

Leerpakket

Divers-sensitieve
competenties ten aanzien
van ouderen met een
migratieachtergrond en hun
mantelzorgers



Co-funded by
the European Union

G. A. Nr. 2022-1-SE01-KA220-HED-000087315

De steun van de Europese Commissie voor de totstandkoming van deze publicatie houdt geen goedkeuring in van de inhoud, die uitsluitend de mening van de auteurs weerspiegelt. De Europese Commissie kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor enig gebruik dat van de informatie hierin wordt gemaakt.

INTRODUCTIE.....04

HOOFDSTUK 1.....09

Persoonsgerichte zorg in een context van diversiteit

Cultuur en culturele diversiteit.....12
 Leven in een superdiverse samenleving.....16
 Culturele competentie in een super-diverse samenleving.....18

HOOFDSTUK 2.....22

Drempels in de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg

Migratiestromen.....22
 Intersectionaliteit.....28
 Toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg door ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers33
 Drempels in de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg.....35

HOOFDSTUK 3.....46

Stereotypen en vooroordelen

Stereotypen: wat zijn ze en waar zijn ze voor?.....46
 Hoe ontstaan stereotypen?.....50
 Vooroordelen.....51
 Stereotypen en vooroordelen: overeenkomsten en verschillen.....52
 Ouderen met een migratieachtergrond: stereotypen en vooroordelen in de zorgsetting.....57
 Wat zijn de effecten van stereotypen?.....60

HOOFDSTUK 4.....64

Divers-sensitieve communicatie

Inclusieve communicatie.....64
 Culturen ontmoeten elkaar niet, mensen doen dat: het TOPOI model.....67
 Taalbarrières overwinnen.....71
 Culturele kennis.....79

REFERENTIES.....86

INTRODUCTIE

“Ik voel me onzeker over hoe ik kwalitatieve zorg kan bieden aan ouderen met een migratieachtergrond.”

Student

“Zorgprofessionals begrijpen niet wat voor mij belangrijk is.”

Oudere met een migratie-
achtergrond

“Het is te moeilijk om toegang te krijgen tot gezondheids- en welzijnsdiensten.”

Mantelzorgers van oudere met een
migratieachtergrond



Deze zorgen, geuit vanuit verschillende perspectieven, hebben geleid tot de ontwikkeling van het Europese DI.S.C.O.P.M.B.-project (2022-2025) en dit leerpakket. In onze toenemende “superdiverse” samenleving hebben mensen enorm verschillende achtergronden, ervaringen en behoeften, zelfs binnen groepen.

De gezondheids- en welzijnszorg moet rekening houden met demografische veranderingen. Volgens de ImmiDem study beïnvloeden twee trends de Europese samenleving, namelijk vergrijzing en migratie (Canevelli et al., 2020). Deze trends worden belangrijker voor de Europese Unie omdat ze een aanzienlijke impact hebben op de gezondheids- en welzijnszorg van de Europese lidstaten (Canevelli et al., 2020). Zowel ouderen als personen met een migratieachtergrond worden vaak geconfronteerd met stereotypen vanwege hun specifieke behoeften. Hoewel deze groepen meestal afzonderlijk worden beschouwd, zijn ze nauw met elkaar verbonden. Naarmate personen met een migratieachtergrond ouder worden, veranderen hun gezondheidsbehoeften, en komen leeftijdsgebonden aandoeningen vaker voor. Ouderen met een migratieachtergrond vormen een steeds belangrijker deel van de ouderenpopulatie, waardoor deze groep een grotere rol gaat spelen in discussies over vergrijzing en gezondheid en welzijn in Europa. Divers-sensitieve zorg bevordert de idee dat zorg- en welzijnsprofessionals

“moeten bewust zijn van verschillende vormen van culturele diversiteit - of het nu gaat om gender, etniciteit, leeftijd, socio-economische status, religie, seksuele geaardheid of andere sociale kenmerken - dat verschil moet geïntegreerd worden in het aanbod van effectieve en rechtvaardige gezondheids- en welzijnszorg aan patiënten, en dat diversiteit, ongeacht de bron, op zichzelf een positieve maatschappelijke bijdrage kan zijn” (WHO, 2020, p. 9).

Het leerpakket is gericht op studenten in het hoger onderwijs en op zorg- en welzijnsprofessionals. Het ondersteunt de ontwikkeling van competenties om divers-sensitieve zorg te bieden. Bij het opzetten van de training heeft het projectteam verschillende kennisbronnen geïntegreerd: wetenschappelijke literatuur, ervaringskennis binnen de organisatie, storytelling-interviews en best practices.

Aangezien divers-sensitieve competenties breed zijn, heeft het projectteam ervoor gekozen zich te richten op een selectie van basisconcepten en interactieve oefeningen om kennis, attitudes en vaardigheden te ontwikkelen. In een review vatten Lauwers et al. (2024) de belangrijkste elementen van divers-sensitieve zorg samen vanuit het perspectief van zorgontvangers. Divers-sensitieve zorg bouwt voort op persoonsgerichte zorg en vereist complexere en specifiek gerichte competenties. Zorg- en welzijnsprofessionals moeten de volgende competenties aannemen: kennis (vb. culturele, religieuze en spirituele kennis), attitudes (vb. respect tonen, betrokkenheid, samenwerking met de gemeenschap) en vaardigheden (bv. communicatie, gezamenlijke besluitvorming, aanpassing van zorg aan persoonlijke behoeften, verstrekken van cultureel afgestemde informatie).

Het leerpakket is samengesteld uit vier hoofdstukken, die verbonden zijn aan deze componenten.



1 Persoonsgerichte zorg in een context van diversiteit (kennis en competenties)

2 Drempels in de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg (kennis en competenties)



3 Stereotypen en vooroordelen (attitude)

4 Divers-sensitieve communicatie (competenties)





1. Persoonsgerichte zorg in een context van diversiteit (kennis en competenties)

Het hoofdstuk biedt deelnemers inzicht in de concepten persoonsgerichte zorg, cultuur en culturele diversiteit, en superdiversiteit.



2. Drempels in de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg (kennis en competenties)

Deelnemers krijgen met het hoofdstuk een beter inzicht in de barrières die ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers ervaren bij de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg, en hoe deze kunnen worden overwonnen.



3. Stereotypen en vooroordelen (attitude)

Deelnemers leren over stereotypen en vooroordelen in de zorgcontext en hoe ze hiermee bewust kunnen omgaan, en ontwikkelen respect voor anderen en zelfinzicht.



4. Divers-sensitieve communicatie (competenties)

Het hoofdstuk biedt deelnemers strategieën voor communicatie met ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers, en geeft inzicht in het TOPOI-model om inclusieve communicatie te bevorderen.

Elk hoofdstuk bestaat uit leesmateriaal en verschillende leeractiviteiten. PowerPoint-presentaties van het leesmateriaal voor elk hoofdstuk zijn [hier](#) toegankelijk. De leeractiviteiten zijn divers, bijvoorbeeld reflectie-oefeningen, oefeningen op basis van storytelling-interviews, rollenspel, ...

De leeractiviteiten zijn gekoppeld aan specifieke leerinhouden en omvatten leerdoelen met betrekking tot kennis, attitudes en vaardigheden over divers-sensitieve zorg voor ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers. Het leerpakket kan worden aangepast aan de behoeften en leerdoelen van de deelnemers. Lesgevers en deelnemers kunnen ervoor kiezen om het volledig leerpakket te volgen, specifieke hoofdstukken te selecteren, of zelfs afzonderlijke materialen binnen de hoofdstukken te volgen.

Het leerpakket werd getest en geëvalueerd in de partnerlanden, met in totaal 276 deelnemers, waaronder studenten en zorg- en welzijnsprofessionals. De feedback werd gebruikt om de inhouden te herstructureren, extra activiteiten toe te voegen en theoretische onderdelen te versterken. Wetende dat diversiteit een breed en complex thema is, hopen we dat zowel deelnemers als lesgevers inspiratie en praktische informatie vinden om hun divers-sensitieve competenties te versterken.

Het DI.S.C.O.P.M.B. project team

HOOFDSTUK 1: PERSOONSGERICHTE ZORG IN EEN CONTEX VAN DIVERSITEIT

1. Wat is persoonsgerichte zorg?

Het concept van persoonsgerichte zorg biedt een krachtig kader voor het omgaan met diversiteit in de gezondheids- en welzijnzorg, omdat het personen respecteert en erkent als unieke individuen met hun eigen waarden, ervaringen en behoeften. Persoonsgerichte zorg en divers-sensitieve zorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, omdat beide vereisen dat professionals niet alleen over kennis beschikken, maar ook over attitudes en vaardigheden die individuele verschillen respecteren en inclusieve zorg bevorderen (Lauwers et al., 2024).

Persoonsgerichte zorg richt zich op de volledige mens, waarbij niet alleen aandacht is fysieke problemen, maar ook spirituele, psychologische, sociale en existentiële aspecten. Deze holistische benadering valideert de ziekte-ervaring van het individu en probeert het welzijn te verbeteren vanuit hun eigen perspectief, met inbegrip van hun unieke waarden, overtuigingen en voorkeuren (Claeys et al., 2021). Persoonsgerichte zorg overstijgt het traditionele ziektegerichte model en benadrukt dat personen niet gedefinieerd worden door hun aandoening of beperking, maar als mensen die leven mét een ziekte of beperking. Deze verschuiving helpt de identiteit van de persoon te behouden en gaat de neiging tegen om hen te reduceren tot een label of diagnose (Swedish Nurses' Association, 2019).

In tegenstelling tot de traditionele medische modellen die zich vooral richten op behandeling, benadrukt persoonsgerichte zorg de samenwerking tussen de zorgontvanger en de zorgverleners (zowel informeel als formeel) en bevordert het gedeelde besluitvorming (Coulter & Oldham, 2016). Persoonsgerichte zorg gaat verder dan het individu en heeft ook betrekking op de sociale context, inclusief mantelzorgers [1]. Het erkent zowel de zorgontvanger als hun mantelzorgers als gelijkwaardige partners in het zorgproces, waardoor hun stem evenveel gewaardeerd wordt als die van de zorg- en welzijnsprofessionals. Deze verschuiving bevordert persoonlijke betrokkenheid. Zorgontvangers worden aangemoedigd om een actieve rol te spelen in hun eigen gezondheidsmanagement, in plaats van hen te zien als passieve zorgontvangers.

Persoonsgerichte zorg vereist dat zorg- en welzijnsprofessionals vaardigheden ontwikkelen die verder gaan dan klinische expertise. Het vraagt om een diep ethisch begrip en het vermogen om zorgpraktijken aan te passen aan diverse gezondheidsopvattingen, waarden en voorkeuren.

Dit zorgt ervoor dat zorg wordt geleverd op een divers-sensitieve manier, waarbij individuele verschillen worden gerespecteerd en zorg- en welzijnsprofessionals rekening houden met verschillende drempels voor symptoom-herkenning, diverse verwachtingen en voorkeuren van patiënten met betrekking tot behandelingen en zorgverlening (Currie & Currie, 2024).



[1] Zorg wordt vaak verleend door mantelzorgers in combinatie met ondersteuning door professionals in de gezondheids- en welzijnszorg, georganiseerd in zogenaamde 'zorgtriades'; een zorgnetwerk bestaande uit de zorgontvanger, mantelzorgers en zorg- en welzijnsprofessionals (Hengelaar et al., 2018; van Muijden et al., 2024).

