

“Profes- sionaliteit

te allen tijde”

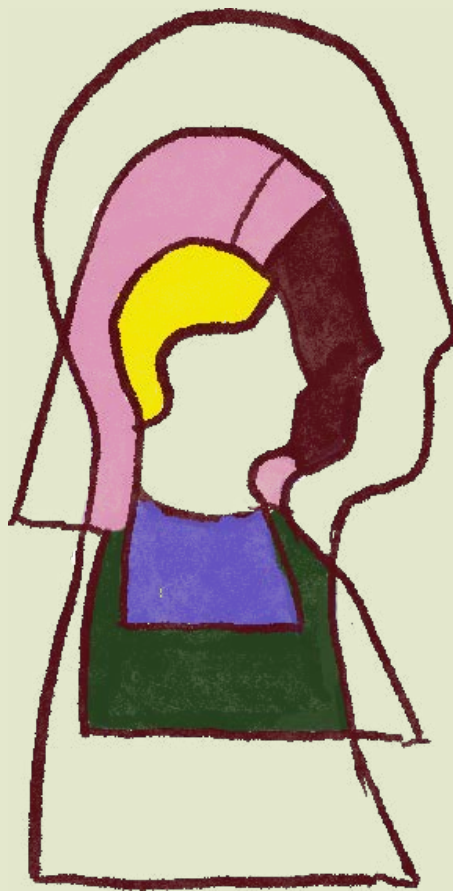
**Kwalitatief onderzoek naar
de meerwaarde van inclusieve
en cultuursensitieve langdurige zorg**

Stephanie Okafor
Caroline van Slobbe
Saskia Duijs
Hanneke Felten
Petra Verdonk

In opdracht van Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn & Sport,
Directie Macro Economische
Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA)

Amsterdam UMC afd. Ethiek, Recht en
Humaniora en
afd. Public and Occupational health
in samenwerking met Movisie

“Professionaliteit te allen tijde”



Kwalitatief onderzoek naar
de meerwaarde van inclusieve
en cultuursensitieve langdurige zorg

“Professionaliteit te allen tijde.”

Met dank aan Gülcan Bektas (Movisie), Anila Bytyci (Movisie) en Djoeke Ardon (Movisie) voor ondersteuning in het uitvoeren van de onderzoekstaken. Grote dank aan alle organisaties die ons de gelegenheid hebben geboden hen te bezoeken, en vooral heel veel dank aan de mensen die bereid waren om deel te nemen aan onze interviews en focusgroepen. We hopen dat we jullie boodschap zo goed hebben verwoord.

Uitgevoerd door Amsterdam UMC en Movisie

Afdeling Ethiek, Recht en Humaniora
Boelelaan 1089a F-vleugel
1181 HV Amsterdam
Tel. +31 (0) 20 444 8218

Movisie
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport,
Directie Langdurige Zorg
Amsterdam UMC, november 2024
<https://zenodo.org/uploads/14017040>

Auteurs

Stephanie Okafor, MSc, s.okafor@amsterdamumc.nl
Caroline van Slobbe, MSc, c.vanslobbe@movisie.nl
Dr. Saskia Duijs, s.duijs@amsterdamumc.nl
Hanneke Felten, h.felten@movisie.nl
Dr. Petra Verdonk, p.verdonk@amsterdamumc.nl

Redactie: Joke Martens
Grafisch ontwerp en illustraties: Ravenna Buijs

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding	14
1.1 Onderzoeksvragen	15
1.2 Opbouw rapport	16
1.3 Onderzoeksmethode	17
2. Literatuurstudie	19
2.1 Werkplezier in de Zorg	19
2.2 Het belang van cultuursensitieve zorg	19
2.3 Wat is cultuursensitief werken	20
2.4 Obstakels in het bieden van goede zorg aan diverse cliënten	20
2.4.1 Handelingsverlegenheid	20
2.4.2 Discriminatie	21
2.4.3 Taalbarrières	21
2.4.5 Obstakels op instellingsniveau	22
2.5 Onderzoek naar effectiviteit van cultuursensitief werken op zorg	22
2.6 Elementen van cultuursensitief werken door zorgverleners	23
2.6.1 Samenwerken met naasten	23
2.6.2 Cultuursensitief werken op instellingsniveau	24
3. Resultaten kwalitatief onderzoek	26
3.1 Cultuursensitief werken in de praktijk	27
3.1.1 Persoonsgericht	27
3.1.2 Respecteren van verschillende culturen	28
3.1.3 Zelfreflectie en reflexiviteit	30
3.1.4 Kennis over culturen	30
3.1.5 Diverse groep medewerkers en cliënten	32
3.2 Uitdagingen en belemmeringen	34
3.2.1 Hoge verwachtingen	35
3.2.2 Grenzen stellen	36
3.2.3 Taalbarrières	39
3.2.4 Rekening houden met ieders cultuur en botsende wensen	40
3.2.5 Uitdagingen rondom wet- en regelgeving	41
3.3 Ervaring van werkplezier	43
3.3.1 Familiegevoel	44
3.3.2 Betrokkenheid en dankbaarheid van naasten	47
3.3.3 Jezelf kunnen zijn	48
3.3.4 Intrinsieke motivatie	49
3.3.5 Het (niet) ervaren van discriminatie	50
3.3.6 Leiderschap en samenwerken in een divers team	51
4. Aanbevelingen	56
4.1 Aanbevelingen gericht op de overheid/het ministerie van VWS	56
4.2 Aanbevelingen gericht op zorginstellingen	57
5. Conclusie	60
5.1 Belangrijkste bevindingen	60
5.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	63
Bronnen	65
Bijlagen	70
Tabel 1: overzicht data-verzameling interviews en observaties	70
Tabel 2: overzicht data-verzameling focusgroep discussies	71

Samenvatting

‘Professionaliteit te allen tijde’

Kwalitatief onderzoek naar de meerwaarde van inclusieve en cultuursensitieve langdurige zorg

AANLEIDING

De langdurige zorgsector kampt met uitdagingen zoals personeelstekort en een toenemende zorgzwaarte. Deze uitdagingen leiden tot opschaling van zorgintensiteit en oplopende kosten, terwijl de personeelskrapte en hoge verzuimpercentages de kwaliteit van zorg verder onder druk zetten. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) constateert echter dat organisaties die cultuursensitief werken, een hogere mate van werkplezier onder personeel lijken te rapporteren, evenals een sterkere betrokkenheid van naasten en vrijwilligers, en een betere afstemming op de behoeften van cliënten. Er is echter nog weinig wetenschappelijke literatuur over hoe cultuursensitief werken precies invulling krijgt en wat werkzame elementen zijn van cultuursensitief werken vanuit het perspectief van zorgverleners.

Belangrijkste bevindingen

WAT CULTUURSENSITIEF WERKEN IS

1

De deelnemers zijn heel duidelijk dat zorg altijd ‘zorg blijft’ ongeacht of ze in een cultuursensitieve organisatie werken of een reguliere instelling. Bepaalde elementen zijn in cultuursensitieve organisaties net wat anders dan in de reguliere zorg

2

In het onderzoek zien we dat cultuursensitief werken een reeks aan manieren van werken omvat. We zien dat binnen cultuursensitieve organisaties specifiek rekening gehouden wordt met culturele verschillen tussen cliënten, met een specifieke focus op etnisch-culturele diversiteit. Op andere diversiteitsaspecten, zoals gender of seksuele geaardheid, ligt minder nadruk.

3

Onder cultuursensitieve zorg valt ook diversiteitsensitieve en cultuurspecifieke zorg. In diversiteitsensitieve zorg wordt gezocht naar effectief omgaan met diverse achtergronden, zoals etniciteit, gender, religie en seksuele oriëntatie. Er is een diverse bewonersgroep en in de zorg, inrichting, maaltijden en communicatie wordt rekening gehouden met verschillende culturele achtergronden. Ook onder de medewerkers is er sprake van diversiteit, wat de inclusieve benadering ondersteunt. In cultuurspecifieke zorg ligt de nadruk op specifieke etnisch-culturele aspecten. Deze richten zich op bewoners met een gemeenschappelijke culturele en/of religieuze achtergrond. Dit komt tot uiting in de inrichting, het eten en de communicatie, die specifiek afgestemd zijn op deze cultuur en/of religie. Er zijn doorgaans (meer) personeelsleden die hun culturele of religieuze achtergrond delen met de bewoners, wat bijdraagt aan een passend zorgaanbod.

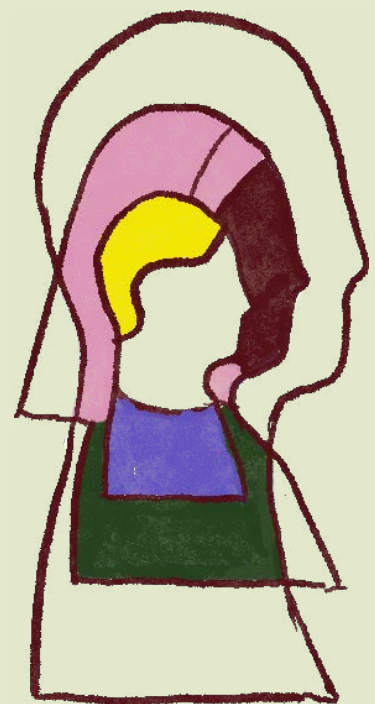
ONDERZOEKSVRAAG

Wat zijn de ervaringen van zorgverleners in verschillende sectoren binnen de langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, ggz) met inclusief en cultuursensitief werken?

Dit onderzoek naar cultuursensitief werken bestaat uit vier onderdelen: (1) literatuurstudie, (2) observaties, (3) interviews en (4) groepsdiscussies.

De invulling van cultuursensitief werken in de praktijk

- In de literatuurstudie vinden we niet veel literatuur over cultuursensitief werken vanuit het perspectief van de zorgverlener.
- Persoonsgerichte zorg is een belangrijk aspect van cultuursensitief werken. Bij persoonsgerichte zorg verdiept de zorgverlener zich in de cliënt en probeert die te begrijpen zonder vooraf aannames te doen, en wordt passende zorg geleverd.
- Respecteren van verschillende culturen wordt op verschillende manieren vormgegeven in de praktijk, bijvoorbeeld door rekening te houden met eten, feestdagen en muziek, de aankleding van de zorgafdeling of locatie. Andere zorgverleners benadrukken het respecteren van verschillende culturen als rekening houden met bepaalde culturele normen en waarden. Cliënten worden tegemoetgekomen door hun cultuur te respecteren.
- Zelfreflectie en reflexiviteit: het hebben van respect en kennis over culturen is waardevol, maar het hebben van zelfkennis en inzicht in de eigen referentiekaders en bias zijn essentieel. Reflexief zijn is belangrijk voor elke (cultuursensitieve) zorgverlener. Inzicht in de eigen aannames, ideeën en achtergrond, zoals cultuur, is belangrijk omdat het referentiekader van zorgverleners een rol speelt in de omgang met collega's, en in het bieden van zorg.
- Kennis over culturen draagt bij aan het beter begrijpen, rekening houden met, respecteren van de behoeften, gebruiken, communicatiestijlen, gewoonten uit en historie van culturen. Voldoende kennis over verschillen culturen draagt bij aan het respecteren van gewoonten en gebruiken.
- Diverse groep medewerkers en cliënten (bewoners): in cultuursensitieve organisaties is er vaak een divers team. Juist een diverse groep zorgverleners, of eerder een groep met dezelfde culturele achtergrond is niet per se voorwaarde om cultuursensitief te werken.



Uitdagingen en belemmeringen

- De hoge verwachtingen die familieleden van cliënten hebben ten aanzien van zorgverleners vormen een aanzienlijke uitdaging, vooral gezien de intensieve zorgbehoeften binnen diverse cliëntenpopulaties. Het realiseren van deze verwachtingen is hierdoor complex, waardoor effectief verwachttingsmanagement essentieel is, dus duidelijke afspraken maken en haalbare doelen stellen in de zorgverlening.
- Grenzen stellen blijkt een uitdaging voor cultuursensitief werkende zorgverleners, mede door hun sterke intrinsieke motivatie om optimaal voor cliënten te zorgen. Deze toewijding kan leiden tot overbelasting en het vervagen van werk-privégrenzen, doordat zorgverleners moeite hebben om hulpvragen te begrenzen en cliënten niet willen teleurstellen. Hierdoor ontstaat het risico dat persoonlijke grenzen worden overschreden, wat hun welzijn en duurzame inzetbaarheid kan beïnvloeden.
- Taalbarrières zijn veelvoorkomende uitdagingen in cultuursensitieve zorginstellingen, voornamelijk door de grote diversiteit onder cliënten en het feit dat zorgverleners niet altijd de taal van hun cliënten beheersen. Dit kan de communicatie bemoeilijken. Zorgverleners nemen het initiatief om effectief te communiceren, bijvoorbeeld door veelgebruikte woorden aan te leren en non-verbale communicatiemethoden toe te passen.
- Cultuursensitieve organisaties zetten zich in om rekening te houden met de wensen en behoeften van alle cliënten, toch is het vaak niet haalbaar om aan ieders verwachtingen te voldoen. Het respecteren van deze diversiteit kan vereisen dat grenzen worden overschreden, wat bemoeilijkt wordt door de aanzienlijke variëteit binnen culturen en de unieke wensen van individuele cliënten. Bovendien speelt de culturele achtergrond van zorgverleners een rol in de uitvoering van de zorgpraktijk, wat zowel bewust als onbewust invloed kan uitoefenen op de benadering en de interactie met cliënten.
- Cultuursensitieve organisaties ervaren uitdagingen door wet- en regelgeving, vooral met betrekking tot de erkenning van diploma's van medewerkers die hun opleiding buiten Nederland hebben afgerond. Deze diploma's worden vaak niet automatisch erkend, waardoor zorgverleners onder hun niveau moeten werken en hun potentieel onbenut blijft, zelfs in tijden van personeelstekorten. Bovendien zijn er complicaties rond de BIG-registratie en de rigide procedures die daarvoor gelden. Protocollen rondom advance care planning en de laatste levensfase van cliënten kunnen ook belemmeringen vormen, vooral wanneer de wensen van familieleden om rituelen uit te voeren in conflict komen met bestaande richtlijnen.



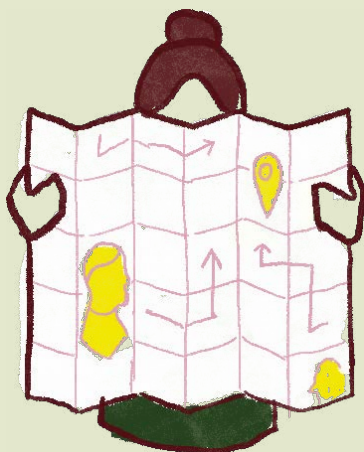
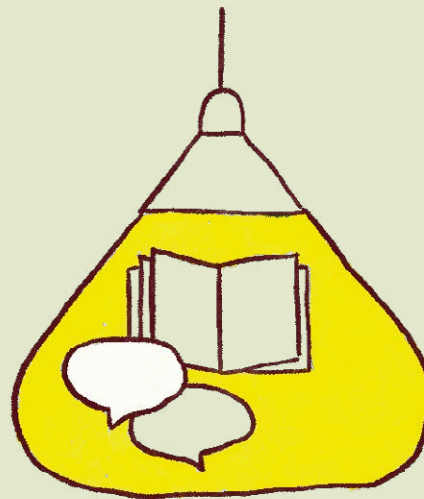
Ervaring werkplezier

- Familiegevoel is essentieel voor werkplezier in de zorg, zowel onder zorgverleners als in de interactie met cliënten en hun naasten. Zorgverleners werken met bewoners van diverse culturele achtergronden, waarbij niet alleen culturele overeenkomsten, maar ook bredere aspecten van de werkomgeving en de benadering van cultuursensitieve zorg invloed uitoefenen op de onderlinge relaties. Verbondenheid binnen de zorginstelling wordt versterkt door de informele en persoonlijke omgang tussen collega's en cliënten.
- Zorgverleners ervaren de betrokkenheid en dankbaarheid van naasten als een belangrijke bron van plezier en voldoening in hun werk. De nauwe samenwerking met mantelzorgers en familieleden wordt als waardevol beschouwd, aangezien deze betrokkenheid de zorgtaken verlicht. Familieleden van cliënten, vooral degenen met een migratieachtergrond, voelen vaak een sterke verantwoordelijkheid, wat hen ertoe aanzet actief betrokken te zijn bij de zorgverlening.
- De mogelijkheid om jezelf te zijn en de ruimte daarvoor te krijgen, is essentieel voor het werkplezier van zorgverleners. Deze authenticiteit bevordert zelfreflectie, vergroot het inlevingsvermogen en versterkt het welzijn van zorgverleners. Dit alles heeft een positieve invloed op de kwaliteit van de zorg die zij leveren.
- Het (niet) ervaren van discriminatie wordt als een belangrijke factor benoemd voor het wel of niet ervaren van werkplezier/een goede kwaliteit van werken. Veel deelnemers zeggen meer werkplezier te ervaren in cultuursensitieve organisaties.
- Leiderschap in cultuursensitieve organisaties speelt een cruciale rol in het ondersteunen van medewerkers en bevorderen van samenwerking binnen diverse teams. In zorginstellingen kan echter een spanningsveld ontstaan, bijvoorbeeld tussen zorgverleners en cliënten of tussen collega's onderling, wat bij onvoldoende ondersteuning kan leiden tot conflicten en zelfs verzuim onder zorgverleners. Effectief cultuursensitief leiderschap kan dergelijke spanningen helpen verminderen door actief in te zetten op inclusieve communicatie en het waarborgen van wederzijds begrip.

Belangrijkste aanbevelingen

1

Creëer een centraal kennis- en netwerkplatform voor cultuursensitieve zorgaanbieders en zorgverleners.

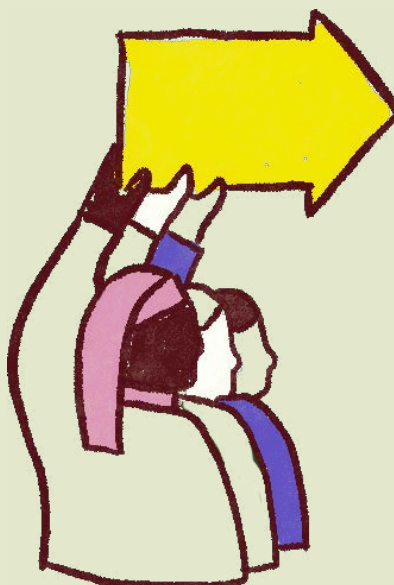


2

Ontwikkel heldere protocollen en richtlijnen voor de zorgsector die specifieke stappen bevatten voor het identificeren, bespreken en rapporteren van discriminerend gedrag, zowel door cliënten als collega's. Deze richtlijnen hebben tot doel een veilige en respectvolle werkomgeving te bevorderen.

3

Bevorder de inclusiviteit door diversiteit op management- en bestuursniveau.



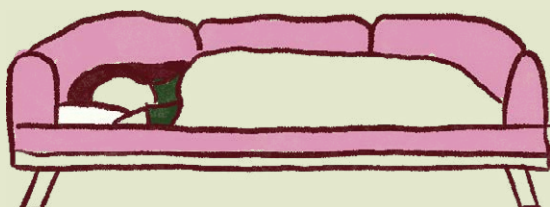


4

Integreer structurele intervisie en dagelijkse reflectiemomenten in de routines van het zorgteam, inclusief facilitaire medewerkers/ ondersteunend personeel.

5

Zorgorganisaties dienen acceptatie van culturele diversiteit centraal te stellen en een inclusieve werkomgeving te waarborgen.



6

Verken de relatie tussen cultuursensitief werken, werkplezier, verzuim en zorgkwaliteit. Door zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens te verzamelen, kan een volledig beeld worden verkregen en kunnen concrete, toepasbare aanbevelingen voor de zorgsector worden geformuleerd.

7

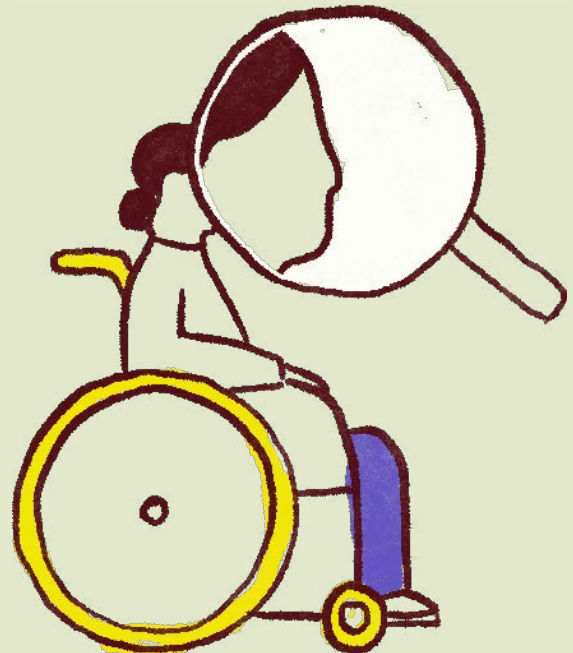
Voer longitudinaal onderzoek uit met herhaalde observaties over een langere periode om een genuanceerder en representatiever beeld van de dagelijkse werkpraktijken in zorginstellingen te verkrijgen.



Belangrijkste conclusies

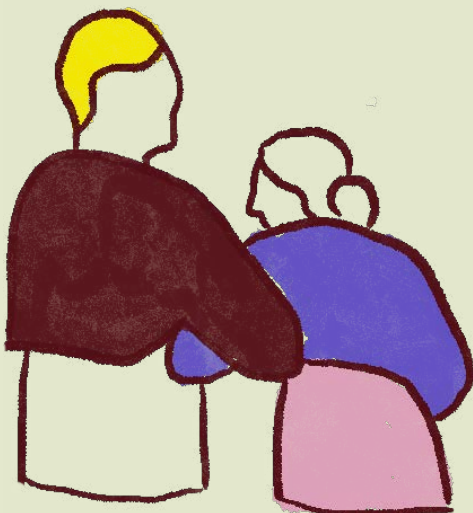
1

Cultuursensitief werken wordt gewaarborgd door een diverse werkvloer, culturele elementen in de inrichting en aandacht voor culturele gewoonten en rituelen. De benadering en communicatiestijl ondersteunen persoonsgerichte zorg, waarin rekening wordt gehouden met de unieke behoeften en voorkeuren van cliënten. Kennis, vaardigheden en een open houding van zorgverleners zijn hierbij essentieel, net als aandacht voor diversiteit binnen culturen en voor persoonlijke voorkeuren (culturele competentie).



2

Essentiële elementen van cultuursensitief werken omvatten persoonsgerichte zorg, culturele kennis en respect, en een open, reflectieve houding bij zorgverleners om eigen aannames en vooroordelen te begrijpen (reflexiviteit). Er is meer bewustzijn voor anti-discriminatie, diversiteit en inclusie. Zorgverleners kunnen hun culturele achtergrond en taalvaardigheden inzetten, en kennisuitwisseling wordt gestimuleerd. Culturele overeenstemming met cliënten is nuttig, maar niet vereist voor effectieve cultuursensitieve zorg. Inclusief leiderschap is cruciaal: organisaties met diversiteit op alle niveaus tonen vaker inclusief leiderschap, waarbij managers medewerkers actief ondersteunen en diverse behoeften erkennen. Samenwerking tussen zorgteams en ondersteunend personeel wordt bevorderd door onderlinge erkenning, wat conflicten vermindert en een familiale werkcultuur creëert.



3

Cultuursensitief werken wordt beschouwd als een meerwaarde, omdat het zowel de kwaliteit van zorg als de kwaliteit van werken bevordert. Zorgverleners ervaren een sterker gevoel van ‘thuis zijn’ binnen cultuursensitieve organisaties, wat hen in staat stelt zichzelf te zijn. Elementen van hun sociale identiteit, die in reguliere zorginstellingen vaak als afwijkend worden gezien, krijgen hier juist respect en erkenning.



4

Uit deze studie kan niet worden geconcludeerd dat een betere kwaliteit van werken leidt tot verminderd verzuim of personeelsgebrek. Op basis van de ervaringen van de deelnemers blijkt echter dat op de meeste locaties een hoog werkplezier heerst en dat er doorgaans voldoende personeel beschikbaar is om diensten over te nemen, met op sommige locaties zelfs wachtlijsten.



ONDERZOEKSVERANTWOORDING

De volgende onderzoeksmethoden zijn toegepast:

- Literatuurstudie op basis van een search in medische databases en grijze literatuur (rapporten).
- Observaties (N=20 zorglocaties zijn geobserveerd).
- Interviews (N=46, waarvan N=20 zorgverleners en N=26 leidinggevenden/ bestuurders).
- Groepsdiscussies (N=3 focusgroepen en N=2 natuurlijke groepen; in totaal 26 deelnemers).

Dit onderzoek plaatst het perspectief van zorgverleners uit verschillende locaties in Nederland centraal en verkent hun ervaringen en inzichten omtrent cultuursensitief werken. In de literatuur is cultuursensitieve zorg tot nu toe vooral vanuit het perspectief van cliënten of naasten beschreven. Om die reden werken we in dit onderzoek het perspectief, de inzichten en ervaringen van zorgverleners uit. Daarbij wordt specifiek gekeken naar de praktische invulling van cultuursensitieve zorg in de zorgpraktijk en de impact daarvan. Het onderzoek bestrijkt diverse regio's in Nederland, wat zorgt voor een brede representatie van zorgcontexten.

In dit onderzoek maken we gebruik van een mixed-methods benadering en daarmee van een gefaseerde verdieping en validering van de bevindingen. De literatuurstudie biedt een stevige theoretische basis, welke verder werd versterkt door praktijkobservaties en aangevuld met interviews. De bevindingen zijn vervolgens getoetst en verfijnd tijdens groepsdiscussies, waaruit tevens gerichte aanbevelingen zijn voortgekomen.

1. Inleiding

De langdurige zorg staat voor een aantal grote uitdagingen, waardoor het leveren van kwalitatief hoogwaardige, persoonsgerichte en betaalbare zorg aan cliënten en hun naasten onder druk staat. Ook is de kwaliteit van de zorg onlosmakelijk verbonden met de kwaliteit van het werk van zorgprofessionals (De Lange et al., 2020). Diverse onderzoeken laten zien dat zorgprofessionals regelmatig te maken krijgen met uitdagende situaties die een aanzienlijke fysieke en psychologische druk uitoefenen op hun welzijn (Van den Broek et al., 2022; De Jong et al., 2022; Noordergraaf et al., 2016). Hoge werkdruk en emotionele uitputting als gevolg van het omgaan met verdrietige emoties rond ziekte en overlijden zijn hier voorbeelden van (Mosadeghrad et al., 2011). De manier waarop de organisatie in elkaar zit, is hierbij cruciaal: of zorgverleners bijvoorbeeld steun krijgen vanuit het management, hangt samen met de werkdruk, het hebben van burn-outs en werktevredenheid (Bogaert et al., 2013). Verder is bekend dat ongunstige werkkenmerken, zoals hoge werkdruk en weinig autonomie resulteren in slechte werkprestaties en verzuim (Vernet, 2023; EY, 2024), personeelstekorten (Helder, 2023), toename van het aantal zelfstandig werkenden in de zorg en verloop (Duijs, 2023) en zelfs tot vertrek van zorgprofessionals (CBS, 2023). Om deze redenen is het van cruciaal belang om deze uitdagingen aan te pakken en ook te investeren in het welzijn van zorgprofessionals om een duurzame en kwalitatief hoogwaardige zorg te waarborgen.

Een van de problemen op de werkvloer waaruit stress kan voortkomen, is discriminatie op de werkvloer. Onderzoek uit het buitenland laat onder meer een relatie zien tussen het ervaren van microagressies (zie tabel 1. Begrippenkader) en burn-out (King et al., 2023). Een recente literatuurstudie door Movisie laat zien dat discriminatie in de zorg ook in Nederland een duidelijk probleem is (Harnacke et al., 2023). Dat bleek onder meer uit diverse kwalitatieve studies onder zorgprofessionals in de ouderenzorg in Nederland (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021; Van der Tuin & Fiere, 2021). Ook kwantitatief onderzoek bevestigt deze bevindingen. Uit een studie van IPSOS (2021) blijkt dat 19% van de professionals die werkzaam zijn in de sectoren zorg en welzijn, in de voorgaande 12 maanden discriminatie heeft ervaren door cliënten, 11% door familieleden, vrienden, bezoekers van cliënten, of omstanders, en 6% door collega's of leidinggevendenden (IPSOS, 2021). Uit een onderzoek van Amsterdam UMC bleek dat racisme en een dynamiek van uitsluiting in teams onbesproken redenen zijn van verzuim, uitstroom en de keuze voor het zzp-schap (Duijs et al., 2021; Duijs et al., 2022; Duijs et al., 2024, Van Wees et al., 2024). Eerdere studies lieten zien dat conflicterende opvattingen over competenties en professionaliteit, botsende normen/waarden, en taalbarrières een rol spelen bij (verminderd) werkplezier van mensen met een niet-Nederlandse culturele achtergrond in diverse klinische teams (Leyerzapf, 2019).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) constateert een ander beeld bij een klein aantal zorginstellingen in de langdurige zorg die op inclusieve of cultuursensitieve wijze werken. In deze instellingen wordt een kleiner of geen personeelstekort gemeld, en er lijkt sprake te zijn van minder ziekteverzuim en een hoger werkplezier onder medewerkers. Daarnaast wordt een sterkere samenwerking en grotere betrokkenheid van naasten en vrijwilligers waargenomen, evenals minder handelingsverlegenheid en zorg die beter aansluit op de daadwerkelijke behoeften van cliënten. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met wetenschappelijke studies die aantonen dat de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van werken nauw met elkaar zijn verbonden (De Lange et al., 2020). De meeste literatuur focust op de ervaringen en knelpunten van witte, overwegend Nederlands-Nederlandse medewerkers in overwegend witte organisaties. Cultuursensitief werkende organisaties zijn vooralsnog onderbelicht: onduidelijk is onder meer hoe hun manieren van werken worden ervaren en wat precies de werkzame elementen zijn op bijvoorbeeld werkplezier. Ook geven bestaande literatuuroverzichten geen inzicht op werkzame elementen op bestuurs- en managementniveau.

Cultuursensitieve zorg kan op verschillende manieren worden georganiseerd voor cliënten met diverse achtergronden. In sommige gevallen betreft het zorgorganisaties die in de volle breedte zijn ingericht op de diversiteit van hun cliëntenpopulatie en expliciet rekening houden met factoren zoals de culturele achtergrond, seksuele oriëntatie, migratiecontext, leefsituatie en taal. Deze zorgorganisaties integreren deze elementen in hun dagelijkse zorgverlening, waardoor zij beter in staat zijn aan te sluiten bij de verschillende behoeften en voorkeuren van hun cliënten (Bellaart et al., 2020).

