

**Provinciale Hogeschool Limburg  
Departement Gezondheidszorg  
Opleiding Ergotherapie**

**ERGOTHERAPEUTISCHE ZORG BIJ ALLOCHTONE OUDEREN IN  
DE THUISSITUATIE**

door **Inge Claessens**  
Afstudeerproject aangeboden tot het  
bekomen van het diploma van  
Gegradueerde in de Ergotherapie

o.l.v.  
**Lut Deckers**, promotor  
**Jac Debruyne**, copromotor

Hasselt, 2004

Een Nederlander en een Turk kennen elkaar al jaren. Zij hebben dezelfde opleiding gevolgd, doen hetzelfde werk en ze zijn goede vrienden van elkaar geworden.

Hun vriendschap gaat zo ver dat ze besluiten twee huizen te laten bouwen en naast elkaar te gaan wonen.

Ze laten twee volledig identieke woningen bouwen. Nadat ze beiden verhuisd zijn, zitten ze op een namiddag in de tuin gezellig met elkaar een biertje te drinken. De Nederlander verzucht genietend dat ze toch wel een prachtig huis hebben laten bouwen. De Turk merkt op dat zijn huis toch meer waard is dan dat van de Nederlander.

De Nederlander reageert verbaasd en zegt: 'Hoezo, we hadden dezelfde aannemer, de bouwmaterialen zijn hetzelfde en de afmetingen van onze huizen met de tuinen zijn gelijk. Vertel me eens waarom jouw huis meer waard is dan het mijne?'

'Wel', zegt de Turk, 'Jij woont naast een buitenlander en ik naast een notaris.'

## VOORWOORD

Met mijn afstudeerproject hoop ik een bijdrage te leveren voor het werken met allochtone ouderen. Om goede ergotherapeutische zorg aan deze ‘nieuwe’ doelgroep te beschrijven, heb ik me gebaseerd op literatuur, aangevuld met mijn ervaringen van bij het Wit-Gele Kruis. Dit afstudeerproject heb ik kunnen realiseren dankzij de hulp van de volgende personen:

Eerst en vooral wil ik mijn promotor, Lut Deckers, bedanken voor haar steun en haar advies. Ook dank ik mijn copromotor, Jac Debruyn, voor zijn kritische ingesteldheid en zijn raadgevingen. Dankzij zijn ervaringen met allochtone ouderen heb ik mijn werk kunnen vervolledigen.

Verder wil ik het Wit-Gele Kruis van Genk bedanken. Ik dank de dienst nursing begeleiding van het Provinciaal Secretariaat en de verpleegkundigen van Genk Centrum. In het bijzonder Mia, Kim, Veerle en Carnita om mij vijf weken mee op sleeptouw te nemen en ook Myriam en Greet die altijd tijd voor me hadden.

Dank ook aan Houssein Boukhriss voor zijn tijd voor een verhelderend interview.

Ik dank mijn vriend en zijn ouders, mijn ouders, mijn zus en schoonbroer voor hun steun tijdens het maken van mijn afstudeerproject.

In het bijzonder wil ik nog mijn nonkel, Rob Claessens, bedanken voor het kritisch nalezen van mijn werk.

## INHOUDSOPGAVE

ALGEMENE INLEIDING	1
<b>1. CULTUUR</b>	2
<b>1.1 Cultuur als mentale programmering</b>	2
<b>1.2 Dimensies van nationale culturen</b>	3
1.2.1 Individualisme en collectivisme	3
1.2.2 Masculien en feminien	3
1.2.3 Onzekerheidsvermijding	4
1.2.4 Machtsafstand	4
<b>1.3 Uiting van culturele verschillen</b>	5
<b>1.4 Besluit</b>	5
<b>1.5 Literatuur</b>	7
<b>2. ASPECTEN DIE DE HULPVERLENING KUNNEN BEÏNVLOEDEN</b>	8
<b>2.1 Allochtone ouderen en hun denkwijze</b>	8
2.1.1 Wie zijn de allochtonen waar ik als ergotherapeute mee ga werken	8
2.1.2 Hun geschiedenis	8
2.1.3 De denkwijze van allochtone ouderen	9
2.1.4 Acculturatiecurve	9
<b>2.2 Dilemma's voor allochtone ouderen</b>	10
2.2.1 Terugkeerdilemma	10
2.2.2 Zorgdilemma	10
<b>2.3 Communicatie</b>	11
2.3.1 Interculturele communicatie	11
2.3.2 Mogelijke misverstanden bij interculturele communicatie	11
<b>2.4 Godsdienst</b>	11
<b>2.5 Gebruik maken van de gezondheidszorg</b>	12
<b>2.6 Besluit</b>	12
<b>2.7 Literatuur</b>	13
<b>3. ERGOTHERAPIE BIJ ALLOCHTONE OUDEREN IN DE THUISSITUATIE</b>	15
<b>3.1 De mogelijkheden van de ergotherapeut in de thuissituatie bij bejaarden</b>	15
3.1.1 Behandelen van specifieke beperkingen bij de bejaarden	15

*3.1.1.1 Exploreren en inventariseren van de mogelijkheden en beperkingen van de bejaarde*

15

<i>3.1.1.2 Het bepalen van de doelen en het plannen van de behandeling</i>	16
<i>3.1.1.3 Het uitvoeren van de behandeling/ benadering</i>	16
<i>3.1.1.4 Evalueren van vooropgestelde doelstellingen</i>	17
3.1.2 Preventieve zorg	17
<i>3.1.2.1 Gezondheidsvoorlichting</i>	17
<i>3.1.2.2 Ergonomie</i>	17
<i>3.1.2.3 Woonomgeving</i>	17
3.1.3 Geven van consult en advies aan de cliënt, familie, mantelzorg	17

**3.2 De knelpunten die naar voren komen in het ergotherapeutische werk bij allochtone bejaarden in de thuissituatie** 18

3.2.1 Knelpunten die blijken uit literatuurstudie	18
3.2.2 Knelpunten die blijken uit ervaringen	20
<i>3.2.2.1 De Nederlandse taal niet spreken</i>	20
<i>3.2.2.2 De vrouw niet rechtsreeks aanspreken</i>	20
<i>3.2.2.3 Andere vorm van beleefdheid</i>	20
<i>3.2.2.4 Godsdienst</i>	21
<i>3.2.2.5 Onbekendheid van ergotherapie</i>	21

**3.3 Besluit** 21

**3.4 Literatuur** 22

**4 ALGEMEEN BESLUIT** 24

BIJLAGE 1: TOPOI-MODEL VAN HOFFMAN

BIJLAGE 2: DE VIJF ZUILEN VAN DE ISLAM

## ALGEMENE INLEIDING

Onze maatschappij is voortdurend in beweging. De diversiteit van mensen met een verschillende culturele achtergrond is een wezenlijk kenmerk geworden van onze huidige samenleving. Onze multiculturele (westerse) maatschappij is hierdoor dan ook een feit geworden waar we niet meer omheen kunnen. Niet alleen de verschillende generaties mensen, maar ook culturen uit de verschillende windstreken beïnvloeden elkaar. Omdat onze maatschappij voortdurend in beweging is, worden we ook steeds met nieuwe uitdagingen en problemen geconfronteerd. Zo merken we dat de huidige allochtone ouderen zorgbehoevend worden en dat onze zorg daar niet op afgestemd is.

Hoe is de situatie binnen ergotherapie? Ergotherapie voorziet zorg op maat. Bij deze doelgroep betekent dat er interculturaliteit aanwezig moet zijn. Dit is echter geen evidentie. Momenteel is de groep zorgbehoevende allochtone ouderen eerder beperkt, maar in de toekomst zal deze toenemen.

Om dit alles te doorgronden heb ik verschillende boeken gelezen, maar ook verslagen van onderzoeken doorgenomen en het internet geraadpleegd. Mijn praktijkervaring heb ik opgedaan tijdens mijn keuzestage bij het Wit-Gele Kruis Genk. Hier heb ik de kans gekregen om met verpleegkundigen mee te gaan naar allochtone ouderen, deze ervaring bestaat enkel uit observaties.

Ik heb me beperkt tot de Turkse en Marokkaanse ouderen, omdat deze groep een ander profiel heeft. Deze ouderen hebben andere samenlevingsvormen, andere eetgewoontes, andere kleding en een andere godsdienst. In Limburg zijn er ook vele Italiaanse ouderen, maar voor hen is de stap naar zorginstanties minder groot. De Turkse en Marokkaanse ouderen wonen veelal nog thuis en steunen nog op mantelzorg en familie.

Vermits we met ouderen met een andere culturele achtergrond gaan werken, bekijken we in het eerste deel van mijn afstudeerproject het begrip cultuur. Dit gebeurt volgens het onderzoek van Geert Hofstede. Hij heeft meerdere werken geschreven over cultuur, met al zijn aspecten en verschillen.

In het tweede deel gaan we dieper in op de aspecten waarmee de ergotherapeut rekening moet houden. Algemeen komt de geschiedenis van de allochtone ouderen aan bod en hun denkwijze. Daarop volgen belangrijke aspecten zoals de dilemma's voor de ouderen, de communicatie en de godsdienst. Tenslotte bekijken we in dit hoofdstuk waarom de allochtone ouderen veel of weinig gebruik maken de gezondheidszorg.

In het derde deel bekijken we ergotherapie in de thuissituatie bij ouderen algemeen. Dit volgens het verloop van het systematisch ergotherapeutisch handelen. Daarna worden knelpunten besproken die naar voren komen in het ergotherapeutische werk bij allochtone ouderen in de thuissituatie. Deze knelpunten blijken zowel uit literatuurstudie als uit ervaringen.

Met dit werk hoop ik een brug te slaan tussen ergotherapie en de doelgroep allochtone ouderen.

# 1 CULTUUR

Wil je als ergotherapeut correct handelen en communiceren met allochtone bejaarden, dan is het noodzakelijk om zelf beter inzicht te verwerven in culturele verschillen. Vanuit deze inzichten trachten we respectvol om te gaan met deze doelgroep in de thuissituatie.

In dit hoofdstuk kaderen we cultuur binnen het individu, cultuur als mentale programmering, om daarna cultuurkenmerken te bespreken die verschillend kunnen zijn tussen samenlevingen en waarmee we dus dienen rekening te houden bij ons handelen.

Tenslotte bekijken we hoe culturele verschillen zichtbaar worden in een samenleving. We baseren ons hiervoor op het boek 'Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen'. Geschreven door Geert Hofstede, hoogleraar vergelijkende cultuurstudies van organisaties aan de Rijksuniversiteit Nederlands Limburg. Hij wordt frequent vernoemd in boeken en rapporten aangaande dit thema.

## 1.1 Cultuur als mentale programmering

Cultuur wordt door Hofstede (2002) gezien als een mentale programmering.

Elk individu draagt patronen in zich van denken, voelen en potentieel handelen die in de loop van haar of zijn leven zijn aangeleerd. Deze patronen van denken, voelen en handelen noemt Hofstede "mentale programma's". Iemands gedrag wordt maar voor een deel bepaald door haar of zijn mentale programmering: de mens beschikt over een fundamenteel vermogen om daarvan af te wijken en te reageren op manieren die nieuw, creatief, destructief of onverwacht zijn. De bronnen van mentale programmering vindt men in de sociale omgeving waarin we zijn opgegroeid. Deze programmering begint in het gezin en breidt dan uit naar de straat, de school, het werk en de woongemeenschap.