LEER ACTIVITEIT:

verhalen van
persoonsgerichte
divers-sensitieve
zorg

Doelstelling	·Deelnemers kunnen noties van divers-sensitieve interventies voor oudere personen met een migratie-achtergrond en hun mantelzorgers analyseren.
Methode	Storytelling-interviews; kritisch denken; reflectie; groepsdiscussie
Tijd	1 uur
Benodigdheden	·Verhaal van Patrizio, oudere persoon hier ·Verhaal van Giovanna, zorgprofessional hier
Referenties	/
Instructies	<p>De oefening bestaat het bekijken van de storytelling-interviews vanuit het oogpunt van de oudere persoon en de zorg- en welzijnsprofessional en de reflectie hierover.</p> <p>Deelnemers bekijken de interviews (zie de links in de lijst met benodigdheden) en gaan een groepsdiscussie aan met 2 tot 4 andere deelnemers. Formuleer samen een antwoord op de volgende reflectievragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Wat zijn de belangrijkste zorgen en belemmeringen die in de video's naar voor komen over met betrekking tot persoonsgerichte en divers-sensitieve zorg voor oudere personen met een migratie-achtergrond? ·Wat beschouwen Patrizio en Giovanni als de belangrijkste succesfactoren bij het bieden van persoonsgerichte zorg? Waar zijn ze positief over? <p>Deelnemers documenteren hun reflecties op één A4 (Arial 11, interline 1.5) en leggen hun antwoorden na de groepsdiscussie voor aan de lesgever.</p>

2. Cultuur en culturele diversiteit

Malinowski (1944), een sleutelfiguur in de moderne etnografie, definieert cultuur als een “integraal geheel” dat bestaat uit materiële, sociale en spirituele componenten die mensen helpen om te gaan met hun omgeving en uitdagingen. Hij stelt dat cultuur zowel hulpmiddelen, overtuigingen, gewoonten als sociale instellingen omvat en dat elke cultuur zich ontwikkelt door zowel interne ontwikkeling als invloeden van buitenaf. Dit perspectief vormt de basis van het cultuurrelativisme, dat stelt dat elke cultuur begrepen moet worden binnen haar eigen symbolische en sociale context. Cultuurrelativisme erkent de diversiteit van menselijke samenlevingen en verzet zich tegen het idee dat de ene cultuur superieur is aan de andere (Dietz, 2007). Het biedt een kader om te begrijpen hoe samenlevingen zichzelf organiseren en systemen ontwikkelen in functie van hun specifieke historische en sociale omstandigheden aan te pakken.



Cultuur is het geheel van kennis, overtuigingen, tradities en gewoonten die worden gecreëerd, verworven en doorgegeven door personen als leden van een samenleving. Cultuur is niet statisch; ze evolueert voortdurend en reageert op externe en interne druk, en geeft vorm aan de manier waarop mensen leven en met elkaar omgaan (Helman, 2007).

Onze cultuur beïnvloedt de manier waarop we rollen en verantwoordelijkheden op ons nemen binnen het gezin, met vrienden en op de werkplek. In de zorgcontext is het oog hebben voor de culturele achtergrond van personen cruciaal voor het bieden van inclusieve, divers-sensitieve zorg. Dit vereist zowel een begrip van specifieke culturen als een bredere bewustwording van de diversiteit in de samenleving (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).

Culturele diversiteit gaat verder dan het accepteren van verschillen; het vereist het erkennen en respecteren ervan als essentieel voor het menselijk samenleven. Geen enkele cultuur is inherent superieur aan een andere (Dietz, 2007). Het UNESCO-verdrag over de bescherming en de bevordering van de diversiteit van cultuuruitingen benadrukt dat culturele diversiteit een

“gemeenschappelijk erfgoed van de mensheid is dat beschermd en bevorderd moet worden ten behoeve van de huidige en toekomstige generaties”

Cultureel pluralisme, dat het stimuleren van interculturele dialoog en uitwisseling inhoudt, is de sleutel tot het bevorderen van respect, solidariteit en vrede tussen mensen (Dietz, 2007).



In de gezondheids- en welzijnzorg speelt culturele diversiteit een vitale rol, omdat de eigen culturele achtergrond van zorg- en welzijnsprofessionals, de culturele identiteit van de zorgontvangers en hun mantelzorgers, en de institutionele cultuur van de werkomgeving elkaar kruisen. Deze overlappende culturele invloeden geven vorm aan interacties en het verlenen van zorg. Om ervoor te zorgen dat de zorg divers-sensitief is, moeten zorg- en welzijnsprofessionals zich bewust zijn van culturele rechten en het belang van respect voor culturele diversiteit in hun ethische gedragscodes (Gilman, 2005). Veel Europese beroeps codes, zoals die voor verpleegkundigen en huisartsen, gaan echter niet expliciet in op culturele diversiteit en richten zich in plaats daarvan op menselijke waardigheid in bredere zin (CEOM, 2010). Er is een groeiende behoefte aan deontologische regels die culturele discriminatie expliciet verbieden en respect garanderen voor culturele, religieuze en gewoontever verschillen in de zorgcontext.

LEER ACTIVITEIT:

het ijsbergmodel
van cultuur

Doel- stellingen	<ul style="list-style-type: none"> ·Deelnemers kunnen culturele aspecten identificeren en categoriseren met behulp van het ijsbergmodel, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen zichtbare en niet-zichtbare elementen van cultuur. ·Deelnemers zijn zich bewust van persoonlijke culturele associaties, wat het begrip van de eigen culturele achtergrond vergroot. ·Deelnemers kunnen het ijsbergmodel toepassen om culturele kenmerken te herkennen en te organiseren. ·Deelnemers begrijpen zichtbare en verborgen dimensies van cultuur en diversiteit in het algemeen.
Methode	<p>Individueel werk en groepsdiscussie. De activiteit kan face-to-face of online worden uitgevoerd met behulp van een Jamboard (of vergelijkbaar) als ondersteuning.</p>
Tijd	30 minuten
Benodig- heden	<p>Pen, stiften, post it en flip-over met een tekening van een ijsberg. Als de sessie online wordt uitgevoerd, is een vergaderplatform nodig (bv. Zoom) en online software voor groepswerk (bv. Jamboard, Ideaboar of Mural).</p>
Referenties	<p>BICAS – Building intercultural competencies for ambulance services (2016)</p>
Instructies	<p>De lesgever geeft een korte uitleg van het ijsbergmodel:</p> <p>Cultuur kan gevisualiseerd worden aan de hand van het model van een ijsberg. Wat zie je als je naar een ijsberg kijkt? Slechts een klein deel van de ijsberg zichtbaar aan het oppervlak. Het overige deel bevindt zich onder water en is op het eerste gezicht niet te zien. Je moet je het ijsbergmodel voorstellen als een manier om zichtbare en niet-zichtbare aspecten van cultuur te laten zien.</p>

LEER ACTIVITEIT:

het ijsbergmodel
van cultuur

Instructies

De lesgever geeft de deelnemers 10 minuten om na te denken over aspecten of componenten die ze associëren met het woord cultuur. De deelnemers schrijven de woorden die bij hen opkomen op post-it briefjes (er is geen limiet aan het aantal woorden) en plakken de post-its op het zichtbare of onzichtbare deel van de ijsberg [2]. Aan het einde worden de resultaten voorgelezen en besproken met de groep.

Het is belangrijk om te benadrukken dat we, door verder dan de oppervlakte te kijken, zoveel meer zien. De volgende **vragen** kunnen worden gebruikt om de discussie op gang te brengen:

- Als je mensen met een andere culturele achtergrond ontmoet, richt je je dan meer op de zichtbare aspecten of op de verborgen aspecten van cultuur?
- Wat kan je ervan weerhouden om de verborgen aspecten van iemands cultuur te begrijpen? Wat stelt je in staat om ze te begrijpen?
- Hoe kun je de ijsberg in verband brengen met andere aspecten van diversiteit (niet gerelateerd aan cultuur)?
- Hoe kan het in jouw werk nuttig zijn om de diepere, onzichtbare aspecten van cultuur en van diversiteit in het algemeen te herkennen?

[2] Enkele aspecten die naar voren kunnen komen of die je kunt voorstellen voor het zichtbare deel zijn taal, geslacht, leeftijd, kledingstijl, etniciteit, eetgewoonten, symbolen, rituelen. Enkele aspecten die naar voren kunnen komen of die je kunt voorstellen voor het onzichtbare deel zijn normen, waarden, houdingen, begrip van rollen en autoriteiten, emoties, socialisatie en opvoeding, sociaal gedrag, percepties, religie.

3. Leven in een super-diverse samenleving

Europese samenlevingen worden steeds diverser door mondiale ontwikkelingen zoals migratie voor werk, studie, familiehereniging en crises zoals klimaatverandering, pandemieën, financiële instabiliteit en conflicten. Hoewel Europa historisch gezien altijd divers is geweest, wordt deze diversiteit pas recent op grotere schaal erkend.



Het concept superdiversiteit, geïntroduceerd door Vertovec (2007, 2022), is ontwikkeld als reactie op de toenemende diversiteit. Het stelt de eenzijdige focus op cultuur en etniciteit als belangrijkste categorieën om diversiteit te begrijpen ter discussie. Superdiversiteit benadrukt de complexiteit van hedendaagse migratie en sociale differentiatie door een breed scala aan factoren te erkennen die verder reiken dan alleen etnische en culturele identiteiten.

Superdiversiteit richt zich op de snelheid, omvang en verspreiding van veranderingen in samenlevingen (Vertovec, 2007). Het concept stelt traditioneel multiculturalisme ter discussie, dat de samenleving vaak benadert als bestaande uit vaste, homogene groepen. In plaats daarvan benadrukt superdiversiteit dat mensen tegelijkertijd tot meerdere sociale groepen behoren, waarbij hun identiteiten flexibel en veranderlijk zijn afhankelijk van tijd en context (Martikainen et al., 2023).

Migratie is slechts één gebeurtenis in het leven van een persoon en staat in verband met andere factoren zoals juridische status, opleidingsniveau, sociale positie en persoonlijke levenservaringen. Superdiversiteit legt de nadruk op het kruispunt tussen deze factoren (zie ook hoofdstuk 2) en moedigt een meer genuanceerde benadering van identiteit aan. Het gaat verder dan het indelen van mensen op basis van etniciteit of cultuur en vraagt om aandacht voor de vele overlappende sociale aspecten die iemands leven beïnvloeden (Vertovec, 2022). Bijvoorbeeld, de ervaring van een oudere persoon met migratieachtergrond wordt niet alleen bepaald door de culturele achtergrond, maar ook door de socio-economische situatie, migratiestatus, persoonlijke geschiedenis, ... Deze benadering verwerpt statische en eendimensionale opvattingen van identiteit. Superdiversiteit stelt systemen, met name in de gezondheids- en welzijnszorg, voor de uitdaging om zich aan te passen aan de complexe en diverse behoeften van verschillende bevolkingsgroepen.

Traditionele integratiemodellen, die vaak uitgaan van de verwachting dat (oudere) personen met een migratieachtergrond zich volledig aanpassen aan de dominante normen van het gastland, schieten tekort. Superdiversiteit stelt een meer flexibele en inclusieve benadering voor, die de uiteenlopende en voortdurend veranderende identiteiten van individuen en gemeenschappen erkent en waardeert (Vertovec, 2007).

Superdiversiteit bevordert een meer gepersonaliseerde en contextuele benadering van ondersteuning, of het nu gaat om beleidsvorming, gezondheids- en welzijnszorg of dagelijkse interacties. Superdiversiteit breidt het perspectief op diversiteit uit, door niet alleen etniciteit te bekijken, maar ook het volledige scala aan sociale, economische en politieke factoren die een persoon definiëren. Het biedt zowel uitdagingen als kansen voor samenlevingen, die nu meer flexibele en inclusieve systemen nodig hebben die de complexiteit van menselijke identiteit en ervaring erkennen.