Het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) onderscheidt vier typen organisaties (Bellaart et al., 2020): (1) een generieke organisatie met een specialistisch team, (2) een generieke organisatie met een aparte bedrijfsunit, (3) een organisatie met een cultuurspecifiek aanbod, expliciet gericht op cliënten met een specifieke migratieachtergrond, en (4) een organisatie met een cultuursensitief aanbod, niet expliciet gericht op cliënten met een specifieke migratieachtergrond. Dit laatste kan ook nog een stapje verder gaan in wat heet 'diversiteitsensatieve zorg'. Bij diversiteitsensatieve zorg houden organisaties niet alleen rekening met culturele diversiteit, maar ook met andere aspecten van identiteit zoals klasse, seksuele en genderidentiteit en de combinatie daartussen zoals passend bij het intersectionele denken (Bellaart et al., 2021). Voor de leesbaarheid hanteren we in dit rapport de term 'cultuursensitief' als overkoepelende benaming voor de verschillende typen zorgorganisaties die hiermee verband houden. Wanneer er verwezen wordt naar een specifiek type organisatie, wordt dit expliciet aangegeven.

Cultuursensitief en inclusief werken wordt door het ministerie van VWS gezien als meer persoonsgerichte zorg. Een vergelijkbare visie is terug te vinden in het werk van Pharos (zie onder andere: Goorts en Kolste, 2023). Een kenmerk is bijvoorbeeld dat zorgprofessionals zich bewust zijn dat zij zelf wellicht een ander referentiekader hebben dan de cliënt en diens naasten. Denk daarbij aan aspecten zoals migratieachtergrond, seksuele voorkeur, gender, sociaaleconomische status, stad of buitengebied. Het is daarbij van belang dat zorgprofessionals weten hoe hun éigen cultuur aannames en onbewuste ideeën met zich meebrengt over wat kwaliteit van leven is (Hengelaar et al., 2024; Hengelaar et al., forthcoming). Het vraagt dus als eerste om bewustzijn over de valkuil cliënten te 'reduceren' tot hun culturele achtergrond, aldus het ministerie van VWS. Dit sluit aan bij hoe Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) cultuurspecifieke zorg beschrijft: zorg voor een individu of groep die voldoet aan de specifieke waarden en leefstijl van een individu, familie of groep en daarmee is de zorg dus per definitie vraaggericht, met extra aandacht voor de cultuurspecifieke behoeften van cliënten en voor hun culturele eigenheid (Bellaart et al. 2020).

In dit onderzoek bundelen onderzoekers van Amsterdam UMC, afdeling Ethiek, Recht en Humaniora (ERH) en van Movisie (actief bij KIS) hun krachten en presenteren een onderzoek naar de vraag over welke elementen op bestuurs-, management- en uitvoerend niveau bijdragen aan kwaliteit van zorg voor de cliënt, werkplezier voor de zorgprofessionals en actieve betrokkenheid van naasten en vrijwilligers, in zorgorganisaties die cultuursensitief/inclusief werken.

1.1 Onderzoeksvragen

Het hoofddoel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in ervaringen van zorgverleners in verschillende sectoren binnen de langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, ggz) met cultuursensitief en inclusief werken.

De onderzoeksvragen:

1. Hoe waarborgen deelnemende zorgverleners cultuursensitief werken?
2. Welke werkzame elementen zijn volgens zorgverleners essentieel? Ofwel: wat wordt gezien als typerend en cruciaal in het cultuursensitief werken?
3. Welke meerwaarde zien de zorgverleners van cultuursensitief werken?
4. Zijn de ervaren effecten van werkplezier en kwaliteit van zorg die we bij een klein aantal zorgaanbieders eerder hebben gezien, een toevalstreffer of een patroon? En zijn hier verklaringen voor beschikbaar?
5. Zijn deze werkzame elementen in lijn met wat we weten uit de wetenschap over wat werkt in cultuursensitief werken? Zijn er verschillen in enerzijds beleving van de zorgverleners en dat wat wordt beschreven in de wetenschappelijke literatuur en zijn hier mogelijke verklaringen voor?

1.2 Opbouw rapport

Dit rapport begint met de presentatie van de uitkomsten van de literatuurstudie, welke beschouwd kunnen worden als het theoretisch kader van dit onderzoek. Vervolgens worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek uiteengezet, waarbij de belangrijkste thema's per paragraaf worden beschreven. Daarna beschrijven we de aanbevelingen die uit de verschillende onderdelen van het onderzoek en de focusgroen zijn voortgekomen. Het rapport eindigt met het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

In het onderstaande kader worden enkele veelgebruikte begrippen toegelicht, die centraal staan in het onderzoeksrapport.

Tabel 1. Begrippenkader

BEGRIJP	UITLEG
Cultuursensitief werken	Dit wordt toegepast in organisaties door rekening te houden met verschillende culturen, en is vooral gericht op culturele diversiteit, en niet of in mindere mate op andere aspecten van diversiteit.
Diversiteitssensitief werken	Met diversiteitsensitieve zorg wordt bedoeld je bewust zijn van en kunnen omgaan met mensen van verschillende achtergronden, bijvoorbeeld afkomst, sekse, gender, religie, seksuele geaardheid en alle combinaties daar tussen (Bellaart et al., 2021). In instellingen die diversiteitsensitief werken wonen bewoners met verschillende culturele achtergronden. In de zorg zelf, en ook de inrichting, het eten en de communicatie wordt rekening gehouden met verschillende achtergronden. Ook is er diversiteit onder medewerkers.
Cultuurspecifiek werken	Dit is vergelijkbaar met diversiteitsensitief werken maar de nadruk ligt meer op etnisch-culturele verschillen (Bellaart et al., 2021). In dit onderzoek bedoelen we met cultuurspecifieke instellingen, instellingen waar voornamelijk bewoners van één bepaalde cultuur en/of religie wonen. De zorg, inrichting van het huis, het eten en de communicatie zijn voornamelijk gericht op die cultuur en/of religie; het komt overal in terug. Medewerkers hebben ook in cultuurspecifieke instellingen diverse achtergronden, maar we zien wel vaak dat er minstens een aantal mensen werken die ook dezelfde culturele en/of religieuze achtergrond hebben als de bewoners.
Culturele competentie	Culturele competentie verwijst naar de kennis, vaardigheden, en houding van een individu om effectief te communiceren en samen te werken met mensen uit verschillende culturele achtergronden. Het begrip omvat het vermogen om culturele verschillen te herkennen, te respecteren en constructief te benutten in professionele en sociale interacties. Culturele competentie is een essentiële competentie die kan helpen om misverstanden te voorkomen, wederzijds begrip te bevorderen en inclusieve relaties op te bouwen.
Discriminatie	Discriminatie betekent mensen onterecht anders behandelen, achterstellen of uitsluiten op basis van (persoonlijke) kenmerken (discriminatiegronden) zoals afkomst ('ras' of etniciteit), godsdienst, geslacht, handicap of seksuele gerichtheid (College voor de Rechten van de Mens, z.d.).
Microagressies	Hiermee wordt geduid op de subtiele (alledaagse) bewuste maar ook vaak onbewuste verbale en non-verbale vormen van pestgedrag op grond van stereotypen en vooroordelen, die bedoeld of onbedoeld als kwetsend kunnen worden ervaren en (in)direct discriminatoire stereotypen (vooroordelen) in stand houden (Felten et al., 2024; King et al., 2023; Sue et al., 2007; Sue et al., 2019). Microagressies worden in de wetenschappelijke literatuur beschouwd als een meer subtiele en alledaagse vorm van discriminatie (Felten et al., 2024); het zijn namelijk uitingen van de ongelijkheid in de samenleving op basis van onder meer afkomst, huidskleur, religie, sekse, gender, seksuele gerichtheid en beperking (Sue et al., 2010).
Intersectionaliteit	Dit wetenschappelijk theoretische en methodologische kader beschrijft hoe aspecten van sociale identiteit gelijktijdig en in interactie met elkaar de dagelijkse ervaringen van mensen beïnvloeden. Het gaat hier om aspecten zoals sekse/gender, etniciteit, sociaaleconomische positie, nationaliteit, seksuele geaardheid, en het al dan niet hebben van een chronische ziekte/beperking (Crenshaw, 1989; Wekker & Lutz, 2001). Deze verschillen gaan in onze samenleving gepaard met verschillen in zeggenschap en in kansen en mogelijkheden. Hiermee wordt bedoeld het hebben van meer of minder ervaringen met discriminatie en uitsluiting of juist met privilege en onverdiend voordeel. In de organisatie van de Westerse samenleving is de combinatie man x wit x heteroseksueel x zonder beperking vaak de onzichtbare norm waar beleid op is gericht en waar onzichtbaar en onverdiend voordeel mee wordt verkregen, zoals een hoger inkomen, meer ontwikkelingsmogelijkheden, vrijstelling van het hoeven bieden van onbetaalde zorg, of de hoeveelheid wetenschappelijke kennis over gezondheidsproblemen (Wekker & Lutz, 2001). Sociale rechtvaardigheid en gelijkheid zijn belangrijke uitgangspunten van dit theoretische en methodologische perspectief (Hankivsky, 2014; Palència et al., 2014).

1.3 Onderzoeksmethode

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt een kwalitatieve benadering gehanteerd. Het onderzoeksdesign volgt de principes van responsieve evaluatie, welke gericht zijn op het verkennen van uiteenlopende perspectieven en het begrijpen van fenomenen door middel van dialoog, zoals via groepsinterviews, zowel binnen als tussen groepen (Abma, 2005; Dohmen et al., 2023; Van Heijster et al., 2022). Responsieve evaluatie houdt in dat verschillende perspectieven worden onderzocht en verdiept, wat bijzonder relevant is in een context, zoals de langdurige ouderenzorg, gekenmerkt door uiteenlopende perspectieven en hiërarchische verhoudingen. Tevens is deze methode bij uitstek geschikt voor de evaluatie en het onderzoek naar interventies of beleid die niet routinematig zijn en waarbij de relatie tussen doel en middel onduidelijk is (Abma, 2014). Dit geldt voor het thema cultuursensitieve zorg.

Concreet impliceert dit dat, naast de gebruikelijke en beproefde kwalitatieve onderzoeksmethoden, zoals observaties en interviews, ook focusgroepen worden gefaciliteerd om een gezamenlijk leerproces te ondersteunen. Dit leerproces wordt gekarakteriseerd door een adequaat niveau van veiligheid, aangezien de dialoog eerst in homogene groepen (bijvoorbeeld uitsluitend teammanagers of zorgverleners van dezelfde organisatie) en vervolgens in een heterogene groep (bijvoorbeeld zorgprofessionals, managers en bestuurders gezamenlijk) plaatsvindt. Deze evaluatiemethode wordt aangeduid als responsief, omdat inzichten uit verschillende fasen voortdurend worden verdiept en geïnterpreteerd in dialoog met betrokkenen. De analyse wordt op deze wijze niet alleen door onderzoekers uitgevoerd, maar gezamenlijk met de praktijk zelf. Deze benadering is complementair aan de doelstelling van het lerend netwerk, waarin de praktijk wordt bestudeerd mét en dóór mensen uit de praktijk zelf. Op de relatie tussen cultuursensitief werken en verzuim kunnen we alleen ingaan naar aanleiding van wat deelnemers zelf eventueel melden in interviews. Een vergelijking van verzuim bij wel en niet cultuursensitief werkende organisaties vraagt om een andere onderzoeksmethode.

Dataverzameling

Voor het onderzoek zijn 22 zorginstellingen bezocht, verspreid door heel Nederland. De data voor het onderzoek is in vier fasen verzameld door middel van diverse kwalitatieve onderzoeksmethoden, waaronder observaties, interviews en focusgroepen. De dataverzameling is als volgt gestructureerd: in fase 1 Voorbereiding middels literatuuronderzoek. In fase 2 Verkenning zijn observaties gedaan. In fase 3 Verdieping zijn interviews gehouden, en in fase 4 Verklaring zijn de resultaten besproken en geduid in focusgroepen.

Literatuuronderzoek

In de wetenschappelijke literatuur zijn we op zoek gegaan naar werkzame elementen van cultuursensitief werken. In het literatuuronderzoek richten we ons op empirische (kwantitatief en kwalitatief), peer reviewed studies (Nederlands/Engels). Ook reviews en meta-analyses van kwalitatieve en kwantitatieve studies zijn meegenomen. Kennis uit de literatuurstudie is meegenomen bij het ontwikkelen van onze observatiecriteria en interview-handboek.

Observaties

In het onderzoek zijn 22 locaties bezocht, waarvan we op 20 locaties daadwerkelijk observaties hebben kunnen uitvoeren. Op twee locaties zijn observaties niet mogelijk gebleken door omstandigheden. Bij de geselecteerde zorgaanbieders zijn niet-verhulde, niet-participerende observaties gedaan en is antwoord gezocht op onderzoeksvraag 1, namelijk 'hoe waarborgen deelnemende zorgverleners diversiteitssensitief werken?'

Door mee te lopen in de praktijk, ook wel schaduwen genoemd, is zicht verkregen op hoe diversiteitssensitief en inclusief werken eruitziet in dagelijkse handelingen, van het praatje met een bewoner bij de koffie tot het helpen aantrekken van de steunkousen (Baarda et al., 2005; Migchelbrink, 2010). Observaties zijn alleen gedaan op uitvoeringsniveau en niet op bestuurs-, managementniveau. We verwachten observeren bij (mogelijk vertrouwelijke) vergaderingen en overleggen weinig inzicht biedt in de dagelijkse gang van zaken en op bezwaren stuit. Inzichten uit observaties op de werkvloer, waar het primaire zorgproces plaatsvindt, vormen input voor interviews.

Interviews

Er zijn 46 personen geïnterviewd. In deze fase staat het perspectief van zorgprofessionals (N=20), maar ook van leidinggevend en bestuurders centraal (N=26). Interviews zijn gehouden aan de hand van een topiclijst. Op deze wijze komen alle onderwerpen aan bod en blijft er ook voldoende ruimte voor de persoonlijke opvattingen en belevingen van de deelnemers (Migchelbrink, 2010). In de interviews gaan we in op de ervaringen, houding en visie/opinie van zorgprofessionals, om onderzoeksvragen 2 tot en met 4 te kunnen beantwoorden, namelijk: 'Welke werkzame elementen zijn volgens zorgverleners essentieel? Ofwel: wat wordt gezien als typerend en cruciaal in het cultuursensitief werken?' (onderzoeksvraag 2), 'Welke meerwaarde zien de zorgverleners van cultuursensitief werken?' (onderzoeksvraag 3), en 'Zijn de ervaren effecten van werkplezier en kwaliteit van zorg die we bij een klein aantal zorgverleners eerder hebben gezien, een toevalstreffer of een patroon? En zijn hier verklaringen voor beschikbaar?' (onderzoeksvraag 4).

Focusgroepen

Er zijn drie focusgroepen (2 homogene en 1 heterogene groep) georganiseerd, gericht op familieleden, naasten en sleutelpersonen, zorgprofessionals, en managers en bestuurders, met als doel het identificeren van rode draden en gemeenschappelijke thema's. In tegenstelling tot individuele interviews bieden focusgroepen de mogelijkheid om diverse perspectieven te verkennen, evenals de dynamiek en interactie tussen de deelnemers, wat kan leiden tot diepere inzichten (Bryman, 2008).

Twee homogene focusgroepen (een met 4 leidinggevend en bestuurders van dezelfde zorginstelling, en een met 7 familie/naasten/sleutelpersonen) en een online heterogene focusgroep (met 6 zorgprofessionals, geestelijk verzorger, beleidsmedewerker/coördinatoren diversiteit en inclusie van verschillende organisaties) zijn georganiseerd tussen februari en juli 2024. In de homogene focusgroepen is met managers en bestuurders en familie/naasten/sleutelpersonen gereflecteerd op bevindingen uit de observaties/interviews en is inzicht verkregen in hun perspectief. In een heterogene focusgroep met 6 deelnemers is gereflecteerd op de bevindingen van het gehele onderzoek en te exploreren of er overeenkomsten en verschillen tussen het literatuuronderzoek, de observaties en interviews, waarna onderzoeksvraag 5 beantwoord is: 'Zijn werkzame elementen in lijn met wat we weten uit de wetenschap over wat werkt in cultuursensitief werken? Zijn er verschillen in enerzijds beleving van de zorgverleners en dat wat wordt beschreven in de wetenschappelijke literatuur en zijn hier mogelijke verklaringen voor?'. Ook zijn er twee natuurlijke groepsdiscussies georganiseerd (met 6 resp. 3 deelnemers) in twee verschillende organisaties. Met sommige van de groepsdeelnemers is ook individueel gesproken. Een overzicht van de groepen is te vinden in de bijlagen.

Analyse

De data-analyse in een responsieve evaluatie gaat uit van een iteratief onderzoeksproces. Dit betekent dat er een herhalende cyclus van dataverzameling loopt, een eerste data-analyse en daarop meteen een reflectie (Charmaz, 2014). Analyse vindt dus niet alleen plaats nadat de dataverzameling gereed is, maar al tussentijds. De analyse verloopt via vaste stappen (open coderen/axiaal coderen/selectief coderen), zodat er uiteindelijk duidelijke thema's en hypothesen uit voortkomen (Starks & Trinidad, 2007). Om deze codering nauwkeurig te doen, is het programma MAXQDA gebruikt. Ook zijn de thema's verdiept in dialoog met de betrokkenen tijdens de focusgroepen. Deze thema's zijn vervolgens beschreven in de resultaten en onderbouwd met quotes van de deelnemers en observaties.

Een belangrijk principe bij een kwalitatieve analyse is 'saturatie' ofwel inhoudelijke verzadiging. Dat betekent dat je data verzamelt tot je geen nieuwe informatie meer hoort. Dit is een belangrijk kwaliteitscriterium voor kwalitatief onderzoek (Baarda et al. 2005; Evers, 2015). Gezien het grote aantal interviews, de iteratieve analyse, de verdieping met focusgroepen en het feit dat geen nieuwe informatie meer naar voren kwam, heeft datasaturatie plaatsgevonden.

Een ander belangrijk kwaliteitsprincipe is onderzoekerstriangulatie. In dit onderzoek hebben twee onderzoekers interviews gehouden, geobserveerd en geanalyseerd. In het onderzoeksteam zijn de bevindingen gethematiseerd, verdiept, en daarna zijn deze in iteratieve rondes besproken in de focusgroepen.

2. Literatuurstudie

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitkomsten van een literatuurstudie naar cultuursensitief werken in de langdurige zorg. We beschrijven wat er bekend is over werkplezier in de zorg en wat er bekend is over cultuursensitief werken. Vervolgens beschrijven we waarom cultuursensitief werken is ontwikkeld; op welke obstakels uit de praktijk van de zorg dit een antwoord is. Daarna beschrijven we wat dit cultuursensitief werken volgens de literatuur precies inhoudt en wat de veronderstelde werkzame elementen zijn.

2.1 Werkplezier in de Zorg

Wetenschappelijke studies laten zien dat de werkomgeving (inclusief factoren zoals sfeer, cultuur en werkuren), arbeidsvoorwaarden, zorgbeleid, de relatie met het management en de mate van ervaren ondersteuning, evenals waardering en erkenning, van cruciaal belang zijn voor het ervaren van werkplezier en het vergroten van de werkcommitment van zorgmedewerkers (Bogaert et al., 2013; De Groot et al., 2019; Jamshed & Majeed, 2019; Platis et al., 2015; Van Leeuwen, 2022; Nayak & Sahoo, 2015). Er zijn ook aanwijzingen dat professionele kennis, vaardigheden en competenties bepalend zijn voor zowel de kwaliteit van zorg als het ervaren van werkplezier (Parkinson, 2018; Schenk et al., 2022). Met het toenemende aantal mensen met bijvoorbeeld een migratieachtergrond wordt er van zorgprofessionals verwacht dat ze ook beschikken over cultuur- en diversiteitsensitive kennis, competenties en attitudes (Cuevas et al., 2017; Hughson et al., 2018). Deze vaardigheden zijn steeds belangrijker om de zorg optimaal af te stemmen op diverse cliëntengroepen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren (Butler et al., 2016; Hart & Mareno, 2014). Ook is het belangrijk dat met de diverse achtergronden van de zorgverleners zelf rekening wordt gehouden. Bijvoorbeeld: zorgprofessionals met een migratieachtergrond doen gemiddeld vaker transnationale mantelzorg en begrip en faciliteiten lijken niet alleen bij te dragen aan werkplezier (Duijs, 2023), maar kan ook belangrijk zijn om overbelasting van zorgprofessionals te voorkomen (Plaisier et al., 2015; Serra Mingot, 2020).

Met betrekking tot de relatie tussen cultuursensitief werken en werkplezier laat een literatuursearch in een aantal grote medische databases zien dat hier nagenoeg geen studies over zijn gepubliceerd. Wel wordt er in de discussieparagraaf van enkele studies die raken aan het onderwerp gesuggereerd dat hier meer onderzoek naar gedaan moet worden (Horvat et al., 2014; Kumra et al., 2020). Dit bevestigt het vermoeden van het ministerie van VWS, dat er over de wisselwerking tussen cultuursensitief werken en verzuim, uitstroom of werkplezier van medewerkers geen wetenschappelijke evidentie bestaat. In een diverse samenleving, en een diverse arbeidsorganisatie, is ook een diversiteitsperspectief op duurzame inzetbaarheid wenselijk (Verdonk et al., 2022).

2.2 Het belang van cultuursensitieve zorg

Zoals beschreven in de inleiding constateert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bij een klein aantal zorginstellingen in de langdurige zorg die op inclusieve of cultuursensitieve wijze werken, dat er minder sprake lijkt te zijn van een aantal problemen: er lijkt sprake te zijn van minder ziekteverzuim en meer werkplezier onder medewerkers. We beschrijven hieronder meer diepgaand wat cultuursensitief werken inhoudt. Vervolgens beschrijven we wat uit de literatuur naar voren komt, wat knelpunten zijn in de zorg waar cultuursensitieve zorg een oplossing voor zou moeten bieden. Over werkplezier of werkdruk bij professionals is nog weinig bekend, maar wel kunnen we ingaan op cultuursensitieve zorg aan patiënten met diverse achtergronden. Tot slot gaan we in op de vraag of aangetoond kan worden of cultuursensitief werken daadwerkelijk betere zorg betekent en op de verschillende elementen waar cultuursensitief werken uit bestaat.

2.3 Wat is cultuursensitief werken

In dit rapport worden de termen cultuur- en diversiteits sensitief afwisselend gebruikt, afhankelijk van de bron en de context, om (grotendeels) hetzelfde concept aan te duiden. ‘Diversiteit- of cultuursensitieve zorginstellingen’ worden beide geacht zowel de kwaliteit van zorg als de kwaliteit van werk te verbeteren. Instellingen en professionals die diversiteits sensitief werken, kunnen een omgeving bieden waarin cliënten zichzelf kunnen herkennen in de organisatie en het personeel, wat een vertrouwd gevoel creëert. Diversiteit onder het personeel gaat niet alleen over professionals die dezelfde taal spreken als de cliënten, maar in het algemeen ook over het gevoel van herkenning en openstaan voor mensen met diverse achtergronden, waaronder gender en andere aspecten van diversiteit zoals seksuele identiteit (Bellaart et al., 2020; Zhao, 2023). Dit biedt voordelen voor zowel cliënten als zorgprofessionals, omdat zorgverlening waarbij hulpverleners begrip hebben voor de achtergrond van cliënten en wat dat met zich meebrengt, onderlinge conflicten en de daaruit voortvloeiende stress zou kunnen voorkomen.

Cultuurspecifieke zorginstellingen werken vanuit de eigen leefwereld en taal en hebben in het bijzonder oog voor diverse culturele achtergronden (Bellaart et al., 2020). In diversiteits sensitieve zorg gaat het niet alleen om rekening houden met cultuur, maar ook om rekening houden met andere sociale identiteiten van mensen. Ook gender, religie, nationaliteit, leeftijd, seksuele oriëntatie en sociaaleconomische achtergrond en hun intersecties spelen een rol. Deze verschillende aspecten van diversiteit en in interactie met elkaar zijn van belang voor onze identiteit, en voor hoe we worden gezien. Mensen leven hun leven op de kruispunten van onder andere sekse, gender, leeftijd, etniciteit, sociaaleconomische positie, nationaliteit, seksuele voorkeur, en het al dan niet hebben van een beperking – dit wordt intersectionaliteit genoemd (Crenshaw, 1989; Wekker & Lutz, 2001). Het is belangrijk dat professionals competenties in huis hebben om op al deze verschillen in hun samenhang te kunnen anticiperen en ook begrijpen hoe hun eigen achtergrond een rol speelt in hoe de zorg verleend wordt (reflexiviteit) (Van de Haterd et al., 2010; Verdonk, 2015). ‘Diversiteits sensitieve zorg’ betekent dat zorgprofessionals zich bewust zijn van hoe diverse (sociale) persoonskenmerken een rol kunnen spelen bij gezondheid en zorg, en dat ze met verschillende verschillen kunnen omgaan (Bellaart, 2021; Muntinga et al., 2016). Dit vraagt om kennis, vaardigheden en een open houding (culturele competenties).

In dit rapport hanteren we desalniettemin vooral de term cultuursensitief vanwege de aard van de onderzoeksoopdracht. We hebben vooral instellingen bezocht en deelnemers geïnterviewd die gericht waren op culturele diversiteit.

2.4 Obstakels in het bieden van goede zorg aan diverse cliënten

Diversiteit- of cultuursensitief werken is een antwoord op verschillende knelpunten in de praktijk van de zorg in het bieden van zorg aan patiënten met diverse achtergronden.

2.4.1 Handelingsverlegenheid

Literatuurreviews laten zien dat zorgprofessionals handelingsverlegenheid ervaren bij het aansluiten bij de behoeften van hun cliënten, onder meer uit angst om beledigend, discriminerend of racistisch over te komen (Kai et al., 2007; Suphanchaimat et al., 2015; Zhao, 2023). Ze weten niet goed of ze moeten handelen, en wat ze zouden kunnen doen en hoe. Handelingsverlegenheid komt ook voort uit de aanname van de zorgverlener dat bepaalde problemen of situaties te maken hebben met de cultuur van de cliënt en de zorgverlener ervaart hier weinig af te weten. Het gaat om een blokkade bij de zorgverlener in het uitzoeken van het probleem en zoeken naar een oplossing door het idee er te weinig van af te weten, waarbij zorgprofessionals soms aangeven liever door te verwijzen (Ahmad, 2022; Gieles et al., 2023). Dus hoewel zorgprofessionals bereid zijn om nieuwe kennis over diversiteits sensitief werken te leren, vinden ze het soms lastig om deze kennis ook daadwerkelijk toe te passen en zijn ze onzeker hierover (Claeys et al., 2021). Handelingsverlegenheid van zorgprofessionals lijkt kortom ook mede te worden veroorzaakt door een gebrek aan kennis van etnocentrische overtuigingen, en wordt beïnvloed door de organisatiecultuur (Claeys et al., 2021; Stubbe, 2020).

2.4.2 Discriminatie

Discriminatie en vooroordelen vanuit zorgverleners naar cliënten op basis van afkomst zijn een groot obstakel voor het bieden van goede zorg. Uit een groot onderzoek naar de ervaringen van cliënten met discriminatie door zorgverleners in Nederland blijkt dat cliënten door ervaringen met discriminatie soms de zorg gaan mijden die zij eigenlijk nodig hebben (Kolste & Venderbos, 2022). Internationaal onderzoek laat zien dat zorgprofessionals net als de algemene bevolking 'bias' hebben of vooringenomen zijn ten aanzien van mensen vanwege hun afkomst en dat deze 'bias' hun medische handelen beïnvloedt (Featherston et al., 2020; FitzGerald & Hurst, 2017; Hall et al. 2015). In Nederland is dit niet onderzocht. Wel is uit onderzoeken gebleken dat er bepaalde stereotiepe beelden leven bij zorgprofessionals, bijvoorbeeld dat mensen met een migratieachtergrond door hun eigen familie verzorgd zullen worden (Ahmad et al., 2023; De Graaff & Francke, 2003). Ook is naar voren gekomen dat zorgprofessionals vaker 'afstand' voelen tot cliënten met een migratieachtergrond (Ahmad et al., 2023). Zorgprofessionals kunnen (onbewust) discrimineren of vooroordelen en stereotypen hanteren, maar ook kunnen zorgprofessionals zelf te maken krijgen met discriminatie. Internationale studies observeren dat met name laagbetaalde zorgprofessionals in de zorgsector (langdurige zorg) wel divers zijn, maar nog weinig inclusief (Naqvi et al., 2022).

Een belangrijke factor bij de selectie van professionals is vaak dat zij 'in het team moeten passen' en dat er sprake moet zijn van een 'klik' met de rest van het team. Echter, doordat collega's met een migratieachtergrond vaak als 'anders' worden beschouwd, maken zij minder kans om aan deze subjectieve criteria te voldoen, wat hun professionele kansen aanzienlijk beperkt (Leyerzapf, 2019). Ook als ze wel worden geselecteerd, kunnen ze aanlopen tegen impliciete normen op gebied van professionaliteit en competenties over wat geldt als 'competent' en 'collegiaal', gangbare manieren van spreken en het gebruik van humor, en zelfs normen over privékwesies, zoals hobby's of het wel of niet gebruiken van alcohol. Het kan ook gaan over het juist niet erkennen van specifieke competenties, zoals het hebben van kennis over bepaalde groepen omdat de medewerker daar zelf toe behoort of affiniteit mee heeft, of het spreken van andere talen (Leyerzapf et al., 2015; Leyerzapf et al., 2018; Leyerzapf et al., 2020; Muller et al., 2023).

Onderzoek in de sector zorg breed toont aan dat 19% van de professionals in de sector zorg en welzijn aangeeft in de afgelopen 12 maanden discriminatie te hebben ervaren door cliënten, 11% door familie, vrienden of bezoekers van cliënten of omstanders, en 6% door collega's of leidinggevenden (Ipsos, 2021). Zorgprofessionals die als 'anders' worden gezien door cliënten én collega's, ervaren vaak dat ze binnen hun team worden buitengesloten, en dit heeft een negatieve invloed op hun gezondheid en welbevinden. Dat is voor zorgprofessionals van kleur in de ouderenzorg genoemd als reden om als zzp'er te gaan werken (Duijs, 2023). De kans op precarisering van hun leven kan daarmee toenemen (Duijs et al., 2021). Tevens wordt het zzp-schap genoemd als factor die de kwaliteit van zorg negatief beïnvloedt. Hierover is het laatste woord nog niet gezegd – immers, als zzp'er blijven mensen in de zorg werken, en met meer werkplezier.

2.4.3 Taalbarrières

Een ander obstakel voor goede zorg aan diverse cliënten zijn taalbarrières. Taalbarrières kunnen leiden tot verschillende problemen: verminderde kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid, verminderde toegang tot zorg, verminderde cliënttevredenheid, hogere kosten voor zorg, en werkstress bij zorgprofessionals (Al Shamsi et al., 2019; De Mossaïc et al., 2019; Pandey et al., 2021). Gebruik maken van informele tolken, zoals een door de cliënt meegebrachte partner of buurvrouw, wordt veel gedaan, maar leidt ertoe dat de zorgprofessional weinig kan vertrouwen op de kwaliteit van de communicatie. Ook worden soms minderjarigen als tolk ingezet, met alle gevolgen van dien, niet alleen voor de kwaliteit van zorg, maar ook voor de mentale gezondheid van de minderjarige, zeker wanneer sensitieve thema's moeten worden vertaald (Zendedel, 2013).

