mogelijkheden en grenzen

Erasmus MC
Manager HRM beleid en advies

-Doelstelling onderzoek
-Toestemming opname
-Functie en ervaring in de zorg binnen het Erasmus MC

2006 nieuwe zorgverzekeringswet + wet marktordening → spanning?
1) Zorg op maat
2) Burgers moeten integreren

- Beleid op het gebied van interculturalisatie / multiculturele zorgverlening?
↓
- **Ja:** hoe tot stand gekomen? → druk van overheid, projectmatig, Raad van Bestuur, vraag vanuit de werkvloer
- Basis van beleid: richtlijnen, specifiek uitgewerkte protocollen
- implementatieproces: stand van zaken, weestand, cultuur omslag
- rol leidinggevende
- vanuit patiënt of medewerker
- Bewijst zijn van een diversiteit onder patiënten (religie/etniciteit)
↓
- **Nee:** waarom niet? financieel bewuste keuze, geen aandacht/behoefte

- Toekomst: hoop + mogelijkheden en grenzen

Amstelland Ziekenhuis
Leidinggevende Joodse Zaken

-Doelstelling onderzoek
-Toestemming opname
-Functie en ervaring in de zorg binnen het Amstelland Ziekenhuis

2006 nieuwe zorgverzekeringswet + wet marktordening → spanning?
1) Zorg op maat
2) Burgers moeten integreren

- Joodse afdeling: praktijk, plannen nabije toekomst
  - identiteit
- Protocollen en beleid
- Project (bewustzijn)
- Stereotypering
- Verpleging / artsen achtergrond
- Kennis overdracht: cursussen, brochures etc.
- Normen en Waarden
- Bezuinigingen
- Raad van Bestuur

Anoniem
Verpleegkundige

-Doelstelling onderzoek
-Toestemming opname
-Functie en ervaring in de zorg binnen het ziekenhuis

2006 nieuwe zorgverzekeringswet + wet marktordening → spanning?

1) Zorg op maat
2) Burgers moeten integreren

Projecten/voorzieningen:

- Werkgroep diversiteit: ervaring, totstandkoming

- Ervaringen multiculturele zorgverlening: negatief/positief?
- Eigen initiatieven
- Maakt eigen achtergrond uit
- grootste behoefte/ knelpunten

VUmc
Projectleider interculturalisatie

-Doelstelling onderzoek
-Toestemming opname
-Functie en ervaring in de zorg binnen het VUmc

2006 nieuwe zorgverzekeringswet + wet marktordening → spanning?

1) Zorg op maat
2) Burgers moeten integreren

Projecten/voorzieningen:

- Verschillende initiatieven vanaf 2007
- 25 ziekenhuisbrede projecten: gericht op medewerkers gezondheidszorg
- Coördinatie commissie interculturalisatie
- DVD diversiteit van zorgpaden
- Ambassadeurs interculturalisatie
- Project interculturalisatie
  - Culturen zichtbaar maken
  - Medewerkers cultuur gevoelig maken
- Serie praktische projecten → instrumenten
  - Tolkenpool (30 talen) → veiligheid, wetswijziging 2012 subsidiestop
  - Workshops intercultureel management
  - Vieren van feesten

- Implementatie proces
- Behoefte aandacht interculturalisatie
- Effect: Patiënt/ professional

Literatuur

Alvim, C., Dahhan, N., Dings, F., Hartog, P., Keijzer, P., Kreier, F., Moorst, B. van, Paternotte, E., Petra, S., Scheele, F., Vasmel, W. & Wolf B. (2012). *Visiedocument Etnische Diversiteit: concept 1 maart 2012.* Amsterdam: Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

Bellaart, H. (2001) *Matrix Interculturalisatie: Voor begeleiding van het interculturalisatie proces.* Utrecht: FORUM

Blank, R. H., & Burau, V. (2004). *Comparative Health Policy.* Houndsmills: Palgrave Macmillen

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom onderwijs

BovenIJ Ziekenhuis (2010, 26 mei). *Viertallige voorleesfunctie op website Bovenij ziekenhuis.* geraadpleegd via http://www.bovenij.nl/smartsite.dws?id=3376 (23 juni 2013)

Bovens, M. 't Hart, P., & Twist, M. van (2007). *Openbaar bestuur: beleid, organisatie en politiek.* Alphen aan de Rijn: Kluwer