4. Culturele competentie in een super-diverse samenleving

Culturele competentie binnen de gezondheids- en welzijnszorg is geëvolueerd van het maken van algemene veronderstellingen op basis van de achtergrond van de persoon naar het omarmen van een meer inclusieve, persoonsgerichte benadering. Deze verschuiving benadrukt empathie en een oprechte interesse in het begrijpen van de unieke noden, waarden en voorkeuren van zorgontvangers. Door kwalitatieve zorgverlening te koppelen aan diversiteit, kan persoonsgerichte zorg effectief inspelen op de specifieke behoeften van elke zorgontvanger, in plaats van hen te benaderen als vertegenwoordigers van een cultureel stereotype (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).

Door zich te richten op het individu en zijn sociale context in plaats van te vertrouwen op vooropgezette ideeën of stereotypen, kunnen zorg- en welzijnsprofessionals de unieke ervaringen en onzekerheden waarmee elke zorgontvanger te maken kan krijgen, beter begrijpen. Culturele competentie wordt in deze context essentieel en rust zorg- en welzijnsprofessionals uit met het nodige bewustzijn, kennis, vaardigheden en gevoeligheid om effectieve zorg te verlenen aan mensen met verschillende achtergronden. Deze competentie omvat een multiculturele kennisbasis die gezondheids- en welzijnsprofessionals kunnen toepassen om divers-sensitieve en passende zorg te verlenen (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).



Het is van cruciaal belang dat professionele gezondheids- en welzijnsdiensten worden aangepast aan de behoeften van ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers. In plaats van te verwachten dat ze zich aanpassen aan een systeem dat voor iedereen geschikt is, moet het gezondheids- en welzijnssysteem zijn diensten afstemmen op hun opvattingen en waarden. Dit zorgt niet alleen voor betere communicatie en zorgverlening, maar leidt ook tot betere gezondheidsresultaten. Als zorgontvangers beter geïnformeerd zijn en hun waarden worden gerespecteerd, hebben professionele interventies in de gezondheids- en welzijnzorg meer kans van slagen, wat op zijn beurt kan leiden tot economische voordelen doordat er minder herhaalde of ineffectieve behandelingen nodig zijn.

LEER ACTIVITEIT:

persoonsgerichte, divers-sensitieve zorg- interventies voor ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers

Doel- stellingen	<ul style="list-style-type: none"> ·Deelnemers kunnen barrières identificeren in het verlenen van divers-sensitieve zorg aan ouderen met een migratie-achtergrond en hun mantelzorgers. ·Deelnemers kunnen succesfactoren identificeren van effectieve divers-sensitieve zorginterventies voor ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers.
Methode	Zelfstudie; kritisch denken; groepsdiscussie
Tijd	3 uur
Benodigd- heden	Internet en toegang tot wetenschappelijke databases / tijdschriften
Referenties	<p>Sagbakken, M., Ingebretsen, R., & Spilker, R.S. (2020). How to adapt caring services to migration-driven diversity? A qualitative study exploring challenges and possible adjustments in the care of people living with dementia. <i>PLoS One</i>, 15(12), e0243803. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243803</p>

LEER ACTIVITEIT:

persoonsgerichte, divers-sensitieve zorg-
interventies voor ouderen met een
migratieachtergrond en hun mantelzorgers

Instructies

Deelnemers lezen de publicatie van Sagbakken et al. (2020) en reflecteren in groep (2-4 personen) aan de hand van de onderstaande **reflectievragen**:

- Welke uitdagingen bij het verlenen van divers-sensitieve zorg signaleer je?
- Welke uitdagingen worden in het onderzoek genoemd door de zorgontvangers, welke door de mantelzorgers en welke door de zorg- en welzijnsprofessionals?
- Op welke manier zouden deze uitdagingen overwonnen kunnen worden om divers-sensitieve zorg te bieden aan ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers?

Stagiairs documenteren hun reflecties op één A4 (Arial 11, interline 1.5) en bezorgen hun antwoorden aan de lesgever.

HOOFDSTUK 2:

DREMPELS IN DE TOEGANG TOT PROFESSIONELE GEZONDHEIDS- EN WELZIJNSZORG

1. Migratiestromen

Migratie en demografische verschuivingen veranderen de structuur van de Europese samenleving, waardoor Europa vandaag de dag diverser is dan ooit. Migratie verwijst naar de verplaatsing van mensen van de ene locatie naar de andere, met het doel zich op een nieuwe plek te vestigen. Migratie kan zowel vrijwillig als onvrijwillig zijn en wordt vaak aangedreven door verschillende factoren, zoals economische, ecologische en sociale kwesties. Het is belangrijk om basiskennis te hebben van de verschillende migratiestromen, aangezien deze invloed hebben op de ervaringen en drempels die ouderen met een migratieachtergrond tegenkomen in hun dagelijks leven, inclusief de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnsdiensten.

Migratie is altijd een fundamenteel aspect van het menselijk bestaan geweest. Door de tijd heen zijn individuen en gemeenschappen gedreven om zich te verplaatsen vanwege een breed scala aan factoren, zoals oorlog, milieuveranderingen, economische moeilijkheden of culturele uitwisseling. Europese samenlevingen zijn, net als veel andere landen wereldwijd, een lappendeken geworden van overlappende etniciteiten, talen en culturele tradities. De huidige migratiepatronen weerspiegelen een diversiteit aan ervaringen en achtergronden, die traditionele ideeën over identiteit uitdagen en samenlevingen aanmoedigen om hun inherente diversiteit te omarmen. Van Mol en de Valk (2016) onderscheiden drie historische migratieperiodes, te beginnen na de Tweede Wereldoorlog.



Periode 1 (jaren '50 – 1974): gast-arbeidersregelingen en dekolonisatie

In de periode na de Tweede Wereldoorlog kende Noordwest-Europa een economische bloei. De lokale, autochtone bevolking in deze regio werd steeds hoger opgeleid en had meer mogelijkheden voor sociale mobiliteit, waardoor velen niet langer bereid waren om ongezonde en slecht betaalde banen, zoals in de landbouw, schoonmaak, bouw en mijnbouw, aan te nemen. Als gevolg hiervan begon Noordwest-Europa werknemers uit perifere landen aan te werven. Men verwachtte van de aangeworven buitenlandse arbeiders dat zij na hun werk zouden terugkeren naar hun land van herkomst. Daarom kregen zij weinig rechten en beperkte of geen toegang tot sociale voorzieningen. De meeste migranten in Noordwest-Europa kwamen uit Algerije, Griekenland, Italië, Marokko, Portugal, Spanje, Tunesië, Turkije en Joegoslavië. De belangrijkste bestemmingslanden waren België, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg, Nederland, Zweden en Zwitserland. Internationale migratie werd over het algemeen positief gepercipieerd vanwege de economische voordelen, zowel voor de migratielanden als de aankomstlanden.

Tegelijkertijd leidde het dekolonisatieproces ook tot migratiestromen naar Europese landen. Een groot aantal mensen uit de voormalige koloniën migreerde naar België, Frankrijk, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Portugal. Veel van deze migranten werden juridisch als burgers beschouwd. Hoewel Europese migranten die uit de koloniën terugkeerden zich vaak snel konden integreren, was dit minder het geval voor migranten van niet-Europese afkomst. Zij waren vaak economisch en sociaal achtergesteld en werden bovendien geconfronteerd met discriminatie.



Periode 2 (1974 - jaren '80): de oliecrisis en migratiecontrole

De oliecrisis van 1973-1974 had een grote impact op het economische landschap van Europa en leidde tot een aanzienlijke afname van de tewerkstelling. In reactie hierop voerden Noordwest-Europese landen een migratiestop in. Beleidsmaatregelen die gericht waren op het beheren en verminderen van migratie resulteerden echter niet in een stopzetting van migratie, maar in veranderende migratiepatronen. Migranten uit niet-Europese landen die via tewerkstellingsprogramma's naar Europa waren gekomen, vestigden zich steeds vaker permanent, aangezien langdurig terugkeren naar hun land van herkomst het aanzienlijke risico met zich meebracht van het verliezen van hun verblijfsvergunning. Veel migranten haalden hun gezinnen naar Europa, aangezien gezinshereniging voor arbeidsmigranten werd beschouwd als een fundamenteel recht, verankerd in artikel 19 van het Europees Sociaal Handvest van 1961. In deze periode veranderde ook de samenstelling van de aanwezige migrantengemeenschappen. Waar in de eerste migratieperiode Europese migranten het talrijkst waren, groeide dan het aandeel niet-Europese migranten, met name het aantal migranten van Turkse origine en migranten uit Noord-Afrika.

Na de migratiestop werd migratie een belangrijk onderwerp in nationale politieke en publieke debatten. Europese landen voerden steeds strengere controles in op de toegang van migranten. De toenemende werkloosheid als gevolg van de economische recessie voedde vijandigheid, racisme en xenofobie tegen personen met een migratieachtergrond. Tegelijkertijd groeide het besef dat deze migranten blijvend waren gevestigd, wat de noodzaak voor een adequaat integratiebeleid duidelijk maakte. Dit besef leidde tot de ontwikkeling van dergelijke beleidsmaatregelen. In deze periode begon het aantal asielaanvragen in Europa ook te stijgen.

De beperkingen op de instroom van migranten in Noordwest-Europa hadden ook een ander effect: migratiestromen weken steeds vaker uit naar Zuid-Europa, zoals Griekenland, Italië, Portugal en Spanje. Aangezien deze landen lange tijd emigratielanden waren, beschikten zij niet over goed ontwikkelde immigratiewetgeving en controlesystemen. Daarnaast kenden deze landen een periode van economische groei en een dalend geboortecijfer, wat leidde tot arbeidstekorten. Hierdoor werd Zuid-Europa niet alleen een aantrekkelijke bestemming voor niet-Europese migranten, maar de gunstige economische omstandigheden leidden ook tot de terugkeer van migranten die eerder naar Noordwest-Europa waren verhuisd.



Periode 3 (jaren '90 - heden): recente trends in migratie naar en binnen Europa

Deze periode wordt gekenmerkt door ingrijpende veranderingen en verdere diversificatie van migratiestromen. Oost-Europa kende nieuwe stromen van asielzoekers, veroorzaakt door verschillende gebeurtenissen zoals conflicten in Afghanistan en Irak, en de Arabische Lente. De intra-Europese bewegingen werden aanzienlijk versoepeld, terwijl de toegang tot de Europese Unie progressief werd beperkt door de éénwording van de Europese markt, die strikte grenscontroles en visumregelingen oplegde. De landen van herkomst van migranten, evenals hun migratiemotieven, werden steeds diverser (Van Mol & de Valk, 2016).

De afgelopen jaren werden gekenmerkt door vluchtelingen, asielzoekers en economische migranten die hun land van herkomst verlieten door oorlog, schendingen van mensenrechten, klimaatveranderingen en economische moeilijkheden.

In 2015 en 2016 kende Europa een ongekeerde instroom van vluchtelingen en migranten (Europese Unie, 2017). Meer dan 1 miljoen mensen arriveerden in de Europese Unie, waarvan de meesten vluchtten voor oorlog en terreur in Syrië. Op 24 februari 2022 lanceerde Rusland een militaire aanval tegen Oekraïne, wat leidde tot een nieuwe vluchtelingen crisis. Vanaf januari 2023 kregen 4 miljoen Oekraïense vluchtelingen tijdelijke bescherming van de Europese Unie (Europese Raad, 2023).

Na de escalatie van het Israëliësch-Palestijnse conflict in oktober 2023 vroegen Palestijnen in recordaantallen asiel aan in 2023. In dat jaar vroegen 11 561 Palestijnen bescherming aan op Europees grondgebied, voornamelijk in Griekenland en België (EUAA, 2024).