Zorgprofessionals benadrukken dat taalbarrières het moeilijker maken om aan te sluiten bij de diverse culturele overtuigingen, zorgvoorkeuren en behoeften van cliënten (Ahmad et al., 2023; Claeys et al., 2021). Naar aanleiding van het afschaffen van de tolkenvergoeding in de zorg in 2012, publiceerde de KNMG in 2014 de 'kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg' (KNMG, 2014). Hierin wordt toegelicht waarom en wanneer een professionele tolk moet worden ingeschakeld. Ondanks deze norm zetten zorgprofessionals maar bij ongeveer een derde van de consulten met anderstaligen waarin ze het zelf eigenlijk nodig achten een tolk in (Triemstra et al., 2016). In de geboortezorg is de tolkenvergoeding overigens opnieuw ingevoerd per 1 januari 2023.

Het is aannemelijk dat het niet (goed) inzetten van een tolk leidt tot een hogere medische consumptie, bijvoorbeeld omdat mensen terugkomen bij de dokter als ze zich niet gehoord voelen of niet goed geholpen, of omdat de dokter voor verdere (non-verbale) diagnostiek doorverwijst naar het ziekenhuis (Langendijk-van den Berg et al., 2014). Maar alleen het instellen van tolkenhulp is niet per se voldoende voorwaarde voor diversiteitsensitive zorg. Tolken zijn niet altijd in staat, of worden niet altijd in staat gesteld, om betekenis te geven aan de leefwereld, de denkbeelden, de overtuigingen en attitudes van cliënten (Suphanchaimat et al., 2015). Dat hangt samen met de wijze waarop tolken in Nederland worden ingezet. In Nederland wordt van tolken over het algemeen een directe vertaling van taal verwacht, over het algemeen zonder verdere uitleg of toelichting. Hierdoor kan er geen ‘culturele vertolking’ plaatsvinden. En ondanks het gebruik van tolken kunnen taalbarrières nog steeds bijdragen aan het feit dat de veiligheid van cliënten die tot een etnische minderheidsgroep behoren, minder goed gewaarborgd is in de zorg dan van cliënten die tot de etnische meerderheid behoren (Chauhan et al., 2020). Daarnaast kan het gebruik van tolken tijds- en arbeidsintensief zijn, en dus leiden tot extra stress en werkdruk voor zorgprofessionals (Akhavan, 2012; Farley et al., 2014). Ook heeft het inzetten van een tolk invloed op de zorgprofessional-cliëntrelatie (Partida, 2007). In een dergelijke context is er minder ruimte voor informele gesprekken, en wordt het bovendien uitdagender om non-verbale signalen op te vangen. Mogelijk worden ook deze obstakels overbrugd in organisaties die cultuursensitief werken.

2.4.5 Obstakels op instellingsniveau

Er zijn echter niet alleen obstakels bij de medewerkers, maar ook op instellingsniveau. Culturele sensitiviteit kan bijvoorbeeld in de organisatie gepresenteerd worden als iets van en over ‘andere’ mensen en geassocieerd met interacties en situaties ‘anders’ dan de normale dagelijkse praktijk, waardoor het als onbelangrijk voor de praktijk wordt ervaren (Leyerzapf, 2019). Ook een bepaalde standaard manier van werken, zoals dat de vraag vanuit de cliënt en de familie zelf moet komen, het ‘nemen van eigen regie’, kan het aansluiten bij cliënten en hun families uit verschillende culturen in de weg staan (Ahmad et al., 2023; Van den Broeke et al., 2023).

2.5 Onderzoek naar effectiviteit van cultuursensitief werken op zorg

Er is enige evidentie dat cultuursensitief werken leidt tot betere zorg. Het gaat met name over onderzoeken die een samenhang laten zien, er is nog nauwelijks effect-onderzoek. Het begrip culturele competentie wordt vaak beschreven als de kennis, vaardigheden en houding om effectief samen te werken of in gesprek te gaan met mensen die anders zijn dan jijzelf (Krentzman & Townsend, 2008; Laird & Williams, 2023). Een review van Govere en Govere uit 2016 laat zien dat wanneer zorgverleners zijn getraind in culturele competentie, dat dit gepaard gaat met meer patiënttevredenheid. Een review uit Slovenië liet ook zien dat training in culturele competenties gepaard gaat met positieve resultaten voor patiënten, bijvoorbeeld verbeterde zelfzorg (Ličen, et al., 2019). Een studie uit China onder verpleegkundigen bevestigt dit, en laat daarnaast ook zien dat positieve communicatie, het samen beslissingen maken en het gedrag gericht op het winnen van het vertrouwen van de patiënt samenhangt met meer patiënttevredenheid bij cultureel competente verpleegkundigen (Tang et al., 2019). Culturele competentie hangt ook samen met meer empathie bij zorgprofessionals (Sohrabi et al., 2022). Een review van Vella, White en Livingston (2022) laat echter zien dat er ook studies zijn, die geen effect aantonen op patiënten. Het werkt dus niet altijd.

Een begrip dat lijkt op culturele competentie is ‘cultural humility’, ofwel culturele bescheidenheid (Foronda, 2020; Fisher-Borne et al., 2015). Dat is een benadering van interculturele interactie die de nadruk legt op voortdurende zelfreflectie en levenslang leren en erkenning van machtsverschillen. Het benadrukt het belang van het opbouwen van relaties, respect en pleitbezorging voor sociale rechtvaardigheid bij het aanpakken van gezondheids- en sociale ongelijkheden (Foronda et al., 2016; Yeager & Bauer-Wu, 2013). Trainingen in culturele bescheidenheid (of ‘humility’) en het effect daarvan zijn onder meer onderzocht in medische settings. Over dit thema is wel al een effectstudie gedaan. Een studie met een voor- en nameting vond een klein positief effect – een van de twee gebruikte meetinstrumenten liet zien dat de deelnemers na afloop competentier reageerden op een situatie waarin een zwarte patiënt microagressie rapporteert in een interactie met een zorgverlener. Na afloop gaven de deelnemers onder meer erkenning aan het feit dat de patiënt microagressie had ervaren en lieten zij vaker dankbaarheid zien dat de patiënt dit had aangekaart (Assemi et al., 2024). Voorzichtigheid is wel geboden, omdat er geen controlegroep was in deze studie, wat nodig is om met zekerheid over effect te spreken. Een meta-analyse van culturele bescheidenheid in de psychotherapie laat een verband zien met gunstigere uitkomsten van de therapie als de cliënt het idee heeft dat de therapeut meer ‘cultureel bescheiden’ is (Scott, 2022). In andere woorden: als de therapeut volgens de cliënt meer cultureel bescheiden is, lijkt dit gepaard te gaan met betere uitkomsten van de therapie zoals beoogd.

2.6 Elementen van cultuursensitief werken door zorgverleners

Diverse auteurs en onderzoekers benoemen verscheidene componenten die aan diversiteits sensitief werken bijdragen, maar wat die kennis, houding en vaardigheden precies moeten zijn voor betere zorg voor patiënten en voor meer werkplezier is niet onderzocht. Wel is er veel literatuur die beschrijft wat diversiteits sensitief werken idealiter zou moeten inhouden. Het meest benoemde element is dat de professional het eigen referentiekader moet kennen (reflexiviteit) en open staat om het perspectief en de leefwereld van de cliënt te leren kennen (Van de Haterd et al., 2010) en moet kunnen reflecteren op zichzelf en eigen vooroordelen en stereotypen of zich hier in ieder geval bewust van moet zijn (Boedjarath, 2010; Van de Haterd et al., 2010; Leyerzapf, 2019; Schouten et al., 2023; Seeleman et al., 2009; Verdonk & Abma, 2013; Verdonk, 2015). Deze reflexiviteit is zowel een houding als een vaardigheid.

Verder benadrukken verschillende auteurs dat een professional in de gezondheidszorg kennis moet hebben over verschillende culturen (Boedjarath, 2010; Van de Haterd et al., 2010; Schouten et al., 2023; Thomas et al., 2015; Verlaan, 2018) en moet weten hoe verschillende behandelingen uitwerken bij verschillende groepen (Seeleman et al., 2009). Hierbij is het belangrijk om oog te hebben voor en kennis te hebben van de sociale context van de cliënt (Schouten et al., 2023; Seeleman et al., 2009). Daarnaast gaat het om nieuwsgierig zijn naar de ander (Boedjarath, 2010; Van de Haterd et al., 2010; Verlaan, 2018), je kunnen inleven in de cliënt en empathie tonen (Boedjarath, 2010; Van de Haterd et al., 2010; Schouten et al., 2023; Thomas et al., 2015) en flexibel zijn (Schouten et al., 2023; Seeleman et al., 2009; Thomas, et al., 2015). Verbale en non-verbale communicatieve vaardigheden, zoals het kunnen overbrengen van informatie op een manier die bij de cliënt past, zijn daarom cruciaal om goede zorg te verlenen (Van de Haterd et al., 2010; Schouten et al., 2023; Seeleman et al., 2009).

Om deze competenties te meten bij zorgprofessionals wordt internationaal onder meer de ‘culturele intelligentie’ schaal van Thomas et al. (2015) gebruikt. Hierin komen veel van de bovenstaande genoemde competenties terug. Opvallend is dat het hier niet gaat over attitude maar over meta-cognitie. Dit komt overeen met wat sommige Nederlandse auteurs beschrijven als reflectie ofwel het vermogen om bewust en opzettelijk de eigen gedachten en gevoelens te kennen en in de gaten te houden in relatie tot de doelen in het werk die behaald moeten worden.

2.6.1 Samenwerken met naasten

Participatie van cliënten en naasten lijkt samen te hangen met kwaliteit van zorg voor cliënten, met name in context van personeelstekorten (Esques et al., 2020; Determeijer et al., 2023; Kim et al., 2016; Modigh et al., 2021; Park & Giap, 2020). Echter, de relatie tussen familieparticipatie en kwaliteit van werk is ambivalent. Familieparticipatie kan bijdragen aan ontlasten van zorgprofessionals, maar wordt ook genoemd als belastend voor zorgprofessionals (Smits et al., 2022). Kunnen samenwerken met familie is een belangrijke vaardigheid als het gaat om diversiteits sensitief werken. In families met een migratieachtergrond is het bijvoorbeeld gebruikelijker dat de zorg voor ouderen binnen de eigen kring wordt geregeld (Wezel et al., 2016). Dit wat ‘romantische’ beeld over hoe in families wordt gezorgd, wordt vaak aangenomen door zorgprofessionals, hoewel in de praktijk vaak één schoondochter verantwoordelijk is voor de zorg en niet alleen de zorg voor de zorgontvanger, maar ook de zorg voor de familie zeer belastend kan zijn (Ahmad et al., 2023; Hengelaar et al., 2024). De sociale netwerken van migranten zijn niet altijd zo groot en ondersteunend als vaak wordt aangenomen. Bovendien kunnen zorgprofessionals de belangrijke rol van de mantelzorger soms ervaren als een belemmering van de normale zorgprocedures die zij ‘moeten’ volgen (Smits et al., 2022; Suphanchaimat et al., 2015), en voelen mantelzorgers zich vervolgens niet gehoord (Hengelaar et al., 2024).

Systematische reviews tonen aan dat familieleden het zorgpersoneel wel degelijk kunnen ondersteunen bij de persoonlijke en therapeutische zorg, en dat zij onvervulde zorgbehoeften voor familieleden kunnen vervullen (Determeijer et al., 2023; Gaugler & Mitchell, 2022; Modigh et al., 2021; Park and Giap, 2020). Constructief samenwerken met de familie kan beschouwd worden als een belangrijk element van diversiteits sensitief werken. Mogelijk kan dit bijdragen aan het verminderen van werkdruk en stress bij zorgprofessionals (Hart & Mareno, 2014). Goede communicatie tussen cliënt en zorgverlener kan ertoe leiden dat cliënten en hun naasten zorgmedewerkers zien als familie, en hun adviezen serieuzer nemen (Pijpers & Carlsson, 2018). De rol van diversiteit in interacties tussen zorgprofessionals, cliënten en hun naasten is nog maar weinig bestudeerd (Hengelaar et al., 2023). Een recente kwalitatieve studie laat zien

dat mantelzorgers met een migratieachtergrond die zorgen voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zich machteloos voelen in de samenwerking met zorgprofessionals (Hengelaar et al., 2024). Een gevoel van onrechtvaardigheid en wantrouwen ontwikkelde zich over tijd wanneer er niet responsief werd gereageerd als ze lieten weten dat zorgprofessionals onvoldoende rekening hielden met religieuze of culturele uitgangspunten (Hengelaar et al., 2024).

2.6.2 Cultuursensitief werken op instellingsniveau

Cultuursensitieve zorginstellingen werken idealiter ook met richtlijnen en protocollen waarin aandacht voor diversiteit is meegenomen. Echter, richtlijnen zijn niet altijd voorhanden. Uit wat ouder vergelijkend onderzoek naar medische richtlijnen uit verschillende landen bleek dat in Nederland relatief weinig aandacht werd besteed aan etniciteit in de zorgrichtlijnen (Manna et al., 2003) en daarna is hier zover bekend geen onderzoek meer naar gedaan. Mogelijk is dit veranderd. Geen aandacht voor etniciteit in richtlijnen kan een uiting zijn van gebrek aan kennis. Zo zijn bijvoorbeeld mensen met een donkere huidskleur ondervertegenwoordigd in onderzoek naar huidkanker (Van Loenen et al., 2022). Het is dus mogelijk dat witte mensen¹ als een soort ‘onzichtbare norm’ worden beschouwd in medische onderzoeken en richtlijnen, terwijl aandacht voor verschillen in etniciteit soms juist van belang kan zijn in de behandeling (Achterbergh et al., 2019; Badou et al., 2023; Brewster, 2019). Aan de andere kant kan er ook sprake zijn van het omgekeerde: te veel nadruk leggen op verschil en uitgaan van ‘race’ in medische richtlijnen, zoals in bloedonderzoek of bij de behandeling van hypertensie (Achterbergh et al., 2019; Van Loenen et al., 2022; Van Bakkum et al., 2021; Van Bakkum et al., 2023). Het concept ‘ras’ als biologisch concept, dat echter niet bestaat, wordt nog steeds gebruikt in de Nederlandse praktijk om klinische beslissingen te nemen. Hieronder ligt de veronderstelling dat bepaalde ziekten vooral vóórkomen bij bepaalde bevolkingsgroepen terwijl dat lang niet altijd het geval is. Zo zijn ‘etnische gezondheidsverschillen’ vaak te wijten aan sociaaleconomische verschillen en dus aan inkomen of vermogen in plaats van aan cultuur of etnische achtergrond (Buckle, 2019; Goodarzi et al., 2022). Het onterecht gebruiken van etnische categorieën in richtlijnen kan leiden tot simplificatie, wat weer kan leiden tot stigmatisering van etnische groepen als ‘ongezond’ (Goodarzi et al., 2022). Bovendien kan de verplichting voor zorgverleners om de etniciteit van de cliënt te registreren, zoals in de geboortezorg, leiden tot veel onduidelijkheid bij zorgverleners over hoe ze dit correct moeten doen en kan dit de bureaucratische last vergroten (Goodarzi et al., 2022). Een optie is om alleen indien relevant te vragen naar hoe iemand zelf zijn of haar afkomst zou omschrijven (Brewster, 2019).

Een ander belangrijk onderdeel van cultuursensitieve zorg is de representatie van diversiteit in de organisatie, en personeelsbeleid dat discriminatie voorkomt en inclusie bevordert. Racisme en discriminatie op de werkvloer blijken nu nog vaak onbesproken redenen te zijn voor verzuim, uitstroom en de keuze om als zzp’er te gaan werken (Duijs et al., 2021; Duijs et al., 2024; Van Wees et al., 2023). En bij discriminatie vanuit cliënten wordt de zorgverlener die gediscrimineerd wordt lang niet altijd gesteund door collega’s en leidinggevendenden (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021). Onderdeel van cultuursensitief werken houdt in dat er oog is voor discriminatie en dat ingezet wordt op de preventie en aanpak daarvan, zowel vanuit cliënten als tussen collega’s onderling (Nhass & Poerwoatmodjo, 2021; Bousbaa et al., 2024).

Passend hierbij is de daadwerkelijke coherente implementatie van een visie op (omgaan met) diversiteit, waaronder inclusief personeelsbeleid. Hierin wordt om te beginnen objectief geselecteerd, en staat niet het selecteren op basis van ‘een klik’ of ‘in het team passen’ centraal (Felten, 2022; Hulsegge et al., 2020). Ook is een meer objectief en geformaliseerd proces van besluitvorming rondom promoties wenselijk dat nauwgezet wordt gemonitord om te voorkomen dat deze besluitvorming alsnog gepaard gaat met ongelijkheid (Bielby, 2000; McGinnity et al., 2021).

1 KIS heeft in eerdere rapporten gekozen om Zwart met een hoofdletter te schrijven. Dit verwijst naar mensen met een gedeelde transnationale politiek en culturele identiteit die door mensen in de Afrikaanse diaspora gedeeld worden (zie Welkom - Zwart Manifest). Daarnaast is ervoor gekozen wit met een kleine letter te schrijven. Amsterdam UMC, Movisie, en KIS sluiten hiermee aan bij invloedrijke media zoals de New York Times (zie Why We’re Capitalizing Black - The New York Times (nytimes.com)) en AP News (AP changes writing style to capitalize “b” in Black | AP News). Wij zijn ons ervan bewust dat deze discussie over taal en hoofdlettergebruik in de samenleving nog volop gaande is.

Samenvatting Cultuursensitief werken literatuur review

Samengevat kan cultuursensitief werken dus bestaan uit de volgende elementen:

1. Een bepaalde houding, kennis en vaardigheden. Het gaat in het bijzonder om:

- *Het (h)er/kennen van het eigen referentiekader*
- *Kennis hebben over verschillende culturen*
- *Kennis hebben over hoe verschillende behandelingen (uit)werken bij verschillende groepen*
- *Oog hebben voor – en kennis hebben van – de sociale context waarin de cliënt verkeert*
- *Open staan om het referentiekader van de cliënt te leren kennen*
- *Inleving of empathie*
- *Nieuwsgierig zijn naar de ander*
- *Flexibiliteit en kunnen aanpassen*
- *Bewust zijn van en in staat zijn om te reflecteren op eigen vooroordelen en stereotypen*
- *(Verbale en non-verbale) communicatieve vaardigheden zoals het kunnen overbrengen van informatie op een manier die bij de patiënt past, komt verschillende malen*
- *Kunnen reflecteren op zichzelf of meta-cognitie*
- *Samenwerken met de familie*

2. Beleid vanuit zorginstellingen:

- *Protocollen en richtlijnen gebruiken die oog hebben voor (o.a. etnische en culturele) diversiteit, maar niet opgesteld zijn vanuit het idee van ‘race’*
- *Beleid en aanpak van discriminatie*
- *Beleid voor objectief werven en selecteren en doorstromen*

3. Resultaten kwalitatief onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek, gebaseerd op de analyse van observaties, interviews en focusgroepen, gepresenteerd. Eerst wordt beschreven hoe cultuursensitieve zorg in de praktijk wordt toegepast. Vervolgens worden de uitdagingen en belemmeringen besproken die in de praktijk worden ervaren. Ten slotte wordt ingegaan op het werkplezier van zorgprofessionals die cultuursensitief werken.

Hieronder volgt een illustratief moment, een vignette van een observatie van een onderzoeker, waarin wordt beschreven hoe de zorg, inrichting en activiteiten zijn aangepast aan de culturele en religieuze achtergrond en levenswijze van de cliënten, en welke betekenis dit heeft voor zowel cliënten als zorgverleners.

VIGNETTE 1

De Imam is er, hij komt de Koran voorlezen. Samen met een aantal bewoners zit ik in de bijna volle gemeenschappelijke ruimte van het verpleeghuis. De meesten zitten in een rolstoel aan een tafel. Mannen bij de mannen, vrouwen bij de vrouwen. Aan de arm van een zorgverlener komt een vrouw aangeschuifeld, samen wandelen ze rustig naar de wandkast, waaromheen een aantal kleine ornamenten hangen. De zorgverlener pakt er een hoofddoek uit en doet die aandachtig bij haar om.

De medewerker die me vanmorgen rondleidde, luistert ook aandachtig naar de Imam en glimlacht af en toe breed naar een bewoner. Ze ‘shhht’ naar twee medewerkers die achter in de ruimte ergens mee bezig zijn en kletsen, waarop ze stil weglopen. Na afloop vertelt ze dat de bewoners dit wekelijkse ritueel enorm waarderen. We drinken samen thee en ik krijg wat [specifieke culturele] lekkernijen erbij. ‘De zingeving is net zo belangrijk als de zorg zelf’, legt ze uit. ‘Het geeft cliënten veel herkenning, ze zijn dit al heel hun leven gewend. Dat geeft rust.’

Toen de medewerker hier in 2018 voor het eerst binnenliep, kreeg ze tranen in haar ogen, vertelt ze. ‘Ik wou heel graag iets betekenen voor mijn cultuur. Maar toen ik de eerste dag binnenkwam, op sollicitatiegesprek, kon ik geen gesprek voeren. Voor mij was het heel emotioneel om mijn eigen volk te zien in een verpleeghuis. Het was een thuisgevoel. Daarna ben ik nog een keer uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek en ben ik aangenomen. Ik werk hier nog steeds met heel veel plezier.’

-Observatie onderzoeker

Dit vignette beschrijft een situatie binnen een cultuurspecifieke zorgorganisatie. In deze organisatie wordt specifiek aandacht besteed aan Islamitische feestdagen. Zo wordt er driemaal daags eten geserveerd uit de eigen culturele traditie van de bewoners, hangen er posters van beroemdheden uit het land van herkomst in de gangen, en worden rituele wassingen uitgevoerd. Deze elementen, samen met andere aspecten, dragen bij aan het creëren van een gevoel van thuiszijn voor de bewoners. Dit thuisgevoel wordt regelmatig genoemd door de geïnterviewde zorgverleners van cultuurspecifieke of diversiteitsensitieve zorgorganisaties,

ongeacht hun eigen culturele achtergrond. Volgens hen ervaren zowel bewoners als zorgverleners een gevoel van begrip, respect en verbondenheid, alsof men 'familie' is. Dit roept de vraag op hoe de zorg en de bijbehorende praktijken er precies uitzien en hoe alles daaromheen vorm krijgt, welke uitdagingen hierbij komen kijken, en welke invloed dit alles heeft op het werkplezier van de zorgverleners.

3.1 Cultuursensitief werken in de praktijk

Om inzicht te krijgen in de wijze waarop cultuursensitief werken in de zorgpraktijk wordt vormgegeven, is het van belang om eerst te exploreren hoe medewerkers en managers binnen de betreffende zorginstellingen deze zorg definiëren. Hoewel deze definities vaak overeenkomen, zijn er ook variaties in de wijze waarop medewerkers binnen dezelfde instelling deze concepten interpreteren. In het onderstaande worden de kenmerken van cultuursensitief werken beschreven die het meest door de deelnemers zijn genoemd.

3.1.1 Persoonsgericht

Veel deelnemers beschouwen cultuursensitief werken als het zoveel mogelijk rekening houden met de wensen en behoeften van individuele cliënten. Zij benadrukken dat cultuursensitieve zorg in essentie persoonsgericht is, wat inhoudt dat zorg wordt afgestemd op het individu, rekening houdend met diens specifieke wensen, behoeften en gewoonten. Deze elementen kunnen vaak gerelateerd zijn aan cultuur en/of religie, maar dat is niet per definitie het geval. Tegelijkertijd wijzen enkele deelnemers op het risico van culturele generalisaties. Zij benadrukken dat het categoriseren van mensen op basis van cultuur, bijvoorbeeld door aan te nemen dat bepaalde culturele kenmerken automatisch leiden tot specifieke wensen, kan leiden tot stereotypering. Dit gevaar wordt ook in de literatuur beschreven.

Zorgverleners omschrijven cultuursensitief werken als een benadering waarbij de cliënt als individu wordt gezien en behandeld, waarbij voldoende tijd wordt genomen om hen te leren kennen en zich te verdiepen in wie zij zijn en waarom zij zijn wie zij zijn. Een aantal zorgverleners benoemen ook dat ze de cliënten op deze manier behandelen om stereotypering te voorkomen. Volgens veel geïnterviewde zorgverleners draait cultuursensitieve zorg echter vooral om het respecteren van de persoonlijke voorkeuren van cliënten, waarbij aandacht wordt geschonken aan hoe zij verzorgd willen worden. Zij benadrukken bovendien dat er niet alleen tussen, maar ook binnen culturen aanzienlijke diversiteit bestaat. Voor sommigen, voor wie persoonsgerichtheid een belangrijk uitgangspunt is, betekent dit dat alle persoonsgerichte zorg in wezen cultuursensitief zou moeten zijn.

‘We werken natuurlijk persoonsgericht hier en dat heeft ook te maken met cultuur. Wie is die persoon? Wat is belangrijk voor die persoon? Wat draagt bij aan een goede kwaliteit van leven? Aan de hand daarvan proberen we de zorg te leveren.’

Deelnemer 8

Persoonsgerichte zorg is volgens zorgverleners het hebben van een bepaalde nieuwsgierigheid naar de cliënt, een bepaalde intrinsieke motivatie ook, om te begrijpen waar bepaalde wensen en behoeften vandaan komen. Je moet je echt willen verdiepen in een cliënt en die echt proberen te begrijpen, zo wordt veel genoemd. Ook wordt genoemd dat het gaat om vragen te durven stellen, in plaats van zomaar aannames doen over de cliënt, zoals deze zorgprofessional zegt:

‘Er is een bepaalde mood, een bepaalde nieuwsgierigheid, een bepaalde durf voor nodig, denk ik. Je moet een vraag durven te stellen bij alles wat je zegt, ervaart, hebt ervaren of hebt geleerd. Om echt een ander te gaan zien, de wereld zien zoals de ander die ziet. Het is belangrijk dat je je eigen aannames, of bepaalde dingen die je... als een soort ‘echte waarheid’ aanneemt, in twijfel durft te trekken of durft te bevragen. Is dat zo? Of heb ik dat zo geleerd?’

Deelnemer 2

Om die vragen te kunnen stellen en erachter te komen hoe je het beste kan aansluiten bij de cliënt, is goed contact met de cliënt en een vertrouwensband cruciaal, zo noemen verschillende deelnemers. Het gaat om ‘echt contact maken met de cliënten zelf’, onderzoek doen naar diens achtergrond en daarbij ook zelf-onderzoekend zijn, zo benadrukt een geïnterviewde. Een aantal zorgmedewerkers noemt expliciet dat de zorg zelf niet anders is in een cultuursensitieve organisatie vergeleken met een reguliere organisatie. Het gaat volgens hen om ‘alles eromheen’ zoals het eten, de inrichting, aandacht voor religie, herdenkings- en feestdagen, themamanda en de extra of rituele wassingen.

‘Als ik twee bewoners heb met twee verschillende culturen, dan behandel ik de ene niet anders dan de ander. Tenzij de familie aangeeft: ik wil geen mannelijke collega aan het bed, natuurlijk, dan zal er een vrouwelijke collega komen. Maar die gaat de bewoner niet anders wassen dan dat ik bijvoorbeeld bij een Hollandse bewoner zou doen.’

Deelnemer 32

‘Ik denk dat dat heel fijn is. En ik denk dat de bewoners dat ook wel heel fijn vinden. Dat is ook heel wisselend, want ik denk ook dat er wel mensen zijn die nu iets hebben van... Het maakt mij niks uit. Ik hoef niet per se hier te wonen. Ik vind: in een Hollands huis vind ik het ook prima. Ik woon hier al zo lang in Holland, dus het zou mij ook niet zoveel uitmaken. Maar dit is ook wel weer bewonersgericht. Ik kan mij wel voorstellen dat je dat wel heel prettig kan vinden. Tot het eten en... Hoe heerlijk is het, dat je lekker je eigen eten van vroeger kan eten... Het smaakt natuurlijk toch niet zoals vroeger, maar toch... [red.]’

Deelnemer 29

Het weten wie de cliënt is, wat deze belangrijk vindt en nodig heeft, komt dus terug als een belangrijk onderdeel van cultuursensitief werken.

3.1.2 Respecteren van verschillende culturen

Het respecteren van verschillende culturen wordt door deelnemers als heel belangrijk gezien. Verschillende deelnemers geven daar verschillende betekenissen aan. Voor de ene deelnemer is het ‘simpelweg zorg bieden zoals reguliere instellingen in de wijk dat doen, en daarnaast rekening houden met cultuur’. Dat kan door aandacht te geven aan speciale feestdagen, rituelen, te letten op muziek en het aanbod van eten, of het op andere manieren ruimte maken voor diversiteit op verschillende plekken en momenten.

‘Cultuurspecifieke zorg is voor mij, echt nog steeds blijven beleven van eigen cultuur, van eetgewoonte tot de muziek tot de speciale feestdagen, waarden, normen, alle kanten, van de kledingstijl, van het respecteren, meer van persoonsgerichte zorg.’

Deelnemer 37

Voor anderen gaat het verder dan eten, feestdagen en muziek en zit het meer in het rekening houden met bepaalde culturele normen en waarden. Het belangrijkste is dan, zeggen zij, dat een zorgverlener daar kennis over heeft, en dat zij bewoners zoveel mogelijk hierin tegemoet komen.

‘In het werk houden we heel erg rekening met mannen en vrouwen. Mannelijke verzorgers gaan naar mannelijke cliënten, vrouwelijke verzorgers gaan naar vrouwelijke cliënten. Dus die scheiden we, vooral bij de persoonlijke verzorging. Bij de begeleiding kan het iets anders zijn, dan heb je geen lichamelijk contact met de cliënt, maar bij fysieke zorg, dus bij verzorging, verpleging, dan maken we daar een onderscheid in. En dat wordt gewaardeerd, zowel door cliënten als medewerkers.’

Deelnemer 16

Bovenstaande citaat is van een medewerker in een cultuurspecifieke organisatie. Diversiteitssensitief of cultuurspecifiek werken kan dus betekenen dat er gendersegregatie plaatsvindt. In de reguliere zorg is expliciete segregatie ongebruikelijk, hoewel in praktijk van de langdurige zorg (in het bijzonder de ouderenzorg), vooral veel vrouwen zorg ontvangen. Omwille van het respecteren van bepaalde normen van cliënten, kan dit een logische of onvermijdelijke keuze zijn. In zo'n geval kan de waarde van respect voor religie en/of cultuur botsen met de waarde van gelijkheid. In de bezochte cultuurspecifieke organisaties is deze keuze echter heel vanzelfsprekend. Die wordt juist gewaardeerd, vertellen deelnemers: het maakt dat de bewoners zich gerespecteerd voelen.