De mentale programmering bestaat uit drie niveaus: persoonlijkheid, cultuur en menselijke natuur (Hofstede, 2002).

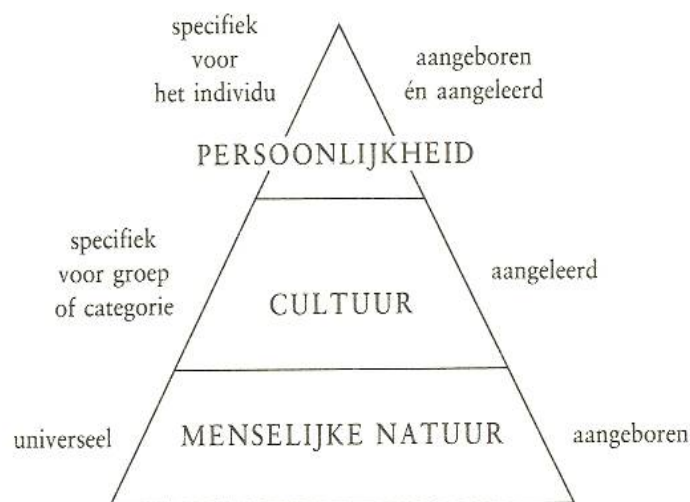


Fig. 1: Mentale programmering

*Menselijke natuur* is wat iedereen gemeen heeft. Het is het universele niveau in onze mentale programmering en het bevat het vermogen om gevoelens te voelen, de omgeving waar te nemen en er met andere mensen over te spreken. Wat je met dit vermogen doet, wordt bepaald door cultuur.

*Persoonlijkheid* is het deel van de mentale programmering dat niet gedeeld wordt met andere mensen. De persoonlijkheid bestaat uit eigenschappen die deels aangeboren zijn en deels aangeleerd. Het aanleren van eigenschappen gebeurt zowel door collectieve programmering en zowel door persoonlijke ervaringen.

*Cultuur* is aangeleerd en niet aangeboren. Cultuur wordt overgedragen via onze sociale omgeving.

## 1.2 Dimensies van nationale culturen

Een dimensie is een aspect, een bestanddeel volgens Van Dale ([www.vandale.nl](http://www.vandale.nl)). Volgens Hofstede (2002) bundelt een dimensie een aantal verschijnselen in een samenleving die in combinatie blijken voor te komen, het is een aspect van waaruit een cultuur kan worden vergeleken met een andere culturen.

Hieronder worden verschillende dimensies uitgelegd.

### 1.2.1 Individualisme en collectivisme

Bij *individualistische of persoonsgerichte samenlevingen* staan de belangen van het individu boven die van de groep. Elk individu wordt geacht uitsluitend voor zichzelf te zorgen en voor zijn of haar naaste familie. Het individu kan zich vrij zelfstandig ontplooiën.

Bij *collectieve of groepsgerichte samenlevingen*, staan de groepsbelangen boven het individuele belang. We kunnen de groepen bij collectieve samenlevingen in twee kleinere groepen delen. De eerste groep is het gezin en de (uitgebreide) familie en wordt ook de wij-groep genoemd. De tweede groep, de zij-groep, bestaat uit alle andere mensen in de samenleving. De individuen worden vanaf hun geboorte opgenomen in sterke, hechte groepen, die hun levenslang bescherming bieden in ruil voor onvoorwaardelijke loyaliteit. Wanneer men verschillende culturen of landen met elkaar vergelijkt, ziet men een nauw verband tussen de nationale rijkdom en de mate van het individualisme in de cultuur van een land. Hoe meer nationale rijkdom, hoe meer individualistisch.

### 1.2.2 Masculien en feminien

Een samenleving is *masculien* als de sociale sekserollen duidelijk gescheiden zijn. De mannen worden geacht assertief en hard te zijn en gericht op materieel succes. Vrouwen horen bescheiden en teder te zijn en vooral gericht op de kwaliteit van het bestaan.

Een samenleving is *feminien* als zowel mannen als vrouwen geacht worden bescheiden en teder te zijn en gericht op de kwaliteit van het bestaan. Hier overlappen de sekserollen elkaar.

De meeste samenlevingen vertonen een gemeenschappelijke trend in de verdeling van de sekserollen: de mannen staan in voor de prestaties buitenshuis en moeten hard en competitief



zijn, de vrouwen vervullen de zachte rol en zorgen voor de man, de kinderen en mensen in het algemeen.

### 1.2.3 Onzekerheidsvermijding

“De mate waarin leden van een cultuur zich bedreigd voelen door onzekere of onbekende situaties”. Dit gevoel wordt o.a. uitgedrukt in nerveuze spanning en in behoefte aan voorspelbaarheid. Iedereen wordt geconfronteerd met het feit dat we niet weten wat er morgen zal gebeuren. De toekomst is onzeker en toch moeten we doorleven. Extreme onzekerheid geeft ondraaglijke spanning en iedere samenleving heeft manieren om deze spanning te verlichten. Dit via techniek, wetgeving en religie.

*Techniek* helpt onzekerheden te vermijden die door de natuur worden veroorzaakt.

*Wetgeving* bestaat uit wetten en regels die proberen onzekerheden in het gedrag van mensen te voorkomen.

*Religie* helpt ons de onzekerheden te accepteren waartegen we ons niet kunnen beschermen en sommige godsdiensten bieden de uiteindelijke zekerheid van een leven na de dood of van een overwinning op onze vijanden.

Onzekerheid is een subjectieve ervaring, een onbestemd gevoel. Het is eigen aan de persoon en het wordt ook gedeeld met andere leden van de samenleving. Onzekerheidsvermijding leidt niet zozeer tot het beperken van risico's als wel het reduceren van onduidelijkheid.

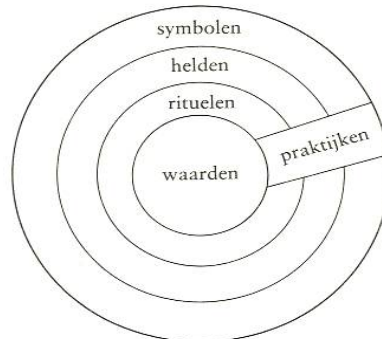
De westerse godsdiensten, het jodendom, de islam en het christendom, zijn gebaseerd op goddelijke openbaring en zijn afkomstig uit het Midden-Oosten. Deze godsdiensten hechten belang aan waarheid met een hoofdletter. De Waarheid is absoluut en sluit alle andere waarheden uit. De Waarheid geeft zekerheid en duidelijkheid aan de mensen en neemt vele onzekerheden weg.

### 1.2.4 Machtsafstand

Machtsafstand is de emotionele afstand die mensen met meer en minder macht van elkaar scheidt. Machtsafstand in een cultuur is het antwoord van die cultuur op het fundamentele probleem dat mensen ongelijk zijn. In elke samenleving is er ongelijkheid tussen mensen. Het is, volgens Hofstede(2002), de mate waarin de minder machtige leden van instituties (de bouwstenen van een samenleving, bijvoorbeeld een gezin, de woongemeenschap, de school) of organisaties (de plaatsen waar mensen werken) in een land verwachten en accepteren dat de macht ongelijk verdeeld is.

### 1.3 Uiting van culturele verschillen

Culturele verschillen tussen mensen veruitwendigen zich in symbolen, helden, rituelen en waarden en worden geïllustreerd in een ui-diagram (Hofstede, 2002, Sanders, 1992).



diagram

Fig. 2: ui-

*Symbolen* zijn woorden, gebaren, voorwerpen enz. met een betekenis die enkel door leden van de cultuur begrepen worden. Symbolen worden regelmatig door andere culturen overgenomen, daarom zijn ze in de buitenste, meest oppervlakkige laag geplaatst. Voorbeelden van symbolen zijn Coca-Cola, frituren, haardracht, enz voor België. In Turkije is de kat (Knubben Winter) een belangrijk symbool en in Marokko de hand van Fatima (Pragt).

*Helden* zijn personen, dood of levend, echt of fictief, met eigenschappen die in een cultuur hoog in aanzien staan. Daarom zijn het gedragsmodellen. Voorbeelden van Belgische helden zijn Kuifje, Eddy Merckx, Kim Clijsters. Allochtonen kiezen vaak voor hun ouders of ouderen in hun omgeving als helden ([www.contrastonline.nl](http://www.contrastonline.nl)).

*Rituelen* zijn collectieve activiteiten. Rituelen zijn technisch overbodig, maar sociaal essentieel. Voorbeelden van Belgische rituelen zijn de typische zondagstaart, men kijkt uit beleefdheid iemand in de ogen tijdens een gesprek. Allochtonen versieren bij feesten de handen, het haar, de voeten met henna. De allochtonen kijken tijdens een gesprek iemand hoger in rang of iemand van het andere geslacht niet in de ogen.

Symbolen, helden en rituelen vormen zichtbare praktijken, met een onzichtbare culturele betekenis.

*Waarden* vormen de kern van het ui-diagram. Het is de gezamenlijke neiging om iets te verkiezen of af te wijzen. Waarden worden niet bewust geleerd, ze blijven onbewust en onbespreekbaar. Waarden in België zijn bijvoorbeeld een degelijke job hebben, eerlijkheid, individuele ontplooiing. Een belangrijke waarde bij allochtonen is gehoorzaamheid tegenover zijn/haar ouders en tegenover ouderen in de gemeenschap.

### 1.4 Besluit

Hofstede heeft het fenomeen cultuur grondig onderzocht en heeft hierdoor de opbouw van een cultuur kunnen weergeven. Door zijn cultuurdimensies, komt men tot cultuurverschillen. Tussen België, Turkije en Marokko geeft Hofstede de volgende verschillen aan: België is individualistisch, masculien, heeft een sterke onzekerheidsvermijding en een grote machtsafstand. Turkije is collectivistisch, feminien, heeft een sterke onzekerheidsvermijding en een grote machtsafstand. Marokko is collectivistisch, masculien, heeft een sterke onzekerheidsvermijding en een grote machtsafstand. Als men het zo bekijkt, zijn er niet veel verschillen tussen deze drie landen.

Uit een gesprek met Houssein Boukhriss (28 juni 2004), trainer in interculturele communicatie en diversiteitmanagement, blijkt het volgende:

Hofstede heeft zeker en vast nuttig werk geleverd. De resultaten van zijn onderzoek vormen een belangrijke basis voor het werken met allochtonen. Het is echter wel iets dat je als hulpverlener in je achterhoofd moet houden, maar je mag het niet op de voorgrond plaatsen. Hofstede culturaliseert namelijk, dit wil zeggen dat hij de mensen als groep bekijkt en niet als individu. Als hulpverlener kom je echter in contact met individuen en elk individu is uniek. Je kan wel bepaalde gedragingen of gewoontes, die je merkt bij het werken met allochtonen, kaderen binnen zijn/haar cultuur, je kan mensen beter inschatten, dankzij het werk van Hofstede.

