

# Communiceren met allochtone naasten

Alle verpleegkundigen op de afdeling Chirurgie deden hun uiterste best om het jonge Amerikaanse echtpaar te begeleiden in zijn/haar beste Engels. Er werd erg met hen meegeleefd, voor de man van deze patiënte werd zelfs eten besteld uit de keuken. Maar de bejaarde Marokkaanse echtgenoot in de kamer ernaast zat dagenlang stilletjes bij zijn vrouw. Niemand had oogcontact of ging met hen in gesprek. Kinderen namen eten mee voor de patiënte en de verpleegkundigen ergerden zich daaraan.

Mathilde Bos \*

## ■ Inleiding

Het begeleiden van de familie van onze allochtone patiënten is niet anders dan de begeleiding van autochtone familieleden. Of wel? Wat wel en wat niet? Allereerst dit: het begeleiden van naasten is altijd in elke situatie anders. Steeds zal je als verpleegkundige moeten afstemmen op die patiënt met die naasten met wie hij/zij dat type relatie heeft. Dat is lang niet altijd gemakkelijk, vooral niet wanneer er heel andere normen en waarden spelen dan je gewend bent in je eigen gezin/omgeving. We vinden er al snel wat van, (voor)oordelen liggen op de loer. Als de patiënt en diens naasten dan ook nog eens afkomstig zijn uit een andere cultuur en/of de taal niet spreken, is de aansluiting soms ver te zoeken. Wat moeten studenten verpleging/verzorging weten en kunnen ten aanzien van dit thema? Dit artikel behandelt een aantal onderwerpen die studenten in de zorg tegen kunnen komen. Het sluit af met aanbevelingen voor het onderwijs.

## ■ Uitgangspunt

Als eerste is het handig om een uitgangspunt te formuleren voor goede zorg. Een algemeen uitgangspunt zou moeten zijn: handhaaf je doelen maar pas je interventies aan. Je hebt bijvoorbeeld een diabetespatiënt.

**Handhaaf je doelen, maar pas je interventies aan**

Als doel formuleer je dat de patiënt en diens partner de verschijnselen van een hypo en hyper moeten kunnen benoemen. Bij een hoog

opgeleide zorgvrager moet je dan iets anders doen (interventies) dan bij iemand die niet kan lezen en schrijven of nog nooit van diabetes heeft gehoord. Het afstemmen van interventies op de individuele patiënt en diens naasten vraagt veel creativiteit. En uitgangspunt hierbij moet zijn dat je je doel bereiken wilt.

## ■ Rol van de familie

Als beroepsgroep, als team en als individuele zorgverlener hebben we een visie over onze taken ten aanzien van naasten. In veel gevallen vinden we eigenlijk dat we geen taak hebben. We hebben familie nodig als contactpersoon en om schone kleren te brengen, maar dat de familie recht heeft op zorg dat is voor veel verpleegkundigen een brug te ver. Toch is dit wel het geval volgens het Beroepsprofiel, dat moeten studenten weten. Het is niet iets dat je 'extra' doet, de familie is deel van ons cliëntensysteem. We zullen hen erbij moeten nemen en, in overleg met hen, hun rol moeten definiëren, in elke situatie of setting opnieuw.

Soms is de familie vooral informatiebron, soms advocaat van de patiënt, soms vertaler van behoeften, soms collega middels (mantel) zorg, soms cliënt. De familie als cliënt kan behoefte hebben aan informatie, instructie, ondersteuning, begeleiding, een luisterend oor, enzovoort. Vaak is professionele zorg ingeschakeld omdat de familie het niet redt en niet zozeer vanwege de ziekte van de patiënt. Dan zijn wij eigenlijk de 'verlengde arm' van de familie en is de instructie van de familie naar ons, noodzakelijk om de zorg goed uit te voeren. Binnen allochtone gezinnen is dit niet anders. Wat wel anders kan zijn, is ons vermogen tot afstemming. Het is gemakkelijk afstemmen met families die erg lijken op je eigen familie. Bij allochtone families is dat vaak moeilijker. Een eerste stap is in elk geval de visie te formuleren dat zij recht hebben op zorg.