Naast het respecteren van cultuur wordt ook het respecteren van religie genoemd als een essentieel onderdeel van cultuursensitief werken. De deelnemers beschrijven verschillende manieren waarop met religieuze diversiteit rekening wordt gehouden in hun organisatie. Zo worden in een zorginstelling voor joodse cliënten de joodse leefregels gevolgd, zoals het naleven van de koosjere eetvoorschriften. Op de afdeling is er ook een koosjere keuken. Bovendien is er gescheiden keukenapparatuur, bestek en servies beschikbaar: voor zuivelproducten en voor vleesproducten, om te voldoen aan de joodse religieuze regels rondom voeding. Verder is er ook een sjoomer (of 'shomer'), een religieuze toezichthouder, aanwezig die toezicht houdt op de naleving van joodse religieuze regels en tradities in het dagelijks leven van de bewoners, zoals het naleven van de sabbat, koosjere voeding, en rituelen rondom feestdagen en gebeden. Op een afdeling met veel Molukse cliënten wordt een Molukse kerkdienst gehouden. In onderstaand verpleeghuis wordt er een religieus schoonmaakritueel gehouden als een bewoner is overleden, passend bij de wensen van bewoners en familieleden:

‘In dit huis, na het vertrek van iedere bewoner, vindt er een rituele schoonmaak plaats. Dat komt ook uit de cultuur. Dus dan komt er een - ik weet niet hoe zo iemand heet - een speciaal iemand en die gaat de geesten weggagen van de vorige bewoner. Dit is ook zo bijzonder, dat doen we bij iedere kamer.’

Deelnemer 34

In alle bezochte zorginstellingen wordt geprobeerd om de overgang van thuis naar instelling gemakkelijker te maken: dat wat iemand thuis gewend is, wil men in de instelling zoveel mogelijk voortzetten. De mate waarin tegemoetgekomen wordt, of rekening gehouden kan worden met iemands culturele en/of religieuze achtergrond, verschilt erg per instelling. Dit komt uit de interviews naar voren, maar is ook zichtbaar tijdens de observaties. De grootste verschillen zijn te zien tussen diversiteitssensitieve en cultuurspecifieke organisaties. Een diversiteitssensitieve instelling houdt rekening met vele verschillende culturele normen, waarden, behoeften en wensen, en daar komt vaak bij kijken dat er soms, of vaak, een compromis gesloten wordt en enige aanpassing wordt gevraagd van de bewoners. Zo wordt aan iedereen behoeften 'een beetje' voldaan. Een zichtbaar voorbeeld is het eten: Turkse bewoners in een diversiteitssensitieve instelling krijgen soms typisch Turks eten, maar ook regelmatig typisch Surinaams, Javaans of Nederlands eten. Turkse bewoners in de cultuurspecifieke Turkse instelling die in het begin van dit hoofdstuk genoemd is, krijgen driemaal per dag typisch Turks eten.

‘Dat een beetje, dat je... Het is echt wel dat eten, wat echt wel belangrijk is. En dan inderdaad die muziek wat ervoor zorgt dat het dan... En ik zet ‘s avonds... Als ik hier weleens werk, doe ik een Spotify en dan zoek ik effe Indische muziek, en dan is dat ook helemaal prima. Dat probeer je dan wel een beetje erin te houden. Dat een beetje.’

Deelnemer 29

Cultuurspecifieke organisaties richten zich voornamelijk op cliënten met een specifieke culturele achtergrond, waarbij grote overeenkomsten worden verondersteld tussen de cliënten: een joodse cliënt in een joodse zorginstelling, een Chinese cliënt naar een Chinese zorginstelling. Ook wordt er soms cultuurspecifieke zorg geleverd aan een afdeling binnen een grotere organisatie. Een zorgverlener in een cultuurspecifieke instelling met een aparte Chinese afdeling beschrijft dat daar een gastvrouw in dienst is die kookt zoals veel Chinese mensen het thuis gewend waren. Hoewel China een groot land is met veel diversiteit in eetgewoonten en gerechten per regio, komen de geuren en smaken voor veel van hun bewoners in de buurt van wat ze gewend waren. Ook op andere vlakken verschillen cultuurspecifieke organisaties van cultuursensitieve organisaties, zo vertelt een manager:

‘Wij hebben onze strategie nu rond voor de komende jaren. Daar hebben we nu geduid dat we cultuurspecifiek zijn. Dus niet cultuurspecifieke zorg leveren, want dat is een product, maar echt cultuurspecifiek zijn. Dat zit in ons DNA. Dat betekent dat we heel erg investeren in scholingen voor onze medewerkers om hen te vertellen wat de historie is en wat dat doet met onze bewoners, om te begrijpen hoe zo’n cultuur in elkaar zit. Dus wij gaan heel ver. [...] Hier koken we echt Indisch-Moluks, met alle kruiden, enzovoorts. [...] Maar het gaat in het groot en in het klein. Wat wij ook hier doen, is het leveren van complementaire zorg. Ik geloof dat we daar ook redelijk uniek in zijn. Dat zijn mensen die aanrakingen doen, zeker in de Indisch-Molukse cultuur wordt dat heel fijn gevonden. Zij doen massages en bepaalde aanrakingen, spreken bepaalde woorden. Ook heel bijzonder om te zien.’

Deelnemer 34

Ook binnen de groep diversiteitsensitieve instellingen zijn verschillen te zien in de mate waarin tegemoetgekomen wordt aan de wensen en behoeften van de bewoners. Dit heeft, zo vertellen (voornamelijk) zorgmanagers, onder meer met financiële middelen te maken. Ook maakt het uit of een instelling onderdeel is van een grotere reguliere zorginstelling, die niet geheel cultuursensitief werkt, of dat de instelling onafhankelijk is.

3.1.3 Zelfreflectie en reflexiviteit

Om goed te kunnen aansluiten bij verschillende cliënten, is een bepaalde mate van reflexiviteit nodig, vinden veel medewerkers. De zorgprofessionals wijzen hier op een vorm van zelfkennis, op het hebben van inzicht in hun eigen referentiekader. Dat inzicht in wie ze zijn en in hun eigen aannames, ideeën en achtergrond zoals cultuur is belangrijk omdat hun referentiekader een rol speelt in de omgang met collega's en in het bieden van zorg:

‘Het is heel belangrijk, juist, om te weten: wie ben jijzelf? Welke normen en waarden heb jij? Wat vind jij belangrijk om mee te nemen als je werkt met de kwetsbare groep waar je mee te maken hebt?’

Deelnemer 26

Cultuursensitief werken wordt dus volgens verschillende deelnemers gekenmerkt door een bepaalde houding, waarin gereflecteerd wordt op het eigen culturele referentiekader en het besef dat wat voor de ene persoon ‘normaal’ is, voor de andere persoon niet ‘normaal’ hoeft te zijn. De bedoeling is dat je vervolgens als zorgmedewerker nieuwsgierig bent naar het referentiekader van de cliënt en hier aandacht voor hebt, leggen verschillende deelnemers uit.

3.1.4 Kennis over culturen

Kennis over verschillende culturen wordt genoemd als een belangrijk aspect van cultuursensitief werken. Als zorgverleners over kennis beschikken, kunnen ze hiermee rekening houden in de zorg aan cliënten, vertellen de geïnterviewden. Zo hoeven ze minder ‘stug’ vast te houden aan wat voor veel Nederlanders zonder migratieachtergrond gebruikelijk is, maar kunnen ze aansluiten bij de desbetreffende cliënt en diens normen, waarden en gewoonten. Kennis over culturen houdt ook in kennis over communicatiestijlen:

‘Kennis van verschillende achtergronden is belangrijk, maar ook benaderingswijze: wat zijn normale waarden en normen binnen een bepaalde cultuur?’

Deelnemer 25

Voldoende kennis over verschillende culturen draagt bij aan het respecteren van de gewoonten en gebruiken uit verschillende culturen:

‘Het zijn kleine dingen die heel belangrijk voor iemand kunnen zijn. Maar als ik het niet weet, kan het misschien zijn dat iemand zich ergens niet prettig bij voelt, terwijl die het niet kan uiten. Dus het is gewoon heel belangrijk om met cliënten en families daarover in gesprek te gaan. [...] En dat zijn wel dingen waar je per individu eigenlijk naar op zoek bent.’

Deelnemer 32

Zonder deze kennis is het lastiger om goed aan te sluiten bij cliënten. Volgens verschillende geïnterviewden kunnen ze cliënten dan minder goed begrijpen, of ze hebben niet in de gaten dat ze ‘de plank misslaan’. Een zorgprofessional noemt het voorbeeld van Indische bewoners die een koffertje hadden klaarstaan voor als ze weer terug zouden gaan naar het land van herkomst:

‘Ik moest wennen aan dat koffertje. [...] Dat wist ik dus eerst niet. Wij hadden een Indische dame en wij mochten niet aan het koffertje zitten dat in de hoek van de kamer stond. Het is door de Nederlanders beloofd dat ze na een tijdje weer terug zouden gaan naar het land van herkomst en het koffertje moest klaarstaan. [...] Nu kom je dat niet meer zoveel tegen, maar in het begin hadden velen nog een koffertje. Nu zijn het er nog een paar. Wij hadden zoiets van: waarom staat die koffer daar?’

Deelnemer 39

Pas later, tijdens een cursus die aangeboden werd door de organisatie, leerden de zorgmedewerkers de betekenis van het koffertje, en konden ze er rekening mee houden. Deze specifieke kennis gaat niet zozeer (alleen) over cultuur, maar vooral over de geschiedenis van een groep mensen die collectief trauma hebben doorgemaakt. Een andere zorginstelling voor Molukse en Indische ouderen heeft een gang vol met zwart-witfoto's van de oude schepen waarmee mensen naar Nederland zijn gekomen: cliënten onderling en medewerkers met cliënten bespreken dan ‘met welk schip ze zijn gekomen’. Hier raakt de benodigde brede culturele kennis aan het persoonsgericht werken, omdat iedere individuele cliënt dit trauma – en andere individuele gebeurtenissen – op een eigen manier heeft meegemaakt.

Een ander voorbeeld dat in de interviews wordt genoemd, is kennis over zorg en rituelen bij overlijden. Deze kennis is cruciaal om goede zorg te kunnen bieden aan de familie. Verschillende zorginstellingen zorgen dan ook voor interne trainingen voor zorgverleners, waarin zij kennis opdoen over de culturele achtergronden van de bewoners, omdat het een noodzakelijke voorwaarde is voor het bieden van goede zorg. De geïnterviewden vertellen hoe zij naast het doorlopen van een formele training ook nieuwe collega's thuis helpen raken in bepaalde culturele gebruiken en tradities, indien zij daarmee niet bekend zijn.

‘Wij proberen altijd onze nieuwe collega's uit te leggen wat past in onze cultuur en wat niet past. Als er bijvoorbeeld mannelijke collega's komen, zeggen wij in het begin: je mag vrouwelijke bewoners niet verzorgen. Als de bewoner zelf toestemming geeft en de familie toestemming geeft, mag het natuurlijk wel. [...] Als het gaat om de zorgmomenten: altijd als onze bewoners willen bidden, voor het gebed moet u hem even wassen. Wij noemen dat abdest.’

Deelnemer 37

Naast trainingen en samen leren bieden sommige organisaties een boek of andere documentatie om nieuwe medewerkers inzicht te geven in de culturele gebruiken van de verschillende bewoners.

3.1.5 Diverse groep medewerkers en cliënten

De zorgverleners die in cultuursensitieve instellingen werken, hebben zelf vaak ook diverse culturele achtergronden. Maar verschillende deelnemers benadrukken dat iedere zorgverlener in principe kan werken in een cultuursensitieve instelling, mits ze de juiste kennis en kunde hebben:

‘Ik weet, als ik hier bijvoorbeeld een vrouwelijke bewoonster krijg met een islamitische achtergrond, wordt er misschien gezegd: ‘Ik wil absoluut geen man die de zorg verleent bij mijn moeder.’ Als zij dan hier een rondleiding krijgen en ze zien een zuster met de islamitische achtergrond, zeggen ze: ‘O, ik hoef me geen zorgen te maken, want zij weet dat allemaal wel.’ Terwijl wij dat ook weten, maar het is meer het gevoel wat de familie daarbij heeft.’

Deelnemer 32

Wel vinden sommige geïnterviewden dat een zorgverlener die zelf een migratieachtergrond heeft net wat beter kan omgaan met een diverse doelgroep:

‘Ik begrijp de mensen, want ik weet waar ze vandaan komen en ik begrijp hun bepaalde denkwijze. Niet dat ik het er altijd mee eens ben, maar ik begrijp het. Terwijl, als ik bijvoorbeeld met een Nederlands iemand werk, zeg maar, die kan het wel begrijpen, maar toch net niet. Snap je wat ik bedoel?’

Deelnemer 15

Deze zorgverlener kan door diens culturele achtergrond, overeenkomstig met die van de bewoner, op een diepgaander niveau begrip hebben, naar eigen zeggen. Dit kan soms ook de andere kant op werken: een zorgverlener die geen migratieachtergrond heeft, ervaart dat hij juist daardoor niet serieus genomen wordt:

‘Wat ik ook merk, is dat er casussen zijn waarin het mij nog niet lukt... waar ik nog wel gezien word als die white boy, waarin ik word aangesproken op dat ik dingen ‘toch niet ga begrijpen’. Waarin ik nog niet de kans krijg om de vraag te stellen, en wanneer ik de vraag stel, krijg ik het antwoord van: ‘Meneer, dat begrijpt u toch niet.’

Deelnemer 2

Een diverse groep zorgverleners is dus niet per se noodzakelijk, maar kan wel bijdragen aan het bieden van kwalitatief betere cultuursensitieve zorg, juist vanwege dit diepere begrip. Over het algemeen ervaren veel geïnterviewden dat er meer of diepgaander begrip is tussen zorgverleners en cliënten, en zelfs meer een thuisgevoel, als zij dezelfde culturele en/of religieuze achtergrond delen. Dat wordt nog eens versterkt door het spreken van dezelfde taal:

‘Als iemand helemaal in zijn eigen wereldje zit of iets niet meer goed kan duidelijk maken in het Nederlands, dan kunnen zij juist weer even die rust bij die bewoner geven. Zo van: ik snap u. Ik weet wat er aan de hand is. Wij gaan er wat mee doen.’

Deelnemer 29

Een klein aantal deelnemers vindt dat cultuursensitief werken simpelweg betekent dat er een diverse groep bewoners is: ‘er is diversiteit, daarom zijn we een cultuursensitief huis’. Het cultuursensitief werken vloeit in deze visie noodzakelijkerwijs voort uit de samenstelling van de bewoners in plaats dat de visie centraal staat en bewoners hierop af komen.

In alle bezochte zorginstellingen is er veel diversiteit onder zorgverleners. In het management of in ‘hogere lagen’ van de organisatie is echter veel minder diversiteit te zien. In veel (maar niet alle) organisaties zijn het Nederlanders zonder migratieachtergrond die het beleid maken en/of aan het roer staan. In sommige organisaties kan dit gevolgen hebben voor de prioriteiten die gesteld worden. In plaats van het bevorderen van cultuursensitiviteit, kunnen andere strategische doelen, zoals kostenbesparingen of uitbreiding van de faciliteiten, dan voorop komen te staan. Dit kan ertoe leiden dat aandacht voor de culturele en religieuze behoeften van bewoners naar de achtergrond verschuift en dat het beleid als niet cultuursensitief ervaren kan worden. Uit de gesprekken met zorgverleners en een focusgroep met mantelzorgers kwam naar voren dat dit ook regelmatig leidt tot onbegrip en soms zelfs tot conflicten tussen het management en familieleden. Een zorgverlener noemt het voorbeeld van een cultuurspecifiek huis waarbij een eerdere manager de zorgverleners ‘verbod’ om hun cliënten tante of oom te noemen, terwijl de cliënten dat juist graag wilden, omdat het past bij hun cultuur.

‘Ik moet zeggen dat ik dat wel vrij snel heel fijn vond. En ik kan mij ook herinneren dat wij op een gegeven moment een keer een teamleider hadden, die vond dat niet gepast. Toen mochten wij geen oom, tante, of voornamen gebruiken. Er komen hier zelfs bewoners binnen, die zeggen: ‘Ik ben Yu, of ik ben Ans, en zo heet ik. Dan mag je dat gewoon zeggen’.’

Deelnemer 29

Ook over diversiteit op andere plekken in de organisatie wordt gesproken; managementlagen zijn niet altijd zo divers als de zorgverleners zelf. Een mantelzorger vertelt over cultuursensitieve instellingen met een ‘witte top’:

‘Onze ervaring is dat bewoners in cultuurspecifieke organisaties wel tevreden zijn, maar niet in gemengde huizen. Die gemengde [cultuursensitieve] zorginstellingen zeggen: ‘kom erbij’ en daarna zeggen ze ‘en doe als wij’. Ze halen migranten binnen. Eerst mag je meepraten. Dan wordt er beleid gemaakt om cultuursensitief te gaan werken. En dan wordt het binnen vijf jaar weer afgebroken. Dan moet iedereen zich weer houden aan de structuur en het beleid zoals het was. Zwart/wit-beleid maar in een witte organisatie. Als je binnenkomt en je draait mee, dan merk je dat het niet klopt.’

Focusgroep 2

De kritiek van een aantal focusgroepdeelnemers is dan ook dat familieleden in dergelijke zorginstellingen onvoldoende serieus worden genomen, dat zij niet of nauwelijks meegenomen worden in beleidskeuzes, onvoldoende een gesprekspartner zijn, en dat hiermee de 'koloniale benadering in stand gehouden wordt'. Uit deze focusgroep blijkt het belang van diversiteit in het management en wordt duidelijk dat cultuursensitief werken in alle haarvaten van een organisatie zou moeten zitten. Communicatie met familieleden of mantelzorgers, en de wijze waarop zij betrokken worden bij de organisatie, is zeker zo belangrijk als het eten, de inrichting en de zorg zelf.

Uit onze observaties blijkt dat cultuursensitieve organisaties vaak een diverse groep medewerkers hebben die praktische zorgtaken uitvoeren. Hoewel het volgens de deelnemers niet noodzakelijk is dat zorgverleners dezelfde culturele achtergrond delen als de cliënten, ervaren zij dat deze diversiteit bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Het belangrijkste spanningspunt ligt echter bij het management, dat volgens zorgverleners en naasten minder divers is dan de groep zorgverleners zelf. Deze beperkte diversiteit in het management beïnvloedt volgens de deelnemers de cultuursensitiviteit van het beleid, evenals de prioriteiten en visie van de organisatie.

3.2 Uitdagingen en belemmeringen

Instellingen waar cultuursensitief gewerkt wordt, lopen ook tegen specifieke uitdagingen aan. In deze paragraaf beschrijven we die uitdagingen en obstakels waar zorgverleners en leidinggevenden tegenaan lopen bij het cultuursensitief en cultuurspecifiek werken.

VIGNETTE 2

Twee zorgverleners van een Hindoestaans-Surinaams verpleeghuis vertellen tijdens een informeel gesprek tijdens de rondleiding in de gebedsruimte, waar we even blijven hangen, over extra werken buiten de betaalde uren om. ‘Veel collega’s hier doen dat. Ik stuur ’s avonds ook vaak nog even een appje over hoe het met een bepaalde bewoner gaat. Dat wil ik dan gewoon weten’, zegt een van hen. Haar collega vertelt over iemand die op de Hindoestaanse feestdag Diwali – haar vrije dag – een halve dag vrijwillig langskomt om lekkere dingen te koken voor de bewoners.

Na het gesprek neemt een van de zorgverleners me mee door de gang, waar de kruidige geur van de vers gekookte maaltijd me al tegemoet komt. Het is bijna lunchtijd en de gemeenschappelijke ruimte zit al aardig vol. Hij begint samen met twee collega’s vrolijk wat te kletsen in de open keuken. ‘Dit is de collega die zo lekker kan koken dat de bewoners niks anders meer willen’, en hij wijst naar zijn collega, die net in een pan roert en kommen vol stomende, rijkgepulverde soep vol schept. ‘Als ik het niet doe, doet iemand anders het wel, hoor. Wil je er nog rijst bij?’, reageert ze. Haar collega: ‘En als niemand het doet, regelt de organisatie heus wel iets voor Diwali, alleen wordt het dan de goedkope, niet de verse optie. Dat zou echt zielig zijn voor de bewoners.’ Twee collega’s beamen dat direct: ‘Ja, dat is echt zielig, dat doen we niet.’

Later, tijdens een interview met twee zorgverleners en de manager, komt naar voren dat werken buiten de ingeroosterde tijden niet van medewerkers wordt verwacht, maar dat het wel ‘een beetje in de organisatiecultuur zit’. ‘Het laat de intrinsieke motivatie van medewerkers zien’, redeneert de manager. De andere twee knikken. ‘We moeten wel in de gaten houden dat mensen er niet aan onderdoor gaan, maar dat lukt wel, hoor’, verzekert een van de zorgverleners me.

Een tijdje later zegt hij dat hij zelf ‘eigenlijk wel te veel werkt’ en vaak moe is.

- Observatie onderzoeker

Bovenstaande is een voorbeeld van een uitdaging die vaker naar voren komt in dit onderzoek: dat het bewaken van een gezonde werk-privébalans niet overal, of voor iedereen, eenvoudig is. Het gesprek in de keuken kan immers ook gevoeld worden als sociale druk naar de collega die regelmatig vrijwillig komt koken. Als het ‘in de organisatiecultuur’ zit dat mensen regelmatig vrijwillig, onbetaald, extra werken – ook al doen ze het vanuit betrokkenheid – kan dat betekenen dat dit onbedoeld toch de norm is in de organisatie en dat medewerkers dus niet de volledige vrijheid voelen om nee te zeggen.

De werk-privébalans bewaren is in meerdere bezochte zorginstellingen als uitdaging naar voren gekomen. Hoge verwachtingen van naasten spelen ook vaak een rol. De uitdaging voor zorgverleners en hun leidinggevendenden zit vaak in het bewaken van grenzen, zowel persoonlijk als professioneel, richting cliënten en hun familieleden én richting de organisatie waarvoor ze werken. Hieronder worden deze uitdagingen verder toegelicht.

3.2.1 Hoge verwachtingen

Een uitdaging die door verschillende deelnemers wordt benoemd, zijn de hoge verwachtingen van familieleden richting zorgverleners. Die verwachtingen zijn soms onrealistisch, zeggen de deelnemers. Net als andere zorginstellingen, hebben ook cultuursensitieve zorginstellingen te maken met beperkt en afgebakend budget en soms ook met een tekort aan personeel. Niet alles wat de familie zou willen kan waargemaakt worden. Regelmatig vloeien die hoge verwachtingen voort uit de taboes die spelen rondom het brengen van familieleden naar een verpleeghuis. Een zorgverlener vermoedt dat het schuldgevoel van de familie dan ‘gecompenseerd’ wordt met hoge eisen aan zorgverleners.

‘Door onze cultuur... wij zijn soms ook niet makkelijk. Ik zeg het eerlijk. Voor ons is vader en moeder naar het verpleeghuis brengen een taboe. Door het taboe hebben onze familieleden ook een schuldgevoel. Zij horen in hun omgeving nog steeds soms: ‘Jullie kunnen je vader zelf verzorgen, waarom brengen jullie hem naar een verpleeghuis?’ Zij krijgen kritiek en daar kunnen ze niet tegen. Als ze hier komen, vinden ze soms... voor kleine dingen kunnen ze ons ontlopen. Eigenlijk meer vanuit hun schuldgevoel, hinderen ze ons een beetje. Ze verwachten van ons te veel.’

Deelnemer 37

‘Je merkt dat er soms verwachtingen zijn waaraan je gewoon niet kunt voldoen, omdat het bijvoorbeeld qua wetgeving niet handig is. Natuurlijk proberen we persoonsgericht te werken, maar we hebben natuurlijk ook nog de richtlijn waar je je aan moet houden.’

Deelnemer 8

De hoge verwachtingen kunnen volgens zorgverleners en managers ook voortkomen uit het feit dat de familie zelf ook eerste generatie migrant is en niet precies weet wat de zorg inhoudt.

‘Je bent telkens weer een soort brug tussen de cliënt en het Nederlandse systeem en dat is wel waar medewerkers een uitdaging kunnen ervaren, waar ik zelf ook een uitdaging in heb ervaren en waarin ik echt vaardiger kan worden.’

Deelnemer 1

Wanneer zorgverleners dezelfde achtergrond hebben als de familie, zijn de verwachtingen mogelijk nog hoger, vertellen de deelnemers. Juist dan verwachten familieleden soms dat een zorgverlener extra handelingen verricht voor de cliënt.

‘Binnen de cultuursensitieve zorg merk ik wel dat idee heerst: ‘Jij bent van één ons, wij zijn hetzelfde’. Waar het mee te maken heeft, of het nou vertrouwen is of..., dat weet ik niet. Ik zeg dan: het heeft echt te maken met verwachtingen naar ons toe, en het beste voor hun naaste willen.’

Deelnemer 4

Deelnemers geven aan dat de complexiteit van cultuursensitief werken verder toeneemt door de hogere zorgzwaarte en complexiteit van een diverse zorgpopulatie. Dit komt doordat er voor cliënten vaak pas in een laat stadium van ziekte, zorg en ondersteuning wordt gezocht bij cultuursensitieve zorgorganisaties of ze worden pas laat opgenomen, omdat families doorgaans zelf de zorg langdurig op zich nemen tot het moment dat het voor hen onhoudbaar wordt. Deze laat ingezette zorgverlening brengt niet alleen een intensievere zorgvraag met zich mee, maar schept volgens de deelnemers uit de focusgroep ook specifieke en ‘hogere’ verwachtingen.

‘Hè, deze cliënten komen ook op een hele late fase van het ziektebeeld binnen en dan vind ik dat we momenteel als organisatie, wij dus echt wel een paar punten hebben waarin, waarin ik, waar ik bijvoorbeeld hele andere keuzes zou hebben gemaakt [red.]’

Deelnemer 4

De ervaring is dat er duidelijke uitleg moet worden gegeven aan de familieleden, al voordat de bewoner in het huis komt wonen. Er wordt dus vaak actief aan verwachtingsmanagement gedaan in het intakegesprek om onrealistische verwachtingen van familieleden te voorkomen. Toch is het niet altijd mogelijk om aan alle verwachtingen te voldoen. Dit kan leiden tot klachten van de families.

‘De hoge verwachtingen, dat is iets wat inderdaad de afgelopen jaren wel heel erg terug is gelopen. Als we proactief met mensen in gesprek gaan, dan haal je dat vaak een beetje weg. Die verwachtingen zijn dan nog wel steeds heel hoog, maar je kan ze minder in die emotie laten schieten. Dus je hebt een wat prettiger gesprek, omdat je op een gelijkwaardig niveau kunt uitwisselen. In plaats van dat één iemand boos is omdat die iets had verwacht, wat jij niet hebt geleverd.’

Deelnemer 21

‘Ik had een situatie met familie, die zijn uiteindelijk zelfs naar de geschillencommissie gegaan, hadden een klacht tegen mij, ik ben zelf gaan reflecteren. Nu wel mee bezig. Wat willen ze, naast de goede zorg? Hoe doe je dat in een team? Wat betekent dat eigenlijk?’

Focusgroep 1

Zorgverleners vinden de hoge verwachtingen van de familie dus een grote uitdaging. Velen hebben ook een manier gevonden om hier mee om te gaan, namelijk door heel duidelijk te zijn in wat de organisatie wel en niet kan leveren.

3.2.2 Grenzen stellen

Omdat de familie vaak hoge verwachtingen heeft, is het voor zorgverleners een uitdaging om duidelijke grenzen te stellen. Dat vinden de zorgverleners vooral lastig wanneer ze zich heel betrokken voelen en een familiegevoel ervaren. Dat betekent dat zorgverleners soms heel ver gaan voor hun cliënten. Een voorbeeld is het een cliënt vervoeren met hun eigen auto, dit is niet toegestaan in verband met de verzekering. Dit gedrag werd door enkele

deelnemers omschreven als een ‘redderscomplex’. Zorgverleners in cultuursensitieve instellingen zeggen vaak over hun grenzen heen te gaan. Ook melden, volgens de deelnemers, met name zorgverleners van kleur, zich niet altijd ziek als ze zich wel ziek voelen. Het gevolg hiervan is volgens deelnemers van een van de focusgroepen dat je dan (extra) overbelaste zorgverleners krijgt, met name zorgverleners van kleur.

‘Het is een stukje verantwoordelijkheid en je wil mensen ook niet teleurstellen, of ja, mensen rekenen op je, hè? Cliënten rekenen op je, dus dan wil je ze niet laten vallen. Het hoeft niet per se fysiek te zijn, al is het op afstand: even een belletje of even videobellen, zo gaat het wel sneller door.’

Deelnemer 15

De zorgverleners hebben vaak een sterke intrinsieke motivatie en willen hun cliënten dus niet ‘laten zitten’. Managers en zorgverleners beschrijven hun worsteling met grenzen stellen. Ze beschrijven hoe ze graag tot het uiterste zouden willen gaan voor hun cliënten en hun familie, maar dat dit gewoonweg niet gaat:

‘Ja kijk, ik ben echt geneigd om heel erg mee te gaan met de naasten, heel erg ook met de cliënt. Omdat ik me kan inleven in die cultuur en diens geloof. [...] Dan probeer ik daar echt heel erg in mee te gaan en soms moet ik echt tegen mezelf zeggen van, nee, [...] nu moet je echt je expertise naar voren laten komen, dus dan moet je echt even een stap terugzetten. Hoe goed je het ook bedoelt, hoe erg je ook met de cliënt meeleeft en hoe je ook mee probeert te denken met de cliënt. Soms moet je echt wel uit je eigen expertise denken en niet vanuit culturele aspecten. En dat merk ik wel bij mezelf... dat is lastig.’

Deelnemer 8

Grenzen stellen is volgens de deelnemers dus een belangrijke uitdaging voor veel zorgverleners in de cultuursensitieve zorg. Ook hun managers staan voor de uitdaging om te voorkomen dat hun zorgverleners overbelast raken. Tijdens de observaties verscheen een ondersteunend personeelslid met griep en een mondkapje toch op het werk. De manager, die dit opmerkte, stuurde het personeelslid naar huis om uit te zieken.

‘Dat verschilt natuurlijk per persoon en per team. Je merkt ook dat als er iemand in het team zit waarvan de anderen denken ‘die loopt de kantjes er vanaf’, dan krijg je al gemorrel. Dus dat zal je ook moeten managen. Het is een diversiteit aan dingen die je inzet. En je kijkt ook naar: hoe houd je mensen ingezet? Hoe blijven ze veerkrachtig? Hoe houd je ze in balans? Ja, dat is het hele scala natuurlijk. Ik weet niet welke samenstelling er was. Maar ik denk altijd: we vragen best wel veel van mensen.’

Deelnemer 22

‘En je moet kijken... Er wordt ook nog wel heel goed gelet op het rooster en de werk-privébalans. Dat is ook een ingewikkelde. Omdat mensen ook nogal snel zeggen van: dan kom ik wel weer. Dan moet je ook zeggen: nee, je blijft lekker thuis, want je hebt zoveel tijd gewerkt, wegwezen.’

Deelnemer 22

Toewijding aan het werk en motivatie spelen een rol bij het overschrijden van die grenzen, maar ook geïnternaliseerde normen over wat ‘mag’. Ziekmelden kan wel, maar liever niet te vaak, want de schouders moeten er onder:

‘Dat klinkt een beetje stom misschien, maar ik denk altijd van... Nee, het heeft niet altijd met de generatie te maken, maar... Ik ben zelf niet zo van, dat ik mij heel vaak ziekmeld. Ik vind het soms weleens heel irritant als mensen dat wel doen. En dan weet je van bepaalde mensen, die zijn vaker ziek en dan... Daar kan ik niet zo goed tegen. En dan vind ik het weleens vervelend, want het kan misschien heel hartstikke terecht zijn. Maar dan denk ik van: kom op.’

