

‘Medisch specialist, ontwikkel je interculturele competenties’

Nederland bestaat voor een kwart uit mensen met een migratieachtergrond. Om ook hen de beste zorg te kunnen geven moeten artsen hun taal en houding aanpassen, betoogt geestelijk verzorger Mustafa Bulut.

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD MONIQUE WUIBRANDS



‘Wereldwijd beschouwen de meeste mensen zich als onderdeel van een collectief. Bij hen staat niet het ik, maar de relatie centraal’

kun je een mogelijke escalatie voorkomen. ‘Ik hoor helaas nog steeds: “Zij moeten zich aanpassen, dit is Nederland.” Ik moet dan uitleggen dat deze mensen hier vaak al heel lang wonen. En Nederland verandert continu: een kwart – en straks een derde – van de bewoners heeft een migratieachtergrond. We moeten daarom meebewegen als we iedereen goede zorg willen blijven leveren. Daarvoor is het nodig de juiste aansluiting te vinden bij patiënt en familie, en te investeren in een goede relatie door vertrouwen op te bouwen. Als je geen vertrouwen kunt creëren, krijg je wantrouwen. En hoe meer wantrouwen er is, des te minder goed kun je voor je patiënt zorgen. Vertrouwen begint met goed contact maken. Begin een gesprek bijvoorbeeld met: “Spreek ik uw naam zo goed uit?”. En blijf er op letten dat je aandachtig aanwezig bent, een open houding aanneemt, niet achter je beeldscherm blijft zitten – het is vooral de non-verbale communicatie die bepaalt of je echt contact maakt. ‘Om een cultuursensitieve houding te bevorderen, zou het enorm helpen als er meer artsen waren met een migratieachtergrond. Want één arts met een migratieachtergrond in een team neemt alle andere artsen mee. Het is daarom belangrijk dat meer studenten met een migratieachtergrond hun studie Geneeskunde afmaken en werk vinden in ziekenhuizen. Daarnaast is het belangrijk dat alle artsen interculturele competenties ontwikkelen. Die

competenties heb je nodig om aan alle patiënten goede zorg te kunnen geven. Interculturele competentie zou daarom een vaste plek moeten krijgen in de opleiding.’



Mustafa Bulut is geestelijk verzorger in het Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg. Hij geeft scholingen interculturele zorg en is auteur van het advies ‘Interculturele zorg rondom het levenseinde’ van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC).

Nederlanders zijn direct, Nederlandse artsen dus ook. Te direct. Zo vertellen ze patiënten meteen wat er aan de hand is. Maar er zijn ook mensen voor wie het te confronterend is om rechtstreeks over ziekte en sterven te spreken. Ook zijn er mensen die vinden dat God over het leven, ziekte en de dood gaat, en dat God de tijd van leven bepaalt, niet de mens. Ze vinden dat de arts niet op de stoel van God mag gaan zitten. Artsen zouden daarom nog beter eerst bij de

patiënt kunnen checken of die wel wil weten wat er aan de hand is. Patiënten mogen in principe informatie weigeren.

‘Onze directe manier van doen is internationaal uitzonderlijk. In België doen ze het al anders dan hier. Stel patiënten eerst vragen, bijvoorbeeld: “De diagnose is bekend, wilt u weten wat u hebt?” Of beter nog: “Wat wilt u van mij weten?” Laat de patiënt praten. Wees ook bereid om verhullend te spreken, en de dood niet bij de naam te noemen. Zeg niet: “We kunnen niets meer voor u doen.” Maar wel: “We doen wat in ons vermogen ligt om u de beste zorg te geven.”

‘Iets wat goede interculturele communicatie ook in de weg kan zitten, is het Nederlandse individualisme. Wereldwijd beschouwen de meeste mensen zich als onderdeel van een collectief. Bij hen staat niet het ik, maar de relatie centraal. Dokters richten zich meestal uitsluitend op de individuele patiënt, maar die voelt zich vaak onderdeel van zijn familie. Dan is er sprake van gedeelde autonomie in plaats van individuele autonomie. Betrek in zulke gevallen de leiders van de familie bij de behandeling, om ervoor te zorgen dat ze je vertrouwen. Zo