

TOELICHTING

TIPS VOOR PROFESSIONALS VOOR HET

GESPREK MET EEN ALLOCHTONE KANKERPATIËNT

Op grond van literatuur en van de resultaten van interviews met artsen, verpleegkundigen en allochtone patiënten van Turkse en Marokkaanse herkomst, zijn aandachtspunten/tips opgesteld ten behoeve van de voorlichting aan allochtone kankerpatiënten. Deze aandachtspunten kunnen ook bruikbaar zijn voor andere groepen chronisch zieken.*

Medewerking

De Tips en deze toelichting zijn de uitkomst van het project 'Patiëntenvoorlichting aan allochtonen, elkaar verstaan in andere taal'. Dit project werd gefinancierd door ZonMW, PALET en IKZ. Aan de totstandkoming van de aandachtspunten hebben hieronder genoemde personen bijgedragen:

Projectgroep

Drs. E. de Louwere, medewerker patiëntenvoorlichting IKZ, projectleider; **J. Nogosse**, medewerker psychosociale zorg, IKZ; **Prof. dr. J.F.A. Pruyn**, Instituut voor gezondheids- en omgevingsvraagstukken (IGO), consultant psychosociale zorg en voorlichting voor het IKZ; **T. Koks**, medewerker zorgondersteuning, IKZ; **I. Mataw**, consultant themagroep Zorg en Opvang, PALET, steunpunt voor multiculturele ontwikkeling in Noord-Brabant; **I. Joris**, GVO-functionaris, GGD Hart voor Brabant.

Begeleidingsgroep

Prof. dr. C.C.E. Koning, radiotherapeut, AMC Amsterdam; **Prof. dr. H. van den Borne**, hoogleraar patiëntenvoorlichting, Universiteit Maastricht; **Drs. D. Keles**, arts GGZ; **Dr. E. Hoffman**, consultant, trainer Interculturele communicatie, Fontys Hogeschool Sociaal werk, Eindhoven.

Overige betrokkenen

mw. M. Hoefman, stagiaire in het kader van de studie psychologie UvT; **mw. S. Tezcan**, consultant Palet; **mw. N. Gurses**, consultant Palet; **mw. A. Abagough**, VETC (voorlichter eigen taal cultuur); **mw. Z. Keles**, VETC, Centrum Buitenlandse Vrouwen; **mw E. Hakki**, in opleiding tot arts; **mw. N. Lâle**, student medische biologie; **mw. S. Genc**, VETC, Centrum Buitenlandse Vrouwen en alle andere, niet met name genoemde personen.

Dit is een uitgave van het Integraal Kankercentrum Zuid, Eindhoven, november 2002

I VERTROUWENSRELATIE

De opbouw van een vertrouwensrelatie is voor de communicatie met alle patiënten van belang, maar verdient bij alloctonen aandacht, vanwege mogelijke taal- en/of cultuurbarrières.

Al bij de kennismaking investeren in het opbouwen van vertrouwen is lonend. Ervaring leert dat naarmate de relatie meer vertrouwd en veilig is, taal- en cultuurverschillen minder een obstakel vormen en de communicatie beter verloopt.

In de verdere contacten met de patiënt kunt u de vertrouwensrelatie, onder meer op geleide van de aandachtspunten, uitbouwen.

- Het is van belang dat u zich bewust bent van uw **eigen** waarden, ideeën, opvattingen én van het feit dat deze waarden, ideeën en opvattingen door andere mensen anders verstaan en beleefd kunnen worden. Dit geldt evenzeer voor houding en gedrag, waaronder non-verbale uitingen (zie ook punt 2).
- Het omgekeerde geldt eveneens: Wat voor de ander vanzelfsprekend en duidelijk is, kan door u anders verstaan en beleefd worden.
- Respecteer hetgeen bij de patiënt hoort en hem dierbaar is. Bijvoorbeeld: Het getuigt van respect voor de patiënt als zijn/haar voor- en familienaam correct worden gespeld en zo goed mogelijk worden uitgesproken. Omgekeerd mag u van de patiënt en zijn familie respect voor u verwachten.
- Binnen elk volk en binnen elke religie bestaan er algemene rituelen en gebruiken. Even-zeer geldt dat individuen daar vanaf wijken. Als hulpverlener kunt u niet van alle ins en outs van andere religies en culturen op de hoogte zijn. Dat hoeft ook niet. Algemene kennis kan stereotypie in de hand werken en **persoonlijk contact** in de weg staan. Ieder mens is toch allereerst individu, pas daarna lid van culturele en religieuze gemeenschappen. **Vraag uw patiënt** wat voor hem of haar telt. Maak het specifiek door te vragen naar concrete en praktische zaken. Daarmee laat u tevens merken dat u interesse en respect hebt voor wat de ander belangrijk vindt.