Deelnemer 29

Leidinggevend en staan daarmee voor de ingewikkelde uitdaging om grenzen van medewerkers te bewaken en mee te beoordelen wie zich wel en wie zich niet ‘terecht’ ziekmelden. Ook is het belangrijk dat ze hun eigen grenzen beschermen bij het ondersteunen van hun team.

‘Ja, dat is een continue balans die je probeert te zoeken. Ik heb een zorgcoördinator die heel erg begaan is en voor de cliënt echt alle wensen wil laten vervullen. Ja, en ik probeer dan als directeur daar toch een beetje grenzen in aan te geven om ook de medewerkers te beschermen. Dat ze niet over hun grenzen heengaan, dat de cliënt niet meer eist dan waar de cliënt recht op heeft. Dus ja, je moet daar wel in balanceren en doen wat je kan doen, maar niet jezelf overbelasten en je eigen grenzen overgaan.’

Deelnemer 16

Verschillende leidinggevend en geven aan zich zorgen te maken over het risico op burn-out, waarbij sommigen aangaven dat ze zich overbelast voelen of zelf gezondheidsproblemen hebben.

‘Als ik nu helemaal hier ga lopen stressen, hoe gaat dat zijn voor mijn gezin? Als ik niet, als ik een voorbeeld geef waarin ik mezelf over mijn 100% zit. Hoe ga ik dan iemand uitleggen van misschien moet je een stukje op 80%? Dat is niet logisch. Ik vind die zelfzorg is heel belangrijk. Omdat middels die zelfzorg, durf ik voor mezelf ook de stap te maken om verder te kijken misschien. Als ik mezelf helemaal strak zet met werk en dingen dan ben ik zomaar randje aan het functioneren, dat ik eigenlijk niet meer de ruimte om op momenten. Er zijn momenten waarin dus echt een ding van mezelf mij helemaal onderuit veeg hè, bepaalde socialisatie, soms gevolg van trauma of van andere belastingen en ervaringen, dat je dat door krijgt en één van die pijlers waarop je je huis of je leven als het ware bouwt, valt weg. Dan heb je even nodig en op het moment dat ik al op dat randje functioneer, hoe ga ik dan mezelf dat momentje even nodig geven.’

Deelnemer 2

‘Ik heb ook diabetes, ik spuit insuline... gezondheid speelt ook gewoon een rol daarin, dus ik wilde het gewoon gezond houden van mezelf, weet je, wat ik wel en niet aankan. Dit is prima, dit is goed te doen ja, ik werk gewoon parttime, dat wil ik ook gewoon zo houden, lekker parttime ja. Ik heb ook ja, ik heb kinderen en ik wil het gewoon ook nog zo goed kunnen combineren, dat is fijn.’

Deelnemer 14

Soms vervaagt de duidelijke grens tussen werk en privé ook tussen collega's. In team appgroepen worden soms jeugdfoto's gedeeld en sommige collega's gaan met elkaar op vakantie. Verschillende managers geven aan dat ze actief deelnemen aan deze appgroepen, terwijl anderen ervoor kiezen om zich hiervan te distantiëren om de professionaliteit te waarborgen. Een manager merkt op dat die zich niet mengt in de collegiale informele relaties en vriendschappen, en die laat het aan de zorgverleners om hun eigen grenzen te stellen.

‘Maar in de meeste gevallen, het merendeel ... daarvan is wel redelijk goed. Ze trekken elkaar wel op, ze maken onderling ook wel afspraken om uitjes te ondernemen. Sommigen gaan samen op vakantie. Nou dus, dus gaat op zich, in principe gaat het wel redelijk goed in ons team, maar ja, 100% kan ik helaas niet zeggen, maar over het algemeen ben ik wel tevreden. Ja.’

Deelnemer 13

Een manager vertelt dat er 24 uur per dag gebeld kan worden door de medewerkers. Doorgaans wordt deze minder strikte werk-privé grens niet gezien als problematisch door de deelnemers.

‘Ik laat het wel open om bereikbaar te zijn, maar daar wordt niet altijd... daar wordt niet, zeg maar, gretig gebruik van gemaakt. Dus klanten bijvoorbeeld kunnen mij niet constant bellen, dat kan niet, maar mijn medewerkers die kunnen dat wel, maar ook daarin beschermen ze mij ook wel daarin. Dus als zij vinden dat het kan wachten dan wacht het gewoon maar... ja, ergste geval natuurlijk kunnen ze me bellen, maar gelukkig gebeurt dat heel zelden. Dus ik merk wel van ja, het vergt wel het een en ander van mij, maar tegelijkertijd is het ook wel heel erg te doen op dit moment, dus het is niet zo dat ik nu ineens... ja overspannen ben of in een burn-out zit of het grensje daarvan. Nee dat niet, helemaal niet. Zou ik dat wel voelen of... dan zou ik zeker aan de bel trekken, maar dat zeg ik ook tegen mijn team.’

Deelnemer 14

Grenzen stellen naar cliënten en vooral naar hun familieleden, die hoge verwachtingen hebben en soms 'het onmogelijke' vragen, is een continue opgave voor zowel de zorgverleners zelf als voor de managers in de cultuursensitieve zorg. Zoals in de focusgroep met mantelzorgers naar voren komt, kan die ervaring met gestelde grenzen voor hen anders zijn. Zij voelen zich mogelijk niet serieus genomen in hun wensen of normen en waarden als niet alles mogelijk blijkt te zijn. Dit kan vervolgens tot conflicten leiden tussen de familie en de zorgverlener of de instelling. Familieleden in cultuurspecifieke organisaties verwachten mogelijk nog meer van zorgverleners, denken sommige deelnemers, en juist dan kan de teleurstelling groot zijn wanneer grenzen gesteld worden. In cultuursensitieve instellingen lopen familieleden mogelijk eerder tegen grenzen aan, omdat er al vaker compromissen gesloten worden, is de indruk van zorgverleners. Uiteraard hebben ook reguliere zorginstellingen te maken met verwachtingen en grenzen – een vergelijking is in deze studie niet gemaakt. Het lijkt wel aannemelijk dat dit in de cultuursensitieve zorg een extra grote uitdaging is. Door de complexiteit van cultuursensitief werken, de minder duidelijke afbakening van werk en privé of professioneel en familie, lijken grenzen soms wat te vervagen.

3.2.3 Taalbarrières

Door de grote diversiteit onder bewoners in cultuursensitieve instellingen, kan niet iedere zorgverlener de moedertaal spreken van de cliënt. Ook dit levert uitdagingen op.

‘Ik heb één keer iets meegemaakt: de bewoner vroeg iets heel simpels, maar ze kon het niet uitleggen en dat probeerde ze wel. Op dat moment was er iemand van een andere cultuur, van buiten, een zzp’er. Ze begrepen elkaar niet. Zij had gerapporteerd: onbegrepen gedrag, agressief gedrag. Maar dat was het niet, dat was eigenlijk door de taal. Ze kon niet uitleggen wat ze wilde. Eigenlijk was het heel simpel, maar dat vind ik bijvoorbeeld jammer op dat moment. [...] Ik denk dat door de taal de kwaliteit van omgaan met bewoners is verbeterd.’

Deelnemer 37

Dit speelt niet alleen in cultuursensitieve instellingen, maar soms ook in instellingen die gericht zijn op een specifieke cultuur, bijvoorbeeld een geheel Chinese instelling. Daar zijn ook cliënten die een dialect spreken dat niemand anders spreekt. Uit de interviews blijkt dat zorgverleners manieren zoeken om toch te communiceren met hun cliënten. Men zoekt dan een andere manier om contact te maken. Men leert bijvoorbeeld een paar woordjes en er wordt verder ‘met handen en voeten’ gecommuniceerd.

‘Naarmate dat ik meer tijd met ze ging doorbrengen, maar ook woordjes leerde in het Ghanees of Twi en ze ook uitsprak naar hen, merkte ik dat ze zich veiliger begonnen te voelen. Ik begon hen meer te verstaan en zij begonnen mij meer te verstaan en we hadden een veel betere band. En ze leerden me Ghanese woordjes en op die manier kon ik dan veel beter verbinden met de cliënt.’

Deelnemer 1

De taalbarrière, die er bijna onvermijdelijk is in de cultuursensitieve en cultuurspecifieke zorg, is dus niet onoverkomelijk. Zowel op organisatieniveau als op individueel niveau worden oplossingen gevonden, waardoor er een betere verbinding ontstaat. Het vinden en uitvoeren van die oplossingen maakt de zorg voor cliënten niet alleen praktisch beter werkbaar, maar is ook een teken van respect, vinden verschillende geïnterviewden.

3.2.4 Rekening houden met ieders cultuur en botsende wensen

Een belangrijke uitdaging op organisatieniveau is dat het niet altijd mogelijk is om volledig in ieders behoefte te voorzien. Soms lopen zorgverleners en cliënten tegen de grenzen aan van wat mogelijk is. Dit is met name te zien in diversiteitsensitieve instellingen waar bewoners met bijvoorbeeld diverse culturele achtergronden wonen, maar ook binnen cultuurspecifieke organisaties waar er nog altijd veel diversiteit is binnen één cultuur:

‘Ik kan me voorstellen dat je binnen bepaalde huizen bepaalde faciliteiten hebt om bijvoorbeeld een bepaalde groep te faciliteren. Dit is een joods huis. Dus je faciliteert heel erg de joodse groep, en dat is helemaal prima. Maar als je kijkt naar die joodse groep, die is ook heel divers. Dan kom je op de morele dilemma’s van: ga je je helemaal vasthouden aan het orthodoxe, omdat je zegt: dit is een orthodox huis? En we moeten de strengste regels gebruiken, want dan kan ook die ene die nog orthodox is hier komen wonen. Of zeg je: als ik eens even goed in mijn huis rondkijk, zie ik allemaal joodse mensen, die niet direct de behoefte hebben aan zo’n orthodoxe insteek.’

Deelnemer 22

Diversiteitssensitief werken vergt kennis van verschillende culturen. Manieren van zich uiten, normen en waarden kunnen soms botsen tussen én binnen die culturen.

‘En dan even niet specifiek over onze afdeling, maar voornamelijk over mensen met een andere afkomst die we hier hebben. [...] Die zijn een andere manier van uiten gewend, waar wij niet van gediend zijn, of waar wij heel veel moeite mee hebben, waardoor wij ons soms aangesproken voelen. En wat echt tot botsingen leidt.’

Deelnemer 25

Ook de inrichting of decoratie van de instelling, de invulling van bepaalde feestdagen, of de maaltijden kunnen een uitdaging vormen, voornamelijk bij diversiteitssensitieve instellingen waar mensen met meerdere culturele achtergronden wonen. Het eten – vaak genoemd als enorm belangrijk in de cultuurbeleving en daarom een cruciaal aspect van diversiteitssensitief werken, volgens veel zorgverleners en managers – wordt in zulke instellingen vaak een ‘compromis’: de ene dag stamppot, de andere dag roti, en daarna rendang. Hetzelfde geldt voor feestdagen:

‘Voorheen was dit een huis voor religieuzen. Op het moment dat het dan Kerstmis was, dan was heel het huis kerst. Er stonden overal kerstbomen en overal stonden kaarsjes en lichtjes. En bij de Turkse en Marokkaanse cultuur is dat eigenlijk niet gebruikelijk. Die hebben niks met kaarsen en met kerstbomen, dus hoe ga je dan de balans vinden? We vieren wel kerst, alleen het moet niet overheersend zijn. En daar hebben we in het begin natuurlijk wel mee gestoeid: goh, hoe ver gaan we daarin? Maar we hebben daar inmiddels wel een balans in gevonden.’

Deelnemer 23

Cultuursensitieve organisaties proberen zorgvuldig rekening te houden met de diverse culturen, wensen en behoeften van cliënten. Toch is het niet altijd mogelijk om volledig aan alle verwachtingen te voldoen. Zoals een deelnemer aangaf, keren ouderen vaak terug naar herinneringen uit hun jeugd, omdat dit vaak het enige is wat ze nog helder voor de geest kunnen halen. Dit kan zowel een bron van comfort als ongemak zijn. Naast de diversiteit onder cliënten is er ook een variëteit aan culturele achtergronden onder de zorgverleners. Hoewel men zou kunnen verwachten dat deze diversiteit geen invloed heeft op cultuursensitieve zorg, blijkt uit de praktijk dat culturele verschillen, bewust of onbewust, toch een rol spelen. Dit kan leiden tot spanningen en misverstanden binnen de zorgteams en in de interactie met cliënten.

3.2.5 Uitdagingen rondom wet- en regelgeving

Soms lopen managers of bestuurders van cultuursensitieve of cultuurspecifieke zorginstellingen aan tegen bepaalde grenzen of eisen door wetten, protocollen, regels en algemene gebruiken in de zorg. We beschrijven hier de meest genoemde uitdagingen.

In de bezochte instellingen werken veel mensen die zelf een migratieachtergrond hebben en in het land van herkomst een verpleegkundeopleiding hebben gevolgd. Hun diploma wordt in Nederland vaak niet zonder meer erkend. Dat betekent dat deze mensen onder hun niveau aan het werk kunnen zijn en dat hun potentieel onbenut blijft, zelfs in tijden van grote personeelstekorten in de zorg. Zowel zorgverleners zelf als managers hebben dit probleem aangekaart. Een zorgverlener vertelt dat ze de BIG-registratie niet zomaar kan aanvragen, want ze heeft maar één kans:

‘Als je faalt voor de BIG, dan faal je voor je hele leven en dan ben je niet meer HBO-V, maar dan ben je een IG [verzorgende individuele gezondheidszorg, red.]’

Deelnemer 13

De BIG-registratie vormt zo een drempel voor deze medewerkers. Een deelnemer die officieel verzorgende IG is, maar in haar land van herkomst verpleegkundige was en daar ruim tien jaar ervaring heeft, vertelt dat ze hier in de praktijk hetzelfde werk doet als een verpleegkundige, behalve het toedienen van medicatie. Maar ze wordt niet als verpleegkundige betaald.

Managers noemen het afleggen van verantwoording richting de financier of inspectie wanneer er sprake is van hoger medicijngebruik dan gemiddeld op bepaalde locaties. Een manager legt uit dat bijvoorbeeld in Turkse gemeenschappen ervanuit wordt gegaan dat medicatie wordt toegediend tot de laatste minuut, ook als iemand volgens de Nederlandse gangbare zorgpraktijk is ‘uitbehandeld’:

‘Je stopt niet, want er is altijd hoop. Er is áltijd hoop. Enerzijds hartstikke mooi, maar mijn nuchtere Nederlandse cultuur denkt dan ook wel eens: ja, waarom zou ik dat doen? Wat doe je elkaar nog aan? Maar voor hen is het juist: waarom zouden we niet tot de laatste minuut goed voor elkaar blijven zorgen? En dan is het gewoon een andere invulling, wat goed is. En dan is het toch uiteindelijk de cliënt die bepaalt wat kwaliteit is. [...] Maar dat vraagt toch heel veel uitleg aan de achterkant. Ga maar eens uitleggen waarom het gemiddelde medicijngebruik in de Turkse locatie hoger is dan op de Nederlands locatie. [...] Dat betekent ook in de financiering dat dat soms lastig is, want als je niet of onvoldoende aan de regeltjes voldoet, dan krijg je een korting op je financiering.’

Deelnemer 36

Hetzelfde geldt volgens hem voor het op sommige locaties ontbreken van een advance care planning, wat een bewuste keuze is, toegespitst is op de bewonersgroep. Immers, niet in alle culturen is een op handen zijnde dood of het benoemen dat de gezondheid achteruitgaat bespreekbaar.

‘Leg maar eens uit: waarom hebben wij geen advance care planning in de ene locatie en bij de andere wel? [...] Wat je ook ziet is dat je dan dus een aantekening krijgt: IT [computersysteem] vinkje is rood in plaats van groen. Terwijl het juist het meest passende is voor de doelgroep waar je mee werkt.’

Deelnemer 36

Daarnaast beschrijft een deelnemer de problemen in de communicatie met zorgverleners, vooral wanneer slecht nieuws op een niet-cultuursensitieve manier wordt gebracht. In sommige culturen, zoals een deelnemer uitlegt, is het ‘not done’ om rechtstreeks met de cliënt over de naderende dood te spreken. Deze informatie zou via de mantelzorgers moeten worden overgebracht. In een specifiek geval werd de cliënt toch rechtstreeks geïnformeerd, zoals volgens de protocollen vereist was, wat voor grote frustratie zorgde bij de familie.

Deelnemers merken op dat in het bijzonder bij terminale zorg vaak spanningen zijn tussen de Nederlandse en andere culturen. Want in veel culturen zijn naasten en familie nauw betrokken, überhaupt in de zorg, maar vooral in de laatste levensfase. Deze fase is volgens de deelnemers in veel culturen van bijzonder belang, waarbij zorg en rituelen rondom het sterven een centrale rol spelen. Een voorbeeld hiervan is het belang van eten en religieuze rituelen in de laatste fase van het leven. Een deelnemer noemt het Hindoestaanse ritueel waarbij stervenden water krijgen toegediend, wat symbolisch belangrijk is in de overgang naar de dood. Echter, in één situatie wordt dit ritueel geweigerd door het zorgpersoneel vanwege het risico op verstikking, wat leidt tot spanningen tussen de familie en de zorginstelling. Ook is een ritueel voor het reinigen van geesten geblokkeerd, wat bij de familie voor veel onvrede zorgt. Verder is er in sommige zorginstellingen weinig ruimte voor uitgebreid afscheid nemen van een overleden familielid, terwijl het in bepaalde culturen belangrijk is dat de gemeenschap samenkomt om te rouwen. Eén deelnemer vertelde dat bij het overlijden van een naaste het lichaam binnen enkele uren werd weggehaald, wat leidde tot gevoelens van haast en emotionele onvolledigheid in het rouwproces. Voor hen was dit bijzonder pijnlijk, omdat het afscheid als gehaast en onvolledig werd ervaren, terwijl er behoefte was aan een beter afscheid.

In een van de focusgroepen wordt medicijngebruik als uitdaging benoemd. Een deelnemer zegt dat massages en aanrakingen positief bijdragen aan de gezondheid, en dat daarmee juist soms (meer) medicijngebruik kan worden voorkomen. Een andere deelnemer vult aan dat dit ook voor een spanningsveld kan zorgen: enerzijds is er het openstaan voor alternatieven en voor eigen (religieuze) invulling ten aanzien van medicatie, en anderzijds de wettelijke verplichting en verbinding met behandelaren.

‘Maar elke keer krijg je een discussie van: het is toch precies hetzelfde als een gewoon Nederlands huis? Sorry, dat is het niet. Weet je, dat is het absoluut niet. Zeker niet. Dus dan krijg je discussies over de kosten van voeding, of de extra inzet. Weet je, sommige rituelen mogen ook alleen maar gedaan worden door joodse mensen. Dus een glas wijn inschenken... Ja, ik kan het hier in de kamer doen, maar als het sjabbat is, mogen alleen joodse mensen de wijn inschenken. Dus heb je ook joodse mensen nodig in je team die dat kunnen doen. Nou, dat is ingewikkeld. Het is ingewikkeld omdat het... Dus het is niet hetzelfde. Er zijn een heleboel dingen die apart zijn. Aparte vraagstukken hebben, veel langer duren, anders ingezet worden. En eigenlijk die discussie gewoon niet. Respecteer nou gewoon dat het anders is.’

Deelnemer 22

Bepaalde wet- en regelgeving belemmeren cultuursensitief werken en maken het complexer. Zo kunnen strikte richtlijnen rond zorgprotocollen, arbeidsomstandigheden en financiële kaders de ruimte voor maatwerk en flexibiliteit beperken, wat essentieel is voor het inspelen op de diverse behoeften van cliënten. Hierdoor wordt het voor zorginstellingen moeilijker om volledig recht te doen aan de culturele sensitiviteit die in de praktijk vereist is volgens de deelnemers.

3.3 Ervaring van werkplezier

De geïnterviewde zorgverleners en managers gaan over het algemeen met plezier naar hun werk, vertellen de meesten. In deze paragraaf beschrijven we aspecten van diversiteitssensitief werken die volgens de deelnemers invloed hebben op hun werkplezier:

VIGNETTE 3

Een zorgverlener loopt langs een cliënt in een rolstoel. De laatste glimlacht breed als de medewerker aankomt, remt af en doet haar hand omhoog. De medewerker glijdt zacht met haar hand langs de opgestoken hand, pakt die kort vast, knijpt er zacht in. Ze groeten elkaar in het Sranantongo en vervolgen ieder hun weg. De cliënt rolt glimlachend naar de gemeenschappelijke woonkamer.

Aan het andere uiteinde van de gang, die ze net binnenloopt, ziet een zorgverlener haar collega aankomen. ‘Dushi! Dushi! Hoe gaat het, schat?’, roept de zorgverlener. De collega begint breed te glimlachen en roept terug: ‘Geweldig, dushi!’ Ze lopen lachend naar elkaar toe en geven elkaar een knuffel. Ze blijven nog even kort staan, wisselen wat persoonlijke nieuwtjes uit, en delen een update over een cliënt. Ze gaan weer verder.

Twee observaties in verschillende instellingen

Groeten met aanrakingen, het aanspreken van cliënten met ‘opa’, ‘oma’, ‘oom’ of ‘tante’, woorden als ‘dushi’ (‘schatje’ in het Papiaments) en het geven van knuffels aan collega’s zijn uitingen die regelmatig zijn geobserveerd. Het zijn vaak deze kleine dingen die voor zorgverleners kunnen maken dat ze hun werkdag als prettig ervaren, blijkt uit de interviews. Er spreekt een familiegevoel uit, vaak expliciet zo genoemd door de deelnemers. Verder vertellen zorgverleners onder meer dat ze zichzelf kunnen zijn, het waarderen dat ze iets terug kunnen doen voor hun eigen gemeenschap en/of dat zij de diversiteit leerzaam en interessant vinden. Dat lichten we hieronder toe.

3.3.1 Familiegevoel

Een van de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek is dat veel deelnemers een sterk gevoel van verbondenheid, ‘familiegevoel’ en ‘thuisgevoel’ ervaren binnen de cultuursensitieve organisaties waar zij werkzaam zijn. Hoewel dit gevoel van verbondenheid te verwachten zou zijn bij zorgverleners die hun culturele achtergrond delen met de bewoners van de instelling – met name in het geval van cultuurspecifieke zorginstellingen – blijkt dit gevoel ook aanwezig te zijn bij zorgverleners met uiteenlopende achtergronden. Deze zorgverleners werken bovendien met bewoners van diverse culturele achtergronden, wat suggereert dat het ervaren van een familiegevoel of thuisgevoel niet alleen wordt beïnvloed door culturele overeenkomsten, maar ook door bredere aspecten van de werkomgeving en de benadering van cultuursensitieve zorg.

‘Ik heb het naar mijn zin, ook met de bewoners. Het is multicultureel. Het maakt niet uit wat voor huidskleur je hebt, wat voor type je bent, je geloof, je afkomst, je bent altijd welkom. Je voelt je ook niet apart of buitengesloten. Iedereen voelt zich hier thuis. Dit is eigenlijk ook je tweede huis. Ik werk parttime, maar ik kom nooit met tegenzin naar werk. [...] En toen ik binnenkwam, voelde ik me gelijk thuis. Ik dacht van: ik ga hier denk ik nooit meer weg.’

Deelnemer 33

De deelnemers geven aan dat het gevoel van verbondenheid en ‘familiegevoel’ binnen de zorginstelling wordt gevormd door verschillende aspecten, waaronder de informele en persoonlijke wijze waarop collega’s en cliënten met elkaar omgaan. Dat maakt de omgang ook ‘anders’. Zo vertelt een deelnemer dat de collega’s in hun pauze tussen de cliënten gaan zitten en niet in een aparte koffiekamer. Volgens verschillende deelnemers zorgen de informele en meer familiale omgangsvormen met cliënten ervoor dat cliënten zich echt thuis voelen in de instelling. Voor zorgverleners met dezelfde culturele achtergrond als de bewoners kan het familiegevoel extra aanwezig zijn, en dat merken ze ook aan hun cliënten.

‘Ik merk aan de mensen dat ze dankbaar zijn. Ik heb het idee dat ik ze beter begrijp, qua cultuur, geloof en ja, het voelt toch wat... ze zien me denk ik meer als dochter, dat is ook niet altijd goed, maar het is bijna een dochter-ouder gevoel.’

Deelnemer 5

Uit onze observaties blijkt dat de informele en warme communicatiestijl zowel in verbale als non-verbale interacties bijdragen aan het familiegevoel.

‘Ik zeg altijd tegen nieuwelingen, stagiaires: hier is iedereen een individu, dat is heel belangrijk, maar we zijn familie. We zijn familie. Zie dit als je tweede huis, spreek de mensen aan met oom of tante of opa of oma. Dat geeft toch weer een andere lading bij de benadering. Dat is heel belangrijk. En het mooie is: zelfs Nederlandse medewerkers nemen dat over, zelfs tijdens een overdracht of een werkoverleg. Opa Max, die heeft dit. Maar dat is leuk, het kan, zonder dat jij je professionaliteit kwijtraakt. Daar hoeft je niet bang voor te zijn, want het zorgt dat er binding is, vertrouwen is, maar de lijnen kort blijven. En dat mensen toch weten: wij mogen onszelf zijn.’

Deelnemer 26

Cliënten ervaren het vaak als prettig wanneer zij op een familiale manier worden aangesproken, waarbij men afwijkt van formele aanspreekvormen zoals ‘mevrouw’ of ‘meneer’, die door de deelnemers als afstandelijk worden gezien. Afhankelijk van hun culturele achtergrond en de bijbehorende waarden, worden bewoners vaak aangesproken met termen als ‘oom’, ‘tante’, ‘opa’, ‘oma’, of soms toch met het meer formele ‘meneer’ of ‘mevrouw’. Daarnaast straalt non-verbale communicatie vaak warmte en betrokkenheid uit, bijvoorbeeld door zachte aanrakingen, wat bijdraagt aan een hechte en vertrouwde sfeer binnen de zorginstelling. Ook onder collega's wordt regelmatig gebruik gemaakt van informele begroetingen zoals ‘hé lieverd’ of ‘dushi’, wat het familiegevoel verder versterkt. Deelnemers spreken letterlijk over ‘een familie’ of ‘een tweede familie’.

‘Bij ons is het bijna raar als je een oudere persoon bij de voornaam noemt of bij de achternaam. Dat is niet netjes bij ons. Dat is een belediging, dus dat doen wij hier ook niet. We vragen in het begin wel altijd bij de opname: hoe wil je aangesproken worden? En voor de mensen die het nog kunnen aangeven, is het altijd wel tante of oom.’

Deelnemer 5

‘Ik merk wel dat het heel fijn is. Het zet je iets dichterbij de bewoner als dat je ‘mevrouw’ zegt. En het is... Je staat minder ver uit mekaar. Op een gegeven moment weet je ook wel bij wie je het kan doen en bij wie je het niet kan doen. Maar soms geven mensen het al zelf aan.’

Deelnemer 29

Als bewoners geen familie hebben, pakken zorgverleners deze rol soms op, ook als het gaat om taken die formeel niet bij hun functie horen:

‘Een cliënt ging verhuizen, en die heeft helemaal niemand, echt niemand, het was een Nederlandse mevrouw. Ik heb twee medewerkers van kantoor naar haar huis gestuurd om te helpen met inpakken. Ik ben zelf een busje gaan huren. Samen met een andere medewerker heb ik spullen opgehaald en in het busje gestopt en verhuisd naar de andere woning, omdat die vrouw helemaal niemand heeft. Dus ja, dat zien de medewerkers ook, ze doen uit zichzelf ook wat extra's. Die zijn heel erg betrokken en dat is dan natuurlijk ook fijn.’

Deelnemer 16

Naast deze relationele nabijheid die tot uitdrukking komt in het familiegevoel, en in het vervullen van taken die wellicht niet tot hun functie behoren, zeggen verschillende zorgverleners ook dat zij zich binnen hun huidige werkcontext vrijer voelen om fysiek contact te maken met cliënten. Zij ervaren deze vrijheid als positief wanneer aanraking in hun eigen cultuur de betekenis heeft van warmte en familiariteit. In reguliere zorginstellingen waar ze zich moesten ‘inhouden’ op dit vlak, hadden zij het gevoel dat deze vorm van expressie hen beperkte in het opbouwen van een authentieke relatie met cliënten, en konden ze niet volledig zichzelf zijn in hun zorgverlening. Aanraking in de zorg is een complex en vaak beladen onderwerp, vooral in relatie tot professionaliteit. Aanraking kan een vorm van zorg en nabijheid zijn, maar ook grenzen overschrijden. In de Nederlandse zorgcultuur wordt aanraking buiten de strikt medische of zorg gerelateerde handeling vaak als onprofessioneel beschouwd, wat ook terugkomt in de opleiding van zorgverleners, en dit sluit mogelijk minder aan bij zorgverleners en cliënten met een andere culturele achtergrond. Hoe, waar, en wie iemand aanraakt, is immers sterk cultureel bepaald.

Het als positief benoemde familiegevoel tussen cliënten onderling lijkt onlosmakelijk verbonden met de warme omgangsvormen van zorgverleners met cliënten. De instelling heeft als uitgangspunt dat het leven en werken daar moet voelen als een thuis, voor zowel medewerkers als cliënten. Cliënten onderling kunnen ook goede banden met elkaar opbouwen. En medewerkers zijn betrokken bij cliënten en hun familie, en andersom.

‘Ze [de bewoners, red.] zijn heel blij. Zij houden van echte aandacht, net als iedereen. Maar ze zijn echt net als onze vader en moeder of oma of opa. Zo’n gevoel. Ze vinden het zelf ook fijn en ze geven het ons ook terug. Als ik er bijvoorbeeld moe uit zie vandaag, zeggen ze: ‘Jij ziet er vandaag moe uit, is er iets gebeurd thuis? Of: ‘Ben jij gezond?’ Of: ‘Is er iets aan de hand? Vertel maar.’ Dat vragen wij andersom ook, het gaat echt zo van beide kanten. Dat vinden ze heel fijn.’

Deelnemer 37

Er zijn ook nadelen aan het familiegevoel. Door grote betrokkenheid kan het verlies van een cliënt, juist bij een sterk familiegevoel, emotioneel extra hard aankomen bij zorgverleners, maar ook bij andere cliënten. Een hechte band met een cliënt kan de impact van het verlies vergroten en het rouwproces verzwaren. Hechte op familie-lijkende relaties nodigen ook uit tot de verwachting dat zorgverleners zich als familie gedragen. Wanneer zorgverleners dezelfde culturele achtergrond delen met de cliënt en diens familie, vinden zorgverleners de verwachtingen soms onredelijk. In zulke gevallen worden ze door de familie gezien als een soort vervangende zoon of dochter, en zijn hun verwachtingen hoger dan in de reguliere zorg het geval zou zijn:

‘Het nadeel is dat cliënten je ook heel snel zien als een dochter, een buurvrouw of zus. Dus ja, professioneel blijven is heel belangrijk en soms dan gaan ze over... ja, over bepaalde grenzen, omdat ze natuurlijk geholpen willen worden en soms is het moeilijk om nee te zeggen, omdat... Sommige dingen die ze dan vragen behoren niet tot je taken en niet tot je werk, maar ja, professionaliteit te allen tijde. Dat is heel belangrijk, ja.’