Toen Omar (8 maanden) werd binnengeroepen op het consultatiebureau bleef oma achter in de kleedruimte. Bij navraag wat hij zoal at, wist moeder het niet precies te vertellen. Het bleek dat zij fulltime werkte en dat haar schoonmoeder de zorg voor Omar op zich nam.

## ■ Communicatie

Het begint met interesse en begrip. Als we net zoveel mét allochtone naasten zouden praten als óver hen, dan waren de misverstanden snel de wereld uit. Hoe meer verschillen er zijn deste meer communicatie is er nodig over en weer. Misverstanden in de zorg zijn echter dagelijkse praktijk.

**Als we net zoveel mét allochtone naasten zouden praten als óver hen, dan waren de misverstanden snel de wereld uit**

Bij allochtone gezinnen gebeurt het vaak dat degene die het beste Nederlands spreekt en/of het gezin in de buitenwereld vertegenwoordigt (bijvoorbeeld de oudste zoon) naar voren wordt geschoven om de gesprekken te voeren met de hulpverleners. Dat is vaak niet degene die de noodzakelijke informatie kent of voor wie onze informatie het belangrijkste is. Goed tolken is niet eenvoudig, zeker niet als het gaat om gezondheidsadviezen en voorlichting. Juist omdat er zoveel basiskennis wordt verwacht en verbanden worden uitgelegd (als... dan...). Als basiskennis ontbreekt wordt uitleg over ons systeem van gezondheidszorg en voorzieningen niet gelijk begrepen. Extra uitwisseling/uitleg is dan nodig. Signalen van onvoldoende communicatie: half ingevulde anamneses, stroperige procedures, ergemissen rond alledaagse zaken (bijvoorbeeld rond eten of bezoek). De anamnese is een goed moment om interesse en begrip te tonen en verwachtingen uit te spreken, juist omdat de familie daarbij vaak aanwezig is.

Advies. Bel een tolk zodat alle betrokkenen het gesprek kunnen volgen en wacht hierbij niet op de vraag van de patiënt/familie hierom. Je kunt zelfs enig protest verwachten, maar jij bent er verantwoordelijk voor dat jouw informatie goed overkomt. Je bent er ook verantwoordelijk voor dat jij voldoende informatie krijgt om een goede anamnese af te nemen (zie het voorbeeld van Omar). Zeker rond het ontslag als er veel geregeld moet worden. Dat moet zeker in samenspraak met de familie die in de nazorg een cruciale rol zal spelen. Als er toch een familielid tolkt, zorg dan dat ook echt alles vertaald wordt en vraag reactie van degene voor wie de informatie bestemd is. Zeg rustig 'ik wil het ook graag van haarzelf horen'. Of 'zou je willen vragen wat ze met de informatie wil gaan doen'.

Verpleegkundige: 'Ik lust geen koffie. Toen ik bij het Marokkaanse gezin op huisbezoek ging zaten ze trots met een thermoskan koffie om 10 uur in de ochtend op me te wachten. Dat hadden ze op de cursus over Nederlanders geleerd. Ik vond het heel moeilijk om 'nee' te zeggen.'

## ■ Cultuur

Gewoontes verschillen, ook binnen een groep. Kijk uit met het invullen van behoeften (zie voorbeeld over koffie)! In Nederland zijn de verschillen al enorm. Maar met een multiculturele populatie moet je elke keer afstemmen. Verpleegkundigen bewegen zich op een heel cultuurgevoelig terrein: eten, lichamelijke verzorging (schaamte), gezondheids(beleving), familiestructuren, geboorte, leven en dood. We begrijpen de gewoontes vaak niet gelijk en zijn geneigd ze negatief te duiden. Hier komt de communicatie weer de hoek om, als je begrijpt hoe het voor iemand werkt, dan is het makkelijker om rekening te houden met diens wensen. Het weigeren van eten of douchen kan bijvoorbeeld voor ieder een andere oorzaak hebben waardoor je ook oplossingen op maat moet bedenken met elkaar.