2 TOLK EN TAAL

2.1 Tolk

Sommige patiënten beheersen de Nederlandse taal onvoldoende. Dit betekent een barrière voor de communicatie met de patiënt. Vertrouwen en begrip komen moeilijker tot stand.

De hulp van professionele tolken is dan nodig en gewenst. Hierbij de volgende punten:

- In uw eerste contact met de patiënt scheidt uw verzoek een tolk in te schakelen vertrouwen en duidelijkheid.
- Zo mogelijk voorafgaand maar zeker direct aan het begin van het consult bespreekt u de noodzaak van of behoefte aan een tolk. Door dit op uw initiatief expliciet aan de orde te stellen geeft u het belang van gezamenlijke bespreking van gezondheidsklachten, diagnose en behandeling aan. Ook bij de bespreking van de diagnose met de patiënt is het meer dan ooit vereist elkaar goed te verstaan.
- Ook wanneer de patiënt of familie zelf iemand als tolk meeneemt, is het aanbod van een professionele tolk aan de orde. Tolken van het gesprek kan voor het familielid (vaak partner, zoon of dochter) erg belastend zijn. Men kan en mag soms niet tegen ouders zeggen dat de ziekte ernstig of ongeneeslijk is. En soms missen kinderen uren onderwijs. Dus: Laat de familie zo veel mogelijk in de ondersteunende rol.
- Uiteindelijk is de keus aan de patiënt.
- Een telefonische tolk heeft als grote voordeel dat deze vrijwel direct beschikbaar is. Dus komt u onverwacht voor taalproblemen, dan ligt deze oplossing voor de hand.
Men kan kiezen voor een persoonlijk aanwezige tolk bij een ingrijpend gesprek met de patiënt; zoals over de diagnose, over een complexe behandeling, of bij aanvang van de palliatieve fase. Een persoonlijk aanwezige tolk moet u enkele dagen vooraf aanvragen.
- In sommige GGD-regio's lopen projecten met allochtone zorgconsulenten. Zij fungeren als intermediair tussen patiënt en hulpverlener, meestal in de eerste lijn. Informeer bij de GGD in uw regio.

BEZWAREN TEGEN TOLKEN WEGEN NIET OP.....

Niet iedereen staat zonder meer enthousiast tegenover professionele tolken.

- Voor beide partijen betekent de tussenkomst van een derde een verstoring van het persoonlijke karakter van het contact.
- Hulpverleners vinden de medische kennis van tolken niet in alle gevallen toereikend.
- Allochtonen hebben soms moeite met professionele tolken, omdat het inbreuk doet op hun gevoel voor privacy: zij kunnen het als ongewenst ervaren dat een ander, die mogelijk bekend is binnen de eigen gemeenschap, betrokken is bij zeer persoonlijke en intieme zaken.
- Een vaker gehoord bezwaar is dat men niet weet wat er wordt vertaald; maar dit geldt eveneens voor een naaste die tolkt. Bovendien: zonder tolk weet men niet wat wordt verstaan.

.....**TEGEN HET VOORDEEL: ELKAAR VERSTAAN.**

2.2 Taal

Iedere taal is cultuurgebonden, zowel de verbale als de non-verbale uitingen. Zonder nadere beschouwing kunnen sommige uitingen over en weer misverstaan worden en de vertrouwensrelatie schaden. Uitleg is nodig om elkaar goed te verstaan. Enkele generaliserende voorbeelden staan hieronder:

- U kunt gewend zijn direct te zeggen waar het op staat. Patiënten kennen soms omslachtige vertelwijzen, een sterk verhalende stijl of veelvuldig gebruik van beeldspraak. Ook de wijze van benoemen en uiten van gezondheidsklachten kan sterk verschillen.
- Soms heeft een woord voor u een andere betekenis dan voor de patiënt. Een voorbeeld: 'Ja' betekent meestal instemmen, het eens zijn met de ander, de boodschap begrijpen. Voor sommige patiënten kan 'ja' betekenen dat het contact kan worden voortgezet. Het kan ook een vorm van beleefdheid zijn, men spreekt een arts of verpleegkundige niet tegen.
- De wijze van elkaar begroeten, de ander wel of niet aankijken zijn voorbeelden van non-verbale gedragingen die misverstanden kunnen geven.
Bijvoorbeeld: Veelal groeten Islamitische mannen vrouwen op een andere manier dan een hand geven, bijvoorbeeld met een knikje, een glimlach, een oogcontact of een hand op het hart. Voor beiden is dat beleefd. De essentie hiervan is dat er verschillende manieren van groeten zijn.

2.3 Meer over tolken

2.3.1 Algemeen

De tolk is **onafhankelijk, neutraal** en heeft een **geheimhoudingsplicht**. Ter bescherming van de privacy gebruikt men aan de telefoon **geen familienamen**.