LEER ACTIVITEIT:

diversiteit in
migratie-
achtergrond

Doelstelling	·Deelnemers kennen het demografische profiel van de bevolking in hun land en de regionale verschillen.
Methode	Zelfstudie; documentenonderzoek
Tijd	2 uur
Benodig- heden	Internetverbinding; wereldkaart
Referenties	Databases en websites van nationale / regionale overheden; statistische bureaus. Deelnemers worden geïnformeerd over waar ze de gegevens kunnen vinden en welke bronnen ze kunnen raadplegen.
Instructies	<p>Deelnemers worden gevraagd gegevens over het demografische profiel van de bevolking in hun land / regio te verzamelen en formuleren een antwoord op volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Wat is de leeftijds piramide en de genderverdeling in jouw land / regio? Wat is het aantal personen met een migratieachtergrond binnen de verschillende leeftijdsgroepen? ·Diversiteit van achtergronden / landen van herkomst: uit welke landen komen personen met een migratieachtergrond? Wat zijn de aantallen per groep? Welke landen van herkomst kun je identificeren voor de oudere bevolking? Markeer deze op een wereldkaart. ·Welke landen van herkomst zijn sterk vertegenwoordigd onder personen met een migratieachtergrond in jouw land / regio? Markeer deze op een wereldkaart. ·Hoe kun je de cijfers voor jouw land / regio relateren aan de verschillende migratieperiodes? ·Welke groepen zijn moeilijk te identificeren vanuit nationale / regionale databanken? <p>Deelnemers bespreken hun bevindingen in maximaal drie pagina's (Arial 11, interlinie 1,5) en dienen hun antwoorden in bij de trainer.</p>

2. Intersectionaliteit

In hoofdstuk 1 werd het concept van superdiversiteit besproken, dat verwijst naar de toenemende heterogeniteit binnen de bevolking door variatie in herkomstlanden, migratiemotieven, juridische statussen, ... (Ciobanu, 2023). Dit concept hangt deels samen met het begrip intersectionaliteit, geïntroduceerd door Kimberlé Crenshaw. Intersectionaliteit stelt dat verschillende kenmerken van iemands sociale identiteit, zoals geslacht, leeftijd en etniciteit, samen de maatschappelijke positie bepalen. Elk individu kan geprivilegieerd of gediscrimineerd worden op verschillende kenmerken, bijvoorbeeld op basis van geslacht, leeftijd, etniciteit, ... Crenshaw vergelijkt die verschillende kenmerken met straten die elkaar kruisen; een persoon die zich bevindt op een kruispunt waar meerdere kenmerken samenkomen, loopt daardoor een verhoogd risico op discriminatie (bv. geslacht en etniciteit) (Dilworth-Anderson et al., 2020).

Inzicht in intersectionaliteit helpt te begrijpen hoe verschillende kenmerken samen ongelijkheden kunnen veroorzaken, waardoor de complexiteit van machtsdynamieken en kansen voor diverse groepen duidelijker wordt. Zorg- en welzijnsprofessionals die slechts naar één kenmerk kijken lopen het risico om andere belangrijke aspecten over het hoofd te zien. Dit kan leiden tot een incompleet beeld van de zorgontvanger en ontoereikende zorg (Dahlborg & Tengelin, 2022).

Intersectionaliteit gaat niet alleen over het optellen van kenmerken, maar over het begrijpen van hoe deze kenmerken samen ongelijkheden kunnen versterken. Bijvoorbeeld, als de toegang tot zorg al beperkt is voor vrouwen, kan deze barrière nog groter zijn voor een vrouw met een migratieachtergrond en een handicap. De impact van elk kenmerk verschilt afhankelijk van de context en hoe ze met elkaar interageren. Een eenvoudige optelsom van kenmerken kan de complexiteit van deze kwesties verbergen, waardoor de diepere, onderliggende vormen van ongelijkheid moeilijker te begrijpen en aan te pakken zijn (Dahlborg & Tengelin, 2022).

In discussies over intersectionaliteit is het belangrijk om niet alleen de “kwetsbare kant” van ervaringen te belichten, zoals die van oudere vrouwen met een migratieachtergrond, maar ook de “geprivilegieerde kant” te erkennen, bijvoorbeeld die van autochtone mannen van middelbare leeftijd. Het begrijpen van deze dynamieken aan beide kanten is essentieel voor een volledig begrip van intersectionaliteit, omdat het helpt om zowel de mechanismen van onderdrukking als de structuren van privilege te doorgronden (Dahlborg & Tengelin, 2022).

Ahmad et al. (2022) benadrukken het belang van een intersectionele benadering bij het onderzoeken van zorgrelaties. Hun studie toont aan hoe verschillende kenmerken, zoals migratieachtergrond en sociale klasse, de zorgpraktijken van ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers beïnvloeden. Deze intersecterende factoren kunnen bijvoorbeeld de zorgdynamiek en de effectiviteit van de communicatie tussen zorg- en welzijnsprofessionals en zorgontvangers beïnvloeden. Uit hun onderzoek bleek dat mensen die opgroeiden in een gezin met een lage socio-economische status en later migreerden uit een omgeving met beperkte onderwijskansen, minder vaardig waren in het organiseren en delen van zorg. Daarentegen waren mensen die opgroeiden in een middenklassegezin, op jonge leeftijd migreerden, en opgroeiden in een omgeving met voldoende onderwijskansen vaker bereid om zorg te delen, zowel met mantelzorgers als met zorg- en welzijnsprofessionals. Daarnaast beïnvloeden migratiegeschiedenis en sociale klasse de opvattingen over wat als goede zorg wordt beschouwd, en daarmee de bereidheid om zorg te delen met professionele gezondheids- en welzijnsdiensten.

LEER ACTIVITEIT: het wiel van macht en privileges

Doelstelling	·Deelnemers begrijpen intersectionaliteit, machtsverhoudingen, privileges en marginalisatie in de samenleving.
Methode	Zelfstudie; kritisch denken; reflectie; groepsdiscussie
Tijd	30 minuten
Benodigdheden	Het wiel van macht en privileges wordt afgedrukt voor alle deelnemers.
Referenties	<p>Het wiel van macht en privileges is een model ontwikkeld op basis van onderzoek door Gayle Rubin (1989) en Kimberlé Crenshaw (1989).</p> <p>·Gayle, R. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. In C. Vance (Ed.), <i>Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina</i>. Revolución.</p> <p>·Crenshaw, K. W. (1989). <i>Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics</i>.</p> <p>https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholars/hip/3007</p> <p>De theorie werd vertaald in het wiel van macht en privileges door de Canadese Raad voor Vluchtelingen (CCR) (https://ccrweb.ca/en/anti-oppression) en verder ontwikkeld door S. Duckworth (https://www.researchgate.net/figure/Wheel-of-Power-Privilege-and-Marginalization-by-Sylvia-Duckworth-Used-by-permission_fig1_364109273).</p>

LEER ACTIVITEIT:

het wiel van macht
en privileges

Instructies

In deze leeractiviteit gebruiken de deelnemers het wiel van macht en privileges. Ze werken zelfstandig, waarna een groepsdiscussie doorgaat. Daarvoor kan de lesgever de volgende **vragen** gebruiken:

- Hoe voelde het om de oefening te doen en welke gedachten kwamen bij je op tijdens de oefening?
- Wat denk je dat de oefening laat zien over intersectionaliteit en de verschillende sociale posities van mensen in de samenleving?
- Op welke manier zou het resultaat van de oefening anders zijn als je jezelf in een andere context zou plaatsen, bijvoorbeeld in een ander land?

De lesgever bespreekt de oefening en legt uit dat het wiel van macht en privileges niet elk aspect van het menselijk leven en de identiteiten van mensen probeert te verklaren. Het is geen universeel model, maar een uitgangspunt voor het begrijpen van intersectionaliteit, machtsverhoudingen, privileges en marginalisatie in de samenleving. Het wiel van macht en privileges wordt gebruikt als pedagogische tool om onderling verbonden ongelijkheden te begrijpen.

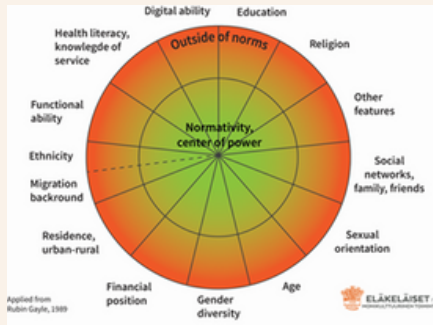
Eerst maken de deelnemers zich vertrouwd met het wiel van macht en privileges. Daarna krijgen ze tijd om na te denken over zichzelf en hun persoonlijke identiteit in de context van de huidige samenleving en het land waarin ze leven. Vervolgens tekenen ze met een potlood een klein kruisje of stip in elk segment van het wiel, op de plaats waar zij denken dat ze zich in de samenleving bevinden. Wanneer ze klaar zijn, zullen de stippen een figuur vormen die kleiner of groter is binnen het wiel zelf.

Hoe dichter bij het centrum van het wiel van privileges (d.w.z. hoe kleiner de figuur is), hoe meer privileges de deelnemers heeft in de samenleving waarin hij of zij zich bevindt. Hoe verder van het centrum van het wiel (d.w.z. hoe groter de figuur is), hoe minder geprivilegieerd de situatie van de deelnemers is. De groep gaat vervolgens, met hulp van de lesgever, in discussie met elkaar en reflecteert over de oefening. Deelnemers moeten hun eigen werk niet aan anderen voorstellen als ze dat niet willen. De discussie wordt op een algemeen niveau gevoerd. De groep kijkt daarna naar twee voorbeelden van figuren die zijn gemaakt van oudere vrouwen met een migratieachtergrond (zie afbeelding 2).

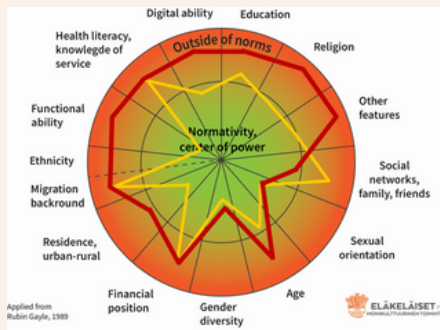
LEER ACTIVITEIT:

het wiel van macht
en privilege

Afbeelding 1. Het wiel van macht en privilege



Afbeelding 2. Twee voorbeelden van het wiel van macht en privilege: voorbeelden van oudere vrouwen met een migratieachtergrond.



Instructies



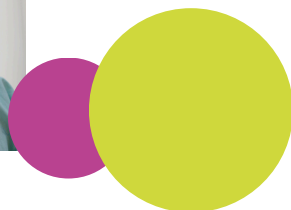
3. Toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg voor ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers

Met uitzondering van de primaire gezondheidszorg maken personen met een migratieachtergrond minder vaak gebruik van professionele gezondheids- en welzijnsdiensten (Sarria-Santamera et al., 2016). Dit kan deels komen doordat zij doorgaans meer bekend zijn met medische zorg dan met andere vormen van professionele hulp. Ouderen met een migratieachtergrond vertrouwen meestal op hun traditionele familienetwerk voor zorg (Ahaddour et al., 2016; Ahmad et al., 2022). Wanneer de zorgbehoeften echter toenemen, kan dit leiden tot overbelasting van mantelzorgers, waardoor het voor hen moeilijk wordt om alle zorgtaken zelfstandig te blijven dragen.

Met de groei van het aantal ouderen met een migratieachtergrond zal de vraag naar professionele gezondheids- en welzijnsdiensten toenemen. Een belangrijk knelpunt in het huidige lage gebruik van deze diensten door deze groep is de discrepantie tussen vraag en aanbod. Veel zorg- en welzijnsprofessionals gaan er namelijk vanuit dat ouderen met een migratieachtergrond bekend zijn met de beschikbare diensten, terwijl dit vaak niet zo is. Deze misvatting heeft geleid tot een beperkt aanbod aan op maat gemaakte diensten die aansluiten bij de specifieke culturele en persoonlijke behoeften van ouderen met een migratieachtergrond.