Patiënten willen het eten van de instelling bijvoorbeeld niet, maar laten het bezoek eten meenemen. Iemand wil niet door een vrouw of juist niet door een man gewassen worden. Een patiënt verwaarloost zichzelf en ruikt onfris.

Advies. Wees helder over de huisregels zonder beschuldigend te zijn. Maak uitzonderingen als het kan en wees strikt als het moet. We duiden het vaak seksistisch wanneer iemand niet verzorgd

wil worden door de andere sekse, maar in veel

culturen/gezinnen speelt schaamte een grotere rol dan in de Nederlandse cultuur. Een oplossing kan zijn om iemand de persoonlijke verzorging snel zelf te leren of een familielid in te schakelen. Mensen die in een ander land zijn opgegroeid vinden dit vaak heel gewoon. Of help diegene 's avonds met douchen, als er dan wel en broeder werkt. Voor moslims kan het heel belangrijk zijn om de verzorging van een overledene door de familie te laten doen. Zeker op zo'n gevoelig moment zal je heel goed af moeten stemmen!

**Maak uitzonderingen als het kan en wees strikt als het moet**

## ■ Ziektegedrag

Mannen uiten zich anders bij ziekte dan vrouwen. Stedelingen anders dan boeren. Allochtone patiënten zijn soms luidruchtiger en soms stiller in hun uiting van pijn dan de gemiddelde autochtoon. Je zult dus heel goed moeten kijken en luisteren om aard en ernst van de klachten te duiden. Ander ziektegedrag dan wij gewend zijn binnen onze gezinscultuur roept snel ergernis op.

Patiënten met een buitenlandse achtergrond somatiseren relatief vaak. Psychische en sociale problemen uiten zich dan in hoofdpijn, buikpijn of vermoeidheid. De familie maakt zich zorgen om de klachten en de dokter heeft geen antwoord. Waar in het thuisland mogelijk bij deze klachten medicatie voorgeschreven wordt, zal de huisarts hier de patiënt zonder recept wegsturen.

Advies. Neem de klachten serieus. Er is misschien geen lichamelijk oorzaak voor gevonden, ze zijn er wel, het is geen aanstellerij. Net zoals je ernstige hoofdpijn kunt hebben door stress zonder dat er iets mis is. Geef geen valse hoop op oplossingen maar leef mee en bespreek met de patiënt hoe deze beter met de klachten kan leven. Richt je daarnaast ook op mogelijke –psychosociale– oorzaken en betrek de familie erbij. Zowel bij



het verstrekken van – geruststellende- informatie als bij het opsporen van oorzaken en oplossingen. Ook hier is communicatie cruciaal. Het luidruchtige ziektegedrag kan veroorzaakt worden door communicatieproblemen. Als je niet kunt vertellen dat je pijn hebt dan ga je zuchten en steunen om duidelijk te maken dat er echt iets aan de hand is.

### ■ Coping

Mensen hanteren bij ziekten verschillende copingstrategieën. Ouderen geven zichzelf vaak helemaal uit handen 'de dokter weet het, die heeft ervoor gestudeerd'. Jongeren komen soms met een heel precies verlanglijstje bij de arts en schrijven hem/haar voor wat deze moet doen.

Veel ziektegedrag van met name laag opgeleide allochtonen- lijkt op dat van autochtone ouderen. Mensen verwachten van de hulpverleners deskundigheid en oplossingen. Dit komt soms over op de jongere hulpverleners als passief en afhankelijk. Elke patiënt doet conform de eigen copingstrategie zijn/haar best. Passiviteit kan daarvan een uitingvorm zijn.

Advies. Wanneer de patiënt zich erg afhankelijk opstelt kan het zinvol zijn om directiever op te treden, ook naar de partner. Dit heeft het meeste effect wanneer collega's en/of de arts dezelfde boodschap herhalen. Stem goed af!