U doet er goed aan de tolk, aan het begin van het gesprek, in de gelegenheid te stellen dit aan uw patiënt uit te leggen.

2.3.2 Telefonische Tolk

Wanneer u direct een tolk nodig hebt maakt u gebruik van de zogenaamde **ad hoc tolkdienst**. Terwijl u wacht zoekt de planner telefonisch contact met tolken die in aanmerking komen. Zodra een tolk beschikbaar is, wordt hij/zij met u doorverbonden en kan uw gesprek beginnen. Voor deze adhoc-dienst is 15 minuten beschikbaar.

Mocht er ad hoc geen tolk beschikbaar zijn, of heeft u op een later tijdstip een tolk nodig, dezelfde dag of op latere datum, dan kunt u een tolkdienst **reserveren**.

Zorg voor gunstige omstandigheden voor het gesprek dat telefonisch wordt vertaald:

- Een rustige plek, waar u en uw patiënt niet gestoord worden: geen inloop van collega's of secretaresses, geen binnenkomende telefoontjes, geen rumoer op de achtergrond.
- De tolk kan afgeleid worden of in verwarring raken door storende geluiden.
- Een **telefoon met luidspreker** is onontbeerlijk, zodat elk woord dat wordt gesproken verstaanbaar is voor de tolk, voor u en voor uw patiënt.
- Door korte zinnen te gebruiken bent u de tolk behulpzaam. Om uw woorden te vertalen kan de tolk meer tijd of woorden nodig hebben.

2.3.3 Persoonlijke Tolk

- De tolk is aanwezig bij het gesprek tussen zorgverlener en patiënt.
- Richt u tijdens het gesprek tot uw patiënt en niet tot de tolk.
- U vraagt enkele dagen vooraf de dienst van een persoonlijke tolk aan ten behoeve van een gesprek met de patiënt, op een afgesproken datum en tijdstip.
Als het gesprek niet start op de aangegeven tijd, dan zal de tolk zich na 15 min. opnieuw melden. Echter, de maximale wachttijd van de tolk is 30 minuten.

2.3.4 Andere Tolkdienst

Spreekuur: Als u regelmatig te maken heeft met anderstalige patiënten dan kunt u overwegen om voor een bepaalde taalgroep een spreekuur op te zetten. In dat geval kan een tolk worden ingezet bij openlopende gesprekken.

3 SOCIAAL MAATSCHAPPELIJKE ACHTERGROND

Migranten leven hier vaak binnen de grote familie en binnen de eigen etnische gemeenschap met regels, codes en sociale controle. Er zijn binnen elke cultuur grote verschillen in de maatschappelijke positie die mensen innemen. Soms lukt het mensen na migratie in Nederland weer eenzelfde maatschappelijke positie te bereiken als in het land van herkomst. Migratie kan echter ook een breuk betekenen, dan verliest men in het nieuwe land de plaats en achting die men in het thuisland had. Daar tegenover staat dat achterblijvers mogelijk opzien tegen de migrant en zijn gezin.

Verder kan de migratie vele psychosociale gevolgen hebben. Wat was de aanleiding van de migratie? Is het hele gezin tegelijk geëmigreerd? Heeft vader hier jaren alleen gewoond? Wie zijn achtergebleven? Ook de mate van bekendheid met de Nederlandse samenleving bepaalt mede de houding van patiënt en gezin ten opzichte van artsen en andere zorgverleners en de kennis over de gezondheidszorg. Juist bij het eerste contact en bij het opbouwen en versterken van de vertrouwensrelatie is het effectief oog en oor te hebben voor bovengenoemde aspecten. Deze hoeven niet systematisch of expliciet aan de orde te komen, maar zitten verweven in andere gespreksonderwerpen. Houd er rekening mee dat deze aspecten het lichamelijk en geestelijk welbevinden meer of minder sterk kunnen beïnvloeden.

De ziekte heeft ook direct invloed op het gezin.

- Wat betekent de ziekte van de patiënt voor het gezin?
- Welke rollen die de patiënt in gezin, familie en gemeenschap vervult, vallen weg door de ziekte? Wie vult die in? Wat betekent dat?
Denk hierbij aan: kostwinnerschap, huishoudelijke taken, zorg voor kinderen, familie-oudste, leider in de gemeenschap, spaargeld voor de familie in het thuisland.

De belangstelling die u toont, uw bereidheid om een beeld te vormen van de situatie van de ander, schept en versterkt het vertrouwen.

4 KENNIS EN BEGRIIP

De kennis van het menselijk lichaam kan bij patiënten anders zijn dan u verwacht. Daarnaast kan kennis over het systeem van de gezondheidszorg, over de gebruiken en regels daarbinnen ontbreken. Het begripsniveau wordt mede bepaald door de soms beperkte kennis. Zo wordt een begrip als 'preventie' of 'ter voorkoming van' niet door iedereen vanzelfsprekend begrepen.