Op de uitkomst van Hofstede's onderzoek, dat België, Turkije en Marokko, niet veel verschillen van elkaar, zei Boukhriss het volgende: *“Het onderzoek van Hofstede is in de jaren '70 – '80 gebeurd. Sindsdien zijn er reeds veranderingen gebeurd. België nog steeds individualistisch, dit mede door de hogere levensstandaard, beter onderwijs, de media enz. Het masculiene aspect is aan het veranderen, men verwacht van de man ook steeds meer zachtheid, de vrouwen zijn geëmancipeerd.”* Sterke onzekerheidsvermijding is dat men alles gestructureerd wil hebben, alles moet duidelijk zijn en zoveel mogelijk voorspelbaar (Hofstede, 2002). Boukhriss: *“De machtsafstand is aan het verkleinen, zowel binnen het gezin als in het bedrijfsleven. Kinderen respecteren hun ouders, maar verwachten ook respect terug. In een bedrijf kan een ploegbaas zich niet meer profileren als autoriteit, er is meer overleg met de werknemers.*

*Voor Turkije en Marokko kloppen de gegevens van Hofstede enkel nog voor de allochtone bejaarden van de eerste generatie. Voor de tweede en derde generatie zijn hier ook veranderingen merkbaar. Dit zowel voor de allochtonen in België als in het oorspronkelijke land.*

*Men kan stellen dat de huidige allochtone ouderen leven zoals de Belgische ouderen vroeger leefden. Vroeger moesten kinderen respect hebben voor hun ouders, de man was dominant en de vrouw zacht en teder, op het werk hadden de werknemers weinig inspraak, men was groepsgericht (collectivistisch), men was afhankelijk van elkaar.*

*Hofstede heeft ook de culturen in eigen land bestudeerd. Culturen functioneren in hun oorspronkelijke biotoop anders dan in een ander land. Het feit dat Hofstede's bevindingen, wel nog kloppen voor de allochtone bejaarden in België komt doordat ze zich in een minderheidspositie bevinden en door migratieprocessen. Niet zozeer door cultuur op zich.”*

Ik sluit me bij deze inzichten aan. Het gesprek met Boukhriss is tot stand gekomen vanuit de opmerking dat er weinig verschillen zijn tussen België, Marokko en Turkije.

Deze opmerking heb ik ook doorgespeeld aan Hofstede. Zijn antwoord luidde als volgt: *“Het grote cultuurverschil tussen Belgische en allochtone ouderen schuilt in de dimensie individualisme – collectivisme. De immigranten komen van een achtergrond waar de banden tussen het individu en de familie veel sterker en blijvender zijn, inclusief wederzijdse*

*verplichtingen en verwachtingen. Daartegenover is de houding tegenover buitenstaanders gereserveerder”.*

Net zoals Boukhriss aangaf, is België van masculien naar feminien aan het evolueren. Dit ook volgens Hofstede, maar hij haalt een klein verschil aan tussen Vlaanderen en Wallonië. Wallonië neigt eerder naar het masculiene en Vlaanderen naar het feminiene.

Ik besluit uit deze gegevens dat dit hoofdstuk een belangrijke basis is, maar dat men als hulpverlener de mensen als individu moet bekijken met ieder zijn eigenheid.

In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op aspecten waarmee we rekening moeten houden, willen we op een correcte manier werken met allochtone ouderen. Deze aspecten zijn algemeen en veel voortkomend, maar gelden daarom niet voor elk individu.

## **1.5 Literatuur**

### Boeken

HOFSTEDE, G., *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Contact, Amsterdam, 2002.

SANDERS, G., NEUIJEN, B., *Bedrijfscultuur, diagnose en beïnvloeding*. Gorcum, Assen, 1992.

### Internet

HOFSTEDE, G., A summary of my ideas about national culturale differences. Beschikbaar via: <http://spitswww.uvt.nl/web/iric/hofstede>

[www.contrastonline.nl](http://www.contrastonline.nl)

[www.heinpragt.com](http://www.heinpragt.com)

[www.konstantinopel.org/pagina%60s/turksekatten.htm](http://www.konstantinopel.org/pagina%60s/turksekatten.htm)

### Gesprek:

Interview met Houssein Boukhriss op 28 juni 2004 te Hasselt

## 2 ASPECTEN DIE DE HULPVERLENING KUNNEN BEÏNVLOEDEN

In dit hoofdstuk maken we kennis met de allochtone ouderen waar we ons in dit eindwerk op gericht hebben. Wat is hun denkwijze en geschiedenis? Ook staan we stil bij het terugkeerdilemma en het zorgdilemma van deze mensen. De volgende aspecten die we behandelen zijn de communicatie en de godsdienst. Hierbij wordt ook uitgelegd in welke mate de allochtone ouderen gebruik maken van de gezondheidszorg. Bovenstaande aspecten zijn allen sterk cultureel bepaald en beïnvloeden de hulpverlening in grote mate. Vandaar de noodzaak voor die hulpverlening om hierover voldoende kennis en inzicht te hebben.

### 2.1 Allochtone ouderen en hun denkwijze

#### 2.1.1 Wie zijn de allochtonen waar ik als ergotherapeute mee ga werken

Eerst plaatsen we enkele beschrijvingen naast elkaar om van daaruit onze eigen doelgroep af te bakenen.

Allochtoon (<Gr.), bn., van elders ingevoerd; niet-inheems; vreemd; -gevormd uit van elders aangevoerd materiaal.

(Van Dale, Groot Woordenboek Der Nederlandse Taal, 1989)

*Allochtonen worden omschreven als personen die zich legaal in België bevinden, ongeacht of zij de Belgische nationaliteit hebben en aan de volgende voorwaarden voldoen:*

- *Minstens één van hun ouders of grootouders is geboren buiten België*
- *Zij bevinden zich in een achterstandspositie vanwege hun etnische afkomst en hun zwakke sociaal-economische situatie*

(Minderhedendecreet en uitvoeringsbesluit, 28 april 1998. [www.vmc.be/main/mainc04](http://www.vmc.be/main/mainc04))

*Allochtonen van de eerste generatie of migranten: allochtonen die in het buitenland geboren zijn (mensen die als buitenlander in het buitenland geboren zijn)*

*Allochtonen van de volgende generaties (tweede en volgende generatie): in België geboren allochtonen (mensen met een buitenlandse nationaliteit die in België geboren zijn).*

([www.antiracisme.be](http://www.antiracisme.be))

*Allochtonen zijn personen die niet van Europese (EU)-origine zijn.*

([www.kleurrijkvlaanderen.be](http://www.kleurrijkvlaanderen.be))

Een allochtoon is een persoon die afkomstig is uit een land buiten de Europese Unie waar het gemiddeld bruto-jaarinkomen per hoofd minder dan 150.000 frank bedraagt. Ook mensen uit Spanje, Italië, Portugal en Griekenland worden tot de allochtonen gerekend, ook al maakt hun land van herkomst deel uit van de Europese Unie.

([www.gent.be/gent/wonen/migrante/bp09.htm](http://www.gent.be/gent/wonen/migrante/bp09.htm))

#### 2.1.2 Hun geschiedenis

Een korte weergave van hun geschiedenis is nodig om hun houding en handelen beter te kunnen begrijpen. In een samenvatting van het Europees project 'Entwicklung innovativer Konzepte zur sozialen integration ältere Migranten/innen', gemaakt door Debruyne Jac lezen

we het volgende: ‘De huidige allochtone ouderen zijn de eerste generatie arbeidsmigranten. Deze personen kwamen vooral tijdens de jaren ’60 naar België. Ze werden vooral aangeworven om in de mijnbouw te werken, maar kwamen ook in grote steden en in de havens terecht. Tussen 1961 en 1966 stelde men een aangroei van 130.000 nieuwe arbeidskrachten vast. In de jaren ’70 werd de migratie afgeremd en kwam tot een totale stop in 1974. Sindsdien neemt de groep nog toe door geboorteoerschotten, gezinsherenigingen en de komst van asielzoekers en vluchtelingen. Sinds deze stop in ’74 merkte men ook dat de ‘gastarbeiders’ niet terugkeerden naar hun land van herkomst, maar dat ze zich permanent vestigden’.

### 2.1.3 De denkwijze van allochtone ouderen

Uit het onderzoek van Jo Kavs (2001) blijkt dat allochtone ouderen weinig nadenken over het ouder worden. Ze voelen zich vroeger oud dan autochtonen, maar het aantal zorgbehoevende allochtone ouderen is nog beperkt. Hun zorgvraag verschilt niet van die van autochtone ouderen. De meeste vraag gaat uit naar hulp in het huishouden, lichaamsverzorging, verplaatsingen, enz.

Allochtone ouderen hebben andere ideeën over de inhoud van de hulp en de relatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener. In België is de relatie tussen de patiënt en de hulpverlener professioneel en afgebakend. In Turkije of Marokko is de hulpverlener meestal een kennis of familielid. Hierdoor kunnen ze met allerlei soorten problemen bij de hulpverlener terecht terwijl in België de taken van elke hulpverlener beperkt en afgebakend zijn. Hierdoor verwachten allochtone ouderen van de hulpverlener vaak bijstand voor dingen die niet tot zijn takenpakket behoren.

### 2.1.4 Acculturatiecurve

Mensen die voor hun werk tijdelijk in een vreemde culturele omgeving verblijven, melden vaak een ‘acculturatiecurve’ (Hofstede, 2002, Thiel, 2001).

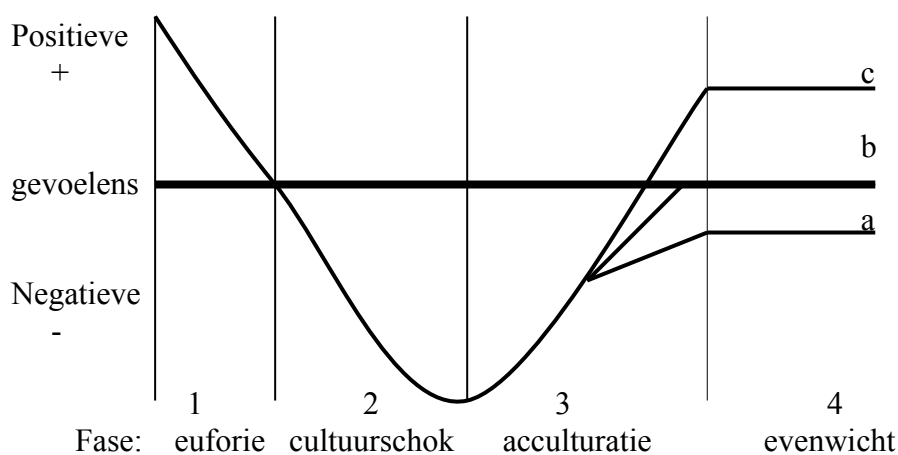


Fig. 3: acculturatiecurve

1. Euforie: Je komt net aan in het nieuwe land, je bent enthousiast.
2. Cultuurschok: Je wordt na de euforie geconfronteerd met de echte waarden en normen en deze begrijp je niet altijd. Je moet de meest eenvoudige dingen, zoals de manier van groeten, weer opnieuw leren.

3. Acculturatie: Je leert functioneren onder de nieuwe omstandigheden, je gaat deel uitmaken van een nieuw sociaal netwerk en begint te investeren. Je wil er het beste van maken.

4. Evenwicht: Deze fase kan men in drie mogelijkheden opsplitsen:

4a: Assimilatie: de vergelijking met thuis kan blijvend negatief uitvallen. Dit is het 'ik ga nooit meer terug'-gevoel. De mogelijkheid bestaat dat je deze houding aanneemt om toch maar aanvaard te worden.

4b: Integratie: de nieuwe omgeving is net zo goed als de oude omgeving. Dit is de gulden middenweg tussen assimilatie en monocentrisme.

4c: Monocentrisme: je wil geen deel uitmaken van je nieuwe omgeving en wacht af tot je terug naar huis kan gaan. Als je in een nieuwe groep komt, zoek je automatisch gelijkgestemden, bijvoorbeeld andere migranten. Als je je in het monocentrisme bevindt, blijf je je nog meer vasthouden aan je eigen waarden dan de mensen die in het land van herkomst wonen.