Wanneer de patiënt het moeilijk vindt om bijvoorbeeld zelf te gaan spuiten of zelf de medicijnendoos te vullen of zelf te mobiliseren omdat dit niet past bij de eigen coping, is extra druk soms nodig. Gedoeseerd 'in de steek laten' of juist de confrontatie aangaan om de ander uit te nodigen te doen wat hij/zij eng vindt maar waar diegene wel bij gebaat is. Het inschakelen van familieleden kan hier bijzonder belangrijk zijn, zoek diegene uit die het best begrijpt wat je bedoelt en een rol kan spelen in de zorg. Al je overtuigingskracht moet je soms inzetten om dat te doen wat de patiënt misschien zelf als gevaarlijk ervaart. Je kunt een elastiekje echter niet verder uitrekken dan maximaal. Accepteer iemands copingstrategie (en die van de naasten) en pas je interventies hierop aan.

### ■ Gezondheid en herstel

Elk gezin heeft zijn eigen huismiddelen en wijsheden met betrekking tot gezond gedrag en herstel. Uitgeperste sinaasappelen en bouillon geldt bij ons als 'heel gezond' voor een zieke. Vroeger moesten zieken vooral het bed houden, nu moet iedereen er direct na de operatie al uit. Overtuigingen rond gezondheid en herstel kunnen heel diep zitten. Ook medicatietrouw/zelfmedicatie kan hiermee samenhangen.

Allochtone gezinnen hebben, net als wij, hun middelen en adviezen rond gezondheid en herstel. Wij kennen die huismiddelen en regels echter niet. Ik was bijvoorbeeld verbaasd om te merken dat sommige jonge allochtone ouders een rauw ei aan de flesvoeding van baby's toevoegden. Een draadje op het voorhoofd van de baby leggen voor de hik leek overigens goed te werken. Preventieve interventies in zijn algemeenheid zijn vaak niet zo bekend als bij ons. Waarom maatregelen nemen tegen iets dat er niet is?

Advies. Toon interesse voor de oplossingen die mensen zelf hebben en bemoei je daar niet mee zolang het niet schaadt. Vraag relevante dingen na. Bij een diabetes is dat natuurlijk voeding en beweging. Bij veel patiënten zijn dit ook ideeën rond medicatiegebruik. Extra in-

formatie is vaak noodzakelijk, bijvoorbeeld rond het afmaken van een kuur antibiotica. Doorgaan met slikken als je beter bent ligt niet voor de hand. Preventieve maatregelen goed uitleggen aan het hele gezin, en de arts vragen om dit te herhalen. Verwacht niet gelijk resultaat als het gaat om het veranderen van leefgewoontes.

### ■ Rollen

De samenwerking met onze patiënten verloopt het prettigst als iedereen zich houdt aan zijn/haar rol. Van een verzorgende wordt iets verwacht, van een dokter weer wat anders. Wij verwachten ook iets van onze patiënt: Dat deze zijn best doet om beter te worden en dat diegene onze hulp accepteert en waardeert. Ook hebben we verwachtingen van de mantelzorgers.

**Allochtone patiënten voldoen vaak niet aan onze verwachtingen en wij niet aan de hunne**

Allochtone patiënten voldoen vaak niet aan onze verwachtingen en wij niet aan de hunne. Bezoek komt in grote getale en houdt zich niet aan de bezoektijden. Onze functies zijn vaak onbekend voor hen. Man- en vrouwrollen zijn anders verdeeld,

soms lijkt het alsof de autoriteit van een vrouw niet wordt geaccepteerd. Verpleegkundigen hebben in het land van herkomst andere rollen dan bij ons, de basiszorg wordt in veel gevallen door familieleden gedaan, ook intramuraal. Ook de samenwerking tussen patiënt en familie en tussen ons en de familie verloopt soms anders dan we gewend zijn. Van mij als wijkverpleegkundige werd bijvoorbeeld soms gevraagd om administratieve klussen te doen en formulieren van instanties in te vullen. Sommige ouders kwamen alleen op het consultatiebureau als het tijd was voor een vaccinatie. Irritaties kunnen het gevolg zijn. Binnen families kan een duidelijke rolverdeling zijn met verschillende verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld rond de mantelzorg.

Advies. Accepteer dat je verschillende rolopvattingen hebt. Leg uit waar je wel of niet voor bent en begrens eventueel grensoverschrijdend gedrag. Doe dat op heldere wijze (niet glimlachend maar ook niet geïrriteerd).