- Het is niet altijd gemakkelijk een helder beeld te krijgen van de kennis en het begrip van de patiënt en zijn familie over de ziekte. Sommige patiënten zijn minder geneigd vragen te stellen, ook al heeft men iets niet goed verstaan of piekert men ergens over. Na uw uitleg kan een patiënt 'ja' antwoorden op uw vraag of de informatie begrepen wordt, puur uit beleefdheid, ook al begreep hij uw toelichting niet. Houd gedurende alle fases van de zorg rekening met de mogelijkheid van andere kennis en begrip. Zeker bij de bespreking van diagnose en behandeling is het raadzaam hier extra alert op te zijn. Bijvoorbeeld: bloed afnemen kan angst geven als men niet weet dat het snel weer wordt aangemaakt.
- Gebruik eenvoudige woorden, wees concreet en herhaal de kern van uw boodschap.
- Gebruik illustraties bij de uitleg van onderzoeken, diagnose en behandeling.
- Stel open vragen; bijvoorbeeld: Wat gaat u nu doen? Laat de patiënt in eigen bewoordingen zeggen wat hij heeft begrepen of vraag hoe men thuis een en ander heeft uitgelegd. Dat geeft u zicht op misvattingen en gelegenheid om kennis aan te vullen.

5 BESPREEKBAARHEID VAN KANKER

Het westers ideaal is in alle openheid over kanker, over genezing of over het naderende einde te kunnen spreken. Voor sommige patiënten kan het ideaal heel anders zijn. Binnen gemeenschappen en binnen families kunnen gewoonten bestaan die afwijken van de cultuur waartoe men behoort of bij wie men wordt ingedeeld. Ook persoonlijke karaktertrekken en wijzen van coping spelen een rol in de manier waarop mensen over kanker praten.

De taal kan ook hier een storende of versluisende factor zijn. Vertaalt degene die tolkt letterlijk wat u zegt? Beschermst hij/zij de patiënt, de familie? Hoe kom je daar achter?

- Bij de eerste bespreking met de patiënt is het goed te benoemen dat u rekening wilt houden met de wensen van de patiënt. Nodig hen uit te zeggen wat en hoeveel zij/hij wil weten. Hiermee kan dan bij de bespreking van de diagnose of andere bepalende uitkomsten rekening gehouden worden.
- Vraag naar de motieven, zodat u zich kunt voorstellen waarom men niet over kanker of sterven wil praten.
- Meestal kan de patiënt goed aangeven wat hij/zij wil. Mensen die alles willen weten zullen dat duidelijk of bij herhaling kenbaar maken.
- Houd er rekening mee dat het altijd mogelijk is dat de patiënt niet weet dat hij kanker heeft.
- Informeer vooraf bij een eerdere behandelaar wat de wensen van de patiënt hierin zijn.

RESPECT VOOR HET TABOE, SPREKEN OVER EEN ERNSTIGE ZIEKTE OF HET WOORD KANKER NOEMEN?

Er zijn mechanismen op cultureel-maatschappelijk niveau, binnen families en gezinnen en in de persoon, die de mate van bespreekbaarheid beïnvloeden.

- taboe op levensbedreigende aandoeningen, op de dood, vanwege besmettelijkheid van een ziekte;
- de wil of drang de ander te beschermen tegen pijn, angst, verdriet, lichamelijk verval en tegen de dood;
- de houding van de geestelijk leider, familie- of gezinsoudste beïnvloedt die van de overige groepsleden;
- eerdere ervaringen met ernstige ziekten in gezin of familie.

ALGEMEEN GELDT DAT MEN MEER MET ELKAAR SPREEKT EN BESPREEKT ALS IEDER DE DIAGNOSE WEET.

6 ZORGAANBOD

Het Nederlandse zorgsysteem en de werkwijzen zijn voor patiënten soms ondoorzichtig en onbekend. Dit betekent dat de kennis en het inzicht in de gang van zaken in de zorg deels of grotendeels kunnen ontbreken. Daarnaast spelen verwachtingen over de te ontvangen zorg een rol. Men kan verwachtingen hebben over de zorg gebaseerd op die in het land van herkomst. Sommige migranten denken dat in een westers land alles kan en overal geldt voor is. Die verwachtingen kunnen tot misverstanden leiden. Duidelijkheid bij de patiënt over wat men aan zorg kan verwachten en van wie, is bevorderlijk voor het vertrouwen.