Om aan de veranderende zorgbehoeften in een steeds multi-culturelere samenleving te voldoen, is een belangrijke verschuiving nodig in de professionele gezondheids- en welzijnszorg. Zorgverlening moet verder gaan dan gestandaardiseerde modellen en afgestemd worden op de divers-sensitieve noden van personen. Als zorg te algemeen blijft en geen rekening houdt met de unieke profielen en behoeften van ouderen met een migratieachtergrond, kunnen ontevredenheid en inadequate zorg het gevolg zijn. Vaak ligt dit aan wederzijdse misverstanden tussen zorg- en welzijnsprofessionals en zorgontvangers, misverstanden die alleen kunnen worden voorkomen door effectieve communicatie en cultureel begrip.

Barrières in de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg voor ouderen met een migratieachtergrond kunnen ook stereotypen en vooroordelen in stand houden, wat de relatie tussen zorg- en welzijnsprofessionals en zorgontvangers negatief kan beïnvloeden. Om deze interacties te verbeteren, is het van essentieel belang dat zorg- en welzijnsprofessionals zich bewust zijn van de culturele, sociale en communicatieve obstakels die een rol kunnen spelen bij de zorg voor ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers. Het wegnemen van deze barrières is cruciaal om onderlinge relaties te versterken en persoonsgerichte, divers-sensitieve zorg te bieden.



4. Drempels in de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg

Gezondheidsgeletterdheid

Ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers hebben soms onvoldoende kennis over lichamelijke en mentale gezondheidsproblemen. Een voorbeeld is dementie. Dementie wordt vaak gezien als een normaal onderdeel van het ouder worden in plaats van als een medische aandoening die behandeling vereist (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kiraç et al., 2022). Deze perceptie leidt ertoe dat men pas in een later stadium op zoek gaat naar professionele gezondheids- en welzijnszorg en passende interventies. Dit belemmert een vroege diagnose en behandeling.

In veel migrantengemeenschappen bestaat de neiging om symptomen van leeftijdsgebonden aandoeningen te onderschatten of verkeerd te interpreteren, mede door culturele factoren en beperkte toegang tot gezondheidsvoorlichting (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kiraç et al., 2022).



Deze kenniskloof kan ertoe leiden dat mantelzorg de primaire vorm van ondersteuning is en professionele gezondheids- en welzijnsdiensten onderbenut worden. Dit versterkt niet alleen de progressie van de gezondheidsaandoening, maar verhoogt ook de druk op de mantelzorgers.

Taal- en communicatiebarrières

Taalbarrières in de communicatie met zorg- en welzijnsprofessionals vormen een aanzienlijke uitdaging voor ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers. Uit de studie van Priebe et al. (2011) blijkt dat taalbarrières één van de meest gerapporteerde obstakels zijn, wat leidt tot een communicatiekloof die het uitwisselen van essentiële gezondheidsinformatie bemoeilijkt, zoals het bespreken van symptomen, diagnoses en voorgeschreven behandelingen. Deze communicatiekloof kan de zorgrelatie onder druk zetten en zowel administratieve procedures als de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg bemoeilijken. Het onderzoek toont aan dat taalbarrières vaak leiden tot frustraties en de effectiviteit van communicatie beperken, wat openheid en vertrouwen tussen zorg- en welzijnsprofessionals en zorgontvangers kan verminderen.



Naast taalbarrières ervaren ouderen met een migratieachtergrond vaak extra communicatie-uitdagingen door leeftijdsgelateerde factoren, zoals cognitieve beperkingen. Deze beperkingen kunnen het lastig maken om gesprekken te volgen, vooral wanneer de informatie complex is of op een ongeschikte toon wordt overgebracht. Ook fysieke problemen, zoals gehoorverlies, kunnen de communicatie aanzienlijk bemoeilijken.

Daarnaast kunnen psychologische factoren, zoals emotionele veranderingen (bv. depressie, angst of schaamte), de communicatie bemoeilijken. De manier waarop ouderen zichzelf zien, speelt ook een rol; ze kunnen bang zijn om beoordeeld of gediscrimineerd te worden en kunnen zorg- en welzijnsprofessionals als te formeel of afstandelijk percipiëren. Deze factoren creëren ook barrières in de communicatie en kunnen leiden tot misverstanden tussen zorgontvangers en zorg- en welzijnsprofessionals. Bovendien kunnen negatieve stereotypen over ouderen, zoals de veronderstelling dat ze “doof”, “gesloten” of “wantrouwend” zijn, de interacties beïnvloeden en de zorgkwaliteit verslechteren.

Om deze uitdagingen te overwinnen, is het essentieel dat zorg- en welzijnsprofessionals zich bewust zijn van zowel de fysieke als de psychologische behoeften van ouderen met een migratieachtergrond en hun communicatiestijl hierop afstemmen.



Lage opleidingsgraad

Onderwijs is niet alleen bepalend voor iemands gezondheid, maar ook voor de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnszorg. Bij ouderen met een migratieachtergrond kan een laag alfabetiseringsniveau het moeilijk maken om informatie te begrijpen en administratieve procedures, zoals het invullen van formulieren, zelfstandig te doorlopen (Ahhadour et al., 2016).



Financiële barrières

De slechte financiële situatie en lage socio-economische status van veel ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers vormen een belangrijke drempel voor de toegang tot en het gebruik van professionele gezondheids- en welzijnszorg (Ahhadour et al., 2016; Jacobsen et al., 2023). Een lage socio-economische status hangt vaak samen met een slechtere gezondheid, doordat mensen met een laag inkomen op zorg en welzijn besparen. Daarnaast maken de hoge kosten van gespecialiseerde gezondheids- en welzijnszorg deze onbetaalbaar voor mensen met beperkte financiële middelen.



Gebrek aan kennis over professionele gezondheids- en welzijnszorg

Ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers zijn vaak niet op de hoogte van de mogelijkheden voor professionele hulp omdat ze de beschikbare gezondheids- en welzijnszorg niet kennen (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kiraç et al., 2022). Deze onbekendheid kan voortkomen uit het feit dat een vergelijkbaar concept van professionele gezondheids- en welzijnszorg mogelijk ontbreekt in hun cultuur of thuisland.

Hierdoor kunnen ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers de hulp van zorg- en welzijnsprofessionals negatief percipiëren. Bovendien versterkt het tekort aan kennis en informatie over beschikbare hulpmiddelen, zoals vertaalde informatiematerialen en vertaal- en divers-sensitieve tools, de kloof in het gebruik en de bekendheid van professionele gezondheids- en welzijnsdiensten.

Culturele en religieuze barrières

Professionele gezondheids- en welzijnsdiensten hebben vaak onvoldoende kennis van de culturele en religieuze overtuigingen en praktijken van ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers (Ahaddour et al., 2016). Dit kan ertoe leiden dat belangrijke aspecten, zoals de houding van zorgontvangers ten aanzien van gezondheid, ziekte en behandelingsopties, worden genegeerd. In traditionele collectieve samenlevingen wordt het inschakelen van professionele hulp soms gezien als een falen van kinderen om hun zorgverantwoordelijkheden te vervullen, wat kan leiden tot verlies van respect binnen de gemeenschap.



Culturele verschillen kunnen de betrokkenheid van ouderen met een migratieachtergrond bij lichamelijke onderzoeken en niet-farmacologische behandelingen beïnvloeden, vooral wanneer het om fysieke zorg gaat. Er kunnen praktische problemen ontstaan, zoals het missen van afspraken, te laat komen of het zoeken van informele adviezen buiten het professionele gezondheids- en welzijnssysteem. Dit kan frustraties opleveren bij zorg- en welzijnsprofessionals, die vaak beperkt zijn in tijd en middelen, en kan leiden tot misverstanden en stereotypen. Deze culturele verschillen kunnen als barrières fungeren, waardoor er een gevoel van afstand of zelfs incompatibiliteit ontstaat tussen zorg- en welzijnsprofessionals enerzijds en zorgontvangers anderzijds. De kloof kan als onoverbrugbaar worden ervaren, omdat deze vaak wordt gezien als een symbolische en culturele scheiding (Martin, 2015; Priebe et al., 2011).



Verskillende opvattingen over ziekte en behandeling

De manier waarop mensen ziekte en gezondheid percipiëren, wordt beïnvloed door persoonlijke ervaringen en de socio-culturele achtergrond. Bijvoorbeeld, een Deense zorgprofessional beschreef dat een Somalische vrouw dacht dat haar rugpijn werd veroorzaakt door luchtcirculatie in haar lichaam. Ze vroeg de professional om haar schouder door te prikken om de lucht vrij te laten. De professional had moeite om uit te leggen dat haar rugpijn verbonden was met spierproblemen en niet met lucht. Uiteindelijk moest de professional hiervoor een anatomieboek gebruiken. Uiteindelijk nam de vrouw de voorgeschreven medicatie in en voelde ze verlichting. Maar haar aanvankelijke terughoudendheid toont de grote culturele verschillen aan in opvattingen over het lichaam en ziekte.

De uiteenlopende opvattingen over lichaam en behandelingsmogelijkheden kunnen het vertrouwen van de zorgontvanger in zorg- en welzijnsprofessionals sterk beïnvloeden, en hun bereidheid om de voorgeschreven behandeling te volgen. Miscommunicatie of verschillen in interpretatie kunnen zorg- en welzijnsprofessionals doen denken dat zorgontvangers wantrouwend, arrogant of onwetend zijn, wat kan leiden tot een oordelende houding. Dit kan ervoor zorgen dat zorg- en welzijnsprofessionals hun geduld verliezen of in conflict komen met de zorgontvanger (Priebe et al., 2011).



Terugkeer- en zorgdilemma's

Ouderen met een migratieachtergrond voelen zich vaak sterk gedesoriënteerd en vervreemd terwijl ze de uitdagingen van ouder worden in een onbekend land tegemoet treden.

Veel ouderen met een migratieachtergrond willen hun laatste levensjaren doorbrengen in hun geboorteland, gedreven door nostalgie en de behoefte om verbonden te blijven met hun culturele achtergrond. Toch kunnen praktische en emotionele overwegingen, zoals de nabijheid van kleinkinderen, hun sociale netwerk en financiële stabiliteit, hen ertoe brengen om in hun land van aankomst te blijven (Ahaddour et al., 2016).



Daarnaast is er sprake van een belangrijke verschuiving in de traditionele verwachtingen over mantelzorg. Bijvoorbeeld vertrouwen oudere moslims vaak op hun kinderen voor steun, omdat dit in de Koran als een religieuze plicht wordt gesteld. Hoewel kinderen deze verplichting vaak erkennen, lukt het hen door veranderende maatschappelijke normen niet altijd om aan deze verwachtingen te voldoen. Door de invloed van globalisering en individualisering is het traditioneel groot gezin meer verwesterd en geëvolueerd naar het nucleair gezin. Deze verandering kan gevoelens van teleurstelling en onzekerheid veroorzaken bij oudere moslims die gewend zijn aan een andere zorgdynamiek, gebaseerd op collectieve familieverantwoordelijkheden.

Vertrouwen en verwachtingen

Ouderen met een migratieachtergrond kunnen zorg- en welzijnsprofessionals wantrouwen, wat kan leiden tot het achterhouden van cruciale informatie en een terughoudendheid om een gesprek met hen aan te gaan. Dit wantrouwen kan zich ook uitbreiden naar tolken of bemiddelaars die betrokken zijn bij de zorgverlening. Dergelijke spanningen kunnen ongemakkelijk zijn voor alle betrokkenen en zijn vaak het gevolg van negatieve ervaringen met professionele gezondheids- en welzijnsdiensten.