**Accepteer dat je verschillende rolopvattingen hebt. Leg uit waar je wel of niet voor bent**

Combineer belangrijke gezondheidsvoorlichting met een handeling die voor jouw cliënt een reden is om te komen. Betrek diegene erbij, die voor dat aspect in het gezin verantwoordelijk is. Dat betekent dat je bijvoorbeeld rond over-

matig bezoek een ander aan moet spreken dan voor het geven van instructie over het vullen van de medicijnendoos. Hou je hierbij aan de familiestructuur. Misschien vind jij dat de patiënt het zelf moet doen terwijl een schoondochter het op zich gaat nemen in dit gezin, dat is dan haar rol. Betrek haar erbij.

### ■ Onderwijs

Allereerst moeten studenten leren dat de zorg voor familie erbij hoort. Verder moeten studenten leren omgaan met de eigen normen en waarden. Dit onder meer om motieven en gewoontes niet (negatief) in te vullen voor de ander. Ook moeten ze leren dat het niet gaat om hun eigen ideeën en oplossingen maar om die van de cliënt binnen diens sociale context. Dat vraagt visie en oefening. De gezinsdynamiek kan ontdekt en gebruikt worden, dit zowel ten bate van de individuele patiënt als ten bate van de andere familieleden en het functioneren

van de groep. Het beste onderwijsinstrument hiervoor is: oefenen. Hoe kan je dit aanbieden? Stoppen met 'praten over' en starten met 'praten met'. Dat is eigenlijk heel eenvoudig te organiseren. Vraag minstens 2 studenten met een allochtone achtergrond om als ervaringsdeskundige op te treden. Ik heb dit regelmatig gedaan en de resultaten zijn boven verwachting. Iedereen zit op het puntje van de stoel. Je krijgt heel bijzondere informatie over de culturele achtergrond van de student, maar ook verhalen over de ervaringen van opa's en oma's in onze gezondheidszorg en over henzelf als mantelzorger/tolk/deskundige. Ik heb zelden studenten zo snel zien veranderen van 'verlegen en stilletjes' naar 'gedecideerd en deskundig'. Op elke opleiding zijn er studenten te vinden die dit kunnen. Eigenlijk kan iedereen dit, met een andere culturele achtergrond, is mijn ervaring. Breng diversiteit in de duo's die je hiervoor uitnodigt in jouw les. Ook het werken met tolken moet geoefend worden. Vertrouw daarin niet op de stagepraktijk. Het tolkencentrum is altijd bereid om mee te denken en een tolk ter beschikking te stellen om telefonisch te tolken in de les.

### ■ Tot slot

Verpleegkundigen vinden het heel vervelend om met lege handen te staan. Als het niet lukt om de patiënt te helpen, dan krijgen de patiënten daarvan niet zelden de schuld. Dit verklaart voor een deel de irritaties van verpleegkundigen naar allochtone patiënten en hun naasten. Wanneer de student/verpleegkundige leert om werkelijk wat te bieden, is dat voor beide partijen bijzonder bevredigend. De allochtone patiënt en diens familie behoren vaak tot de meest kwetsbare groep patiënten. Juist daar moeten we alles uit de kast halen wat we in huis hebben. Hart, hoofd, handen, humor en een flinke dosis doorzettingsvermogen en creativiteit zijn hiervoor nodig. Eigenlijk willen onze studenten dit ook natuurlijk. Wij als opleiders kunnen hen het instrumentarium aan te reiken.

\* **Mathilde Bos** is docent Verpleegkunde bij de Hogeschool Utrecht, Verplegingswetenschapper, oproepverpleegkundige en publicist. [www.mathildebos.schrijft.nl](http://www.mathildebos.schrijft.nl)

- Met dank aan: *Mulki Hasan Mohamed en Gajana Kalaidjan.*
- Tolkencentrum: [www.tvcn.nl](http://www.tvcn.nl), telefoon: (088) 255 52 22 gratis en snel toegankelijk voor de zorgsector.