Dit laatste, het monocentrisme, geldt voor de allochtone ouderen in België. Zij houden zich nog sterk aan hun gewoontes en tradities, terwijl het land van herkomst verder evolueert. Maar de allochtone ouderen hebben hier hun mentaal evenwicht gevonden en vanuit het individu is dit positief. Ze zijn immers naar België gekomen met de gedachte 'ik ga terug'. Ze hadden hierdoor niet de behoefte om te assimileren of te integreren.

## **2.2 Dilemma's van allochtone ouderen**

Volgens Van Es (2000) en Kavs (2001) kan men spreken van twee soorten dilemma's bij allochtone ouderen.

### **2.2.1 Terugkeerdilemma**

Allochtone ouderen zitten vaak nog met een terugkeerdilemma. Wanneer zij in een goede gezondheid verkeren, willen de meesten pendelen tussen België en het land van herkomst. Wanneer zij in een slechte gezondheid verkeren, willen de meesten toch in België blijven. De reden hiervoor is tweeledig: er is een goed uitgebouwde sociale zekerheid in België en de aanwezigheid hier van familie en vrienden. Vele allochtone ouderen hebben geen rechtstreekse familie meer in hun land van herkomst, hun ouders zijn meestal overleden en hun kinderen zijn in België.

### **2.2.2 Zorgdilemma**

Het zorgdilemma houdt de keuze in tussen mantelzorg of door professionele diensten in de regio. De Marokkanen en Turken verkiezen traditioneel zorg te ontvangen van familie en kinderen. Deze traditie wordt bijkomend ondersteund door het geloof: het zorgen voor ouderen staat vermeld in de Koran als religieuze plicht. Er is echter wel een vermindering in de bereidheid en de mogelijkheid van de kinderen om de integrale zorg voor ouders te dragen. Dit leidt soms tot spanningen, omdat ouderen verwachten dat ook hun kinderen voor hen zorgen en zij verwijzen hiervoor naar het belang van de cultuur en het geloof.

## 2.3 Communicatie

Algemene aspecten van communicatie worden hier niet besproken. We beperken ons tot interculturele communicatie en de mogelijke misverstanden die er bij onze doelgroep kunnen zijn.

### 2.3.1 Interculturele communicatie

Interculturele communicatie (De Muynck e.a., 1998) is het proces van overbruggen van grenzen tussen mensen met verschillende sociaal-culturele achtergronden. Deze communicatie verloopt vaak moeilijk omdat vele allochtone ouderen van onze doelgroep analfabeet zijn. Dit is doordat zeer vele allochtone ouderen van het platteland komen en hier was het analfabetisme het grootst.

De communicatie verloopt ook moeilijk omdat de contacten met de Belgische samenleving vaak tot het functionele beperkt blijven en dit doordat meerderheid van de allochtone ouderen veelal in buurten woont waar enkel allochtonen wonen. Het is noodzakelijk dat de hulpverlener kennis heeft van de sociaal-culturele context bij voorlichting van de cliënt. Om interculturele communicatie vlot en duidelijk te laten verlopen, kan men het TOPOI-model gebruiken van Hoffman en Arts. TOPOI staat voor Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet in communicatie. Op deze vijf gebieden van communicatie kan je culturele verschillen en misverstanden achterhalen en aanpakken. Verdere info zie bijlage 1. Goed contact is een voorwaarde voor goede communicatie en goede communicatie verhoogt de kans op effectief gedrag, dit maakt dat de geboden hulp meer resultaat heeft.

### 2.3.2 Mogelijke misverstanden bij interculturele communicatie

Volgens De Muynck e.a. (1998) treden in de interculturele communicatie vaak misverstanden op doordat: de ouderen vaak cultuurspecifieke gebruiken binnen de communicatie hebben. Van Es (2000) geeft enkele voorbeelden van deze gebruiken. Een eerste voorbeeld is het gebaar elkaar een hand geven: soms mag een allochtone vrouw een man geen hand geven en andersom. Dit is omdat mannen en vrouwen die geen familie van elkaar zijn geen lichamelijk contact met elkaar mogen hebben.

Een ander voorbeeld is het aanspreken van personen. Het wordt als onbeleefd beschouwd als een hulpverlener de allochtone vrouw rechtstreeks vragen stelt. Een gesprek gaat meestal via de man.

Een derde voorbeeld is dat allochtonen over het algemeen erg beleefd en vriendelijk zijn. Zij zullen niet snel het woord 'nee' gebruiken. Wanneer een hulpverlener bijvoorbeeld vraagt of ze zijn uitleg begrepen hebben, zullen ze 'ja' zeggen om niet de indruk te wekken dat hij het niet goed heeft uitgelegd.

Dit klopt volgens Boukhriss (28 juni 2004) en soms hebben allochtone ouderen moeite om over bepaalde onderwerpen te praten. Vaak bevatten gezondheidsonderwerpen een zekere intimiteit en dat maakt deze onderwerpen tot taboeonderwerpen.

## 2.4 Godsdienst

De islam is de godsdienst van de Turkse en Marokkaanse ouderen en het is vooral een manier van leven. Het fundament van dit geloof bestaat uit vijf zuilen (voorschriften) waar iedere moslim zich aan dient te houden: (1) de shahada of geloofsbelijdenis, dit is ook een oproep tot



het gebed, (2) de salat of het gebed dat vijf maal per dag gebeden wordt, (3) de vasten in de maand ramadan dat een periode van bezinning en discipline is, (4) de zakat of de aalmoes en (5) de hadj of de pelgrimstocht. Voor meer uitleg over deze zuilen zie bijlage 2.

De Turkse en Marokkaanse ouderen beschouwen ziekte en gezondheid als gaven van Allah. Zij zullen ziekte meestal wijten aan een lichamelijke oorzaak, want psychische oorzaken vinden ze, net zoals autochtone ouderen, moeilijk te begrijpen en te accepteren. Wanneer een moslim ziek wordt, is dat het plan van Allah.

Volgens de koran is de moslim verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid. Vele islamieten lijden aan diabetes. Dit gegeven wordt deels verklaard doordat in de geschriften van de profeet Mohammed suiker aangeprezen wordt als een bron van wijsheid en kracht (Verbiest, 2002).

## **2.5 Gebruik maken van de gezondheidszorg**

Volgens Kavs (2001) zijn er verschillende redenen waarom allochtone ouderen weinig gebruik maken van de Vlaamse diensten en voorzieningen.

De huidige allochtone ouderen zijn naar België gekomen als ‘gastarbeider’ en ze blijven zich een ‘gast’ voelen. Dat ze beroep mogen doen op diensten (zoals OCMW, thuisverpleging, e.a.) beschouwen ze als een voorrecht en ze voelen zich niet in de positie om eisen te stellen aan de hulpverlening.

Allochtone ouderen maken ook weinig gebruik van voorzieningen omdat op dit moment slechts een deel van deze ouderen zorgbehoevend is. De zorg die zij nodig hebben kan nog door mantelzorg opgevangen worden. Als de zorg toch te groot wordt voor de mantelzorg, weten de ouderen vaak niet dat ze terecht kunnen bij Vlaamse diensten en voorzieningen. Ze zijn niet altijd goed op de hoogte van het dienstenaanbod. Wanneer de allochtone ouderen toch op de hoogte gesteld worden van het dienstenaanbod, is de taal vaak een grote barrière. In folders of andere uitleg houdt men te weinig rekening met de taalproblemen, vele allochtone ouderen zijn nog analfabeet.

Het financiële aspect is ook belangrijk. Vele allochtone ouderen vinden de diensten en gezondheidszorg vaak te duur.

Wanneer de allochtone ouderen toch gebruik maken van de diensten en gezondheidszorg, nemen zij meestal niet als eerste contact. Het merendeel van de ouderen laat de huisarts, die hoog aangeschreven staat, het eerste contact nemen met zorginstanties. Dit laatste blijkt uit een tevredenheidsmeting van allochtone patiënten door het Wit-Gele Kruis in Genk.

De allochtone ouderen komen ook meestal van het platteland. Daar maakten ze weinig gebruik van professionele gezondheidsinstanties, maar raadpleegden ze vaak een plaatselijke geestelijke of traditionele genezers (Van Es, 2000).

## **2.6 Besluit**

In dit hoofdstuk staan heel wat gebruiken en gewoontes van allochtone ouderen beschreven. Met al deze aspecten dient de hulpverlener rekening te houden tijdens zijn/haar contacten met allochtone ouderen. Het is een bijdrage aan het respect voor de patiënt/cliënt en voor zijn/haar eigenheid. Het is ook een bijdrage tot het meer toegankelijk worden van de hulpverlening voor allochtone ouderen. Hoofdstuk 3 handelt over hoe deze aspecten in de ergotherapie passen en hoe de ergotherapeut hiermee kan omgaan.

## 2.7 Literatuur

### Boeken:

DE MUYNCK, A., TIMMERMAN, C., *Interculturele communicatie in de gezondheidszorg*. Acco, Leuven/Amersfoort, 1998.

HOFFMAN, E., *Interculturele gespreksvoering. Theorie en praktijk van het TOPOI-model*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002.

HOFSTEDE, G., *Allemaal anderdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Contact, Amsterdam, 2002.

VAN DALE, *Groot Woordenboek Der Nederlandse Taal*, 1989.

VAN ES, D., *De migrant als patiënt. Een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2000.

### Onderzoek:

KAVS, J., CUYVERS, G., *De huidige en toekomstige behoeften van allochtone ouderen aan welzijns- en gezondheidsvoorzieningen*. Katholieke Hogeschool Kempen, Departement Sociaal Werk, Geel, 2001 (in opdracht van Ministerie Van De Vlaamse Gemeenschap Afdeling Algemeen Welzijnsbeleid).

### Ongepubliceerde werken:

DE BRUYN, J., *Ouderen uit Etnische – Culturele Minderheden in Vlaanderen en Brussel*. Europees Project Allochtone Ouderen.

PARUYS, N., *Zorg voor diversiteit*. Heusden-Zolder, 2002 (Provinciale Studiedag, NVKVV-Limburg, Provinciaal Integratiecentrum Limburg, Stedelijke Dienst Integratie Genk, Katholieke Hogeschool Departement Gezondheidszorg).

WERKGROEP MULTICULTURELE VERPLEGING, *Tevredenheidsmeting Allochtone patiënten*. Genk, 2003.

### Internet:

Thiel, L., (2001, mei). Intercultureel leren met Houssein Boukhriss. Beschikbaar via: <http://www.viavzw.be/static/ViaBibliotheek/Artikels/Intercultureel%20leren.htm>

Van Den Brande, L., Martens, L. (1998, juli 14). Minderhedendecreet en uitvoeringsbesluit. Beschikbaar via: . [www.vmc.be/main/mainc04](http://www.vmc.be/main/mainc04)

Verbiest, S. (2002, mei 22). Migranten: geloof (Islam) en gezondheidszorg. Beschikbaar via: <http://users.skynet.be/medico.be/islam.htm>

[www.antiracisme.be](http://www.antiracisme.be)

[www.kleurrijkvlaanderen.be](http://www.kleurrijkvlaanderen.be)

[www.linguarama.nl/nederlands/interculturele\\_communicatie.php](http://www.linguarama.nl/nederlands/interculturele_communicatie.php)

[www.gent.be/gent/wonen/migrante/bp09.htm](http://www.gent.be/gent/wonen/migrante/bp09.htm)

[www.tijm.nl](http://www.tijm.nl)

### **3 ERGOTHERAPIE BIJ ALLOCHTONE OUDEREN IN DE THUISSITUATIE**

In dit hoofdstuk belichten we eerst beknopt de ergotherapeutische inbreng in de thuissituatie bij ouderen.

Ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg is ook voor Vlaamse bejaarden een nog niet veel voortkomend en vrij recent gegeven. Daardoor is specifieke ergotherapeutische informatie hierover beperkt. Voor dit gedeelte hebben we ons dan ook gebaseerd op het beroepsprofiel van de ergotherapeut.

De opbouw van dit stuk gebeurt volgens het systematisch ergotherapeutisch handelen, omdat deze systematiek ook het chronologische verloop van de ergotherapeutische interventies in de tijd weergeeft. Zo zal tijdens een eerste bezoek vooral aandacht geschonken worden aan het exploreren en inventariseren van de mogelijkheden en beperkingen van de bejaarde.

In het tweede deel van dit hoofdstuk focussen we ons vooral op het interculturele aspect, door stil te staan bij de vraag of onze ergotherapeutische zorg in Vlaanderen afgestemd is op cliënten met een andere socio-culturele achtergrond dan de westerse. Aangezien “de allochtone cliënt” een breed begrip is, spitsen we ons in dit afstudeerproject toe op de mediterrane cultuur namelijk de ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst. De afgelopen jaren is over interculturalisatie veel literatuur verschenen. Het betreft echter vooral hulpverleningsoverstijgende literatuur. Literatuur gericht op interculturalisatie binnen de ergotherapie is beperkt, slechts een aantal artikelen gepubliceerd in verschillende internationale tijdschriften zijn vindbaar. Ook binnen onze eigen opleiding ergotherapie is er zelden sprake geweest over dit specifieke maar toch zeer belangrijke aspect. Vooral omdat in Limburg een groot aantal allochtone bejaarden woont, waarmee we als toekomstige hulpverlener te maken krijgen. Door mijn stage-ervaringen bij het Wit-Gele Kruis in Genk, samen met een verpleegkundige, heb ik deze culturele aspecten van nabij kunnen ervaren.

#### **3.1 De mogelijkheden van de ergotherapeut in de thuissituatie bij bejaarden**

De inbreng van de ergotherapie bij ouderen in de thuissituatie bestaat uit verschillende interventies: behandelen van specifieke beperkingen, aandacht hebben voor preventieve aspecten in de thuissituatie en het geven van consult en advies aan de cliënt, familie en mantelzorg (beroepsprofiel van de ergotherapeut).

##### **3.1.1 Behandelen van specifieke beperkingen bij de bejaarden**

###### *3.1.1.1 Exploreren en inventariseren van de mogelijkheden en beperkingen van de bejaarde*

Tijdens de kennismaking is het de bedoeling om de mogelijkheden en beperkingen van de bejaarde te exploreren en te inventariseren, waardoor de ergotherapeutische probleemstelling van de cliënt duidelijk wordt.

Het is in deze fase van fundamenteel belang maximaal rekening te houden met de waarden en normen van de bejaarden. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is tevens een noodzakelijke voorwaarde om tot een waardevolle ergotherapeutische interventie te komen.

Om goed te exploreren en te inventariseren kan de ergotherapeut in deze fase gebruik maken van:

- Het afnemen van een intake-gesprek waarin de ergotherapeut een bilan opmaakt van de mogelijkheden van de oudere en dit zowel op fysisch, psychisch als sociaal vlak

- Het afnemen van een activiteitenanalyse, waarbij de ergotherapeut de voornaamste taken analyseert die moeilijkheden geven voor de oudere
- Anamnese
- Het afnemen van testen aan de hand van geriatrische assessmentinstrumenten zoals bijvoorbeeld een ADL-onderzoek a.h.v. Katz-schaal

### *3.1.1.2 Het bepalen van de doelen en het plannen van de behandeling*

Vanuit de inventarisatie worden de doelen die de cliënt wil verwezenlijken samen met de ergotherapeut vastgelegd. Tevens worden er prioriteiten bepaald. Deze doelstellingen worden best met inwonende familieleden en mantelzorgers besproken. Het is nodig de draagkracht van de familie en mantelzorg te bepalen zodat de doelstellingen van de cliënt, of de draaglast, hierop afgestemd kunnen worden. De algemene doelstelling van de ergotherapeut zou men als volgt kunnen omschrijven: het optimaliseren van het dagdagelijkse functioneren van de bejaarde. Dit zodanig dat hij zo optimaal mogelijk zijn vroegere rollen kan opnemen en onderhouden en hierdoor zijn levenskwaliteit toeneemt.

Deze doelstellingen moeten voortdurend geëvalueerd worden en indien nodig bijgesteld.

### *3.1.1.3 Het uitvoeren van de behandeling/benadering*

De ergotherapeut zal de vooropgestelde doelstellingen samen met de patiënt trachten te bereiken via “handelen”. Handelen is fundamenteel voor het menselijke bestaan: door te handelen manifesteert de mens zichzelf, geeft hij betekenis aan zijn leven. Doordat er een verstoring of beperking is in het handelen vormt dit een bedreiging met als gevolg een vermindering van het welbevinden.

De ergotherapie moet de bejaarde tevens in staat stellen betekenisvol te handelen.

Voor de oudere cliënt komt het accent te liggen op het activeren en onderhouden van de beschikbare energie en de nog aanwezige capaciteiten tot handelen. Dit is in het bijzonder de persoon de kans geven die zaken uit te voeren die hij of zij nog wil doen, die voor hem of haar belangrijk zijn, zodat het levenscomfort toeneemt.

De ergotherapeut kan hier activiteiten van het dagelijks leven (ADL) trainen. In het kader van de behandeling hanteert de ergotherapeut activiteitsgerichte tussenkomsten zoals kookactiviteiten of huishoudelijke activiteiten. Ook staat de ergotherapeut in voor cognitieve training, bijvoorbeeld Realiteit Oriëntatietraining (ROT) en reminiscentie.

De ergotherapeut ondersteunt comfortzorg door:

- Relaxatie (relaxatiebad, relaxatietherapie)
- Communicatietechnieken
- Snoezelen
- Comfort in lig- en zitstand, passiviteiten in dagelijks leven-technieken (PDL) (Nijkamp)
- Hulpmiddelen, aanpassen van kledij

Ook mobiliteitstraining is een aspect van de ergotherapie. Hier adviseert de ergotherapeut dan orthesen en orthopedische materialen, geeft de ergotherapeut handrevalidatie, rolstoeltraining en transfertraining.

Tenslotte kunnen er aanpassingen in de woon- en leefomgeving geadviseerd worden.

#### 3.1.1.4 *Evaluëren van vooropgestelde doelstellingen*

Het evalueren van de vooropgestelde doelstellingen is een voortdurend proces tijdens de behandeling. Dit moet genoteerd worden in het dossier van de cliënt.

Naast de specifieke behandeling zal de ergotherapeut ook oog hebben voor volgende zaken:

### 3.1.3 Preventieve zorg

#### 3.1.2.1 *Gezondheidsvoorlichting*

De ergotherapeut kan valpreventie geven aan de cliënt en zijn/haar omgeving. Zo kunnen er aanpassingen in de omgeving gedaan worden die de kans op vallen verkleinen. Bijvoorbeeld geen losse kleden op de grond, geen losse snoeren, dingen die de cliënt vaak nodig heeft op grijphoogte zetten, goede verlichting, handgrepen plaatsen waar nodig, enz

*Ik ben bij vele allochtone ouderen geweest die in oudere, sociale woningen wonen. Deze huizen hebben vaak trappen aan de ingang, stoepen met losse en scheve tegels. In huis liggen er bij sommigen vele tapijten en zitbanken met veel kussens die meestal los liggen. Deze elementen verhogen de kans op vallen.*

Naast valpreventie kan de ergotherapeut ook drukletsel preventie geven. Dit bijvoorbeeld door bedlegerige cliënten niet te lang in dezelfde positie te laten liggen en hem of haar zoveel mogelijk te stimuleren om uit bed te komen. Beweging voorkomt voor een groot deel drukletsels. Ook goed drogen na een wasbeurt, vooral in de huidplooiën, kan irritatie voorkomen (Terlouw).

#### 3.4.2.2 *Ergonomie*

Ergonomie bij ouderen houdt vooral een goede tiltechniek voor de familie of mantelzorg in. De tiltechnieken worden samen met de familie en mantelzorg geoefend. Zo kan men gemakkelijk verbeteringen geven bij eventuele fouten of moeilijkheden.

Een goede tiltechniek kan ook drukletsels voorkomen. Ook voor de familie of mantelzorg is er voordeel. Hij of zij voorkomt op deze manier rugklachten en spierverrekkingen.

#### 3.1.2.3 *Woonomgeving*

Adviezen voor de woning kunnen zijn: badkamer aanpassen, het verwijderen van tapijten, bereikbaar plaatsen van alledaagse benodigdheden, deuren verbreden, het logisch ordenen van alledaagse benodigdheden, enz.

Adviezen voor de omgeving van de woning kunnen zijn: trappen vervangen door hellend vlak, onverharde ondergrond (gras, grind) vervangen door klinkers, beton, plaatsen van leuningen tegen huisgevel voor steun tijdens het wandelen, zorgen voor voldoende verlichting, enz.

### 3.4.3 Geven van consult en advies aan de cliënt, familie, mantelzorg

Buiten het aanleren en oefenen van vaardigheden, geeft de ergotherapeut ook advies aan de cliënt en zijn/haar omgeving. Er kan advies gegeven worden over hulpmiddelen die de cliënt helpen om handelingen te optimaliseren. Wanneer er hulpmiddelen geadviseerd worden, is het belangrijk om zowel de cliënt als de mantelzorg deze te leren gebruiken. Voorbeelden van hulpmiddelen zijn: een rolstoel, een tillift, aangepast bestek, douchestoel, aangepast keukenmateriaal, enz.

*Tijdens mijn stage ben ik bij een koppel geweest dat getracht had om aanpassingen aan te brengen in de badkamer. Naast het toilet waren er steunbeugels en de tapijten in de badkamer waren verwijderd. In de douche was er een thermostatische kraan aanwezig*

*maar deze stond op ongeveer 30 cm hoogte. Men moest zich dus bukken om de kraan open te draaien. De instaphoogte van de douche was echter moeilijk voor mevrouw en in de douche waren er geen steunbeugels of douchestoel aanwezig. Mijn advies voor deze situatie zou zijn: eventuele antislip matjes (ook in de douche), de thermostatische kraan verhogen, een drempelvrije douche met douchestoel en steunbeugels.*

De oudere wordt zoveel mogelijk gestimuleerd om een zo actief mogelijke houding aan te nemen. Dit kan bevorderd worden door een aangepaste inrichting van de woning en d.m.v. hulpmiddelen.

De ergotherapeut kan de familie en mantelzorg inlichten over andere bestaande voorzieningen, zoals thuishulp, thuisverpleging. Er kan advies gegeven worden over het invullen van vrije tijd. Men gaat dan samen op zoek met de cliënt naar een hobby die aanleunt bij zijn/ haar interesses en mogelijkheden. Ook bij de aankoop van kledij kan de ergotherapeut adviezen geven. Kledij met gemakkelijke sluitingen, geen grove naden om wrijving te voorkomen zijn enkele voorbeelden.