Priebe et al. (2011) merken op dat ouderen met een migratieachtergrond vaak zorg- en welzijnsprofessionals en tolken wantrouwen uit landen waar ze eerder politieke of religieuze conflicten hebben meegemaakt. In sommige gevallen vragen deze zorgontvangers expliciet om door andere professionals te worden gezien of onthouden ze informatie op basis van deze zorgen.

Ook zorg- en welzijnsprofessionals erkennen deze uitdaging. Een zorgprofessional uit Nederland merkt op dat ouderen met een migratieachtergrond te maken krijgen met discriminatie en afwijzing binnen het gezondheids- en welzijns-systeem, waarbij ze ervaringen beschrijven waarin ze onvriendelijk of minderwaardig werden behandeld vanwege taalbarrières. Deze negatieve ervaringen dragen bij aan een alomtegenwoordig wantrouwen in de zorg- en welzijnsprofessional.



Vertrouwen opbouwen in de professionele gezondheids- en welzijnszorg is bijzonder cruciaal voor ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers. Het gebrek aan divers-sensitiviteit bij zorg- en welzijnsprofessionals kan gevoelens van wantrouwen verergeren. Denken in stereotypen onder zorg- en welzijnsprofessionals kan de continuïteit van zorg belemmeren en bijdragen aan misverstanden. Het gebrek aan vertrouwen kan ervoor zorgen dat ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers zich gekwetst voelen en defensief reageren, wat leidt tot een negatieve houding die het beeld kan versterken dat zij zich gesloten of arrogant opstellen. Deze houdingen gaan vaak voorbij aan de onderliggende problemen die het gedrag veroorzaken.

LEER- ACTIVITEIT:

verhalen van
ouderen met een
migratie-
achtergrond

Doel- stellingen	<ul style="list-style-type: none"> ·Deelnemers zijn zich bewust van de ervaren barrières in de toegang tot professionele gezondheids- en welzijnsdiensten voor ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers. ·Deelnemers kunnen reflecteren over hun rol als professional in het verkleinen van de toegangsbarrières en het ondersteunen van ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers.
Methode	Storytelling-interview; kritisch denken; reflectie; groepsdiscussie
Tijd	40 minuten
Hulp- bronnen	Koerdische verhalen (video): internetverbinding; wereldkaart
Referenties	/
Instructies	<p>Deelnemers kijken naar de video en bespreken de verhalen in kleine groepjes of in één grote groep. Het is belangrijk om discussie aan te moedigen en kritisch na te denken over de onderwerpen uit de video's. Deelnemers kunnen de informatie uit de video's bespreken met behulp van de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Wat waren de belangrijkste punten of zorgen die in de video werden geuit? ·Heb je zelf ervaring met de kwesties die in de video worden belicht? Heeft de video nieuwe perspectieven opgeleverd om naar deze kwesties te kijken? ·Welke oplossingen kunnen worden geboden om de besproken barrières te overwinnen? <p>Richt je vooral op de barrières van taal en sociale isolatie.</p>

LEER- ACTIVITEIT:

empathiekaart
toegang tot
professionele
gezondheids- en
welzijnsdiensten

Doelstelling	·Deelnemers kunnen zich verdiepen in de beleving van ouderen met een migratieachtergrond met betrekking tot de ontvangen mantelzorg en professionele zorg.
Methode	Empathiekaart; storytelling-interview; kritisch denken, reflectie; groepsdiscussie
Tijd	1 uur
Hulpbronnen	Template empathiekaart of mural template (zie https://online.visual-paradigm.com/diagrams/templates/empathy-map/empathy-mapping-template/)
Referenties	/
Instructies	<p>Een empathiekaart is een visueel model waarmee je de gedachten en gevoelens van de gebruiker kunt vastleggen. Deze 'mapping' methode gebruik je om je gebruiker te leren kennen. Voor meer informatie kunnen deelnemers de volgende video bekijken: https://www.youtube.com/watch?v=skGUy2iq_dw</p> <p>Deelnemers bekijken de YouTube-video over empathiekaarten. Daarna maken ze een empathiekaart over zichzelf: hoe voel je je als je ziek bent en zorg nodig hebt? De deelnemers vullen de template in.</p> <p>1. Wat zeg je? 2. Wat denk je? 3. Wat doe je? Wat kunnen andere mensen je zien doen? 4. Wat voel je?</p> <p>Deelnemers gaan vervolgens, met hulp van de lesgever, in gesprek met elkaar, bespreken de vragen en reflecteren.</p>

LEER ACTIVITEIT:

empathiekaart
toegang tot
professionele
gezondheids- en
welzijnsdiensten

Instructies

Na deze oefening selecteren de deelnemers een casus op basis van hun werkervaring met ouderen met een migratieachtergrond (tijdens stage of als professional). Deelnemers vullen de template een tweede keer in.

- 1. Wat zegt de zorgontvanger over zijn behoeften en de ontvangen professionele hulp en/of mantelzorg?**
- 2. Wat denkt de zorgontvanger over zijn behoeften en de ontvangen professionele hulp en/of mantelzorg?**
- 3. Wat doet de zorgontvanger met betrekking tot zijn zorgbehoeften en de ontvangen professionele hulp en/of mantelzorg?**
- 4. Wat voelt de zorgontvanger over zijn zorgbehoeften en de ontvangen professionele hulp en/of mantelzorg?**

Zien de deelnemers op basis van de empathiekaarten overeenkomsten of verschillen tussen de eigen ervaringen en de geselecteerde casus? Deelnemers gaan, met hulp van de lesgever, opnieuw in een gesprek met elkaar, bespreken de vragen en reflecteren.

HOOFDSTUK 3: STEREOTYPEN EN VOOROORDELEN

1. Stereotypen: wat zijn ze en welke rol spelen ze?

Het herkennen en aanpakken van stereotypen is niet alleen cruciaal voor het bevorderen van gelijkheid en respect tussen verschillende sociale groepen, maar ook voor het stimuleren van dieper begrip en empathische communicatie tussen mensen. Stereotypen hebben verschillende cognitieve en sociale functies, zoals het vereenvoudigen van informatieverwerking in onzekere situaties. Ze kunnen snelle oordelen vergemakkelijken, maar ook vooroordelen en discriminatie in de hand werken, wat bijdraagt tot uitsluiting en sociale onrechtvaardigheid.

Personen uit groepen met een hoge status kunnen hun gevoel van eigenwaarde versterken door leden van de out-group over één kam te scheren en zelfs te devalueren. Deze dynamiek creëert echter een omgeving van concurrentie tussen groepen die conflicten en verdeeldheid kan verergeren. Stereotypen fungeren als 'lijm' binnen een sociale groep en creëren een gevoel van saamhorigheid door gedeelde overtuigingen en normen. Dit kan zowel sociale cohesie bevorderen als vormen van uitsluiting voeden ten opzichte van degenen die deze waarden niet delen. De definitie van Hamilton en Troiler (1986) met betrekking tot stereotypen benadrukt hun rol als cognitieve structuur:

Stereotypen vereenvoudigen en categoriseren de werkelijkheid en creëren vervormde beelden die, hoewel ze elementen van waarheid kunnen bevatten, de complexiteit van personen binnen een groep niet weerspiegelen.

De categoriserende functie is nuttig om informatie snel te verwerken, maar kan problematisch zijn omdat het leidt tot generalisaties en vooroordelen. Stereotypen, ongeacht of ze positief of negatief zijn, beperken het vermogen om individualiteit en diversiteit binnen een groep te zien en te herkennen. De automatische activering van stereotypen kan onbewust gebeuren en beïnvloedt waarnemingen en gedrag, zelfs als er geen sprake is van openlijke vooroordelen. Dit onbewuste vooroordeel kan sociale ongelijkheden versterken en discriminerende attitudes op subtiele en verraderlijke manieren in stand houden. Hoewel stereotypen collectieve kenmerken lijken weer te geven, zijn ze vaak gericht op gemiddelden en generalisatie, wat leidt tot onnauwkeurige voorstellingen die voorbijgaan aan de specifieke ervaringen en kwaliteiten van elke persoon.

De rechtvaardiging van sociale ongelijkheden door stereotypen is een kritiek aspect. Stereotypen kunnen bestaande machtsstructuren maskeren en legitimeren, waardoor mensen niet kritisch kunnen nadenken over hun eigen status en de ongelijkheid om hen heen. Daarom is het essentieel om stereotypen uit te dagen en te ontkrachten om meer gelijkheid en sociale rechtvaardigheid te bevorderen en een omgeving te stimuleren waarin diversiteit en individualiteit worden erkend en gewaardeerd.



LEER ACTIVITEIT: citroenen zijn allemaal hetzelfde

Doel- stellingen	<ul style="list-style-type: none"> · Deelnemers herkennen diversiteit binnen groepen en begrijpen dat de eerste indrukken belangrijke verschillen kunnen verhullen. · Deelnemers zijn ruimdenkend en inclusief en kunnen in interculturele interacties verder kijken dan oppervlakkige oordelen.
Methode	<p>Groepsoefening. De activiteit kan alleen face-to-face worden uitgevoerd.</p>
Tijd	30 minuten
Hulp- bronnen	<p>Minstens één citroen voor elke deelnemer, notitiebladen. Er kan ook ander fruit worden gekozen (bijv. noten, sinaasappels, appels, ...).</p>
Referenties	<p>BICAS – Building intercultural competencies for ambulance services (2016)</p>
Instructies	<p>De begeleider legt de citroenen op een rij op een tafel. Elke deelnemer kiest een citroen en kijkt er een minuut naar (ze mogen de citroen ook aanraken en noteren wat ze hebben gezien). Elke deelnemer onthoudt de eigenschap van de citroen.</p> <p>Nu worden alle citroenen opnieuw gemengd (bijvoorbeeld in een kom) en elke deelnemer zoekt de citroen die hij eerder heeft gekozen.</p> <p>Dan stelt de begeleider de deelnemers de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Hebben ze de juiste citroen gekozen? · Hoe hebben ze die herkend? Via welke specifieke kenmerken? · Was het makkelijk of moeilijk om ze te herkennen? Waarom?

LEER ACTIVITEIT: citroenen zijn allemaal hetzelfde

Instructies

Aan het einde van de oefening wordt er nagedacht over het feit dat alle citroenen er hetzelfde uitzien. Maar als je beter kijkt, zijn ze allemaal verschillend en hebben ze specifieke kenmerken. Een algemene associatie geeft niet het uiterlijk of de gedetailleerde kenmerken van de vrucht weer. In ons dagelijks leven categoriseren we mensen en situaties. We gebruiken generalisaties en stereotiep denken. Toch kunnen we er niet van uitgaan dat dit iets zegt over een individu in de groep. Het is belangrijk om onze eigen categorieën te weerspiegelen en ze alleen te gebruiken als een eerste oriëntatie. Sta open voor individuele details. Ook al behoren mensen tot één cultureel gebied, ze hebben hun eigen identiteit en verschillende affiliaties die hun attitudes en meningen vormgeven.

2. Hoe ontstaan stereotypen?

De vorming en instandhouding van stereotypen worden beïnvloed door verschillende cognitieve, affectieve en sociale mechanismen. Hieronder vatten we de belangrijkste mechanismen samen.

◆ *Cognitieve “bias” of vooringenomenheid*

Stereotypen en vooroordelen worden beïnvloed door cognitieve vooroordelen, die fungeren als filters van informatie, waarbij alleen gegevens worden geselecteerd die relevant zijn voor iemands doelen en andere elementen worden genegeerd.

◆ *Sociale categorisering*

Mensen hebben de neiging om personen te categoriseren op basis van gedeelde kenmerken, zoals geslacht, etniciteit of sociale klasse. Hierdoor ontstaat een vereenvoudigd beeld van anderen als leden van een groep in plaats van als personen.