- Uitleg over de verschillende stappen in het zorgtraject is belangrijk. Met name in de diagnostische fase en palliatieve fase, als veel onzekerheid bestaat. Vraag bij de patiënt na wat hij/zij al weet of verwacht. Sluit daarop aan.
Wees in ieder geval specifiek over het korte-termijntraject. Specifiek over noodzaak, aard en waarde van onderzoek, over tijdstip van de uitslag, over de verschillende medische disciplines die worden betrokken. Geef ook uitleg over de keuzes en de achterliggende redenen daarvan. De gang van zaken in de toekomst kan globaler aan de orde komen.
- Inschakeling van, verwijzing naar of overdracht aan andere disciplines of instellingen vergt uitleg. Geef toelichting bij uw motieven en geef voorlichting over de zorg die men daar kan verwachten. Denk aan: radiotherapie, fysiotherapie, stomaverpleegkundige, thuiszorg, diëtist.
- Wijs op de steun die andere deskundigen, zoals huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werk kunnen geven.
- Geef de patiënt en familie overzicht over mogelijkheden van informatie, hulp en steun:
 - KWF-folder over kanker in het Turks, Chinees, Arabisch;
 - Ramadan-folder NIGZ (www.NIGZ.nl en zoek op 'ramadan');
 - Adressen van patiëntenorganisaties; met de opmerking dat deze niet specifiek gericht zijn op allochtonen.
 - Zie ook de rubriek Allochtonen in de IKZ-wegwijzer: informatie voor oncologiepatiënten (www.ikz-net.nl/vraag en antwoord)
 - FONA informatietelefoon voor allochtonen: **0800 99 99 333** voor vragen over gezondheid, opvoeding en onderwijs.
 - Allochtone zorgconsulent/zorgbemiddelaar, indien deze voorziening voorhanden is (zie ook 'meer over tolken').

7 ZIEKTEBELEVING

Ziektebeleving, ziekteverklaring en de inpassing van ziekte in het eigen levensverhaal kleuren de wijze waarop mensen omgaan met ziekte, medische behandelingen en gevolgen.

De diagnose 'kanker' en de diagnose 'niet te genezen' bezorgt ieder mens grote verwarring en onzekerheid. De mate van passieve of actieve acceptatie van de diagnose of het naderend einde, de mate van instemming met de behandeling en de verwachtingen voor de toekomst worden allemaal beïnvloed door de houding tegenover en de beleving van ziekte.

Het verheldert de reactie en houding van mensen als u vraagt naar hun verwachtingen en opvattingen.

Welk beeld heeft de patiënt (en familie) van kanker? Waardoor en hoe wordt dit beeld beïnvloed? Denk aan:

- ziekteverklaring(en);
- godsbeeld, religie, traditie, volksgeloof;
- eerdere ervaringen met ernstige ziekte en ingrijpende behandelingen;
- opvattingen over leven en dood en ervaringen met sterven en dood;
- de levensloop, met eventueel migratie als breuklijn.

Het helpt u beiden wanneer u kunt aansluiten op het beeld en de opvattingen van de patiënt over zijn/haar ziekte.

8 SOCIALE STEUN

Sociale steun is een belangrijke hulpbron voor mensen met kanker. De bronnen en de aard van de sociale steun zijn in de kern voor iedereen hetzelfde. Verschillen zijn er vooral in nuances en intensiteit. Navraag bij de patiënt geeft u inzicht in de ervaren steun en in mogelijke behoeften of hiaten. Dit inzicht geeft u handvatten voor adequate zorg of hulp. Bijvoorbeeld: soms belast een praktisch probleem, zoals de opvang van kinderen, het gezin onnodig zwaar.

Rondom de diagnose overheersen angst en onzekerheid bij patiënt en gezinsleden. Dan is steun uit de eigen kring van familie, vrienden, collega's, burens en geloofsgenoten welkom. Dat vormt de basis voor opvang en medeleven tijdens de verdere ziekteperiode. Stel gerichte vragen, zoals:

- Wat zijn de rollen van de familieleden bij ziekte?
 - Wie beslist over behandeling, second opinion, terugkeer naar land van herkomst, etc.?
 - Wie is vertrouwenspersoon van de patiënt? Wie van de familie?
 - Wie verzorgt de patiënt eventueel thuis?
 - Wie vervullen de rollen en taken van de patiënt? Liggen daar problemen?
- Hoe is de verstandhouding met de familie in het land van herkomst?
- Krijgt de patiënt de steun die hij wenst/nodig heeft?
 - Wordt de patiënt binnen het gezin voldoende gesteund?
 - Wordt het gezin door de familie voldoende gesteund?
- Denk ook aan mogelijke bronnen van steun vanuit de geloofsgemeenschap, zoals de geestelijk leider of vanuit de etnische gemeenschap.

9 RELIGIE

Religie is voor veel mensen het terrein van zingeving inzake leven, ziekte, sterven en dood. Ieder mens hecht daarbij meer of minder belang aan verschillende aspecten binnen die religie. Het is goed, zeker in de palliatieve fase, om die zeer individuele keuzen in relatie tot de ziekte kanker, van uw patiënt te kennen en daarop aan te sluiten.