Tenslotte kan de ergotherapeut de familie en mantelzorg helpen om te gaan met het ziektebeeld van de cliënt. Dit door middel van gespreksvoering, laten kijken van voorlichtingsvideo's enz. Een niet onbelangrijk aspect hierbij is psycho-educatie. De ergotherapeut kan de cliënt en/of zijn omgeving inzicht geven in zijn problematiek, de wijze waarop je het ziektebeeld kunt accepteren en hoe je ermee kunt omgaan. Bij Turkse en Marokkaanse ouderen komen veel psychosociale problemen voor. Het is belangrijk dat de ergotherapeut hier oog voor heeft. Vele allochtone ouderen hebben vaak niet voorzien dat ze op hoger leeftijd nog in België zouden wonen, ze hebben vaak heimwee. Ze hebben ook vaak zorgen over geld. Ook ze vaak onvoldoende Nederlands om formulieren in te vullen en te lezen. Deze problemen uiteten zich vaak in lichamelijke klachten met een niet-lichamelijke oorzaak (Poort, 2002).

Het betrekken van de mantelzorg en familie is een belangrijk aspect. Dit maakt het voor de ouderen gemakkelijker om hulp te aanvaarden van professionele diensten. Zij zitten immers met het zorgdilemma (2.2.2).

### **3.5 De knelpunten die naar voren komen in het ergotherapeutische werk bij allochtone bejaarden in de thuissituatie**

#### **3.2.1 Knelpunten die blijken uit literatuurstudie**

Door het ontbreken van een gemeenschappelijke taal, verloopt de communicatie niet vlot (Hiervoor verwijst Konter, 2000 naar de Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid, 1995). Men kan een tolk inschakelen, maar hierdoor kan het gesprek eerder formeel blijven. Niet elke hulpverlener is van deze mogelijkheid op de hoogte (de Jong, Klein, e.a., 1998). Ook de spreekstijl en het non-verbaal gedrag kan verschillen, waardoor er kans is op miscommunicatie (Pinto, 1994).

Het is belangrijk dat de ergotherapeut op de hoogte is van de gevolgen van migratie. Dit zowel op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak. Zo kunnen sommige gedragingen van de cliënt beter geplaatsd worden (Nederlandse Raad voor Volksgezondheid, 1995).

De ergotherapeut dient weet te hebben van traditionele rolpatronen en de hieruit voortkomende taakverdelingen, dan kan hij hierop op een juiste manier reageren.

Allochtone cliënten denken vaak dat herstel van ziekte in de handen van Allah ligt. Terwijl de ergotherapeut ervan overtuigd is dat de cliënt met training zelf aan zijn herstel kan werken (Kinébanian, 1991).

Tijdens revalidatie is de visie van de ergotherapeut dat de cliënt door het uitvoeren van activiteiten zelf revalideert en dat de ergotherapeut een begeleidende rol speelt. Het is mogelijk dat de allochtone cliënt vanuit zijn culturele achtergrond een passieve houding aanneemt en een actieve rol van de ergotherapeut verwacht (Jang, 1995).

Vele allochtone cliënten hechten veel waarde aan de intrinsieke waarden van het handelen. Dit terwijl de ergotherapeut vaker de nadruk van het handelen op 'het doen' leggen. Deze verschillende betekenissen van handelen kunnen knelpunten geven tijdens de behandeling en advisering.

Er kan ook een verschil zijn de verwachtingen van een therapeutische relatie. Binnen de ergotherapie heerst er de norm om geen 'vriendschapsrelatie' aan te gaan met de cliënt. Voor sommige allochtone cliënten kan dit als onjuist ervaren worden (Kinébanian, 1991).

Vaak heeft de ergotherapeut een planning en heeft voor elke cliënt evenveel tijd. Dit kunnen allochtone cliënten als onbegrijpelijk ervaren (Kinébanian, 1991).

De ergotherapie heeft eigen methodische werkwijzen en evaluatiemethoden, maar deze zijn vaak ongeschikt voor allochtone cliënten. De ergotherapeutische behandeling bestaat ook uit verschillende fases die onlogisch kunnen overkomen bij allochtone cliënten (Kinébanian, 1991).

De praktijkmodellen die de ergotherapeut ter beschikking heeft zijn vanuit een westers oogpunt opgesteld. Hierdoor zijn begrippen zoals rollen en activiteiten op de westerse cultuur toegepast. Het cultureel perspectief is hier eenzijdig (Kinébanian, 1998).

Allochtone ouderen zien de relatie met een hulpverlener anders dan dat wij voor ogen hebben. In Turkije of Marokko kunnen ze met allerlei soorten problemen bij de hulpverlener terecht terwijl in België de taken van elke hulpverlener beperkt en afgebakend zijn. Daarom is het belangrijk dat de ergotherapeut vanaf het begin duidelijk communiceert wat zijn inbreng kan zijn, om van daaruit goede afspraken te maken met de cliënt, wat zijn de verwachtingen ten aanzien van de ergotherapeut. Dit kan veel verwarring voorkomen. (Kavs, 2001)

Nog een zeer belangrijk aspect is het financiële aspect. Vele allochtone ouderen vinden de diensten en gezondheidszorg vaak te duur (Kavs, 2001). Specifiek voor ergotherapie heeft dit zijn gevolgen. Ergotherapie in de thuiszorg wordt momenteel niet vergoed.



### 3.5.2 Knelpunten die blijken uit ervaringen

De volgende knelpunten heb ik ervaren tijdens mijn stage en zijn aangehaald door Houssein Boukhriss:

#### 3.2.2.1 *De Nederlandse taal niet spreken*

Ook kan de communicatie op zich een probleem geven want vele ouderen spreken geen Nederlands. Indien de ouderen bij hun kinderen wonen, kunnen zij een grote steun betekenen tijdens deze kennismaking. Zij kunnen de informatie vertalen en zo ontstaat er minder verwarring.

Toch opteert Boukhriss voor een professionele tolk in plaats van de kinderen. De kinderen hebben en begrijpen vaak niet de gebruikte vakterminologie, ze willen niet dom overkomen tegenover hun ouders en ze moeten rekening houden met taboeonderwerpen (2.3.2). Met een professionele tolk heb je meer zekerheid dat alle informatie juist wordt overgebracht en een professionele tolk heeft meer vrijheid in zijn spreken.

Een misverstand dat hierbij kan ontstaan is dat je als hulpverlener iets uitlegt in vijf zinnen en dat de tolk enkel twee woorden tegen de oudere zegt. Dit komt doordat in een collectieve cultuur geen communicatie soms veel communicatie is. Velen hebben slechts een half woord nodig om elkaar te begrijpen, terwijl in België alles benoemd moet worden. Alles moet letterlijk verwoord worden en dit is eigen aan een individualistische cultuur.

#### 3.2.2.2 *De vrouw niet rechtstreeks aanspreken*

Belangrijk bij het aspect communicatie is ook dat men rekening houdt met mogelijke misverstanden, bijvoorbeeld elkaar een hand geven, vragen stellen aan de vrouw. Een gesprek verloopt bij deze generatie meestal nog via de man, de vrouw wordt niet rechtstreeks aangesproken. Om de cliënt zijn/haar eigenheid waarderen, is het goed om dit aspect te respecteren. Wanneer je de vrouw rechtstreeks vragen stelt, kan je cliënt zich beledigd voelen en dit komt de vertrouwensrelatie niet ten goede.

*Dit heb ik zelf tijdens mijn stage ervaren, wanneer ik mevrouw aansprak omdat de hulp voor haar bedoeld was, antwoordde de man in haar plaats. Dit komt ook omdat de man meestal de vrouw en het gezin naar buiten toe vertegenwoordigen. Enkel bij taboeonderwerpen zal het gesprek rechtstreeks via de vrouw verlopen.*

#### 3.2.2.3 *Andere vorm van beleefdheid*

Allochtonen zijn over het algemeen erg beleefd en vriendelijk. Zij zullen niet snel het woord 'nee' gebruiken. Ook wanneer de ergotherapeut aan de cliënt vraagt of hij alles begrepen heeft, kan het zijn dat de cliënt 'ja' zegt terwijl hij het niet begrijpt. De cliënt wil niet de indruk wekken dat de ergotherapeut het niet goed uitgelegd heeft. De cliënt voelt zich afhankelijk van de ergotherapeut, omdat deze professioneel is.

*Zo ben ik een situatie tegengekomen waar de vader diabetes had en hij moest leren om zelf insuline te spuiten. De kinderen vertaalden alles zodat de vader onze uitleg begreep. Achteraf merkten we toch dat hij het niet goed begrepen had. Dit waarschijnlijk omdat hij niet wou zeggen dat hij het niet begreep uit beleefdheid. Maar het kan ook zijn dat de vader het niet begreep omwille van het taalprobleem of omdat de kinderen tolk waren (zie Nederlandse taal niet spreken).*

*Men verwacht soms ook dat je je schoenen uitdoet als je naar binnen gaat. Dit heb ik ook tijdens mijn stage meegemaakt. Ook kreeg ik meerdere keren thee of koffie aangeboden. Wanneer ik dit vriendelijk weigerde, bleef de cliënt vriendelijk aandringen. Het is voor hen*

*een vorm van beleefdheid om gasten thee of koffie aan te bieden. Soms voelt men zich beledigd als je dit weigert.*

### 3.2.2.5 Godsdienst

Voor allochtone ouderen is de godsdienst, de islam, heel belangrijk. Dit is voor hen bekend en het geeft hen veiligheid. Hier moet je rekening mee houden, want voor hen komt godsdienst voor genezing.

*Zo heb ik tijdens mijn stage ervaren dat iemand niet aanwezig was op een afspraak, want hij was naar de moskee om te bidden. Daarom is het belangrijk om goede afspraken te maken met de cliënten en te vragen op welke tijdstippen het gebed is.*

*Ook heb ik verscheidene keren een kleine wassing of woedoe, geobserveerd. De patiënt deed deze na het douchen en ik vond dit zeer boeiend. Het was een voor mij een bewijs dat de beleving van de godsdienst sterk aanwezig was. Ik vind ook dat hiervoor ruimte en tijd moet gelaten worden, als blijk van respect voor de eigenheid van de persoon.*

Deze woedoe wordt meestal gedaan voordat men het gebed verricht. De wassing heeft een kalmerende uitwerking en leidt de mens af van zijn wereldse aangelegenheden. Het is ook een soort berouw dat men toont aan God (Maghreb online, 2001).

### 3.2.2.5 Onbekendheid van ergotherapie

Ergotherapie is een vrij onbekend beroep. Dit is niet alleen voor allochtone ouderen zo, maar ook voor autochtonen. Als men er geen kennis van heeft, maakt men er ook geen gebruik van. De allochtone ouderen bij wie ik ben geweest, kregen zorg van thuisverpleegkundigen. Er was niemand die al ooit van ergotherapie gehoord had.

*Tijdens mijn stage ondervond ik echter ook een wederkerigheid in de onbekendheid. De ouderen hadden nog niet van ergotherapie gehoord, maar ik had ook nog geen levensechte ervaringen met hun cultuur en hun levensstijl. Ik ben toch verschillende situaties tegengekomen waar ik werk zag voor een ergotherapeut. Sommige ouderen hadden tijdens een ziekenhuisopname ergotherapie gehad. Deze ergotherapie is echter nooit verder gezet en hierdoor waren er vele vaardigheden terug verloren gegaan.*

## 3.6 Besluit

We beschrijven kort wat de ergotherapeutische bijdrage is in de thuissituatie. We merken dat deze eigenlijk niet verschilt van die bij autochtone ouderen in de thuissituatie. Maar bij het werken met allochtone ouderen moeten we als ergotherapeut, willen we goede zorg verstrekken, rekening houden met aspecten die algemeen gelden voor allochtone ouderen.