◆ *Intragroep assimilatie principe*

Overeenkomsten tussen mensen binnen een groep worden overschat, terwijl verschillen tussen groepen (uitgroepen) worden onderschat.

◆ *Attributiefouten*

Fundamentele attributiefout en illusoire correlatie kunnen de manier waarop we het gedrag van personen van andere groepen waarnemen, vertekenen. Dit leidt vaak tot verkeerde conclusies over persoonlijkheidskenmerken op basis van enkele waargenomen gedragingen. Een zorgontvanger met moslimachtergrond vertelt bijvoorbeeld hoe de arts ervan uitging dat haar hijab een uiting was van passieve religieuze conformiteit, opgelegd door haar ouders, en dat ze daarom conservatief en onintelligent was (Martin, 2015).

◆ *Affectieve mechanismen*

Negatieve emoties en angst ten opzichte van externe groepen kunnen intenser worden door het gebrek aan direct contact, waardoor deze emoties geassocieerd worden met de groep en stereotypen versterkt worden.

◆ *Sociaal leren*

Stereotypen kunnen ook het gevolg zijn van sociaal leren, waarbij overtuigingen over sociale groepen cultureel worden overgedragen via familie, vrienden, school en de media, in plaats van uit directe ervaring.

De constructie van stereotypen is een complex en multidimensionaal fenomeen dat beïnvloed wordt door meerdere psychologische en sociale factoren. Om stereotypen tegen te gaan, is het cruciaal om positieve en zinvolle interacties tussen verschillende groepen te bevorderen en actieve en bewuste kritiek op sociale en culturele voorstellingen / veralgemeningen aan te moedigen.

3. Vooroordelen

Etymologisch gezien komt de term vooroordeel van het Latijnse *praeiudicium*, een combinatie van *prae* (wat “voor” betekent) en *iudicium* (wat “oordeel” betekent). Dit suggereert dat vooroordelen te maken hebben met het vormen van een evaluatie of oordeel voordat alle benodigde informatie voor een goed geïnformeerde beslissing is verzameld.

In de sociale psychologie worden vooroordelen meestal gezien als een algemeen negatieve houding ten opzichte van een groep of personen die tot die groep behoren. Deze houding is vaak eerder gebaseerd op stereotypen dan op individuele kenmerken.



Vooroordelen kunnen zich op verschillende niveaus van bewustzijn manifesteren en worden beïnvloed door sociale normen en culturele waarden. Het rechtvaardigings- onderdrukkingsmodel van Crandall en Eshleman stelt dat mensen zowel vooroordelen ervaren als maatschappelijke druk die de uiting ervan belemmert. Dit creëert een complexe wisselwerking tussen persoonlijke vooroordelen en maatschappelijke verwachtingen.

Het onderscheid tussen “vooroordelen oude stijl” en “moderne vooroordelen” is bijzonder belangrijk. Vooroordelen oude stijl worden gekenmerkt door expliciete, openlijke houdingen en discriminerend gedrag, terwijl moderne vooroordelen vaak subtieler en genuanceerder zijn.



Vaak gaat het om innerlijke conflicten, die leiden tot wat aversief racisme wordt genoemd. Bij deze vorm van vooroordelen kunnen mensen onbewust discriminerende opvattingen hebben, terwijl ze naar buiten toe geloven in gelijkheid en rechtvaardigheid, wat resulteert in inconsistent gedrag. Om de dynamiek van vooroordelen effectief te begrijpen en aan te pakken, moet je rekening houden met meerdere factoren, waaronder culturele invloeden, psychologische mechanismen en sociale interacties. De uitdaging ligt in het bevorderen van bewustzijn en begrip om vooroordelen in al hun vormen te verminderen en rechtvaardigere en rechtvaardigere maatschappelijke interacties te stimuleren.

4. Stereotypen en vooroordelen: gelijkenissen en verschillen

Vooroordelen en stereotypen komen voort uit het proces van sociale categorisatie, waardoor mensen onderscheid kunnen maken tussen de in-groep (de groep waartoe ze behoren) en de uit-groep (andere sociale groepen).

Hoewel stereotypen en vooroordelen vaak als synoniem worden beschouwd, hebben ze verschillende kenmerken die een onderscheid rechtvaardigen (Marx & Ko, 2019).

Stereotypen zijn cognitieve voorstellingen die percepties van groepen vereenvoudigen en categoriseren en die als basis dienen voor algemene overtuigingen over hun kenmerken. Ze kunnen worden gezien als het voorstadium van vooroordelen. Aan de andere kant is vooroordeel een bredere houding die uit drie componenten bestaat:

- ◆ **Cognitieve component**
dit omvat stereotypen, die overtuigingen over een outgroup vertegenwoordigen
- ◆ **Affectieve component**
dit omvat de emoties die de uit-groep oproept, zoals angst, bezorgdheid of woede
- ◆ **Gedragscomponent**
dit verwijst naar de intenties of acties die worden ondernomen ten opzichte van de outgroup, wat zich kan manifesteren als discriminatie.

Discriminatie is de gedragsuiting van vooroordelen en staat voor negatieve acties gericht tegen personen op basis van hun groepslidmaatschap. Vooroordelen leiden echter niet altijd tot discriminatie, want het kan voorkomen dat mensen er bewust voor kiezen om hun vooroordelen terzijde te schuiven.

Voorbeeld toepassing:

Stereotype: “Noord-Afrikaanse mensen zijn luidruchtig.”

Vooroordeel: “Als het kon, zou ik nooit een huis verhuren aan een Noord-Afrikaan.” Dit weerspiegelt een cognitieve overtuiging over Noord-Afrikanen (luidruchtigheid) samen met een emotionele reactie van bezorgdheid over de situatie (affectieve component).

Discriminatie: “Verhuur niet aan Noord-Afrikanen”, wat het feitelijke gedrag is dat wordt uitgevoerd op basis van de vooroordelen.”

CASE STUDY IN EEN ONDERWIJS-CONTEXT

Denk aan een groep studenten met verschillende etnische achtergronden die aan een project werken. Een student uit een etnische minderheidsgroep kan stereotypen tegenkomen die suggereren dat personen uit hun achtergrond minder bekwaam of intelligent zijn. Deze stereotypen vormen het cognitieve onderdeel van vooroordelen. De aanwezigheid van deze stereotypen resulteert echter niet automatisch in discriminerend gedrag. Naarmate de groep samenwerkt, kunnen de andere studenten zich in eerste instantie beïnvloed voelen door hun vooroordelen, maar later empathie ontwikkelen voor hun klasgenoot. Deze verschuiving staat voor het affectieve onderdeel, het ontwikkelen van een positievere houding ten opzichte van inclusiviteit. In dit scenario kan de collectieve intentie van de groep om een inclusieve omgeving te bevorderen, ondanks de initiële activering van negatieve stereotypen, discriminerend gedrag vermijden. Dit illustreert het onderscheid tussen stereotiepe overtuigingen en daadwerkelijke acties, en benadrukt hoe bewustzijn, empathie en sociale dynamiek een cruciale rol kunnen spelen. Over het algemeen onderstreept dit voorbeeld dat hoewel stereotypen percepties en gedachten kunnen beïnvloeden, ze het gedrag niet dicteren. Opzettelijke pogingen om positief te communiceren kunnen een inclusievere en eerlijkere sfeer creëren. Daarmee wordt aangetoond dat mensen in staat zijn om boven hun vooroordelen uit te stijgen.



Vooroordelen en discriminatie: een spoedcursus psychologie

In deze video worden de concepten stereotypering, vooroordelen en discriminatie uitgebreid besproken. Ook worden er een aantal suggesties gedaan om je bewuster te worden van je eigen stereotypen.

LEER ACTIVITEIT:

werken met labels

Doelstelling	·Deelnemers zijn zich bewust van stereotypen.
Methode	Groepsdiscussie. De activiteit kan zowel face-to-face als online uitgevoerd worden, met ondersteuning van een Jamboard (of een vergelijkbare tool).
Tijd	1 uur
Hulpbronnen	Post-its / pennen Als de sessie online wordt uitgevoerd, is een vergaderplatform nodig (bv. Zoom) en een online tool voor groepswerk (bv. Ideaboardz of Mural).
Referenties	/
Instructies	<p>De lesgever vraagt de deelnemers om na te denken over een situatie die te maken heeft met een stereotype of discriminatie, en de emoties die dit oproep. Het stereotype en de bijbehorende situatie hoeven niet persoonlijk te zijn, maar kunnen verwijzen naar algemene voorbeelden die de deelnemers kennen.</p> <p>Vervolgens vraagt de lesgever de deelnemers om op twee aparte post-its (of digitale post-its, bv. in Jamboard of een vergelijkbare tool) het stereotype of de situatie en de bijhorende emoties te noteren.</p> <p>De deelnemers worden in duo's verdeeld en wisselen hun post-its uit. De lesgever stimuleert de discussie in de duo's via de volgende vragen: Ben je bekend met het stereotype dat de ander heeft opgeschreven? Heb je ervaringen die dit stereotype ondersteunen of juist ontkrachten? Als de activiteit online wordt uitgevoerd, kan de discussie in de gehele groep plaatsvinden, of via breakout rooms.</p>

LEER ACTIVITEIT:

werken met labels

Instructies

De lesgever vraagt de deelnemers om alle post-its met de stereotypen /situaties aan de linkerkant van de muur te plakken en de bijbehorende emoties aan de rechterkant. Als de activiteit online plaatsvindt, sorteert de lesgever de post-its op een manier die een groepsdiscussie bevordert. De lesgever leidt de deelnemers in een groepsdiscussie over de verscheidenheid en diversiteit van stereotypen via volgende **vragen**:

- Ben je je bewust van al deze stereotypen? Heb je ooit over al deze stereotypen nagedacht?
- Wat denk je dat de impact is van deze stereotypen?
 - Denk je dat deze stereotypen ooit invloed op jou hebben gehad in je dagelijks leven? Zo ja, op welke manier?
 - Waarom brengen deze stereotypen/situaties deze gevoelens bij je teweeg?
- Kies drie stereotypen en reflecteer als groep op hun impact en de tegenargumenten die je hebt ervaren: wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen deze drie stereotypen?

5. Ouderen met een migratieachtergrond: stereotypen en vooroordelen in de zorgsetting

Een oudere leeftijd combineren met een migratieachtergrond kan iemand blootstellen aan een dubbel risico van marginalisatie en sociale uitsluiting. Daarnaast kan het leiden tot beperkingen, existentiële eenzaamheid en armoede in brede zin. De combinatie leeftijd en migratie vormt een onzichtbare factor die ouderen met een migratieachtergrond extra kwetsbaar maken voor stereotypen en vooroordelen, zowel in de samenleving als in zorginstellingen. Dit belemmert vaak hun toegang tot kwalitatieve zorg en ondersteuning.

Bijvoorbeeld, een persoon die wordt gediscrimineerd op basis van etniciteit kan ook discriminatie ervaren op basis van gender, seksuele geaardheid, leeftijd, handicap, ...

Meervoudige discriminatie veroorzaakt een opeenstapeling van nadelen die voor ouderen met een migratieachtergrond kunnen resulteren in economische problemen, een slechtere gezondheid, beperkte rechten op sociale zekerheid en zorg, beperkte toegang tot diensten en ontoereikend beleid (Dolberg et al., 2018).

Etnische ongelijkheden in de gezondheids- en welzijnszorg vormen een belangrijk probleem. Uit onderzoek blijkt dat deze ongelijkheden vaak toenemen met leeftijd, voornamelijk door socio-economische factoren (Nazroo, 2006). Nazroo (2006) benadrukt dat het begrijpen van structureel racisme essentieel is om etnische ongelijkheden in de gezondheids- en welzijnszorg te analyseren. Discriminatie tegen ouderen met een migratie-achtergrond wordt versterkt door hardnekkige stereotypen en vooroordelen die hen afschilderen als afwijkend of minderwaardig (Chaouni et al., 2021).