Brabers, A., Jong, J., Rietsma, M. & Wigersma, L. (2010). Transparantie is niet zichtbaar: onderzoek naar opvattingen over vraagsturing in de zorg. *Medisch contact.* 66(45). Pp. 2776-2778.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). Definitie allochtoon. Geraadpleegd via http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/methoden/begrippen/default.htm?conceptid=37 (10 januari 2013)

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013, 5 april). *Bevolking kerncijfer.* Geraadpleegd via http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37296NED&D1=25-51&D2=62-63&HDR=G1&STB=T&VW=T (16 mei 2013)

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *COROP-gebieden*. Geraadpleegd via http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/toelichtingen/alfabet/c/coropgebieden.htm (17 mei 2013)

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *Etniciteit: Onzekerheden in de prognose van het aantal allochtonen en langetermijnscenario's*. Geraadpleegd via http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/etniciteit/onzekerheden-in-de-prognose-van-het-aantal-allochtonen-en-langetermijnscenario-s/ (25 juni 2013)

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013, 27 maart). *Ziekenhuisopname: herkomst, geslacht en leeftijd.* Geraadpleegd via http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71566NED&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0-2&D5=l&D6=l&HDR=G4,G2,T,G5&STB=G1,G3&CHARTTYPE=1&VW=G (30 mei 2013).

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013, 21 mei). Bevolking*; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering.* http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37325&D1=0,2-4&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0-1,3-4&D6=14&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4,G5&VW=T (26 mei 2013)

Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). *Jaarrapport integratie 2010*. Den Haag: CBS.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2004, 20 april). *Religie: naar regio; 2000/2002 of 2003.* Geraadpleegd via http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70794NED&D1=a&D2=0,5-16&D3=0&HDR=T&STB=G1,G2&CHARTTYPE=1&VW=T (26 mei 2013)

Centraal Bureau voor de Statistiek (2004, 27 augustus). Bevolking; Islamieten en Hindoes in Nederland. Geraadpleegd via http://statline.cbs.nl/StatWeb/selection/?VW=T&DM=SLNL&PA=70086NED&D1=0&D2=l&HDR=G1&STB=T (26 mei 2013)

Coördinatiecommissie Interculturalisatie (2008). *Visie en doelstellingen programma interculturalisatie.* Amsterdam: VUmc

Crasborn, J. (2004). *Zorgverzekeringen allochtonen: in handboek interculturele zorg*. Maarssen: De tijdstroom.

Dahhan, N. & Wolf, B. H. M. (2007). Meer aandacht voor etnische diversiteit. *Kind en Ziekenhuis*. 30(3). Pp. 72-75.

Dahhnen, N. (2007). *Gezondheidszorg & ethische diversiteit in Nederland; naar een betere zorg voor iedereen*. Pacemaker in Globalhealth.

Delnoy, D. (2009). *Zicht op kwaliteit: transparantie in de zorg vanuit patiënten perspectief.* Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Demant, F. (2005). Meer inpassing dan aanpassing: Over culturele integratie van migranten in Nederland en Duitsland. *Migrantenstudies.* 21(2). Pp. 70-86.

DiCicco-Bloom, B. & Grabtree, B. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, (40). pp. 314-321.

Dikken, A. den (2003) *Interculturele ethiek in de gezondheidszorg: morele uitwisseling via de spreekkamer,* Utrecht: Centrum voor Bio-ethiek en gezondheidsrecht. Universiteit Utrecht.

Dugteren, F. A. van, Herwijer, L. J, Praag, C. S. van, Tesser, P. T. M & Wouden, H. C. van der. (1995). *Rapportage minderheden 1995: concentratie en segregatie*. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau.

Erasmus Medisch Centrum (2013). *Geschiedenis van het Ziekenhuis.* geraadpleegd via http://www.erasmusmc.nl/overerasmusmc/wat_doet_erasmus_mc/historie/geschiedenis_ziekenhuis/ (29 mei 2013)

Erasmus Medisch Centrum (2012). Maatschappelijk verslag 2011. Rotterdam: Erasmus MC.

Erasmus Medisch Centrum (2013*). Missie en strategie*. Geraadpleegd via http://www.erasmusmc.nl/overerasmusmc/wat_doet_erasmus_mc/missstrat/ (29 mei 2013)

Erasmus MC (2008*). Koers '13: Strategische visie van het Erasmus MC voor 2013*. Rotterdam: Erasmus MC

Evers, L. & Stodel, J. (2011). *Jodendom in de praktijk:een heldere inleiding*. Amsterdam: De Boekerij BV

Fermin, A. (2004). Burgerschap en multiculturaliteit in het Nederlandse Immigratiebeleid*. BenM.* 36(1). Pp. 12-25.