Ga na welke geloofsaspecten voor de patiënt van belang zijn:

- de geestelijk leider
- de geloofsgemeenschap
- voedingsvoorschriften

- rituelen
- gebeden
- het persoonlijke geloof

Bijvoorbeeld: De imam kan worden ingeschakeld bij problemen in het gezin of binnen de gemeenschap. Hij gaat op ziekenbezoek, begeleidt stervenden en is aanwezig bij het wassen van overleden moslims of De Pandit (Hindoestaans) komt op bezoek voor geestelijke ondersteuning, om rust te brengen.

10 THERAPIETROUW

Patiënten kunnen, met name door gebrekkige communicatie, door andere kennis of door andere gewoontes, voorschriften niet als bedoeld naleven. Uiteraard speelt dit aspect vooral in de behandelfase.

- Eenduidige uitleg, die exact het gewenste gedrag aangeeft, kan voorkomen dat een voorschrift niet of verkeerd wordt nageleefd. Drie maal daags is voor velen een helder begrip, maar is het duidelijk dat de pillen gelijkmatig over de dag verdeeld moeten worden? Duidelijker is dan: 8.00 uur, 14.00 uur en 20.00 uur.
- Laat de patiënt en/of de naaste stap voor stap de voorgeschreven handelingen herhalen.
- Als het belang van het voorschrift voor de patiënt duidelijk is dan bevordert dit een juiste naleving. Geef aan wat de reden en werking is en de schade bij niet naleving, vooral bij bijzondere voorschriften, zoals bij mondverzorging of infectiepreventie bij chemotherapie.

Als de patiënt de voorgeschreven handelwijze niet nakomt, is dat een signaal. Doorvragen biedt inzicht in de achterliggende gedachten of motivatie.

11 ANDERE GENEZERS

Kankerpatiënten kunnen andere deskundigen raadplegen, bijvoorbeeld om bevestiging te krijgen van de gestelde diagnose en/of om zeker te zijn van de beste behandelingen. Dit kunnen andere deskundigen zijn dan u wellicht verwacht. Bijvoorbeeld:

- artsen in een (privé)ziekenhuis in het land van herkomst, tijdens vakantie (voor diagnose of daadwerkelijke behandeling).
- een traditionele genezer (in het thuisland of hier).

Het bevordert de vertrouwensrelatie en de therapietrouw als u de patiënt expliciet vraagt óf en welke andere deskundigen hij/zij wil raadplegen voor de ziekte of welke therapieën zij volgen. Hierdoor ontstaat er ruimte om dit te bespreken en alle behandelingen in breder perspectief te zien. Dan kan men bespreken óf en op welke wijze een combinatie van reguliere en traditionele therapie mogelijk is.

Wanneer een patiënt zich over bovenstaande niet serieus genomen voelt, kan dit trouw aan de reguliere therapie verminderen.

Soms beschikken patiënten over schriftelijke informatie van een arts uit het buitenland: deze informatie kan voor u worden vertaald door het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland: (030) 291 35 65.

12 LICHAAMELIJKE VERZORGING

De gebruiken ten aanzien van lichamelijke verzorging van zieken, stervenden en doden zijn divers. Het is goed patiënten te vragen met welke specifieke wensen rekening gehouden kan worden bij de verzorging. Probeer wensen daadwerkelijk te honoreren. Leg altijd uit waarom aan bepaalde wensen niet kan worden voldaan.

- Wanneer de patiënt zichzelf niet kan wassen, kan het diens voorkeur zijn om door iemand van het eigen geslacht te worden gewassen.
- Ramadan: met name voorschriften met betrekking tot eten en drinken zijn van belang. Mensen die ziek zijn, hebben volgens de Koran niet de verplichting te vasten. Toch kan het voorkomen dat een zieke

zich wel aan deze voorschriften wil houden. Geef ruimte daarvoor als het de patiënt niet schaadt. Maar probeer de patiënt te overtuigen, wanneer het vasten de gezondheid of het genezingsproces in gevaar kan brengen. Betrek eventueel de familie of geestelijk leider hierbij.

- Er bestaan veel verschillende rituelen voor mensen die sterven en voor de doden. Voor de stervende zelf en voor de naasten of nabestaanden kunnen deze rituelen van grote waarde zijn.