Deelnemer 15

Hoge verwachtingen kunnen ook overgaan in grensoverschrijdend gedrag van familieleden. In zo’n situatie worden extra gunsten gevraagd die bijdragen aan een verhoogde werkdruk en aan extra taken voor de zorgverleners, die ze niet bij hun werk vinden passen. Bij weigering krijgen zorgverleners soms te horen dat zij, vanwege hun gedeelde culturele achtergrond, ‘beter zouden moeten weten’. Het familiegevoel doet dan duidelijke scheidslijnen tussen professioneel en persoonlijk vervagen. Deelnemers, leidinggevend en zorgverleners, zoeken naar hoe ze deze grenzen effectief kunnen beschermen. In een familie kun je dingen wellicht ‘gemakkelijker’ tegen elkaar zeggen, maar ook dingen die als micro-agressie, als racisme, en als pijnlijk kunnen worden opgevat. In onderstaande observatie lijkt zo’n dubbele boodschap te worden afgegeven:

Een witte medewerker vroeg lachend aan een collega van kleur met een afro-kapsel: 'Wat heb je met je haar gedaan, langs een boom gereden?' De opmerking werd met een half lachje beantwoord, waarna de medewerker toevoegde: 'Staat je wel goed. Moet je vaker doen.'

Tijdens een ander observatiemoment corrigeert een medewerker van de ondersteunende dienst een dementerende cliënt en uit ergernis en verwijten. Een zorgverlener spreekt de medewerker aan op diens professionaliteit, wat al snel escaleert in een woordenwisseling. Familiegevoel kan de professionaliteit van medewerkers ook onder druk zetten en leiden tot ongepaste interacties, zowel met cliënten als binnen het team.

Samengevat wijzen de deelnemers op de complexiteit van het familiegevoel, met positieve, negatieve en tegenstrijdige elementen. Niet in alle zorginstellingen die we bezochten, was een positief familiegevoel even duidelijk zichtbaar of voelbaar. In een enkele instelling is het zo rustig dat de onderzoeker observeert: 'de rust tijdens het eten lijkt eerder een ongemakkelijke stilte te zijn.' In een andere instelling heerst onrust en er zijn ruzies geweest, en spanningen zijn tijdens de observaties zichtbaar. Door het bestaan van sociale kliekjes worden bepaalde medewerkers genegeerd of vijandig bejegend, wat de groepsdynamiek negatief beïnvloedt. Families zijn niet altijd veilige en warme omgevingen.

3.3.2 Betrokkenheid en dankbaarheid van naasten

Veel zorgverleners benoemen de vaak grote betrokkenheid en dankbaarheid van naasten voor het verrichte werk. Dat geeft veel van en plezier en voldoening. Naasten van cliënten blijven soms zelfs nog jaren als vrijwilliger actief bij de organisatie nadat hun familielid is overleden:

'Ik durf echt niet te zeggen dat in andere huizen en Nederlandse huizen niet ook een thuisgevoel is voor mensen. Dat zou ik echt te arrogant vinden. Maar ik vind het hier bovenmatig aanwezig, en dat heeft echt te maken met... Ik heb afgelopen vrijdag met een dame, die had Indische ouders. Die zijn overleden, maar die blijft hier omdat zij hier de aansluiting heeft bij die Indische cultuur. Die blijft hier werken. Die zal minder snel naar een Nederlands huis overstappen. Dus echt die identificatie met de eigen cultuur, zie ik wel hier meer als in de Nederlandse cultuur.'

Deelnemer 34

'De familieleden zijn blij. Er is verder niks in Nederland voor Chinese ouderen. Wij zijn hier begonnen in [plaatsnaam] en de families zijn heel blij dat wij hier iets kunnen doen voor de Chinese ouderen. Wij hebben ook ouderen die helemaal uit [plaatsnaam] komen, uit [plaatsnaam], uit [plaatsnaam]. Een zoon brengt zijn vader elke dinsdag naar onze dagbesteding. Elke dinsdag. Hij heeft zich voor die dag vrijgemaakt, zodat hij zijn vader hiernaartoe kan brengen.'

Deelnemer 30

Geïnterviewden hebben de indruk dat in hun organisatie (of cultuursensitieve organisaties in het algemeen) de familieleden erg betrokken zijn bij de dagelijkse zorg en dat zij ook vaak vrijwillig helpen bij feestdagen of andere evenementen. Ze komen zelden vrijwilligers tekort bij evenementen en familieleden helpen 'als vanzelfsprekend' met de dagdagelijkse zorgtaken, waar nodig en/of mogelijk:

'Ze helpen met het eten. En als het moet, stel je voor dat een bewoner tegenwerkt overdag met het douchen en je vraagt die zoon of dochter van: 'Joh, kan je me even ondersteunen?' Nou, dan gaan ze helpen met douchen. Of met de taalbarrière. Dan zie je dat ze je ondersteunen en ze helpen je ook. Maar ze vragen het ook zelf: is er iets waar ik je mee kan helpen? Dus dat is fijn.'

Deelnemer 33.

Deelnemers aan de focusgroep benadrukken de uitdagingen voor mantelzorgers, met name de balans tussen werk en privé. Hoewel er steeds meer druk ligt op mantelzorgers om meer zorg te bieden, erkennen de deelnemers dat mensen met een migratieachtergrond vaak al intensief voor hun familie zorgen. In veel culturen is het bovendien niet gebruikelijk om ouders of andere familieleden naar een verzorgingshuis te brengen, wat voor veel familieleden een emotioneel moeilijke beslissing is.

‘Omdat als jij altijd alles geregeld hebt voor die persoon en dat gaat dan in één keer toch anders, omdat het... Wij werken ook anders. Als dat een... Of een thuiszorg of dat je het zelf hebt gedaan. Dan heeft de familie heel veel moeite, soms, om het los te laten. En dan, soms hebben wij het idee dat ze zich bemoeien, maar eigenlijk willen ze het beste voor hun ouder. Dat is het. Alleen, soms ervaar je dat niet zo, want als iemand een paar keer per dag belt van: hebben jullie dit gedaan? Hebben jullie dat gedaan? En: denken jullie daaraan? Dan heb je heel gauw wel een beetje, dat je denkt van: het komt goed. Vertrouw er nu op. En soms lopen dingen natuurlijk ook niet altijd perfect. Want wij zijn met een heel team en niet iedereen, die doet hetzelfde.’

Deelnemer 29

Zelfs wanneer ze genooddaakt zijn hun familielid in een zorginstelling te plaatsen, betekent dit volgens de deelnemers niet dat ze hun verantwoordelijkheid opgeven; ze blijven juist nauw betrokken, vooral in de laatste levensfase.

3.3.3 Jezelf kunnen zijn

Bijna alle deelnemers benadrukken hoe fijn ze het vinden om zichzelf te kunnen zijn binnen de cultuursensitieve organisatie. Dit gevoel van authenticiteit op de werkvloer is volgens hen niet vanzelfsprekend in reguliere zorginstellingen. Sommige deelnemers, die eerder in andere zorginstellingen werkten, geven aan dat zij daar minder het gevoel hadden zichzelf te kunnen zijn. In hun huidige diversiteitsensitieve werkomgeving ervaren zij juist wél die ruimte. Dit vertaalt zich bijvoorbeeld in de mogelijkheid om gebruik te maken van een gebedsruimte, zonder dat er vragen worden gesteld. Ze ervaren minder druk om zichzelf steeds te verantwoorden.

‘Beneden hebben we de gebedsruimte, daar kan ik ook naartoe. Dus niemand kijkt er raar van op. En ik heb ook in het ziekenhuis gewerkt en daar hoefde ik het niet proberen om te zeggen: ‘Ik ga even bidden.’ Dan dacht ik: wat zal de gedachte erbij zijn? En zullen ze het wel accepteren? Daar ben je gewoon wat meer op je hoede, terwijl we hier... ik ben hier gewoon vrij.’

Deelnemer 8

Ook is het voor sommige deelnemers fijn dat ze in hun cultuursensitieve organisatie tegen collega's en cliënten openlijk kunnen praten en ervaringen kunnen delen over hun seksuele oriëntatie.

‘Ik heb zelf een vriend en ik kan me hier vrij bewegen, ik kan er vrij over praten met iedereen. Ook met bewoners. Bewoners vragen het ook aan mij, dus ja, dat is op zich wel leuk.’

Deelnemer 7

Het jezelf kunnen zijn is voor deelnemers niet alleen belangrijk voor het persoonlijke welzijn, maar draagt ook bij aan werkplezier. Het bevordert volgens de deelnemers de openheid en het begrip voor andere culturen, en wederzijdse waardering. De deelnemers beschouwen dit als een verrijking. Aan de ene kant leren en reflecteren zij meer op hun eigen identiteit en wat voor hen van betekenis is, terwijl zij tegelijkertijd beter in staat zijn om zich in te leven in de waarden van de cliënten.

‘Uhm, ik ben Surinaams en ik vind zelf dat mijn cultuur niet heel veel verschilt met de Afrikaanse cultuur. Waar wij in geloven, je hebt individuele wederkerigheid en dat betekent: ik deel wat over mezelf en daardoor voelt de ander zich aangeropen om iets over zichzelf te delen en misschien is dat qua cultuur of op gebied van cultuur. En je hebt ook universele wederkerigheid en dat betekent dat iedereen wel iets meemaakt of dat ik iemand heb verloren, maar u ook iemand heeft verloren. En dat is om die reden, ongeacht cultuur met elkaar kunnen verbinden of ook weer raakvlakken met elkaar, dus daar geloof ik ook heel erg in en ik merk dat ik zelf ook wat meer daar beroep op doe, ongeacht cultuur dat ik die universele wederkerigheid dan ga inzetten om ook te verbinden met de doelgroep.’

Deelnemer 1

Voor veel zorgverleners is het kunnen zijn wie ze zijn in reguliere zorginstellingen niet altijd vanzelfsprekend. In cultuursensitieve organisaties daarentegen is er doorgaans meer ruimte voor authenticiteit in de interacties met zowel collega's als cliënten. Dit draagt bij aan het werkplezier van zorgverleners; ze worden niet afgewezen om wie ze zijn, en hun professionaliteit wordt hierdoor juist versterkt. Het openstellen en delen van ervaringen wordt gezien als een verrijking en biedt de mogelijkheid om van elkaar te leren.

3.3.4 Intrinsieke motivatie

Deelnemers geven in de interviews blijk van een sterke intrinsieke motivatie voor werken in de zorg. Zo benoemen verschillende deelnemers dat ze niet werken voor het geld, maar dat ze het werk doen om anderen te helpen of 'voor de mensen'. Het werk wordt soms zelfs 'hun roeping' genoemd en is een vorm van zingeving. Het kan zwaar zijn, maar deelnemers ervaren juist er 'veel voor terug te krijgen'.

‘De tweede lockdown was natuurlijk wel – in vergelijking met de eerste lockdown – wat soepeler. Vooral in regels rondom verzorgingstehuis. Dus ik dacht: weet je, als zij weer zo eenzaam zijn, dat is het minste wat ik kan doen. En om terug te komen op jouw vraag: ja, tuurlijk was er heel veel druk, maar het was ook... Je krijgt er ook heel veel voor terug, heel veel waardering voor terug. Ja, dus ik kreeg daar wel energie van.’

Deelnemer 41

Volgens verschillende deelnemers is een sterk intrinsieke motivatie ook nodig om het werk goed te kunnen doen. Het werk is immers zwaar.

‘Nou, ik denk, in dit vak moet je wel een hart hebben. Als je geen hart hebt voor dit vak, is het heel moeilijk om te blijven werken. Het is wel zwaar en iedere oude oudere is anders. Ik denk, om mensen te verzorgen, om mee te gaan in de fase die ze, hoe moet ik het zeggen, de laatste fase, en een betekenis voor te geven, dat vind ik wel waardevol.’

Deelnemer 30

Veel zorgverleners zijn sterk gemotiveerd om juist in een diversiteitsensitieve zorginstelling te werken. Dat kan meerdere redenen hebben: sommigen vinden het 'interessant' om verschillende culturen te leren kennen, zorgverleners die dezelfde culturele achtergrond hebben als de bewoners van een cultuurspecifieke instelling geven vaak aan dat zij 'iets terug willen doen voor hun mensen'.

3.3.5 Het (niet) ervaren van discriminatie

Het gevoel jezelf te kunnen zijn, lijkt deels te komen door de afwezigheid van discriminatie en micro-agressies, die deelnemers in andere organisaties wel hebben ervaren. Het gaat dan in het bijzonder om discriminatie door collega's. In de huidige organisatie lijkt dat minder het geval te zijn en deelnemers zeggen dat dit komt omdat het een diverse organisatie is. Tegelijkertijd betekent dit niet dat er geen discriminatie voorkomt. Culturele minderheidsgroepen kunnen vooroordelen uiten naar andere groepen. Benadrukt wordt door verschillende deelnemers dat dit niet geaccepteerd wordt en dat men hierover in gesprek gaat.

‘Mensen van Surinaamse afkomst die dan weer uit twee verschillende lagen van de sociale, weet ik het wat, komen, dat die elkaar het leven zuur maken. Dat je denkt: wat gebeurt hier nou toch eigenlijk? Als het eigen medewerkers zijn, dan ga je het gesprek aan.’

Deelnemer 22

Het gesprek erover aangaan, is dus vaak de eerste actie van managers. Verschillende deelnemers melden de aanwezigheid van protocollen en vertrouwenspersonen in het geval van discriminatie tussen collega's. Men verwacht doorgaans dat hun organisatie dit goed geregeld heeft en dat die protocollen op orde zijn. Maar lang niet iedereen is op de hoogte van die protocollen.

‘Oh nee, daar zal zeer zeker wel een protocol voor zijn, dat geloof ik gelijk. Al ben ik niet op de hoogte van dat protocol. Ik denk ook eerder dat je daarnaar gaat zoeken, op het moment dat zoiets zich voordoet. Er is sowieso een vertrouwenspersoon, dus dat is natuurlijk ook onderdeel van het protocol, dat je iemand hebt waar je heen kan gaan. Maar hoe je nou precies moet handelen als een situatie zich voordoet, ik zou het niet weten.’

Deelnemer 41

Discriminatie kan ook plaats vinden vanuit cliënten. Discriminerende verzoeken vanuit de cliënt worden vaak niet geaccepteerd. Een witte cliënt die geen zorgverlener van kleur wil, krijgt zeker een weerwoord:

‘Ja, het gebeurt hier ook wel. Maar je hebt hier ook gewoon Nederlands-Nederlandse cliënten, die ook eigenlijk ‘wat minder hebben met buitenlanders’, maar goed, die hebben we hier ook. Die maken soms ook wel opmerkingen, maar ik merk ook wel dat de medewerkers ook wel de grens kunnen aangeven: ‘Tot hier en niet verder’, ‘Ik accepteer niet dat je zo tegen me praat’ [...]. Ja, de melding wordt wel gemaakt, maar de medewerkers zelf weten ook wel actie te ondernemen...’

Deelnemer 8

Als een cliënt dus een zorgverlener weigert vanwege diens afkomst, zonder goede reden zoals de taal, dan gaan instellingen vaak niet mee in discriminerende verzoeken. Verzoeken om een vrouwelijke zorgverlener van een vrouwelijke cliënt, worden wel vaak ingewilligd. Dit wordt niet beschouwd als een vorm van discriminatie maar als mogelijk aspect van cultuur- of diversiteits sensitiviteit.

Naast discriminerende verzoeken vanuit cliënten, kan het ook voorkomen dat cliënten zorgverleners uitschelden. Soms 'hoort' de discriminatie vanuit de cliënt ook bij het ziektebeeld en in dat geval wordt er anders mee omgegaan, omdat deelnemers weten dat de cliënt er eigenlijk niet veel aan kan doen. Onderling kunnen cliënten elkaar soms ook discrimineren, en ook familieleden kunnen discrimineren. Daar lijkt doorgaans duidelijk tegen te worden opgetreden.

‘Als je dat tegenkomt, dan ga je het gesprek aan, dan stel je die grens. Ja, dat zijn ook huisregels die ook wel bij naasten horen. In het extreme geval zeg je: ‘Even niet meer op bezoek. Want als jij onze medewerkers op deze manier, discriminerend, bejegent, dan hoor je hier niet thuis. Of dan willen we je even niet zien.’

Deelnemer 22

Wanneer een situatie dus wordt gezien als discriminatie, dan lijken er duidelijke grenzen te worden getrokken, of die discriminatie nu komt vanuit een collega, een cliënt of een familielid. Het lijkt soms echter voor zorgverleners ook niet altijd precies duidelijk wat wel en geen discriminatie is. De term ‘discriminatie’ wordt door zorgverleners niet altijd gebruikt voor situaties die wel als zodanig beschouwd kunnen worden. Dan wordt gedrag bijvoorbeeld ‘agressie’ genoemd, terwijl het feitelijk gaat om discriminatie. Een ander voorbeeld is een zorgverlener die vertelt dat er geen discriminatie plaatsvindt, maar dat cliënten wel vooroordelen uiten.

‘Eh, discriminatie niet per se. Maar misschien hebben we cliënten die zeggen: ‘Ik wil geen Nederlandse collega, want die begrijpt mij niet of die weet niet waar ik over praat. We hebben daar twee oplossingen voor: óf een andere collega van dezelfde komaf gaat mee, en dan gaan we weer samen in gesprek daarover, die vooroordelen benoemen bijvoorbeeld, die proberen we weg te nemen. Óf, als er een bepaald conflict is, dat we de cliënt uitnodigen in de vergadering. En dat begeleiden natuurlijk, dat we met zijn allen daar in gesprek over gaan en kijken hoe we gezamenlijk dat kunnen oplossen.’

Deelnemer 1

Als iets wordt ervaren van discriminatie leidt dat veelal tot ingrijpen. Toch zijn er nog wel ‘grijze’ gebieden, waar de vraag of iets discriminatie is of niet onbeantwoord blijft. In deze situaties, die minder duidelijk zijn, lijkt het erop dat de zorginstellingen in ieder geval wel het gesprek aangaan.

3.3.6 Leiderschap en samenwerken in een divers team

Leiderschap en samenwerking binnen een divers team in cultuursensitieve organisaties vereisen, volgens onze observaties, een specifieke benadering. In de context van cultuursensitieve zorg richt leiderschap zich niet alleen op het bevorderen en versterken van diversiteit en inclusiviteit, maar ook op het creëren van kansen daartoe. Leiders [leidinggevend, senioren, directeuren] die effectief ondersteuning bieden aan medewerkers door rekening te houden met hun diverse culturele achtergronden, spelen een essentiële rol in het creëren van een werkklimaat waarin iedereen zich gewaardeerd en gehoord voelt:

‘Je moet jezelf als leidinggevende kwetsbaar opstellen, nooit wijsheid in pacht denken te hebben, dicht bij jezelf blijven, elke dag opstaan met: hoe kan ik het beter doen, universele waarden, dat wij elkaar nodig hebben, 100 jaar geleden was het heel anders, we moeten naar de toekomst kijken. Ga vanuit wat je gaat worden. Omarm de ontwikkeldrang en veranderingsbehoefte. Durf jezelf te vernieuwen. Bang zijn voor verveling, dat is het gevaar. Zorgen dat je aantrekkelijk genoeg bent voor je medewerkers. Nieuwsgierig zijn. Bemin het onbekende.’

Focusgroep 1

‘Je moet als leidinggevende wel waardering uitspreken, echt geïnteresseerd zijn. Mensen erkennen. Het is vanzelfsprekend, want het is jouw baan, maar het is toch ook fijn om te horen dat je het goed doet.’

Focusgroep 1

Deze benadering bevordert niet alleen de onderlinge samenwerking, maar draagt ook bij aan het werkplezier, betrokkenheid en de algehele motivatie en tevredenheid van het personeel. Deze deelnemers voelen zich ondersteund door de cultuursensitieve leiderschapsstijl en flexibiliteit van de leidinggevende:

‘Ik heb dat ook gehad, ook onlangs zelfs dat ik ook weer pittige periode mee had gemaakt met school, werk. Ik heb gedacht van: hé ik moet eventjes een tandje minder, eventjes rustig aan. En toen heb ik dat ook besproken met de werkgever en toen zijn we samen in gesprek gegaan van: oké wat is daarvoor nodig, wat kunnen we toepassen. Dus er wordt wat mee gedaan. En dat is wel het mooie ervan, ongeacht wat misschien van effect zal zijn, is het mooi dat er een leidinggevende is, maar ook een team dat gehoor daaraan wil geven en die ja, ondersteunen daarin. En dat ze dat ook echt serieus nemen. Maar dat is vooral het belangrijkste, zoals ik net zei, het gaat nooit perfect, we groeien ook en dat zien we. Je hebt veel meer medewerkers, veel meer individuele visies, meningen, maar zolang we in gesprek met elkaar blijven gaan en daar een goede structuur aan koppelen is het haalbaar.’

Deelnemer 1

‘Maar we hebben hier wel een team, wat er voor elkaar is. Ze hebben ook heel veel voor elkaar over. Ze kunnen met elkaar lezen en schrijven. Dus als het met de een niet lekker gaat, dan ontlasten... Ze doen veel voor elkaar. Dat gebeurt wel. We hebben structureel drie keer per jaar of vier keer per jaar een moreel beraad en daar zit een arts bij, een psycholoog zit erbij, daar zit een geestelijke zorg bij. Dan bespreken we ook dingen die we moeilijk vinden daar ook met elkaar. Dat is ook fijn.’

Deelnemer 24

In een cultuursensitieve organisatie is het essentieel dat leidinggevendenden flexibel zijn en kunnen anticiperen op de diverse en vaak complexe behoeften van hun medewerkers. Deelnemers illustreren dit aan de hand van voorbeelden, zoals het vervroegd uitbetalen van salaris aan een medewerker die geld naar familie in het buitenland moet sturen, of het omzetten van een lege kantoorruimte naar een stilte-, gebeds- en kolfruimte voor medewerkers. Deelnemers geven aan dat de steun van leidinggevendenden in situaties van discriminatie of andere problemen ook zeer waardevol is. De betrokkenheid en ondersteuning van leidinggevendenden binnen cultuursensitieve organisaties wordt zeer gewaardeerd en zij onderscheiden zich positief ten opzichte van reguliere zorginstellingen, waar dergelijke steun volgens de deelnemers minder vanzelfsprekend is.

‘Maar wij moeten wel 10 keer harder lopen, dat is inderdaad wel vanzelfsprekend, maar iedereen moet gezien worden. Ook de schoonmaker, ook de hbo-verpleegkundige. Daar [reguliere zorginstelling] werd dat niet gezien. Er waren ook veel tussenlagen. Je moest je continue verantwoorden. Iets wat jij dan had bedacht werd niet namens jou ingebracht, maar nam de manager over.’

Focusgroep 1

De toegankelijkheid van leidinggevendenden wordt eveneens als een belangrijk voordeel beschouwd; zorgverleners waarderen het open deur-beleid van leidinggevendenden en de menselijke benadering. In sommige zorgorganisaties wordt de ‘plattere’ hiërarchie benadrukt.

‘We hebben hele korte lijnen en je kan zo bij hem binnenlopen. En de directeur zorg, die werkt dan best wel veel op afstand, maar die kan je ook gewoon te allen tijde bellen of mailen of appen. Wat dat betreft ben ik wel heel blij dat er hier korte lijnen zijn met directie en manager et cetera. Ja, het is heel fijn.’

Deelnemer 15

‘For example, if they need help, I’m always here for them. If I need help, they are always here. So it’s very informal, I would say. If I say ‘I need your help’, I don’t have to make an appointment or wait a few weeks.’

Deelnemer 18

‘Ja, nee, ik heb nog niet, nog niet zo meegemaakt, nee. Nee, juist de meesten van ons waarderen juist, het feit dat we ja... dat ik juist gewoon inderdaad heel recht door zee ben, maar ook gewoon heel transparant ben. Dus dat waarderen ze. Tegelijkertijd weten ze ook van mij van, nou ja, doordat ik juist ook heel toegankelijk ben en heel laagdrempelig ben... ja, hebben ze daar juist nog meer respect voor.’

Deelnemer 14

Leidinggevendenden spelen een cruciale rol in het creëren van ontwikkelingsmogelijkheden voor hun medewerkers binnen het team. Volgens de deelnemers is het essentieel om talenten en vaardigheden van je personeel te herkennen en te erkennen en hen actief te ondersteunen en te investeren in hun verdere ontwikkeling. Een deelnemer vertelt hoe het management gelooft in diens vaardigheden als toekomstige directeur en veel in deze medewerker investeert om bijvoorbeeld een taal cursus Nederlands te volgen, om zich verder te kunnen ontwikkelen.

Uit de observaties en gesprekken blijkt in de cultuursensitieve organisaties een ‘plattere’ hiërarchie te zijn, waarin de leidinggevende makkelijk en toegankelijk te bereiken is. In de teams heerst een informele sfeer. Samenwerken in een divers team wordt door de deelnemers over het algemeen als positief ervaren, vooral vanwege de mogelijkheid om van elkaar te leren en verschillende perspectieven in te brengen. Het vereist gevorderde vaardigheden, die uitdagend kunnen zijn, met name in werkomgevingen met hoge stressniveaus waarbij het essentieel is dat je scherp en alert blijft, terwijl er tegelijkertijd moet worden omgegaan met de extra dimensie van cultuursensitief werken.

‘Nee, volgens mij niet. Maar ik moet wel zeggen dat wij wel een redelijk oké team hebben. Wij kunnen elkaar ook wel aanvullen. En stel dat de één hulp nodig heeft of die zegt van: ik kan echt morgen niet, want ik heb wat of zo. Dan is er altijd wel iemand die zegt: dan werk ik wel voor jou. Dit team is wel redelijk naar mekaar toe, van: wij willen elkaar helpen. En ik doe wat voor jou en dan doe jij waarschijnlijk ook wel weer wat voor mij. En dat werkt wel zo. Die wisselwerking is er wel.’

Deelnemer 29

Samenwerking vraagt om effectieve communicatie, aanpassingsvermogen, zelfreflectie en empathie, waarbij er rekening gehouden moet worden met zowel de zorginhoud als de culturele achtergronden van cliënten en collega's. Samenwerken in een divers team is niet overal perfect. Op locaties waar medewerkers ervaren echt als een team te werken, wordt de omgang tussen zorgverleners gekenmerkt door wederkerigheid.

‘Ik had al stagegelopen, dus ik wist al een beetje hoe of wat. De mensen zijn... Ik zeg ook altijd: ik heb hiervoor in een Hollands – dat noem ik altijd – een Hollands huis gewerkt, en daar zitten zoveel verschillen tussen de Hollandse cultuur en de Indische cultuur. En hier word je heel snel opgenomen. Mensen zijn echt totaal anders en veel – in mijn beleving – veel vriendelijker, veel toegankelijker. En in een Hollands huis is het allemaal wat gereserveerd en daar kom je niet zo gauw binnen, zal ik maar zeggen. En ik denk dat uiteindelijk, toentertijd mijn collega's en de bewoners, dat wel vanzelf hebben voor gezorgd dat ik mij helemaal prima voelde. En dat ik ook het idee had, dat ik hier echt wel op mijn plek ben.’

Deelnemer 29

Maar door die nabijheid kunnen soms juist ook problemen ontstaan in de samenwerking. Ook situaties waarin mensen met diverse culturele achtergronden moeten samenwerken, kunnen volgens de deelnemers soms leiden tot misverstanden en conflicten, ondanks de verwachting dat interculturele samenwerking soepel zou verlopen.

‘Mag ik daarbij zuchten? Dat is een groot pijnpunt, dat tot ontploffing is gekomen. Ja, het is hier heel sterk aanwezig, waardoor het team gewoon verstoord is. Dus we zijn nu bezig, een jaar verder en ik denk: nu moet het ophouden. We zijn er nu mee bezig om er weer een eenheid van te maken. [...] En ja, dat is moeilijk, want cultuur, want ik heb Marokkaanse dames, Turkse dames, [...], Surinaams, Antilliaans. Alles door elkaar.’

Deelnemer 20

‘Ik ben zelf best wel heel... Ik hou ook niet van chagrijnige mensen en dat... Als je op je werk chagrijnig komt, dan denk ik altijd van: ga lekker naar huis, bij wijze van. Ik vind dat wij het met mekaar moeten doen. En wij zijn hier voor de bewoners en niet voor... Ik ben niet hier voor mezelf. En ik denk: als echt het zorgen in je zit, dan kan je het goed naar je zin hebben. En ik ben wel redelijk makkelijk en wuif misschien ook nog weleens dingen weg, dat anderen... Die gaan steigeren als er iets gebeurt of dat wat ze niet leuk vinden, of... En dan denk ik van: ik ga mij wel druk over maken. Maar soms heeft het ook helemaal geen zin.’

Deelnemer 29

Een belangrijk aspect dat bijdraagt aan dergelijke spanningen volgens de deelnemers is de culturele hiërarchie, waarbij in bepaalde culturen het ongepast en respectloos wordt geacht om instructies te geven en tegen iemand in te gaan die ouder is. Deze norm kan problematisch zijn in situaties waarin een jongere leidinggevende, zoals een jonge verpleegkundige, sturing geeft aan oudere collega's. Deze norm botst met de werkomgeving, waar professionele efficiëntie juist voorop staat, maar waarin onvoldoende rekening wordt gehouden met de culturele waarde die aan leeftijd en respect wordt toegekend.

Dit kan leiden tot gevoelens van disrespect en ondermijning van gezag, vooral wanneer deze oudere zorgverleners in hun cultuur gewend zijn aan meer autoriteit of respect vanwege hun leeftijd. Zonder inzicht, adequate communicatie en wederzijds begrip kan een dergelijke situatie escaleren tussen collega's, waarbij de intentie van de jongere leidinggevende – vaak gericht op professionele efficiëntie en het stellen van grenzen – door de deelnemers wordt geïnterpreteerd als onbeleefd of zelfs beledigend. Dit geldt met name voor oudere zorgverleners, die meer gewend zijn aan een hiërarchie waarin zij op basis van hun leeftijd met meer respect worden behandeld. In een zorginstelling kan dat zelfs leiden tot verzuim van zorgverleners. Een deelnemer vertelt:

‘Er zijn jonge meiden die verpleegkundige zijn [...]. Wanneer zij iets zeggen tegen bijvoorbeeld ouderen [collega's, red], wordt dat soms niet geaccepteerd, want 'jij kon mijn dochter zijn'. Maar we zijn nu in een professionele setting. Ik geef feedback op iets en dat zorgt voor heel veel ruzies. Dat is zo erg, dat mensen gewoon, ja... zich ziekmelden. En dat is wel de minder leuke kant ervan. Dus die jongeren voelen zich ook vast niet serieus genomen.’