Uit dit hoofdstuk blijken voornamelijk de knelpunten die ergotherapeuten kunnen ervaren tijdens de behandeling van allochtone bejaarden in de thuissituatie. In mindere mate worden concrete handelingsadviezen voor de behandeling van en advisering aan allochtone cliënten beschreven. Een beroeps carrière en ervaring kunnen echter wel bijdrage leveren aan het formuleren van adviezen en oplossingen. Ook het feit dat er binnen onze maatschappij tussen de Vlamingen en de allochtonen een dialoog op gang is gekomen over hoe we in onze samenleving in de toekomst met elkaar moeten omgaan, speelt hierin mee.

In het boek “De smaak van ongelijkheid” pleit Tarik Fraihi voor een gulden middenweg. Hij pleit voor ‘cultuurrealisme’, een middenweg tussen ‘cultuurabsolutisme’ en ‘cultuurrelativisme’.

‘Cultuurabsolutisme’ gaat ervan uit dat er zoiets bestaat als een onveranderlijke Vlaamse cultuur, waarvan de migranten nooit deel kunnen uitmaken.

‘Cultuurrelativisme’ gaat ervan uit dat het samenleven van diverse culturen niet tot problemen mag leiden.

Het ‘cultuurrealisme’ dat Fraihi voorstelt houdt het volgende in: de allochtone gemeenschap integreert zich in het liberaal-westers waardepatroon en de autochtone gemeenschap maakt een einde aan discriminerende praktijken.

Tarik Fraihi erkent aan de ene kant dat een samenleving nood heeft aan gemeenschappelijke normen en waarden, die door iedereen gedeeld worden. Aan de andere kant haalt hij het falen van het integratiebeleid in België aan. Hier haalt hij twee grote knelpunten aan: onderwijs en de arbeidsmarkt.

Volgens Boukhriss (28 juni 2004) is dit cultuurrealisme in de toekomst een haalbaar iets. Over de haalbaarheid bij allochtonen van de eerste generatie heeft hij zijn twijfels. Zij bevinden zich in het monocentrisme en zijn hier gelukkig. Net zoals het voor autochtone ouderen moeilijk is om te veranderen, is dit ook zo voor allochtone ouderen.

### 3.7 Literatuur

#### Boeken

KINEBANIAN, A., STOMPH, M., *Grondslagen van de ergotherapie*. Elsevier/de Tijdstroom, Maarssen, 1998.

PINTO, D., *Interculturele communicatie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1994.

#### Onderzoek

JONG, B. de, KLEIN, H., *Intercultureel werken in de ergotherapie, onderzoek naar ergotherapeutische hulpverlening aan allochtone cliënten*. Amsterdam, 1998 (In opdracht van Hogeschool Amsterdam).

KAVS, J., CUYVERS, G., *De huidige en toekomstige behoeften van allochtone ouderen aan welzijns- en gezondheidsvoorzieningen*. Katholieke Hogeschool Kempen, Departement Sociaal Werk, Geel, 2001 (in opdracht van Ministerie Van De Vlaamse Gemeenschap Afdeling Algemeen Welzijnsbeleid).

WERKGROEP BEROEPSPROFIEL VAN DE VLAAMSE HOGESCHOLEN,  
*Beroepsprofiel ergotherapeut*. (In opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad)

#### Tijdschriften

JANG, Y., Chinese culture and occupational therapy. In: *British Journal of occupational therapy*, (1995).

KINEBANIAN, A., STOMPH, M., Interculturele ergotherapie. In: *Nederlands tijdschrift voor ergotherapie* 28, (1991), 1.

#### Internet

Hooghe, M., (2004). Het ‘cultuurrealisme’ van Tarik Fraihi. Beschikbaar via:

<http://www.kifkif.be/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1626>

Kok, R.M., Verhey, F.R.J., (2002). Testen – Dementie. Beschikbaar via:  
<http://www.hulpgids.nl/tests/test-dementie.htm>

Nijkamp, B., (2000/2004). Wat is PDL. Beschikbaar via:  
<http://www.stichtingpdl.nl/inleiding.htm>

Terlouw, J. Doorliggen bij dementerende bewoners. Beschikbaar via:  
<http://verzorgende.fol.nl/doorliggen-dementie/doorliggen-bij-dementerende-bewoners.htm>

Thiel, L., (2001, mei). Intercultureel leren met Houssein Boukhriss. Beschikbaar via:  
<http://www.viavzw.be/static/ViaBibliotheek/Artikels/Intercultureel%20leren.htm>

[http://www.rtl.nl/\(/programma/mensenlijf\)/components/programma/mensenlijf/10\\_15.xml](http://www.rtl.nl/(/programma/mensenlijf)/components/programma/mensenlijf/10_15.xml)

<http://www.maghrebonline.nl/versie3/gebd/kleinewassing.htm>

#### 4 ALGEMEEN BESLUIT

We kunnen besluiten dat het onderzoek van Hofstede een goede basis geeft voor het werken met allochtonen. Het is wel belangrijk om voor ogen te houden dat de bevindingen van Hofstede niet voor elk individu gelden, maar wel voor groepen. Een tweede belangrijk aspect is dat de huidige allochtone ouderen in België ook gevormd zijn door migratieprocessen. De allochtone ouderen in België kan men daarom niet vergelijken met ouderen die nog in hun land van herkomst leven.

Het grootste verschil tussen onze westerse cultuur en de allochtone cultuur is dat wij een individualistische samenleving zijn en de allochtonen een collectieve samenleving zijn. Dit geldt nog zeer sterk voor de allochtone ouderen, maar de jongere generaties allochtonen neigen ook meer naar het individualisme.

In het tweede deel hebben we aspecten besproken die de hulpverlening aan allochtone ouderen kunnen beïnvloeden. Ook hier weer gelden deze niet voor elk individu. Wanneer je als ergotherapeut in de thuissituatie werkt, kom je in contact met de persoonlijke levenssfeer van de cliënt. Het is belangrijk om hier respect voor te hebben. Dit houdt respect voor hun gewoontes en tradities in, maar ook respect voor hun eigenheid. De allochtone ouderen bevinden zich in het monocentrisme, dit door de constante minderheidspositie en migratieprocessen. Dit monocentrisme verklaart ook voor een deel het collectivisme van de allochtone ouderen. Wanneer men in een nieuwe omgeving komt, zoek je naar gelijkgestemden, bijvoorbeeld andere migranten.

Het aspect dat het meeste invloed heeft op de omgang met allochtonen is de communicatie. Oplossingen hiervoor kunnen zijn: inschakelen van een tolk, gebruik maken van beeldmateriaal, pictogrammen, woordenlijsten,....

In het derde deel van mijn onderzoek worden tal van knelpunten besproken die men kan tegenkomen wanneer men werkt met allochtone ouderen. De oplossing die ik voor deze knelpunten kan geven is eerder voor de hand liggend: men dient een degelijke kennis te hebben van de allochtone cultuur met al zijn aspecten.

Ook kan ik stellen, mede door vergrijzing en doordat de samenleving multicultureel is, de doelgroep allochtone ouderen, een nieuwe en vrij onbekende doelgroep is voor de ergotherapie. Dit is een kans voor de opleiding ergotherapie om hierop in te spelen. Het is noodzakelijk dat pas afgestudeerde ergotherapeuten hier op voorbereid worden en de dialoog rond respectvolle en correcte aanpak van allochtonen ook met andere collega's kunnen aangaan.

Ik hoop dat ik u met mijn afstudeerproject warm heb gemaakt om stil te staan bij deze toekomstige doelgroep. Het is iets waar we niet omheen kunnen, willen we als ergotherapeuten goede zorg verstrekken.

## BIBLIOGRAFIE

### Boeken

DE MUYNCK, A., TIMMERMAN, C., *Interculturele communicatie in de gezondheidszorg*. Acco, Leuven/Amersfoort, 1998.

HOFFMAN, E., *Interculturele gespreksvoering. Theorie en praktijk van het TOPOI-model*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002.

HOFSTEDE, G., *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Contact, Amsterdam, 2002.

KINEBANIAN, A., STOMPH, M., *Grondslagen van de ergotherapie*. Elsevier/de Tijdstroom, Maarssen, 1998.

PINTO, D., *Interculturele communicatie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1994.

SANDERS, G., NEUIJEN, B., *Bedrijfscultuur, diagnose en beïnvloeding*. Gorcum, Assen, 1992.

VAN DALE, *Groot Woordenboek Der Nederlandse Taal*, 1989.

VAN ES, D., *De migrant als patiënt. Een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2000.

VISSER, M., DE JONG, A., *Cultuur en zorg. Een interculturele benadering van zorg in de verpleging*. Coutinho, Bussum, 1999.

WILTERDINK, N., VAN HEERIKHUIZEN, B., *Samenlevingen. Een verkenning van het terrein van de sociologie*. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1993.

### Tijdschriften

COBAN, S., Turkse Unie van België. In: *Sporen 2*, (2002), 7, 18-19.

DE JAEGHER, F., CLAES, G., De nieuwe burens. In: *Sporen 2*, (2002), 8, 8-11.

JANG, Y., Chinese culture and occupational therapy. In: *British Journal of occupational therapy*, (1995).

KINEBANIAN, A., STOMPH, M., Interculturele ergotherapie. In: *Nederlands tijdschrift voor ergotherapie 28*, (1991), 1.

KONTER, I., PLEKKER, E. e.a., Ergotherapeutische kwaliteitszorg in een multiculturele samenleving. Een open houding in 2005. In: *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie 28*, (2000), 1, 21-24.

POORT, E., VAN SPIJK, M., *Zorg afstemmen op Turkse en Marokkaanse ouderen. Eerder contactleggen in de moskee.* In: *Ouderenzorg*, (2002), 4, 24-26.

SMIT, M., *CMOP en interculturalisatie. Strookt dat?!* In: *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* 31, (2003), 2, 76-77.

#### Onderzoek:

JONG, B. de, KLEIN, H., *Intercultureel werken in de ergotherapie, onderzoek naar ergotherapeutische hulpverlening aan allochtone cliënten.* Amsterdam, 1998 (In opdracht van Hogeschool Amsterdam).

KAVS, J., CUYVERS, G., *De huidige en toekomstige behoeften van allochtone ouderen aan welzijns- en gezondheidsvoorzieningen.* Katholieke Hogeschool Kempen, Departement Sociaal Werk, Geel, 2001 (In opdracht van Ministerie Van De Vlaamse Gemeenschap Afdeling Algemeen Welzijnsbeleid).

WERKGROEP ALLOCHTONE OUDEREN, *Adviezen ten behoeve van een ouderenbeleid dat ruimte biedt aan etnisch-culturele minderheden.* 2001 (In opdracht van de Vlaamse Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen).

WERKGROEP BEROEPSPROFIEL VAN DE VLAAMSE HOGESCHOLEN, *Beroepsprofiel ergotherapeut.* (In opdracht van de Vlaamse Onderwijsraad).

#### Ongepubliceerde werken:

DE BRUYN, J., *Ouderen uit Etnische – Culturele Minderheden in Vlaanderen en Brussel.* Europees Project Allochtone Ouderen.