13 EEN SELECTIE UIT DE GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Bedaux, T., Dahhan, N., Jansen, P., Smulders, R., Kwaliteitszorg voor allochtonen; een handreiking voor de praktijk. Utrecht, NCB 1997
- Boston, P. Culture en cancer; the relevance of cultural orientation within cancer education programs. *European Journal of Cancer Care*, 1993, (2) 72-76
- El Haddouchi, M., Aouaj, Y., Brouwer, H.J., Stronks, K. Marokkanen bij de huisarts aan het woord; de mate waarin de huisarts de reden van komst achterhaalt. NTvG, 2000; 144(5) 219-224
- Handboek Palliatieve zorg voor professionelen; hoofdstuk 4: de islamitische levensvisie. Kapellen(B), Pelckmans 2000
- Hoffman, E. Interculturele gespreksvoering, theorie en praktijk van het TOPOI-model. Houten, Bohn Stafleu VanLoghum, 2002
- Kalmeijer-Mesker, C., Hamstra, L., Wolters, W., Communicatie met Marokkaanse en Turkse patiënten in het ziekenhuis.. Utrecht, LCGVO, 1995
- Haes, J.C.J.M., Haan, R.J. de, Willems-Groot, A.F.M.N., Oosterveld, P., Spronk, N.A. De uitvoering van de informed consent vereiste in Nederlandse ziekenhuizen; onderzoeksverslag. Utrecht, KNMG, 1998
- Koning, C., Kagie, M.J. Communicatie moeilijk met allochtone patiënt. *Tijdschrift Kanker*, 1999, 36-38
- Linden, B. van der, Brink, Y. van de, Verhoeven, W. Verpleging en verzorging van migranten. SOVOV i.s.m. Bureau voorlichting gezondheidszorg buitenlanders. Leiden, Spruyt, van Mantgem & de Does, 1992
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer, 2000.
- Scharwachter, W.H., Laarhoven, J.F. van, Communicatie met allochtone patiënten. *Medisch Contact*, 2000, (55) 784-787
- Steemers-van Winkoop, M., Geloven in zorg. Baarn, H Buitgevers, 2001
- Struys, A.J. Zorg op interculturele maat; naar een structureel en continu zorgbeleid voor allochtonen *Medisch Contact*, 2000 (55) 1018-1022
- Thiel, E. van, De multiculturele huisartsenpraktijk. Utrecht, Forum, 1999

14 AANBEVOLEN LITERATUUR, BIJ HET IKZ OPVRAAGBAAR

(040) 297 16 26 maandag t/m donderdag van 14.00-17.00 uur
informatiecentrum@IKZ.nl, fax: (040) 297 16 10

Algemeen

- Dikken, A. den; *Diversiteit in de gezondheidszorg*; Medisch Contact, 2002 (57) 814-816
- Crul, B.; *De dokter en de allochtone oncologische patiënt*. Medisch Contact, 1998 (53) 850-852
- Thiel, E. van, *Allochtone patiënten positief over huisartsenzorg*. Huisarts in Nederland, 2000 (6) 6-9
- El Haddouchi, M., Aouaj, Y., Brouwer, H.J., Stronks, K., *Marokkanen bij de huisarts aan het woord; de mate waarin de huisarts de reden van komst achterhaalt*. NTG, 2000, 144 (5) 219-224
- Struys, A. *Interculturele zorg: andere vorm of andere norm?* Migrantenstudies 2001(2) 113-129

Ouderen

- Yerden, I. *Zorg voor Turkse ouderen: de traditie en de praktijk*. Tijdschrift Gerön, 3 (1) 28-37
- Tuenter, S., Broertjes, J., *Allochtonen beter voorgelicht; aangepaste voorlichting ouderen in thuiszorg van belang*. Tijdschrift gezondheidsvoorlichting, 2001 (8) 18-19

Taal en tolk

- Boevink, G. Duchenne, W., Stegerhoek, R.; *Gesprekken zonder grenzen, communicatie met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst*. Woerden, NIGZ, 2001
- Gerits, Y.C., Uitenbroek, D.G., Dijkshoorn, H. Verhoeff, A.P., *De communicatie tussen huisarts en Turkse en Marokkaanse patiënten nader bekeken*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen TSG, 2001, 79 (1) 16-20
- Bertens, I., *Taalbarrière is geen excuus; communiceren is meer dan het spreken van dezelfde taal*. Tijdschrift voor verpleegkundigen TVZ, 1999, (10) 325-326
- Kalmeijer, C., Hamstra, L., Wolters, W., *Communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten in het ziekenhuis*. Utrecht, LCGVO, 1995

Ziektebeleving en Religie

- Dijkman, P., Haan, M. de, *Cultureel bepaalde ziektebeleving en geneeswijzen*. Huisarts en wetenschap, 1999, 42 (5) 205-209
- Muynck, A. de, *Religie, zorgvraag en gezondheidsgedrag van Marokkaanse en Turkse allochtonen*. Huisarts nu, 2000, (4) 175-181

Therapietrouw

- Werff, G.F.M.van der, (sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding GGD), *De invloed van cultuur op therapietrouw*. Tijdschrift voor huisartsgeneeskunde, 2001, 18 (6) 220-224

Verzorging

- Werkgroep interculturele verpleging en verzorging, *Cultureel passende zorg in de praktijk*. Den Haag, Elsevier/de Tijdstroom, 1999
- Koppenol-van Hooijdonk, M., Bostel, R. van, *Zorg aan moslimpatiënten in de terminale fase: een vak apart?* Oncologica, 2002, (2) 24-30
- Coolen, K. *Cultuurverschillen in de thuiszorg; omgaan met andere gewoonten en gebruiken*. Verpleegkunde Nieuws, 20001 (1) 32-35
- Symbiose, *Verzorging van terminale patiënten met een moslimachtergrond*. (brochure) Sittard, Symbiose, 1999.