Deelnemer 20

Dit spanningsveld tussen professionele hiërarchie en culturele normen rondom leeftijd is herhaaldelijk naar voren gekomen in verschillende interviews. Voor veel zorgverleners is het moeilijk om hun diepgewortelde culturele waarden aan te passen aan de verwachtingen op de werkvloer. Het negeren van deze culturele dimensies kan dus leiden tot significante conflicten, waarbij wat voor de een 'professioneel handelen' is, door de ander als respectloos gedrag wordt gezien. Cultuursensitiviteit met als belangrijk element het 'familiegevoel' is een spectrum waaruit blijkt wat zorgverleners kunnen betekenen voor cliënten en collega's, en het schept ook verwachtingen van cliënten en hun naasten, en collega's. Ook worden grenzen opgezocht, terug te zien in gunsten van familieleden of het vervullen van taken die eigenlijk niet tot de professionele rol behoren. Op het andere einde van dat spectrum ligt verwarring op de loer of zelfs grensoverschrijdend gedrag naar en tussen zorgontvangers, cliënten, en hun naasten, en kan het stellen van duidelijke grenzen moeilijk zijn.

4. Aanbevelingen

In onderstaand overzicht zijn aanbevelingen opgenomen. Deze zijn verzameld uit de literatuur, de interviews, en met name de focusgroepdiscussies waar de resultaten van de studie zijn besproken. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in macro- en mesoniveau, gericht op (a) de overheid/het ministerie van VWS, en op (b) zorginstellingen.

4.1 Aanbevelingen gericht op de overheid/het ministerie van VWS

(1) **Evalueer wet- en regelgeving op knelpunten voor cultuursensitieve zorg.**

Duurzame oplossingen voor knelpunten veroorzaakt door wet- en regelgeving, vereisen samenwerking tussen zorgverleners, zorginstellingen en beleidsmakers.

(2) **Vergroot de mogelijkheden voor cultuursensitieve zorg.**

De zorg voor ouderen uit gemarginaliseerde groepen, zoals arbeidsmigranten en mensen met een migratieachtergrond, zal in de komende jaren toenemen. Deze ouderen vragen vaak pas in een later stadium zorg, als zij al in een vergevorderd ziekte- of zorgtraject zitten. Cliënten die in cultuursensitieve zorgorganisaties terechtkomen, hebben veelal een complexere en intensievere zorgbehoefte. Hogere zorgzwaarte stelt extra uitdagingen aan cultuursensitieve zorgorganisaties en kan leiden tot hogere werkdruk en complexere zorgvraagstukken. Wij bevelen daarom aan dat zorginstellingen en de overheid beleid ontwikkelen ter ondersteuning en ook het uitbouwen van mogelijkheden voor deze zorg. Het is belangrijk dat zorgverleners handvatten krijgen om diversiteitssensitief werken te ontwikkelen met daarbij inbegrepen concrete vaardigheden en praktische tips om effectief hun grenzen te bewaken en te communiceren. Hierbij valt te denken aan trainingen bij voorkeur waarvan de effectiviteit is vastgesteld.

(3) **Structurele en financiële ondersteuning voor cultuursensitieve zorg.**

Voor het behoud en de doorontwikkeling van cultuursensitieve zorg is meer structurele en financiële ondersteuning nodig. Dit kan bestaan uit extra subsidies voor zorgorganisaties die cultuursensitieve zorg leveren, evenals heldere richtlijnen over bestaande financieringsmogelijkheden. Daarnaast kunnen subsidies worden ingezet om bepaalde culturele activiteiten te ondersteunen, die weliswaar niet direct zorg gerelateerd zijn, maar belangrijk zijn voor het welzijn van cliënten met diverse achtergronden. Het wegnemen van (financiële en administratieve) schotten tussen zorg en welzijn kan bijdragen aan een meer holistische benadering van zorg, waarin cliënten niet alleen medische zorg ontvangen, maar zich ook cultureel erkend en ondersteund voelen. Verder kan vanuit het ministerie van VWS ondersteuning worden georganiseerd bij de transitie van instellingen naar (meer) cultuursensitief werken.

(4) **Regels en handvatten bij discriminatie door cliënten tegen zorgverleners.**

Discriminatie lijkt minder vaak voor te komen, maar is in ieder geval duidelijk bespreekbaar in cultuursensitieve organisaties. Bij discriminatie tussen collega's wordt vaak direct de leidinggevende benaderd of geprobeerd het probleem onderling op te lossen. Wel bestaat er nog onduidelijkheid onder leidinggevenden en zorgverleners over de juiste aanpak wanneer cliënten zich discriminerend gedragen, met name wanneer er sprake is van een ziekte als dementie, waardoor het al snel vergeven en vergeten wordt. Het ontbreken van concrete richtlijnen voor hoe om te gaan met discriminatie door cliënten zorgt voor een hiaat in de aanpak. Dit geldt in nog sterkere mate voor microagressies, waarbij het vaak nog moeilijker is om te bepalen welke stappen genomen moeten worden. De zorgsector dient strenger op te treden tegen zowel discriminatie als microagressie, en hiervoor heldere protocollen te ontwikkelen (Bousbaa et al., 2024; literatuuroverzicht zie Felten et al., 2024).

(5) Creëer een centraal kennis- en netwerkplatform voor cultuursensitieve zorgaanbieders en hun zorgverleners.

Zorgaanbieders en zorgverleners weten vaak niet welke informatie beschikbaar is en hoe om te gaan met specifieke uitdagingen in cultuursensitief werken. Hoewel er nuttige hulpmiddelen bestaan of worden ontwikkeld, zoals de handreiking van Pharos (forthcoming), zijn deze niet altijd bekend of te vinden. Dit belemmert de effectieve toepassing van cultuursensitieve zorg en leidt tot onzekerheid bij zorgverleners in moeilijke situaties. Om deze kloof te dichten, stellen wij voor dat het ministerie van VWS een centraal platform opzet, dat dient als informatie- en netwerkpunt voor zorgaanbieders, zorgverleners en andere betrokkenen in de zorgsector. Sommige organisaties zoeken elkaar nu al op om van elkaar te leren en dit zou met een centraal platform nog meer gestimuleerd kunnen worden.

(6) Cultuursensitief zorgonderwijs.

Het is belangrijk dat in de opleiding van zorgverleners op alle niveaus meer aandacht wordt besteed aan cultuursensitieve zorg. Het ministerie van VWS kan onderwijsinstellingen stimuleren om cultuursensitieve zorg te integreren in het vaste curriculum, zodat alle zorgverleners in de toekomst beter toegerust zijn om diverse groepen cliënten te ondersteunen.

(7) Monitor de voortgang en effectiviteit van cultuursensitief werken in Nederland.

Door gegevens te verzamelen en te analyseren over de implementatie van cultuursensitieve zorg in verschillende instellingen, kan het ministerie van VWS inzicht krijgen in wat werkt en waar nog verbeteringen nodig zijn. Dit kan vervolgens worden teruggekoppeld aan zorgaanbieders en zorgverleners via het platform.

(8) Versoepel het BIG-registratieproces van niet in Nederland opgeleide zorgverleners.

Het huidige BIG-registratieproces voor zorgprofessionals met diploma's uit het buitenland is complex en kent diverse obstakels. Veel buitenlandse zorgverleners, zoals artsen of verpleegkundig specialisten uit andere landen, moeten in Nederland een uitgebreid, vaak zwaar en duur traject doorlopen om hun BIG-registratie te verkrijgen. Dit ontmoedigt sommigen om het proces volledig af te ronden, waardoor zij genoeg nemen met functies onder hun opleidingsniveau, zoals het werken als verpleeghulp terwijl zij in hun land van herkomst gekwalificeerde specialisten waren. Daarnaast wordt het BIG-registratieproces slechts één keer aangeboden. Dit traject kan versoepeld worden door bijvoorbeeld de ervaring en opleiding in het land van herkomst meer mee te laten wegen in de beoordeling, en zorgprofessionals een op maat gemaakt traject te laten doorlopen, dat beter aansluit bij hun kwalificaties. Ook herkansing moet mogelijk zijn.

4.2 Aanbevelingen gericht op zorginstellingen

(9) Diversiteit op management- en bestuursniveau.

Hoewel diversiteit op de werkvloer steeds meer wordt gewaardeerd en omarmd, en in cultuursensitieve instellingen vaak goed gewaarborgd is, blijft diversiteit op management- en bestuursniveau achter. Een divers samengesteld leiderschapsteam kan beter inspelen op de behoeften van de cliënten (diverse zorgpopulatie) en de zorgverleners. Het bevordert inclusiviteit, leidt tot innovatievere besluitvorming en zorgt voor een meer representatieve afspiegeling van de maatschappij waarin de organisatie opereert. Bovendien dragen diverse perspectieven binnen de leiding bij aan het ontwikkelen van beleid dat effectiever aansluit bij verschillende culturele en sociaaleconomische groepen. Concrete stappen zijn nodig om diversiteit in de managementlagen van de organisatie te bevorderen.

(10) Platte managementstructuren.

Platte managementstructuren binnen zorgorganisaties kunnen bijdragen aan meer gelijkwaardigheid tussen leidinggevenden en medewerkers. In cultuursensitieve zorgorganisaties is de *mindset* van leidinggevenden essentieel. Leidinggevenden dienen zichtbaar te zijn voor medewerkers, hun ontwikkeling te faciliteren, en ondersteuning te bieden in het leerproces op het gebied van cultuursensitief werken, en het tegengaan van discriminatie en racisme (Badou et al., 2023).

(11) Flexibele feestdagen.

Cao's kunnen het organisaties soms moeilijk maken om feestdagen, zoals Suikerfeest, Divali of Ketikoti, flexibel op te nemen in onregelmatigheidsdiensten. Bestaande cao-systemen zijn veelal afgestemd op reguliere feestdagen.

(12) Betrek cliënten en naasten/familie in de beleidsontwikkeling.

Zelforganisaties van mensen met een migratieachtergrond, waaronder NOOM, worden vaak benaderd door instellingen die een reguliere, meer op 'witte' mensen toegesneden benadering hanteren. Hoewel instellingen soms subsidies ontvangen om problemen van mensen in gemarginaliseerde gemeenschappen aan te pakken, houden zij toch onvoldoende rekening met de specifieke behoeften en wensen van deze gemeenschappen. De eenzijdige aanpak die hieruit volgt, resulteert erin dat problemen en oplossingen nog altijd vanuit een dominant, koloniaal perspectief worden gedefinieerd. Daadwerkelijke inspraak van de gemeenschappen zelf ontbreekt. Uit ons onderzoek blijkt dat familieleden, met name in diversiteitsensitieve zorginstellingen, vaak het gevoel hebben onvoldoende betrokken te worden bij het besluitvormingsproces, wat kan leiden tot zorg die niet voldoende aansluit bij hun wensen en behoeften.

(13) Feedbackcultuur, zelfreflecties en intervisie.

Structurele intervisie en dagelijkse reflectiemomenten kunnen worden geïntegreerd in werkrouines, bijvoorbeeld tijdens de overdracht tussen diensten. Voor reflectiemomenten is het volledige zorgteam, inclusief niet-zorgspecifieke medewerkers zoals keuken-, schoonmaak- en dagbestedingspersoneel, belangrijk. Hoewel deze medewerkers formeel niet altijd tot het zorgpersoneel worden gerekend, spelen zij wel een cruciale rol in het welzijn van cliënten en in de algehele zorgomgeving. Het regelmatig inplannen van deze momenten biedt verschillende voordelen. Ten eerste bevorderen intervisie en reflectie een open cultuur van zelfbewustzijn en continue professionele ontwikkeling (reflexiviteit, culturele competentie). Door dagelijkse ervaringen te delen en te analyseren, kunnen zorgverleners inzichten krijgen in hun eigen handelen, patronen van interactie herkennen en strategieën ontwikkelen voor het omgaan met complexe of uitdagende situaties (antiracisme, tegengaan van discriminatie). Dit is essentieel in een sector waar persoonlijke en culturele factoren vaak een belangrijke rol spelen in de zorgrelatie. Ten tweede draagt het betrekken van facilitaire medewerkers bij aan een inclusieve benadering van zorg, waarin iedereen die een directe of indirecte invloed heeft op de cliënt wordt erkend als onderdeel van het zorgproces. Zo wordt een cultuur van leren en verbeteren gestimuleerd. Bovendien biedt het ruimte voor vroegtijdige signalering van spanningen, problemen of misverstanden binnen het team, wat bijdraagt aan een beter functionerend zorgsysteem en hogere werktevredenheid onder medewerkers.

(14) Cultuursensitieve flexibele werkregelingen en aanpassingen.

Flexibele werkregelingen binnen de zorginstellingen kunnen bijdragen aan een inclusievere werkomgeving waarin medewerkers, van allerlei culturele en religieuze achtergronden, zich kunnen ontwikkelen. Hoewel traditioneel binnen de zorg veel aandacht bestaat voor hygiëne, is het daarbij rekening houden met specifieke religieuze overtuigingen en kledingvoorschriften van zorgverleners niet altijd gemeengoed. Dit kan leiden tot belemmeringen in hun carrièreontwikkeling, indien zij worden beperkt in het vervullen van bepaalde functies die hogere posities vereisen. Soms kiezen zorgverleners hierdoor voor lagere functies, wat ook hun motivatie om verder te leren en zich te ontwikkelen negatief beïnvloedt.

(15) Biedt ruimte voor anderssensitieve zorg.

Een knelpunt betreft de voorkeur van sommige zorgmedewerkers om patiënten of cliënten van hetzelfde geslacht te verzorgen of van sommige cliënten om door zorgmedewerkers van de eigen sekse of gender verzorgd te worden. Om religieuze of culturele redenen geven sommige vrouwen, met name moslimvrouwen, er de voorkeur aan om geen mannelijke patiënten te wassen. Vaak wordt deze voorkeur geïnterpreteerd als een beperking die hen ongeschikt maakt voor de zorgsector. Het is echter van belang dat zorginstellingen ruimte bieden voor diversiteit in voorkeuren en overtuigingen, zonder dat dit een negatieve invloed heeft op de loopbaanmogelijkheden van de betrokken medewerkers.

(16) Versterk culturele diversiteit en kennisontwikkeling in de zorg.

Acceptatie van medewerkers en cliënten zoals zij zijn, zou centraal moeten staan in zorgorganisaties. Dit betekent dat ruimte moet worden geboden voor verschillende achtergronden en overtuigingen, met behoud van een inclusieve werkomgeving. Doorlopende e-modules en op maat gemaakte handvatten, gericht op het versterken van kennis over diversiteit en cultuursensitief werken, moeten worden aangeboden. Deze trainingen dienen regelmatig te worden aangeboden, zodat kennis van het zorgpersoneel up-to-date blijft en wordt geïntegreerd in hun dagelijkse praktijk. Ontwikkel en implementeer onderwijs voor zorgverleners op het gebied van cultuursensitieve communicatie met cliënten, ook op gebied van culturele interpretaties van ziektebeelden. Zorgverleners in cultuursensitieve zorgsituaties, vooral in de context van palliatieve zorg en het einde van het leven, kunnen zo misverstanden helpen verminderen en meer begrip voor de ziekte en het proces bij cliënten en hun naasten bevorderen. Dit bevordert de effectiviteit van de zorgverlening, maar ook het vertrouwen en de samenwerking tussen zorgverlener en cliënt.

5. Conclusie

Het hoofddoel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in ervaringen van zorgverleners in verschillende sectoren binnen de langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, ggz) met cultuursensitief werken. Het onderzoek gaat uit van een uitgebreide kwalitatieve benadering bestaand uit een literatuurstudie, observaties, interviews en focusgroepen. We bezochten verschillende zorginstellingen (organisaties en stichtingen) verspreid over Nederland, en spraken vele zorgverleners, beleidsmedewerkers, geestelijk verzorgers, teamleiders, managers/bestuurders, familieleden en andere naasten van cliënten. Hieronder bespreken we de belangrijkste bevindingen.

5.1 Belangrijkste bevindingen

Onderzoeksvraag 1: Hoe waarborgen deelnemende zorgverleners cultuursensitief werken?

In instellingen waar cultuursensitieve zorg wordt geboden, wonen bewoners met diverse culturele achtergronden. De zorg zelf, maar ook onder meer de inrichting van het huis, het eten en de communicatie zijn sensitief voor deze verschillende achtergronden. De werkvloer is vaak ook heel divers. Met cultuurspecifieke zorg bedoelen we de zorg in instellingen waar voornamelijk bewoners van één bepaalde cultuur en/of religie wonen. De zorg, inrichting van het huis, het eten en de communicatie zijn voornamelijk gericht op die cultuur en/of religie; het komt overal in terug. De medewerkers hebben in cultuurspecifieke instellingen ook vaak diverse achtergronden; wel werken er minstens een aantal mensen die dezelfde culturele en/of religieuze achtergrond hebben als de bewoners. In enkele organisaties is daarbij ook sprake van aandacht voor andere diversiteitsaspecten dan cultuur, zoals seksuele identiteit of opleidingsniveau.

Deze twee vormen van cultuursensitieve zorg laten veel overlap zien. Wat als eerst opvalt, zijn de zichtbare culturele uitingen in de organisatie (mesoniveau), zoals de aandacht voor cultuur in de inrichting en decoratie, het eten, de muziek die gedraaid wordt en de feestdagen die gevierd worden. Ook wordt soms complementaire zorg geleverd, bijvoorbeeld door het aanbieden van rituele wassingen. Minder zichtbaar, maar minstens zo belangrijk voor cultuursensitief werken, zijn de kennis, vaardigheden en een bepaalde houding (culturele competentie), zichtbaar in de benaderingswijze en communicatiestijl van individuele zorgverleners (microniveau) waarin zij laten zien rekening te houden met de culturele achtergrond van de bewoners. Dit is een manier van 'persoonsgericht werken': rekening houden met de specifieke wensen en behoeften van een specifieke bewoner. Zorgaanbieders waarborgen deze manier van zorg verlenen onder meer door het aanbieden van trainingen aan hun personeel, door leren van elkaar te stimuleren en door te zorgen voor een inclusieve en diverse werkvloer met aandacht voor tegengaan van discriminatie.

Verschillen tussen zorgaanbieders op mesoniveau zijn, wat betreft het waarborgen van cultuursensitief werken, voornamelijk te zien in *de mate waarin* tegemoetgekomen wordt aan de specifieke (culturele en/of religieuze) wensen en behoeften van de bewoners. Cultuursensitieve organisaties houden rekening met verschillende culturen, en laten dat doorwerken in afwisselende maaltijden, een mix van cultuurgerichte inrichting, decoratie en muziek, en vaak beperkte mogelijkheden voor cultuurgerichte complementaire zorg. Hierdoor zijn met name de zichtbare uitingen van cultuursensitief werken vaker een 'compromis': nét niet geheel passend voor de individuele bewoner. In cultuurspecifieke organisaties kan over het algemeen nauwer worden aangesloten bij de bewoners op het gebied van inrichting, eten en muziek en ook in de complementaire zorg of aandacht voor rituelen. Toch is er ook veel diversiteit *binnen* een cultuur, met niet alleen verschillende dialecten en regio's van afkomst met eigen keukens, maar uiteraard ook unieke individuen met eigen geschiedenissen en persoonlijke voorkeuren. Ook daar is geen rigide werkwijze mogelijk en ook daar moeten soms compromissen worden gesloten.

Op macroniveau zien we dat wet- en regelgeving, en protocollen en procedures een uitdaging kunnen vormen voor cultuursensitief werken, bijvoorbeeld in het omgaan met het levenseinde, of het moeten uitleggen waarom medicatie op bepaalde locaties vaker wordt voorgeschreven dan de (veelal niet cultuursensitieve) richtlijnen voorschrijven.

Onderzoeksvraag 2: Welke werkzame elementen zijn volgens zorgverleners essentieel? Ofwel: wat wordt gezien als typerend en cruciaal in het cultuursensitief werken?

De zorgverleners en managers vinden verschillende elementen van cultuursensitief werken essentieel. Het gaat daarbij om de werkzame elementen gericht op de kwaliteit van zorg voor cliënten en elementen gericht op de ervaren kwaliteit van het werk voor zorgverleners. De volgende elementen worden het meest genoemd:

- Persoonsgericht. Zorgverleners benadrukken dat cultuursensitieve zorg in de praktijk eigenlijk persoonsgericht is: de zorg wordt afgestemd op het individu, rekening houdend met diens specifieke wensen, behoeften en gewoonten. Inhoudelijk vinden zorgverleners de zorg niet zo anders dan in andere instellingen.
- Kennis van en respect voor verschillende culturen. Dit komt tot uitdrukking in het eten en het vieren van diverse feestdagen. Kennis, vaardigheden waaronder communicatievaardigheden, en een open houding (culturele competentie) zijn belangrijk.
- Zelfreflectie en reflexiviteit. Hiermee wordt bedoeld het ook kunnen nadenken over de eigen culturele normen en waarden en wat een zorgverlener zelf normaal vindt of juist niet, en waarom. Je eigen aannames en mogelijke vooroordelen kunnen bevragen, is volgens zorgverleners essentieel onderdeel van hun competenties.
- Diversiteit onder medewerkers. Cultuursensitief werken wordt uitgevoerd door medewerkers met verschillende culturele achtergronden. Dit wordt als essentieel bestempeld. Zo kunnen medewerkers bewoners vaker in hun eigen taal benaderen, hebben medewerkers gezamenlijk meer kennis over verschillende culturen, en kunnen medewerkers onderling uitwisselen en leren van elkaar.
- Aandacht voor tegengaan van discriminatie. Alle bezochte zorgaanbieders hebben in mindere of meerdere mate expliciete aandacht voor het voorkomen en aanpakken van discriminatie. Dat betekent onder meer dat een antiracisme-/discriminatieprotocol is vastgelegd en dat bewoners, familieleden en zorgverleners erop worden aangesproken en in gesprek gaan wanneer dit voorkomt. Hoewel er nog ‘grijze gebieden’ zijn, waarin zorgverleners een situatie niet altijd als discriminatie bestempelen, lijken ook deze minder duidelijke situaties bespreekbaar te zijn in de organisatie.
- Familiegevoel. Hiermee wordt bedoeld de warme, familiale band die de zorgverleners hebben met cliënten en ook met elkaar. Dat de verhoudingen niet afstandelijk, maar juist warm en ‘close’ zijn, wordt gezien als *belangrijk element* van cultuursensitief werken. Familiegevoel is ook een *uitkomst* van het cultuursensitief werken: als men op een bepaalde manier communiceert (zoals het aanspreken met ‘opa’ of ‘oma’ van een cliënt of ‘dushi’ zeggen tegen een collega), rekening houdt met elkaar en verschillen respecteert, versterkt dit het familiegevoel.
- Inclusief leiderschap. Leidinggevend zijn goed benaderbaar in een ‘plattere hiërarchie’, en ze steunen medewerkers bij hun diverse, en soms complexe, behoeften, en bij vraagstukken rondom discriminatie. Ze zetten actief in op ontwikkeling van medewerkers en op leren door samenwerken.

Onderzoeksvraag 3: Welke meerwaarde zien de zorgverleners van cultuursensitief werken?

Zorgverleners zien de meerwaarde van cultuursensitief werken in de eerste plaats in het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor cliënten, doordat hun culturele achtergrond, waarden en normen beter worden begrepen en gerespecteerd. Dit kan leiden tot betere communicatie, meer begrip, en een warm thuisgevoel. Ze vinden dit betere zorg. Daarnaast vinden ze cultuursensitief werken onmisbaar voor het werkplezier en de ervaren kwaliteit van werk van zorgverleners zelf. Cultuursensitief werken doet een beroep op hun culturele competenties en ze leren ervan, wat werkplezier en professionele voldoening biedt. Ook juist het kunnen bieden van kwalitatief goede en passende zorg en de resultaten die zij hiervan ervaren – de dankbaarheid van cliënten en hun naasten – zorgt voor werkplezier. Zorgverleners van kleur en/of met een migratieachtergrond voelen zich thuis in een organisatie waar zij zichzelf kunnen zijn en waar hun religieuze en/of culturele identiteit gerespecteerd wordt, hun specifieke (taal- of culturele) kennis wordt erkend en ingezet kan worden, en waar discriminatie of micro-agressies niet voorkomen of worden aangepakt.

Onderzoeksvraag 4: Zijn de ervaren effecten van werkplezier en kwaliteit van zorg die we bij een klein aantal zorgaanbieders eerder hebben gezien, een toevalstreffer of een patroon? En zijn hier verklaringen voor beschikbaar?

Vrijwel alle gesproken zorgverleners die cultuursensitief werken, gaven aan werkplezier te ervaren. In het bijzonder zagen we veel betrokkenheid en warme banden tussen collega's en met bewoners, die worden aangeduid als een 'familiegevoel'. Ook wordt veel ervaren dat je 'gewoon jezelf' kan zijn in instellingen die cultuursensitief werken. Als we kijken naar de kwaliteit van zorg dan valt op dat de betrokkenheid van zorgverleners bij bewoners heel sterk is: zorgverleners werken vanuit een sterke intrinsieke motivatie om persoonsgerichte zorg te bieden die past bij de culturele wensen en behoeften van hun cliënten. Zorgverleners die eerder gewerkt hebben bij instellingen die niet cultuursensitief werken, geven aan dat zij in die instellingen minder werkplezier ervoeren. Hierin lijkt dus inderdaad een patroon op te treden, dat cultuursensitief werken kan zorgen voor werkplezier. Om dit met meer stelligheid te kunnen zeggen, is echter vervolgonderzoek nodig (zie de aanbevelingen voor vervolgonderzoek). Onderzoek onder bewoners en hun naasten naar onder meer hun tevredenheid met de zorg is nodig om hier precieze uitspraken over te kunnen doen.

De veronderstelling van het ministerie van VWS was dat er door dit verhoogde werkplezier wellicht ook minder verzuim optreedt en dat er geen personeelstekort is in cultuursensitieve zorginstellingen. Hierin hebben wij met de huidige onderzoeksopzet echter geen patroon kunnen ontdekken: de meeste gesproken managers gaven aan dat dit niet het geval is, als het over verzuim ging. Uit de bevindingen blijkt dat cultuursensitief werken naast werkplezier ook risico's kent op overbelasting en mogelijke uitval, mede door de hoge verwachtingen en betrokkenheid van zorgverleners en de uitdagingen rondom grenzen stellen. Hierdoor zou het ook kunnen dat er juist meer verzuim optreedt en er personeelstekort is. Om de relatie te kunnen leggen tussen cultuursensitief werken en verzuim en personeelstekort is andersoortig onderzoek nodig (zie ook de aanbevelingen voor vervolgonderzoek).

Onderzoeksvraag 5: Zijn deze werkzame elementen in lijn met wat we weten uit de wetenschap over wat werkt in cultuursensitief werken? Zijn er verschillen in enerzijds beleving van de zorgverleners en dat wat wordt beschreven in de wetenschappelijke literatuur en zijn hier mogelijke verklaringen voor?

In de literatuur (zie hoofdstuk 2 Literatuurstudie) komen samengevat de volgende werkzame elementen van cultuursensitief werken naar voren:

- (1) kennis, vaardigheden en een open houding om het perspectief, de leefwereld en de sociale context van de cliënt te leren kennen (culturele competentie), empathie te tonen en;
- (2) het kennen van het eigen referentiekader en het kunnen reflecteren op zichzelf en eigen vooroordelen en stereotypen of hier in ieder geval bewust van zijn (reflexiviteit).

Echter, er is nauwelijks effectiviteitsonderzoek naar de vraag of deze elementen van cultuursensitief werken daadwerkelijk meer positieve uitkomsten voor patiënten opleveren, zoals patiënttevredenheid of betere gezondheidsresultaten. Wel is bekend dat positieve communicatie, het samen beslissingen maken en het gedrag gericht op een vertrouwensband met de patiënt samenhangen met meer patiënttevredenheid. Wat cultuursensitief werken dus precies effectief maakt, vraagt om verder onderzoek.

Wat wordt gezien in de literatuur als effectieve elementen van cultuursensitief werken komt deels overeen met wat in de praktijk als de werkzame elementen van cultuursensitief werken wordt ervaren. Zelfreflectie kwam duidelijk terug in de interviews, evenals kennis over andere culturen en respect. Het *persoonsgerichte* en in het bijzonder het *familiegevoel* zagen we niet in de literatuur terug. Deze bevinding is nieuw in onze studie en is een aanvulling op de literatuur. Maar dit werkzame element kent tegelijkertijd een keerzijde: namelijk dat het lastig kan zijn voor de zorgverleners om hun grenzen te bewaken. Door ruimte te creëren voor medewerkers om hun werk op een meer persoonlijke manier vorm te geven en zichzelf te blijven, en cliënten als individuen met een culturele context te benaderen, presenteren cultuursensitieve zorginstellingen zich als een omgeving die zoveel mogelijk aanvoelt als 'thuis'. Om flexibel te kunnen inspelen op die verwachtingen en wensen treden cultuursensitieve zorgverleners soms buiten hun formele functiebeschrijving. Het stellen van grenzen is voor hen een uitdaging, en mede ingewikkeld door de gecreëerde 'nabijheid' tot zorgontvangers, hun naasten, maar ook collega's. In de zorg verdient 'grenzeloosheid' voortdurende aandacht, mede omdat overbelasting op de loer ligt, en ook omdat ongelijkheid bestaat in wie zich het beste kan veroorloven een 'goede collega' of 'goede zorgverlener' te zijn (Van der Borg et al., 2018; Duijs, 2023).

In deze context bevinden cultuursensitieve zorgaanbieders en zorgverleners zich in een voortdurend onderhandelingsproces, waarin verwachtingen en wensen van verschillende actoren afgestemd moeten worden, binnen de soms uitdagende context van bestaande wet- en regelgeving.

5.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De verschillende onderzoeksmethoden in dit onderzoek hebben geleid tot een stapsgewijze bevestiging en verdieping van de bevindingen in elke fase van het proces. De literatuurstudie vormde een solide basis, die werd ondersteund door observaties in de praktijk en verrijkt door de inzichten uit de interviews. De bevindingen werden bevestigd en aangescherpt door de focusgroepen, waar ook aanbevelingen uit zijn gestedilleerd. Deze methodologische aanpak draagt bij aan de nauwkeurigheid, geloofwaardigheid, en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten. Het onderzoek strekte zich uit over meerdere locaties verspreid over Nederland, inclusief de Randstad, kleinere steden en landelijke gebieden, wat de betekenis van de studie voor verschillende contexten versterkt.

Dit onderzoek richtte zich specifiek op de werkzame elementen van cultuursensitief werken vanuit het perspectief van zorgverleners, en hun visie op kwaliteit van zorg en op kwaliteit van werk. Vervolgonderzoek is nodig voor een diepgaander en gedetailleerder inzicht in de complexe dynamiek en de effectiviteit van cultuursensitief werken. Hieronder zijn de aanbevelingen voor verder onderzoek beschreven.

(1) Langduriger en longitudinaal onderzoek.