PARUYS, N., *Zorg voor diversiteit.* Heusden-Zolder, 2002 (Provinciale Studiedag, NVKVV-Limburg, Provinciaal Integratiecentrum Limburg, Stedelijke Dienst Integratie Genk, Katholieke Hogeschool Departement Gezondheidszorg).

WERKGROEP MULTICULTURELE VERPLEGING, *Tevredenheidsmeting Allochtone patiënten.* Genk, 2003.

#### Internet:

Hofstede, G., *A summary of my ideas about national culturale differences.* Beschikbaar via: <http://spitswww.uvt.nl/web/iric/hofstede>

Hooghe, M., (2004). *Het ‘cultuurrealisme’ van Tarik Fraihi.* Beschikbaar via: <http://www.kifkif.be/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1626>

Kok, R.M., Verhey, F.R.J., (2002). *Testen – Dementie.* Beschikbaar via: <http://www.hulpgids.nl/tests/test-dementie.htm>

Nijkamp, B., (2000/2004). *Wat is PDL.* Beschikbaar via: <http://www.stichtingpdl.nl/inleiding.htm>

Terlouw, J. Doorliggen bij dementerende bewoners. Beschikbaar via:  
<http://verzorgende.fol.nl/doorliggen-dementie/doorliggen-bij-dementerende-bewoners.htm>

Thiel, L., (2001, mei). Intercultureel leren met Houssein Boukhriss. Beschikbaar via:  
<http://www.viavzw.be/static/ViaBibliotheek/Artikels/Intercultureel%20leren.htm>

Sociaal en Cultureel Planbureau (1999). Cultuurverschillen en cultuurverandering.  
Beschikbaar via: [http://www.scp.nl/boeken/cahiers/cah157/nl/html/medicijngebruik/p7\\_2.htm](http://www.scp.nl/boeken/cahiers/cah157/nl/html/medicijngebruik/p7_2.htm)

Van Den Brande, L., Martens, L. (1998, juli 14). Minderhedendecreet en uitvoeringsbesluit.  
Beschikbaar via: . [www.vmc.be/main/mainc04](http://www.vmc.be/main/mainc04)

Verbiest, S. (2002, mei 22). Migranten: geloof (Islam) en gezondheidszorg.  
Beschikbaar via: <http://users.skynet.be/medico.be/islam.htm>

[www.antiracisme.be](http://www.antiracisme.be)

[www.contrastonline.nl](http://www.contrastonline.nl)

[http://www.democrates.net/news/archief/article20021104\\_0918.html](http://www.democrates.net/news/archief/article20021104_0918.html)

[www.gent.be/gent/wonen/migranten/bp09.htm](http://www.gent.be/gent/wonen/migranten/bp09.htm)

[www.heinpragt.com](http://www.heinpragt.com)

[www.kleurrijkvlaanderen.be](http://www.kleurrijkvlaanderen.be)

[www.konstantinopel.org/pagina%60s/turksekatten.htm](http://www.konstantinopel.org/pagina%60s/turksekatten.htm)

[www.linguarama.nl/nederlands/interculturele\\_communicatie.php](http://www.linguarama.nl/nederlands/interculturele_communicatie.php)

<http://www.maghrebonline.nl/versie3/gebed/kleinewassing.html>

[www.marokko.pagina.nl](http://www.marokko.pagina.nl)

[www.minderhedenforum.be](http://www.minderhedenforum.be)

[http://www.rtl.nl/\(programma/mensenlijf\)/components/programma/mensenlijf/10\\_15.xml](http://www.rtl.nl/(programma/mensenlijf)/components/programma/mensenlijf/10_15.xml)

[www.socius.be](http://www.socius.be)

[www.tijm.nl](http://www.tijm.nl)

[www.turkije.pagina.nl](http://www.turkije.pagina.nl)

[www.wvc.vlaanderen.be](http://www.wvc.vlaanderen.be)



## BIJLAGE 1: TOPOI-MODEL VAN HOFFMAN

Het TOPOI- model bestaat uit vijf delen: Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet.

### **Taal**

Taal bestaat uit verbale en non-verbale taal. De verbale taal is de taal van de woorden. Deze taal is rijk aan grammatica. De zinsbouw laat toe te nuanceren, verschillende betekenissen weer te geven en tijdsbegrip in te bouwen.

Non-verbale taal is praktisch alle niet-gesproken communicatie, zoals gebaren, lichaamstaal, stemgebruik,.... Non-verbale taal is de taal bij uitstek om de relationele betekenis van een boodschap te laten overkomen of te ontvangen.

### **Ordening**

Ordening van het TOPOI- model is de visie van de gespreksdeelnemers op de kwesties die spelen in het gesprek. Deze kwesties zijn zienswijzen en opvattingen en deze kunnen zorgen voor misverstanden en conflicten in de gespreksvoering.

De ordening bij het TOPOI-model bestaat uit collectieve en subjectieve (individuele) verschillen hoe mensen de werkelijkheid interpreteren.

De collectieve verschillen zijn niet geschikt om te anticiperen op het gedrag van een individuele persoon. Het zijn niet culturen die elkaar ontmoeten, maar unieke mensen in unieke situaties. Omdat de ergotherapeut meer in contact komt met individuen, ga ik niet verder in op de collectieve verschillen in ordening.

#### *Subjectieve verschillen in ordening*

Iedere mens is uniek en hierdoor heeft iedereen een subjectieve kijk. Dit wil zeggen dat de kijk van iemand per definitie iets verschilt van die van alle anderen. Er zijn verschillende factoren die een rol spelen bij het ontstaan van subjectieve betekenisgevingen:

- verschillen in protoprofessionalisering: protoprofessionalisering is de mate waarin leken zich het ideeëngoed van een bepaalde beroepskring eigen gemaakt hebben en hun alledaagse leven volgens deze ideeën ordenen, beleven en verwoorden.
- (maatschappelijke) machtsverschillen: (maatschappelijke) verschillen die samenhangen met meerderheids- en minderheidsposities en met posities van nieuwkomers en gevestigden. Vaak krijgt de mening of zienswijze van de minderheid geen kans
- machtsverschillen in posities: verschillen in posities op grond van functie, verantwoordelijkheid, bevoegdheid, rechten, plichten,.... Een verschil in positie brengt een andere kijk op de werkelijkheid mee
- verschillen in loyaliteit: loyaliteit is de inhoudelijke trouw aan relaties met anderen en trouw aan omgangsvormen die men in de geschiedenis met anderen gewoon is geworden. Loyaliteit bevat drie niveaus: interpersoonlijke loyaliteit (tussen gelijken zoals partners), familiale loyaliteit en sociale loyaliteit (op grond van lidmaatschap van een bepaalde sociale categorie zoals een beroepsgroep).

### **Personen**

Personen is het betrekkingaspect in de communicatie: wie zijn de gespreksdeelnemers voor elkaar en hoe is hun onderlinge betrekking?

Elke communicatie kent een inhouds- en een betrekkingniveau. Het inhoudsniveau is mededelend en informatief en kan men plaatsen onder ordening van het TOPOI-model. Het

betrokkingsniveau bevat de persoonlijke beïnvloeding en kan men plaatsen onder personen van het TOPOI-model.

Gelijktijdig met inhoudelijke informatieve boodschappen op inhoudsniveau, wisselen de gesprekspartners op betrekkningsniveau relationele boodschappen over elkaar uit. Meestal zonder het te beseffen of te willen, zeggen de gesprekspartners ook altijd iets over elkaar als persoon.

### **Organisatie**

Organisatie staat voor de organisatorische context en voor de structurele machtsverhoudingen waarbinnen het gesprek plaatsvindt. Veel misverstanden en conflicten in de communicatie hangen samen met organisatorische factoren en hebben weinig tot niets te maken met culturele verschillen.

Organisatie als organisatorisch raamwerk van de communicatie kan op verschillende niveaus bekeken worden. Ze hebben allemaal invloed op concrete gespreksvoering.

- Op het macroniveau is er de samenleving. Macro-organisatie van verschillende maatschappelijke terreinen zoals onderwijs, arbeid, wonen, gezondheidszorg en welzijn.
- Op het mesoniveau: organisatie van concrete bedrijven en instellingen, elk met hun eigen procedures, functies en bevoegdheden.
- Op het micro-niveau: organisatorische aspecten van een gesprek zoals de agenda en de beschikbare tijd.

### **Inzet**

Het gebied inzet omvat de onderliggende motieven, beweegredenen en bedoelingen van de deelnemers aan het gesprek. De inzet van mensen komt tot uiting in de dagelijkse inspanningen die ze verrichten in hun betrokkenheid van anderen.

De bedoelingen, motieven en beweegredenen van mensen zijn niet altijd zichtbaar voor de ander. Dit maakt inzet tot een interne categorie: de niet-zichtbare binnenkant van mensen. Met deze binnenkant beïnvloeden mensen elkaar niet.

(Hoffman, 2002)

## BIJLAGE 2: DE VIJF ZUILEN VAN DE ISLAM

Het fundament van de islam bestaat in de eerste plaats uit vijf zuilen (voorschriften) waar iedere moslim zich aan dient te houden.

De eerste zuil is de **sjahada of de geloofsbelijdenis**: “Ik getuig dat er geen God is dan God en Mohammed is zijn profeet”. Met deze woorden wordt men lid van de moslimgemeenschap, het zijn de eerste en de laatste woorden die een moslim hoort. Het is ook de oproep tot het gebed, vijf keer per dag.

De tweede zuil is de **salat of het gebed**: er wordt vijf keer per dag gebeden op vaste momenten die op een kalender staan. Voor het gebed wordt er eerst een kleine wassing uitgevoerd. Eerst gaat de gelovige naar het toilet (waarna hij zich van anderen wast) om zich daarna ritueel te wassen (gezicht, tanden, handen, hoofd, voeten en enkels). Voor het gebed moeten de schoenen uit en vrouwen hebben het hoofd bedekt. Het gezicht is gericht naar Mekka. Het gebed moet volgens voorgeschreven lichaamshoudingen uitgevoerd worden. In de moskee gaat de imam (of hoca) voor in gebed. Op vrijdag wordt er ook gepreekt.

Het **vasten in de maand ramadan** is de derde zuil. De ramadan is een periode van bezinning en lichamelijke en geestelijke discipline. In deze periode mag men tussen zonsopgang en zonsondergang niet eten, drinken, roken en geen seks hebben. Men vast om gehoorzaamheid te tonen tegenover Allah, te voelen wat arme mensen voelen, rust te geven aan de maag, lichaam en geest te reinigen en zelfbeheersing te oefenen. Wanneer de zon is ondergegaan wordt een voorgeschreven maaltijd genuttigd. De ramadan wordt afgesloten met het suikerfeest (seker bayrami of id el fitr).

De vierde zuil is de **zakat of de aalmoes**: degene die volgens de godsdienst als rijk beschouwd wordt, is verplicht eenmaal per jaar een veertigste deel van zijn bezit af te staan. Tijdens de ramadan wordt er extra aalmoesbetaling betaald (sadaqatu'l-fitr).

De vijfde en laatste zuil is de **hadj of de pelgrimstocht**. Het is de plicht van iedere moslim, indien hij of zij daartoe de middelen bezit, eens in zijn leven, in de tiende of elfde maand of in de eerste negen dagen van de twaalfde maand een bedevaart naar Mekka te maken. Als een moslim terugkomt van zijn tien dagen durende pelgrimstocht, mag hij de eretitel hadji voeren.

(Van Es, 2000)