U kunt ook terecht bij het NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Onder andere voor de jaarlijkse ramadan-folder in diverse talen en Nederlands. Zie ook: www.nigz.nl; dossier allochtonen; links naar websites over allochtonen voor professionals inzake: communicatie, gezondheid, multiculturele samenleving, anderstalige gezondheidsinformatie.

Tips voor het gesprek met een allochtone kankerpatiënt

Iedere patiënt is allereerst een individu met een ernstige ziekte.
Pas daarna wordt zijn identiteit mede bepaald door de culturele
en/of geloofsgemeenschap waar die persoon deel van uitmaakt.

Alle punten uit de tabel verdienen aandacht.
Stippen • nadrukkelijk en uitroepetekens ! in het bijzonder.

Kennismaking		Diagnose	Behandeling	Controle	Palliatief	
!	Vertrouwensrelatie	•	•	•	•	
!	Taal en tolk	!	•	•	•	
!	Sociale achtergrond					
•	Kennis en begrip	!	!	•	•	
	Bespreekbaarheid kanker	!	•	•	•	
	Zorgaanbod	•			•	
	Ziektebeleving	!	•	•	!	
	Sociale steun	!	•	•	•	
•	Religie	•	•	•	!	
	Therapietrouw	•	!			
	Andere genezers		!		•	
	Lichamelijke verzorging		•		•	

Z.O.Z.

Gratis **Tolk- en vertaalcentrum Nederland**

Reserveren van een tolk: **(074) 255 52 22**

Meteen een tolk nodig: **(074) 255 52 33**

Gereserveerde tolk te bereiken via: **(074) 255 52 33**

Vragen?

- **IKZ informatiecentrum (040) 297 16 26**

- **informatiecentrum@ikz.nl**

Vertrouwensrelatie	Toon respect en belangstelling voor de ander. Vraag door om de ander in zijn eigenheid te leren kennen.
Taal en tolk	Geef familie de ruimte om de patiënt te steunen: schakel een tolk in. Bedenk dat uw taal, verbaal en non-verbaal, verschilt van die van de patiënt.
Sociale achtergrond	Heb oog voor de vaak complexe THUIS-situatie. Het thuis hier: gezin en familie, werk en kerk. Het thuis in het vaderland.
Kennis en begrip	De 'westerse' kennis van het menselijk lichaam is niet van-zelfsprekend. Luister naar wat de patiënt heeft begrepen.
Bespreekbaarheid kanker	Soms is kanker taboe. Ga na: wil de familie/partner de patiënt beschermen, overheerst angst voor de dood, is sprake van 'gewoonte'. Respecteer de wens van de patiënt.
Zorgaanbod	Geef uitleg over het traject. Licht nut en noodzaak toe. Maak keuzes helder. Informeer over hulpmogelijkheden.
Ziektebeleving	Houd rekening met de persoonlijke oorzaakverklaring, de rol van het geloof in betekenisverlening, eerdere ervaringen met ziekten, het levensverhaal, opvattingen over gezondheid en geneeswijzen.
Sociale steun	Benut de rol van de familie bij ziekte. Ga na welke steun zij bieden, hoe en wie beslist. Wijs ook op steun uit andere bronnen binnen de eigen kringen. Wat betekent de ziekte voor de familie, welke rollen zijn 'uitgevallen' en geeft dat problemen.
Religie	Ga na welke voorschriften en rituelen vanuit de religie belangrijk zijn voor de zieke. Denk aan gebed en geestelijke zorg.
Therapietrouw	Voorkom ontrouw door eenduidige uitleg; leg ook uit wat de noodzaak is van voorschriften. Ga na wat de reden is van niet naleven van de voorschriften.
Andere genezers	Bespreek of patiënt of familie een andere dokter willen raadplegen of een advies van een andere (traditionele) genezer overwegen.
Lichamelijke verzorging	Wat zijn de wensen van de patiënt. Licht toe wat kan en wat niet haalbaar is en waarom niet. Probeer te overtuigen als regels vanuit cultuur of religie de patiënt ernstige schade kunnen berokkenen (bijvoorbeeld; vasten/ramadan).