Giessen, J. A. van der & Zandbergen, A, E. (2006). *Interculturele communicatie in het UMC Utrecht. Een inventarisatie bij de divisies*. Utrecht: UMC Utrecht.

Groen, J. (2012, 26 november). Halalhuis, dat slaat nergens op. *De volkskrant.* Geraadpleegd via http://academic.lexisnexis.nl.proxy.library.uu.nl/

Halal Correct (2009). *Meer over Halal.* Geraadpleegd via http://www.halalcorrect.com/articles/halal/2/1/ (12 mei 2013).

Harchaoui, S. (2009). *Een volk dat zorgt, is een volk dat leeft.* Rotterdam: Leeuwendaal.

Havinga, T (2008) *Ritueel slachten. Spanning tussen religieuze tolerantie en dierenbescherming*, in Anita Böcker e.a. (red), Migratierecht en rechtssociologie, gebundeld in Kees' studies. Nijmegen: Wolf Legal Publishers. pp. 211- 220

Herten, M. van (2007, oktober 24). *Ruim 850 duizend islamieten in Nederland.* Geraadpleegd via http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-2278-wm.htm (16 mei 2013).

Hirschman, A, O. (1970). Exit, Voice and loyalty: Response to decline in firms, organizations and states. London: Harvard University Press Cambridge

Hofstede, G. H.(1991). *Allemaal andersdenkenden; omgaan met cultuur verschillen.* Amsterdam: Olympus.

Hoogervorst, H. (2004). Allochtonen in de gezondheidszorg. Den Haag: VWS

Hoogsteder, J. (2003). *Aandacht voor individuele verscheidenheid in de zorg*: In Handboek interculturele zorg. Maarssen: De tijdstroom.

Holsappel-Brons (2007). Stilte vormgeven: opkomst en ontwikkeling van stiltecentra in Nederlandse zorginstellingen. *Tijdschrift geestelijke verzorging.* 10(43). 20-32

Humanistisch Verbond (2009). *Humanistische geestelijke verzorging in de zorg.* Geraadpleegd via http://www.humanistischverbond.nl/diensten/geestelijk/geestelijk_im (12 mei 2013)

Hutten, J. B, Francke, A, L. & Veer, A. J. A, de. (2001). *Allochtonen en de thuiszorg: Bereik, verrichtingen en opbrengsten*. Utrecht: Nivel.

Joods Maatschappelijk Werk (JMW) (2010). Samenvatting sociaal demografisch onderzoek onder Joden in Nederland. Geraadpleegd via http://www.joodswelzijn.nl/Portals/0/Samenvatting_Soc_Dem_Onderzoek.pdf (24 juni 2013)

Kortmann, F., (2006). *Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Kraan, W. G. M. van der (2006). *De zorgvrager als toezichthouder: Achtergrond studie bij het advies Governance van kwaliteit in de zorg.* Zoetermeer: RVZ.

Linden, I, J. van der (2004). *Verbeteren van de toegankelijkheid: In handboek interculturele zorg*. Maarssen: de Tijdstroom

Meander Medisch Centrum (2012). *Tolken en allochtonen zorgconsulent.* Geraadpleegd via http://www.meandermedischcentrum.nl/patienten/opname/tolken-en-allochtone-zorgconsulenten?steID=1&catID=5039 (3 juni 2013).

Nederlandse Omroep Stichting (NOS) (16 juni 2011). *Integratiebeleid gaat op de schop.* Geraadpleegd via http://nos.nl/artikel/248881-integratiebeleid-gaat-op-de-schop.html (21 Juni 2013)

Pharos (2008). *Wanneer laten tolken? Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg*. Geraadpleegd via http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/brochures/2008/08/13/wanneer-laten-tolken-veldnormen-voor-de-inzet-van-tolken-in-de-gezondheidszorg/pharos-tolkenfolder-pv.pdf. (29 mei 2013)

Pharos (2013). *Subsidiestop tolkenvergoeding*. Geraadpleegd via http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/subsidiestop-tolkenvergoeding (12 mei 2013).

Praag, C. van & Solinge, van. H. (2010). Nieuw onderzoek onder Joden in Nederland. *Demos*, 26(7), pp.1-5.

Procee, H. (1991). *Over de grenzen van culturen: voorbij universalisme en relativisme.* Amsterdam: Boom.