Het gebruik van eenmalige observaties als onderzoeksmethode heeft beperkingen. De mogelijkheid bestaat dat organisaties een tijdelijke, ideaal ogende werksituatie presenteren, waarin de dagelijkse meer schurende realiteit niet volledig zichtbaar wordt. Deze zogenaamde ‘show window’-effecten kunnen het beeld van de werkelijke situatie binnen zorginstellingen vertekenen. Om dit te voorkomen, zouden observaties over een langere tijdsperiode en met meerdere bezoeken aan dezelfde locaties moeten worden uitgevoerd. Door zorginstellingen herhaaldelijk te observeren op verschillende momenten en in verschillende situaties, kan een meer representatief en genuanceerd beeld worden verkregen van de dagelijkse werkpraktijken en de eventuele uitdagingen. Dit kan leiden tot meer betrouwbare en diepgaande inzichten in de onderzochte processen en de effectiviteit van cultuurgevoelige zorgverlening binnen de organisatie. Daarnaast bevelen we aan om in een vervolgonderzoek meer deelnemers per organisatie te interviewen, aangezien in dit onderzoek gemiddeld slechts twee zorgverleners per organisatie zijn geïnterviewd.

(2) Onafhankelijke keuze van deelnemers.

Tijdens de observaties en de interviews was geen controle over de toewijzing van te interviewen zorgverleners, en vaak werden we gekoppeld aan zorgverleners van kleur. Leidinggevenden hadden een bepalende rol in wie werd geselecteerd. Dit wekte de indruk dat er een bewuste selectie plaatsvond om een positief beeld te schetsen van de diversiteit binnen de organisatie. Voor toekomstig onderzoek bevelen we aan dat de toewijzing van zorgverleners voor observaties op een meer systematische en wetenschappelijk ‘neutralere’ wijze gebeurt. Dit bevordert een meer representatieve weergave van de werkvloer en vermindert het risico op vertekening. Transparante criteria voor de selectie van te interviewen zorgverleners dragen bij aan een meer onbevooroordeeld beeld van de praktijk.

(3) Meer diversiteitsensitieve organisaties includeren in onderzoek.

Tijdens het onderzoek zijn voornamelijk locaties bezocht waar cultuur, religie of afkomst centraal stonden. In het onderzoek zijn organisaties die zich specifiek richten op de lhbtqia+ gemeenschap, zoals organisaties met een ‘roze loper’, minder vertegenwoordigd, ondanks herhaalde verzoeken tot deelname. In toekomstig onderzoek is het nodig meer te investeren in het opbouwen van netwerken met dergelijke organisaties. Organisaties hadden nu (te) weinig tijd voor deelname. De contactpersonen die vonden dat onderzoek naar cultuursensitief werken in de praktijk soms een schijnvertoning was gaven geen toegang tot de zorginstelling, waardoor deze perspectieven nauwelijks in het onderzoek zijn meegenomen.

(4) Kwantitatief onderzoek of mixed methods studie.

Een beperking van het huidige onderzoek is dat geen (oorzakelijk) verband gelegd kan worden tussen cultuursensitief werken en werkplezier/verzuim. In dit onderzoek zijn geen verzuimcijfers geanalyseerd, en de bevindingen zijn gebaseerd op kwalitatieve data, zoals de inzichten van leidinggevend en bestuurders. Hoewel dit waardevol is, is onderbouwing met meetbare gegevens wenselijk. Een goede combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden – een mixed-methods benadering – kan zorgen voor een vollediger beeld van de relatie tussen cultuursensitiviteit, het welzijn van zorgverleners en hun verzuim, en kwaliteit van zorg. Dit kan ook helpen om concrete aanbevelingen te formuleren die breder toepasbaar zijn in de zorgsector.

(5) Effectonderzoek cultuursensitief werken.

Cultuursensitief werken lijkt samen te gaan met diverse positieve uitkomsten bij patiënten, maar er is weinig effectonderzoek beschikbaar om een causaal verband vast te kunnen stellen. Studies waarmee het effect van cultuursensitief werken kan worden onderzocht op (a) de patiënt en diens tevredenheid en ziekteverloop en (b) de zorgverlener en diens werkplezier en vergeleken met meer reguliere zorg zijn wenselijk. Ons onderzoek geeft in ieder geval aanleiding om te denken dat cultuursensitief werken verschil kan maken voor de patiënt, maar ook relevant kan zijn voor het werkplezier van de zorgverlener.

(6) Onderzoek naar op gespannen voet staan met de wet.

In deze context bevinden cultuursensitieve zorgaanbieders en zorgverleners zich in een voortdurend onderhandelingsproces, waarin verwachtingen en wensen van verschillende actoren afgestemd moeten worden, binnen de soms uitdagende context van bestaande wet- en regelgeving. Dit kwam duidelijk als knelpunt naar voren uit dit onderzoek. Bepaalde wet- en regelgeving belemmeren cultuursensitief werken en maken het complexer zoals strikte richtlijnen rond zorgprotocollen, arbeidsomstandigheden en financiële kaders die de ruimte voor maatwerk en flexibiliteit beperken, wat essentieel is voor het inspelen op de diverse behoeften van cliënten. Specifiek onderzoek naar dit knelpunt en de mogelijke oplossingen daarvoor, zou aan te raden zijn.

Bronnen

- Achterbergh, L., Suurmond, J., & Linthorst, G. E. (2019). Respectvol etnisch profileren in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163, D2716.
- Ahmad, M. (2022). *Dementia care in families with a migration background: Dealing with gendered and cultural obstacles to shared care*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Ahmad, M., Saharso, S., Tonkens, E. (2023). Framing dementia care in families with a migration background: an analysis of practitioners' and family carers' views and experiences. *Ageing & Society*, 1-22.
- Al Shamsi, H., et al. (2019). Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Medical Journal*, 35(2), e12.
- Assemi, K., Lombardero, A., West, D. M., Smith, G., Li, I., Houmanfar, R. A., & Jacobs, N. N. (2024). Exploring The Impact of Acceptance and Commitment Based Cultural Humility Training on Standardized Patient Interactions: Revisiting the Measurement Process. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1-12.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., Teunissen, J. (2005) *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Badou, M., Cadat-Lampe, Felten, H., Kros, K., Yohannes, R., Zemouri, C., de Zwart, O. (2023). *Verkenning discriminatie en racisme in de zorg*. Utrecht: Movisie.
- Bakkum, M.J., Muntinga, M.E., Verdonk, P., Tichelaar, J. (2021). Onderscheid maken op basis van huidskleur? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 165, D5835.
- Bakkum, M.J., Verdonk, P., Thomas, E.G., et al. (2023). A Clinical Pharmacology and Therapeutics Teacher's Guide to Race-Based Medicine, Inclusivity, and Diversity. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 113(3), 600-606.
- Bellaart, H., Sarti, A., Achahchah, J., Badou, M. (2020) *Cultuursensitief zorgaanbod*. Exclusief of inclusief? Utrecht: Kennisplatform Inclusief Samenleven.
- Bellaart, H. Achahchah, J., de Groot N., Mesic, A., Vlug, J. (2021) *Leernetwerken diversiteitssensitieve zorg in de jeugdhulp en ouderenzorg*. Handreiking op basis van twee praktijkvoorbeelden. Utrecht: Kennisplatform Inclusief Samenleven.
- Bielby, W. T. (2000). Minimizing workplace gender and racial bias. *Contemporary Sociology*, 29(1), 120-129.
- Boedjarath, I. (2010). Cultuurbewust hulpverleners: kennis, houding en vaardigheden combineren. In *Cultuur en psychodiagnostiek* (pp. 23-39). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bogaert, van, P., Clarke, S., Willems, R., Mondelaers, M. (2013) Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (7), 1515-1524.
- Bousbaa, D., Duijs, S., Langedijk, A., Nieuwenhuijsen, K., Verdonk, P. (2024). "Is allemaal mooi, op papier."
- Handvatten Discriminatie en Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag in de Zorg. In opdracht van Ministerie van VWS Directie MEVA. Amsterdam: Amsterdam UMC-VU.
- Buckle, J. (2019). Ras vanuit een medisch-sociologisch perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163, D2562.
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., Rosser, S., Larson, S., Allen, M., Fu, S., Kane, R.L. (2016). Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities. *Comparative Effectiveness Reviews*, No. 170
- Brewster, L. M. (2019). Race and racism in a medical context in the Netherlands. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 163, D3714.
- Bryman, A. (2008) *Social research methods*. Oxford: Oxford University press.
- Chauhan, A., Walton, M., Manias, E., Walpole, R. L., Seale, H., Latanik, M., ... & Harrison, R. (2020). The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 19, 1-25.
- Charmaz, K. (2014). Grounded Theory in Global Perspective: Reviews by International Researchers. *Qualitative Inquiry*, 20(9), 1074-1084.
- Cuevas, A. G., O'Brien, K., & Saha, S. (2017). What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring?. *Psychology & Health*, 32(4), 493-507.
- Claeys, A., Berdai-Chaoui, S., Tricas-Sauras, S., De Donder, L. (2021). Culturally sensitive care: Definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 484-492.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 140, 139-167.
- College voor de Rechten van de Mens (Zonder datum). Wat is discriminatie? Geraadpleegd op 20-12-2023 van <https://www.mensenrechten.nl/mensenrechten-voor-jou/discriminatie-en-gelijke-behandeling/wat-is-discriminatie>

- De Graaff, F. M., & Francke, A. L. (2003). Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 797-805.
- De Groot, K., Verest, W., de Veer, A., Paans, W., & Francke, A. (2019). Registratielast: waar komt het vandaan?. *TVZ-Verpleegkunde in Praktijk en Wetenschap*, 129(6), 34-35.
- De Jong, W., Poppes, P., Jansen, S. L. G., & van der Putten, A. (2022). Een analyse van de ervaren problemen in de ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. *NTZ - Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met een Verstandelijke Beperking*, 48(2), 62-71.
- De Mossaïc, D., et al., (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority francophones in Canada. *Journal of Patient Experiences*, 6(1), 24-32.
- Determeijer, J. J., Leopold, S. J., Spijker, R., Agyemang, C., & van Vugt, M. (2023). Family participation to enhance care and tackle health worker shortages in resource-limited hospitals: A systematic review. *Journal of Global Health*, 13.
- Duijs, S.E., Haremaker, A., Bourik, Z., Abma, T.A., Verdonk, P. (2021). Pushed to the margins and stretched to the limit: Experiences of freelance eldercare workers during the Covid-19 pandemic in the Netherlands. *Feminist Economics*, 27(1-2), 217-235.
- Dohmen, M. D., Huijg, J. M., Woelders, S. M., & Abma, T. A. (2023). Democratic Care in Nursing Homes: Responsive Evaluation to Mutually Learn about Good Care. In *Institutions and Organizations as Learning Environments for Participation and Democracy: Opportunities, Challenges, Obstacles* (pp. 277-298). Cham: Springer International Publishing.
- Duijs, S., Abma, T., Bourik, Z., Abena-Jaspers, Y., Jhingoeri, U., Plak, O., Senoussi, N., Verdonk, P. (2022). Squeezed out: Precariousness of self-employed nurses and nursing aides in residential long-term care, from an intersectional perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 79(5), 1799-1814.
- Duijs, S. (2023). The Caring Class: Precarization of paid care workers in long-term care and its relation to health, an intersectional perspective. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam-Amsterdam UMC. PhD-thesis.
- Duijs, S., Van Wees, M., Abma, T., Bourik, Z., Plak, O., Jaspers, Y., Jhingoeri U., Senoussi, N., Verdonk, P. (2024). "We just take care after each other." Relational health strategies of nurses and nursing aides working in residential long-term-care as a mechanism of in and exclusion in care teams. *WORK*, 78(4), 983-994.
- EY (2024). Barometer Nederlandse gezondheidszorg. (Barometer Dutch health care). https://www.ey.com/nl_nl/functional/forms/download/ey-barometer-gezondheidszorg-2024
- Eskes, A. M., van Ingen, C. H. N. M., Horst, M. E. E., Schreuder, A. M., Chaboyer, W., & van Dijkum, E. J. M. N. (2020). The experiences of family caregivers who participated in a family involvement program after cancer surgery: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 49, 101835.
- Evers, J. (2015) *Kwalitatieve analyse: kunst en kunde*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Farley, R., Askew, D., Kay, M. (2014). Caring for refugees in general practice: Perspectives from the coalface. *Australian Journal of Primary Health*, 20(1), 85-91.
- Featherston, R., Downie, L. E., Vogel, A. P., & Galvin, K. L. (2020). Decision making biases in the allied health professions: a systematic scoping review. *PLoS One*, 15(10), e0240716.
- Felten, H. Daru, S., Cadat-Lampe, M., Harnacke, C., Bytyçi, A. (2024) Microagressies op de werkvloer uitgelegd. Waarom deze subtiele maar schadelijke discriminatie een serieuze aanpak verdient vanuit werkgevers en de gemeente. Utrecht: Movisie.
- Felten, H. (2022). Wat is objectief werven en selecteren? Kennisplatform Inclusief Samenleven. Geraadpleegd op 28-6-2023 van Wat is objectief werven en selecteren? | KIS
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1-18.
- Foronda, C., Baptiste, D. L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217.
- Foronda, C. (2020). A theory of cultural humility. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 7-12.
- Gieles, N. C., Zinsmeister, M., Pulles, S., Harleman, A., van Heesewijk, J., & Muntinga, M. (2023). 'The medical world is very good at cis people, but trans is a specialisation'. Experiences of transgender and non-binary people with accessing primary sexual and reproductive healthcare services in the Netherlands. *Global Public Health*, 18(1), 2246059.
- Gaugler, J.E., Mitchell, L.L. (2022). Reimagining Family Involvement in Residential Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 235-240.
- Goodarzi, B., Helberg-Proctor, A., Brewster, L., & van den Akker, T. (2022). 'Ras' en etniciteit registreren in de zorg: een precare kwestie: Ondeugdelijke categorisering kan leiden tot onjuiste conclusies. *Medisch Contact* <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/ras-en-etniciteit-registreren-in-de-zorg-een-precare-kwestie>
- Goorts, I. & Kolste, R. (2023) Visiedocument: cultuursensitief werken. Wat vraagt cultuursensitief werken van jou? Utrecht: Pharos.
- Govere, L. & Govere, E. (2016). How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 402-410.
- Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., ... & Coyne-Beasley, T. (2015). Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 105(12), e60-e76.

- Hart, P.L., Mareno, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15-16, 2223-32.
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., ... & Clark, N. (2014). An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1-16.
- Hengelaar, A.H., Wittenberg, Y., Kwekkeboom, R., Van Hartingsveldt, M.J., Verdonk, P. (2023). Intersectionality in informal care research: A scoping review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(1), 106-124.
- Hengelaar, A.H., Verdonk, P., Van Hartingsveldt, M., Abma, T. (2024). A sense of injustice in care networks: An intersectional exploration of the collaboration between professionals and carers with a migration background. *Social Science & Medicine*, 356, 117169.
- Hengelaar, A.H., Verdonk, P., Van Hartingsveldt, M., Abma, T. Deconstructing the Self-Other binary in care networks by unravelling professional' perspectives through an intersectional lens. *Forthcoming*.
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *The Cochrane database of systematic reviews*, (5), CD009405.
- Hughson, J.A., Marshall, F., Daly, J.O., Woodward-Kron, R., Hajek, J., Story, D. (2018). Health professionals' views on health literacy issues for culturally and linguistically diverse women in maternity care: barriers, enablers and the need for an integrated approach. *Australian Health Review*, 42(1), 10-20.
- Hulsegge, G., Emmert, S., Verhoef, H. (2020). Delphi-studie Stand der Wetenschap Arbeidsmarktdiscriminatie: Onderzoek naar de belangrijkste werkzame interventies om arbeidsmarktdiscriminatie te verminderen en de diversiteit te vergroten tijdens werving en selectie. Leiden: TNO.
- Jamshed, S., Majeed N. (2019). Relationship between team culture and team performance through lens of knowledge sharing and team emotional intelligence. *Journal of Knowledge Management*, 23 (1), 90-109.
- Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, L., Gill, P., Beighton, A. (2007). Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care: a qualitative study. *PLoS Medicine*, 4(11), e323.
- King, D. D., Fattoracci, E. S., Hollingsworth, D. W., Stahr, E., & Nelson, M. (2023). When thriving requires effortful surviving: Delineating manifestations and resource expenditure outcomes of microaggressions for Black employees. *Journal of Applied Psychology*, 108(2), 183.
- Kolste, R. & Venderbos, J. (2022) Ervaringsverhalen discriminatie in de zorg Utrecht: Pharos
- KNMG (2014). Kwaliteitsnorm tolgebruik bij anderstaligen in de zorg. Utrecht: KNMG.
- Kim, J. M., Suarez-Cuervo, C., Berger, Z., Lee, J., Gayleard, J., Rosenberg, C., ... & Dy, S. (2018). Evaluation of patient and family engagement strategies to improve medication safety. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 11, 193-206.
- Krentzman, A. R., & Townsend, A. L. (2008). Review of multidisciplinary measures of cultural competence for use in social work education. *Journal of Social Work Education*, 44(2), 7-32.
- Kumra, T., Hsu, Y. J., Cheng, T. L., Marsteller, J. A., McGuire, M., & Cooper, L. A. (2020). The association between organizational cultural competence and teamwork climate in a network of primary care practices. *Health Care Management Review*, 45(2), 106-116.
- Laird, S., & Williams, C. (2023). An applied model of cultural competence in child protection practice. *Journal of Social Work*, 23(4), 721-740.
- Langendijk-van den Berg, I., Verdonk, P., Abma, T. (2014). Professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158, A7702.
- Leyerzapf, H., Verdonk, P., Ghorashi, H., Abma, T. (2018). "We are all so different that it is just _normal." Normalization practices in an academic hospital in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Management*, 34(2), 141-150.
- Leyerzapf, H., Abma, T., Steenwijk, R., Croiset, G., Verdonk, P. (2015). Standing out and moving up: Performance appraisal in cultural minority physicians. *Advances in Health Sciences Education*, 20(4), 995-1010.
- Leyerzapf, H., Rifi, H., Abma, T., & Verdonk, P. (2020). Veiled ambitions: Female Muslim medical students and their different experiences in medical education. Chapter 7 in: *Scholarly Engagement and Decolonization. Views from South Africa, The Netherlands and the United States*. Crul, M., Dick, L., Ghorashi, H. & Valenzuela, A. (Eds.). SunMedia Publishers, pp 187-213.
- Leyerzapf, H. (2019). *Doing diversity: Unsettling the Self-Other binary: Cultural diversity in Dutch academic health care*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam-Amsterdam UMC. PhD-thesis.
- Ličen, S., Karnjuš, I., Bogataj, U., Rebec, D., & Prosen, M. (2019). Cultural competence in nursing and its impact on the quality of care for patients from culturally diverse groups: A systematic literature review. Chapter in: *Women, Migrations and Health: Ensuring transcultural healthcare* (Eds.: Ličen, I. Karnjuš, & M. Prosen). Koper, Slovenia: University of Primorska Press, pp. 173-186.
- Manna, D. R., Bruijnzeels, M. A., Mokkink, H. G. A., & Berg, M. (2003). Ethnic specific recommendations in clinical practice guidelines: a first exploratory comparison between guidelines from the USA, Canada, the UK, and the Netherlands. *BMJ Quality & Safety*, 12(5), 353-358.
- McGinnity, F., Quinn, E., McCullough, E., Enright, S., & Curristan, S. (2021). Measures to combat racial discrimination and promote diversity in the labour market: A review of evidence. Dublin: The Economic and Social Research , Economic and Social Research Institute (ESRI) Research Series.
- Migchelbrink, F. (2010) *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP
- Mosadeghrad, A.M., Ferlie E., & Rosenberg D. (2011). A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research*, 24(4), 170-181.

- Modigh, A., Sampaio, F., Moberg, L., & Fredriksson, M. (2021). The impact of patient and public involvement in health research versus healthcare: a scoping review of reviews. *Health Policy*, 125(9), 1208-1221.
- Muller, D., Verdonk, P., van de Grift, T., de Koning, M. “As a psychiatry resident I am invited to explore my identity. But when I accept that invitation, I still encounter a wall.” A qualitative study on inclusion experienced by psychiatry residents with a migration background, sexual minority identity and/or working-class background. *Advances in Health Sciences Education*, 28(5), 1633-1656.
- Muntinga, M., Krajenbrink, V., Peerdeeman, S., Croiset, G., Verdonk, P. (2016). Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Advances in Health Sciences Education*, 21, 541-559.
- Naqvi, H., Williams, R. D., Chinembiri, O., & Rodger, S. (2022). Workforce and workplace racism in health systems: organisations are diverse but not inclusive. *The Lancet*, 400(10368), 2023-2026.
- Nayak T. & Sahoo C.K. (2015). Quality of Work Life and Organizational Performance: The Mediating Role of Employee Commitment. *Journal of Health Management*, 17(3), 263-273.
- Nhass, H. & Poerwoatmodjo, J. (2021). Wanneer de cliënt niet op z'n best is. Een kwalitatieve verkenning naar ervaringen van zorgmedewerkers met discriminatie en vooroordelen geuit door cliënten/cliënten. Utrecht: Kennisplatform Inclusief Samenleven.
- Noordegraaf, M., Bos, A., & Schiffelers, M. (2016). REDEN TOT ZORG?! Kritische reflectie op ongenoegens onder zorgprofessionals.
- Palència, L., Malmusi, D., & Borrell, C. (2014). Incorporating intersectionality in evaluation of policy impacts on health equity. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Park, M., & Giap, T. T. T. (2020). Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 62-80.
- Parkinson M.D. (2018). The Healthy Health Care Workplace: a Competitive Advantage. *Current Cardiology Reports*, 20, 98
- Pandey, M., et al. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21, 741.
- Partida, Y. (2007). Language barriers and the patient encounter. *Journal of Ethics*, 9(8), 566-571
- Pijpers, R., & Carlsson, H. (2018). The impact of neighbourhood-based work on helping older migrants gain access to care: Older migrants and neighbourhood-based work in care and social services. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49, 244-252.
- Plaisier, I., Broese van Groenou, M. I., & Keuzenkamp, S. (2015). Combining work and informal care: the importance of caring organisations. *Human Resource Management Journal*, 25(2), 267-280.
- Platis C., Reklitisb P., Zimerasc S. (2015). Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 480-487.
- Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 43(3), 229-237.
- Schenk, L., Sonntag, P.T., Beck, P., et al. (2022). Organisational and staff-related effects on cultural competence in the hospital setting: a cross-sectional online survey of nursing and medical staff. *BMC Health Services*, 22, 644 (2022).
- Schouten, B. C., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients. *Patient Education and Counseling*, 115, 107890.
- Scott, L. M. (2022). The association of psychotherapist cultural humility and client experiences and outcomes in psychotherapy: A meta-analysis. Brigham Young University.
- Serra Mingot, E. (2020). The gendered burden of transnational care-receiving: Sudanese families across The Netherlands, the UK and Sudan. *Gender, Place & Culture*, 27(4), 546-567.
- Smits, M. A., Boezeman, E. J., Nieuwenhuijsen, K., De Boer, A. G., Nieveen van Dijkum, E. J., & Eskes, A. M. (2022). Family involvement on nursing wards and the role conflicts experienced by surgical nurses: A multicentre cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), 706-716.
- Sohrabi, Z., Zabihi Zazoly, A., Alizadeh, S., Norouzi, A., Ramezani, G., & Zhianifard, A. (2022). The Effect of Cultural competence training on Empathy of Medical residents. *Strides in Development of Medical Education*, 19(1), 138-144.
- Starks H, Brown Trinidad S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Stubbe, D. E. (2020). Practicing cultural competence and cultural humility in the care of diverse patients. *Focus*, 18(1), 49-51.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271.
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. New York, NY: Wiley
- Sue, D. W., Alsaidi, S., Awad, M. N., Glaeser, E., Calle, C. Z., & Mendez, N. (2019). Disarming racial microaggressions: Microintervention strategies for targets, White allies, and bystanders. *American Psychologist*, 74(1), 128.
- Suphanchaimat, R. Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15, 390.

- Tang, C., Tian, B., Zhang, X., Zhang, K., Xiao, X., Simoni, J.M., Wang, H. (2019). The influence of cultural competence of nurses on patient satisfaction and the mediating effect of patient trust. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 749-759.
- Triemstra, M., et al. (2016). Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg. Een inventarisatie onder zorgverleners. Utrecht: NIVEL. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Tolken.pdf
- Thomas, D. C., Liao, Y., Aycan, Z., Cerdin, J. L., Pekerti, A. A., Ravlin, E. C., ... & Van De Vijver, F. (2015). Cultural intelligence: A theory-based, short form measure. *Journal of International Business Studies*, 46, 1099-1118.
- Van den Broek, A., van Dam, A., Bongers, I., Stikkelbroek, Y., Bachrach, N., & De Vroeghe, L. (2022). Alarmerend beeld onder personeel ggz; uitputting, angst- en somberheidsklachten met mogelijk vertrek uit de ggz als gevolg. *TSG-Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 100(3), 107-111.
- Van den Broeke, J., Kolste, R., & Smits, C. (2023). Van familiezorg naar gedeelde zorg. *TVZ-Verpleegkunde in Praktijk en Wetenschap*, 133(2), 20-21.
- Van de Haterd, J., Poll A., Felten, H., Vos, R., & Bellaart, H. (2010) Naar interculturele competentie profielen in het preventieve en ontwikkelingsgericht jeugdbeleid. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Van der Borg, W., Verdonk, P., Dauwerse, L., Abma, T. (2018). Work related change in residential elderly care: Trust, space and connectedness. *Human Relations*, 70(7), 805-835.
- Van Heijster, H., Van Berkel, J., Boot, C., Abma, T. & De Vet, E. (2022). Responsive evaluation: an innovative evaluation methodology for workplace health promotion interventions. *BMJ Open*, 12, e062320atW.
- Van Leeuwen, E. H. (2022). Zorg (voor de) professionals: Aandacht van leidinggevendenden voor duurzame inzetbaarheid. *Gedrag & Organisatie*, 35(2), 194-219.
- Van Loenen, T., Hosper, K., & Venderbos, J. (2022). Discriminatie in gezondheid. Over de invloed van discriminatie in de zorg op gezondheidsverschillen en wat we hier aan kunnen doen. Utrecht: Pharos.
- Van Wees, M., Duijs, S. E., Mazurel, C., Abma, T. A., & Verdonk, P. (2023). Negotiating masculinities at the expense of health. A qualitative study on men working in long-term care in the Netherlands, from an intersectional perspective. *Gender, Work & Organization*, 31, 1657-1675.
- Vella, E., White, V. M., & Livingston, P. (2022). Does cultural competence training for health professionals impact culturally and linguistically diverse patient outcomes? A systematic review of the literature. *Nurse Education Today*, 118, 105500.
- Verdonk, P., Abma, T. (2013). Intersectionality and reflexivity in medical education research. *Commentary. Medical Education*, 47, 754-756.
- Verdonk, P. (2015). When I say_ reflexivity. *Medical Education*, 49, 147-148
- Verlaan, T. (2018). Zorg voor de oudere migrant. *Geron*, 20, 59-60.
- Verdonk, P., Bendien, E., Verburgh, M.J., Nieuwenhuijsen, K., (2022). Duurzame inzetbaarheid: Beschouwing van het concept vanuit een levensloop- en diversiteitsperspectief. *Gedrag & Organisatie*, 35(3), 316-349.
- Wekker, G. & H. Lutz (2001). 'Een hoogvlakte met koude winden. De geschiedenis van het gender- en etniciteitsdenken in Nederland'. M. Botman, N. Jouwe en G. Wekker (red.), *Caleidoscopische visies: de zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwenbeweging in Nederland*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Yeager, K. A., & Bauer-Wu, S. (2013). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. *Applied Nursing Research*, 26(4), 251-256.
- Zendedel, R. (2013). Tolken in de gezondheidszorg. Hoofdstuk 18 in: Culturele diversiteit in de gezondheidszorg. Kennis, attitude en vaardigheden (Red: I. Wolffers, A. van der Kwaak, N. van Beelen). Bussum: Uitgeverij Coutinho, pp. 287-293.
- Zhao, X. (2023). Challenges and Barriers in Intercultural Communication between Patients with Immigration Backgrounds and Health Professionals: A Systematic Literature Review. *Health Communication*, 38 (4), 824-833

Bijlagen

Tabel 1: overzicht data-verzameling interviews en observaties

#	SECTOR EN LOCATIE	RELEVANTE KENMERKEN	OBSERVATIE (N=DAGDEEL)	INTERVIEW MANAGER/ DIRECTIE	INTERVIEW ZORGPROF.
1.	Sociaal werk	Diversiteitssensitief: multicultureel, Afrikaans, Afro-Caribisch	1	2	1
2.	Sociaal werk	Diversiteitssensitief: multicultureel, Afrikaans	1	0	1
3.	VVT	Cultuurspecifiek: Islamitisch	1	1	1
4.	VVT	Diversiteitssensitief: multicultureel	1	2	1
5.	VVT	Cultuurspecifiek: Chinees	1	1	2
6.	VVT	Diversiteitssensitief: multicultureel, Afro-Caribisch, Surinaams, Kaapverdiaans	1	1	1
7.	VVT	Diversiteitssensitief: multicultureel, lhbti+	1	2	0
8.	VVT	Diversiteitssensitief en cultuurspecifiek: multicultureel en Chinees	1	1	2
9.	VVT	Diversiteitsensitief en cultuurspecifiek: multicultureel en Islamitisch	1	1	1
10.	VVT en Sociaal werk	Diversiteitsensitief: multicultureel en Islamitische grondslag	0	1	0
11.	VVT	Cultuurspecifiek: Joods	1	1	1
12.	VVT	Cultuurspecifiek: Islamitisch, Marokkaans, Turks, of Irakees	1	2	0
13.	VVT	Cultuurspecifiek: Moluks	1	1	1
14.	VVT	Cultuurspecifiek: Indisch en Moluks	1	1	1
15.	Sociaal werk	Cultuurspecifiek: Chinees	1	1	0
16.	Sociaal werk	Diversiteitsensitief: multicultureel, lhbti+	0	1	0
17.	VVT	Diversiteitsensitief: multicultureel	1	1	1
18.	VVT	Cultuurspecifiek: Indisch en Moluks	1	2	1
19.	VVT	Cultuurspecifiek: Turks	1	1	1
20.	VVT	Cultuurspecifiek: Indisch en Moluks	1	1	1
21.	VVT	Diversiteitsensitief: multicultureel	1	1	1
22.	VVT	Cultuurspecifiek: Surinaams-Hindoestaanse	1	1	2
Totaal			20	26	20

Tabel 2: overzicht data-verzameling focusgroep discussies

#	SECTOR	RELEVANTE KENMERKEN	DEELNEMERS
1.	VVT	Homogene groep, leidinggevend van dezelfde organisatie	4
2.	Mantelzorg, familie	Familie, naasten, sleutelpersonen	7
3.	VVT, Sociaal werk	Heterogene groep; van verschillende organisaties	6
4.	Sociaal werk	Natuurlijke groepsdiscussie zorgverleners van dezelfde organisatie	6
5.	VVT	Natuurlijke groepsdiscussie zorgverleners van dezelfde organisatie	3

“Professionaliteit te allen tijde.”

“Professionaliteit te allen tijde.”

“Professionaliteit te allen tijde.”

“Professionaliteit te allen tijde.”

“Professionaliteit te allen tijde.”

“Professionaliteit te allen tijde.”