Raad van Europa (2006). *Recommendations of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society.* Strasbourgh: Conseo de l' Europe.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg.* Zoetermeer: RVZ.

Rigter, E. (2007). *Rekening houden met verschillen binnen de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (VWS) (2013, 28 maart). *Religies in Nederland 2000/2003.* Geraadpleegd via http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/sociale-omgeving/religie/religies-in-nederland-2000-2003/#breadcrumb (15 mei 2013).

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (VWS) (2013, 28 maart). *Ziekenhuiszorg: Zijn er verschillen naar etniciteit?* Geraadpleegd via http://www.nationaalkompas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/zijn-er-verschillen-naar-etniciteit/ (30 mei 2013)

Rijksoverheid a (2013) *Regeerakkoord Rutte-Asscher.* Geraadpleegd via http://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord/immigratie-integratie-en-asiel (27 februari 2013)

Rijksoverheid b (2013). *Integratiebeleid*. Geraadpleegd via http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/integratie/integratiebeleid (27 februari 2013)

Rijksoverheid c (2013). Inburgering. Geraadpleegd via http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/inburgering (11 februari 2013)

Rijksoverheid (1996, 18 januari*). Kwaliteitswet zorginstellingen*. Geraadpleegd via http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_25-06-2013 (25 juni 2013).

Roger, R. A. (2000). *Medische Zorg en Multiculturele samenleving*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research*. Thousand Oaks: Sage publications Inc.

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (2013). *Geschiedenis.* Geraadpleegd via http://www.sintlucasandreasziekenhuis.nl/content/geschiedenis (29 mei 2013).

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (2012). *Jaardocument 2011*. Amsterdam: SLAZ

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (2013*). Servicevoorwaarden*. Amsterdam: SLAZ

Sociaal-Economische Raad (SER). (2012). *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.* Denk Haag: SER.

Solinge, H. van. & Vries, H. De. (2001). *De Joden in Nederland anno 2000: Demografisch profil en binding aan het Jodendom.* Amsterdam: Aksant Academic Publishers

Steemers-van Winkoop. M. W. H. (2001*). Geloven in zorg: omgaan met geloof, levensbeschouwing en spirualiteit in de gezondheidszorg.* Baarn: HB uitgevers.Smith, H. S. (2000) *Caring Well; religion, narrative and healthcare ethics.* Luisville, Kentucky: Westminster John Knock Press.

Stegerhoek, R. (2004). *Voorlichting aan allochtone doelgroep*. Tilburg: Tilburg University Press.

Thiel, S. van (2010). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding.* Bussum: uitgeverij Coutinho.

TK 26 815, nr. 1

TK 27 412, nr. 2

TK 28 612, nr. 2

TK 29 203, nr. 13

TK 30810, Nr. 2

Universitair Medisch Centrum Utrecht (2013). *Kengetallen.* Geraadpleegd via http://www.umcutrecht.nl/overumcutrecht/Kengetallen-2011.htm Kengetallen 2011 (29 mei 2013)

Universitair Medisch Centrum Utrecht (2013). *Organisatie.* Geraadpleegd via http://www.umcutrecht.nl/overumcutrecht/organisatie/ (29 mei 2013)

Universitair Medisch Centrum Utrecht (2012). *Jaardocument 2011 3.0.* Utrecht: UMC Utrecht.

Vereniging van Geestelijke Verzorgers in zorginstellingen (2002). *Beroepstandaard voor de geestelijke verzorger in zorginstellingen*. VGVZ.

VU Medisch Centrum (2012). *Feiten en cijfers 2011*. Amsterdam: VUmc

VU Medisch Centrum (2013). *Oorsprong en ontwikkeling*. Geraadpleegd via http://www.vumc.nl/afdelingen/over-vumc/oorsprong-geschiedenis-ontwikkel/ (29 mei 2013)

VU Medisch Centrum (2013). *Missie, Visie en Kernwaarden*. Geraadpleegd via http://www.vumc.nl/afdelingen/over-vumc/missie-visie-kernwaarden/ (29 mei 2013)
Yanow, D. (2011). *Interpretative research and design: concepts and processes.* New York/London: Routledge.

ZonMw (2012). *"Winst door verschil".* Den Haag: ZonMw.

Afbeelding voorpagina *"Tree of Life*" van Gustav Klimt (1909) Geraadpleegd via http://www.gustav-klimt.com/The-Tree-Of-Life.jsp (3 juni 2013)