Zo wordt de voorkeur van oudere vrouwen met een migratieachtergrond voor vrouwelijke zorg- en welzijnsprofessionals vaak ten onrechte toegeschreven aan etnische in plaats van culturele redenen, terwijl vergelijkbare voorkeuren bij autochtone oudere vrouwen meestal onopgemerkt blijven.

Discriminatie in de professionele gezondheids- en welzijnszorg is vooral merkbaar bij religieuze en etnische minderheden, zoals moslims (Martin, 2015). Moslims geven vaak aan dat ze te maken hebben met onwetendheid, uitsluiting en respectloos gedrag bij zorg- en welzijnsprofessionals, vooral in verband met religieuze praktijken zoals het gebed. Deze ervaringen benadrukken een groot gebrek aan gevoeligheid bij zorg- en welzijnsprofessionals.



Deze studies moedigen een heroverweging van de benadering van verschillende etniciteiten in de gezondheids- en welzijnszorg. Ze benadrukken de noodzaak van training voor medewerkers en bewustwording om stereotypen en vooroordelen aan te pakken, en om zorg te bieden die eerlijk en respectvol is tegenover verschillende culturen.

Het begrip en de inclusie van culturele verschillen kunnen bijdragen aan betere zorgervaringen voor ouderen met een migratieachtergrond, evenals voor andere etnische minderheden.

Ouderen met een migratieachtergrond ervaren ook discriminatie in ziekenhuisomgevingen, waar zij vertragingen in de zorg melden door religieuze praktijken, beperkte dieetopties zoals halalvoeding, ongemakkelijke reacties op gebed en aannames over hun vermogen om Engels te spreken. Deze voorbeelden tonen sociale categorisatie aan, waarbij “wij” (personeel en autochtone patiënten) en “zij” (oudere patiënten met een migratieachtergrond) ongelijkheid en uitsluiting in de behandeling creëren.

Ageïsme [3], vooral wanneer het samengaat met een migratieachtergrond, zorgt voor extra nadelen en leidt tot devaluatie en marginalisatie. In de professionele gezondheids- en welzijnszorg uit ageïsme zich zowel in negatieve als in schijnbaar onschuldige gedragingen, wat de communicatie tussen professionals en ouderen negatief beïnvloedt.



Studies, zoals die van Caris-Verhallen et al. (1999), tonen aan dat leeftijdsdiscriminatie onder zorg- en welzijnsprofessionals leidt tot kortere, oppervlakkige interacties en taakgerichte communicatiestijlen, wat de actieve betrokkenheid van oudere zorgontvangers bij besluitvorming ondermijnt. De literatuur schetst een complex beeld van de attitude binnen gezondheids- en welzijnsberoepen: sommige studies tonen een duidelijke negativiteit ten opzichte van ouderen, terwijl andere meer neutrale of zelfs positieve beoordelingen geven.

Het is echter zorgwekkend dat ageïsme zich ook manifesteert in klinische praktijken en behandelingskeuzes, wat leidt tot ongelijke behandeling tussen verschillende leeftijdsgroepen (Wyman et al., 2018). Ambady (2002) geeft bijvoorbeeld aan dat artsen ouderen vaak uitsluiten van het besluitvormingsproces over hun zorg.

[3] Ageïsme of leeftijdsdiscriminatie is een specifieke vorm van discriminatie die ouderen treft. Dit wordt verergerd in het geval van migratieachtergrond, die hiervan meerdere sociale en economische nadelen kunnen ervaren (WHO, 2021).

Het concept van elderspeak, een neerbuigende manier van spreken tegen ouderen, verergert het probleem verder door bij te dragen aan een kinderlijke behandeling van ouderen (Shaw & Gordon, 2021). Deze discriminerende houding heeft een negatieve impact op verschillende aspecten van het leven van ouderen, zoals cognitieve functioneren, gedrag en gezondheid, zelfs wanneer zij zich niet bewust zijn van elderspeak (Wyman et al., 2018).

Zowel ouderen als zorg- en welzijnsprofessionals signaleren diverse drempels die de deelname van ouderen aan gezamenlijke besluitvorming bemoeilijken (Belcher et al., 2006; Wetzels et al., 2004). Deze uitdagingen benadrukken de complexiteit van de situatie en onderstrepen de noodzaak om zorg- en welzijnsprofessionals beter op te leiden en extra ondersteuning te bieden aan ouderen en hun mantelzorgers. Het erkennen en aanpakken van ageïsme is van cruciaal belang om de kwaliteit van zorg te verbeteren en ervoor te zorgen dat ouderen beter betrokken worden bij beslissingen over hun eigen zorg.

6. Wat zijn de effecten van stereotypen?

Het onderwerp van stereotypen en hun effecten is zeer relevant in de sociale psychologie, vooral bij het begrijpen van hoe ze intergroepsdynamieken en persoonlijke identiteit vormgeven. Het onderzoek van Steele en Aronson naar stereotypebedreiging toont aan dat alleen al het bewust zijn van negatieve stereotypen de prestaties van een individu kan schaden. Dit leidt tot een vicieuze cirkel waarin prestatieangst de stereotypen die de angst veroorzaken, versterkt.

Wanneer mensen uit gestigmatiseerde groepen zich bewust zijn van de negatieve stereotypen die met hun groep geassocieerd worden, voelen ze zich bedreigd en gedragen ze zich op manieren die deze stereotypen bevestigen. Dit gebeurt zelfs in situaties die niet direct te maken hebben met hun sociale identiteit. Dit fenomeen kan aanzienlijke gevolgen hebben voor hun zelfbeeld en psychologisch welzijn.

Stereotypen over ouderen beïnvloeden niet alleen de verwachtingen die anderen van hen hebben, maar hebben ook een negatieve impact op het zelfvertrouwen en het gevoel van zelfredzaamheid van ouderen zelf (National Research Council Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology; Carstensen & Hartel, 2006).



Dergelijke overtuigingen kunnen ertoe leiden dat ouderen hun eigen mogelijkheden onderschatten, wat een negatieve impact kan hebben op de kwaliteit van leven. Dit benadrukt hoe geïnternaliseerde stereotypen zowel op persoonlijk als maatschappelijk niveau marginalisatie en discriminatie in stand kunnen houden.

Discriminatie tegen ouderen met een migratieachtergrond in de professionele gezondheids- en verzorgingszorg is een belangrijk en urgent probleem dat aandacht vraagt. Stereotypen over zowel ouder worden als het behoren tot een minderheidsgroep belemmeren de toegang tot adequate en passende gezondheids- en verzorgingszorg. Gebrek aan kennis en bewustzijn van deze problematiek kan leiden tot verkeerde diagnoses en zelfs tot het vermijden of afwijzen van zorg door de zorgontvangers zelf.

Een cruciale eerste stap in het aanpakken van deze problemen is het verspreiden van kritische bewustwording over stereotypen en hun negatieve gevolgen. Dit impliceert educatie en training voor medisch en sociaal personeel, zodat zij hun vooroordelen kunnen herkennen en overwinnen. Werken aan interculturele training en het bevorderen van positieve rolmodellen kan zorg- en welzijnsprofessionals kansen bieden om meer empathie en begrip te ontwikkelen. Daarnaast is het essentieel om een ziekenhuis- en sociale omgeving te creëren die gastvrij en inclusief is en in staat is om te voldoen aan de specifieke behoeften van ouderen met een migratieachtergrond.



Dit zou onder meer het implementeren van divers-sensitieve gezondheids- en welzijnsprogramma's kunnen inhouden, de effectieve vertaling van gezondheidsinformatie en het stimuleren van open dialoog tussen zorgontvangers en zorg- en welzijnsprofessionals.

Het bevorderen van de communicatie en actieve deelname van ouderen met een migratieachtergrond in besluitvormingsprocessen over hun gezondheid en welzijn kan ook bijdragen aan een verbeterde ervaring en de perceptie van marginalisatie verminderen.

Wanneer ouderen zich gehoord en betrokken voelen, neemt de kans toe dat zij de richtlijnen en aanbevelingen aanvaarden en opvolgen.



Bias in de gezondheidszorg

De video toont aan dat er impliciete vooroordelen bestaan in de gezondheidszorg. Hoewel het doel van zorg- en welzijnsprofessionals is om passende en eerlijke zorg te bieden, kunnen culturele invloeden soms de kwaliteit van de zorg beïnvloeden.

HOOFDSTUK 4:

DIVERS-SENSITIEVE COMMUNICATIE

1. Inclusieve communicatie

Inclusieve communicatie is de manier waarop je in een superdiverse samenleving communiceert om zo veel mogelijk mensen te bereiken en te betrekken. Inclusieve communicatie gaat verder dan een culturalistische benadering, waarin de nadruk ligt op specifieke culturen en hun kenmerken (Hoffman, 2024). Het bewust erkennen en aanpakken van communicatiebarrières is een eerste belangrijke stap om ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers zich op hun gemak te laten voelen bij zorg- en welzijnsprofessionals. Deze barrières zijn niet alleen verbonden aan verbale communicatie, maar ook aan non-verbale en para-verbale communicatie en de manier waarop conflicten en misverstanden worden begrepen en geïnterpreteerd.

Inclusieve communicatie is gebaseerd op de principes van erkende gelijkheid en erkende diversiteit (Hoffman, 2024). Erkende gelijkheid verwijst naar het idee dat communicatie tussen mensen, ongeacht hun achtergrond, altijd communicatie is tussen mensen als gelijken. Erkende diversiteit houdt in dat we unieke personen zijn, verbonden met anderen, met meerdere identiteiten, eigen levensverhalen en ingebed in diverse socio-culturele contexten.

Communicatie is daarom een samenspel tussen personen met hun unieke persoonlijkheid, fysieke en mentale conditie, biografie, culturele gewoontes, ..., én de specifieke situatie waarin de communicatie of interactie plaatsvindt.

Hoffman legt met een voorbeeld uit hoe de context bepaalt hoe je mensen inclusief benadert: afhankelijk van de situatie zijn personen in de eerste plaats werknemers, cliënten, leerlingen, ouders, burgers, ... (erkende gelijkheid). Tegelijkertijd heeft iedereen zijn eigen specifieke persoonlijke kenmerken, competenties, motieven, behoeften, emoties en waarden (erkende diversiteit).

Hoffman (2024, p. 24) legt uit:

Een werknemer vroeg aan zijn werkgever of hij op vrijdag vrij mocht om naar de moskee te gaan. De werkgever reageerde met: *"Dat kan niet. Hier in Nederland gaan we op zondag naar de kerk!"* Vanuit een inclusieve benadering zou de werkgever de man moeten zien als een werknemer (erkende gelijkheid) – en niet enkel als een moslim – die een specifieke wens heeft (erkende diversiteit), zoals elke werknemer een wens kan hebben.

Bijvoorbeeld: andere werknemers willen misschien ook op vrijdag vrij nemen om van een lang weekend te genieten.

Laten we een ander voorbeeld geven. Naarmate mensen ouder worden, kunnen bepaalde problemen ontstaan of verergeren. Een veelvoorkomend probleem is gehoorverlies. Het gevaar is dat we in het stereotype vervallen dat alle ouderen gehoorproblemen hebben en hen dan op een ongepaste manier aanspreken, bijvoorbeeld door elderspeak te gebruiken. Kemper et al. (1998) beschrijven elderspeak als een vereenvoudigde manier van spreken, met een overdreven toonhoogte, simpele grammatica, beperkt vocabulaire en langzaam spreken. Dit wordt vaak gebruikt door jongere personen wanneer ze met ouderen communiceren, bijvoorbeeld in een zorginstelling, en is gebaseerd op het stereotype dat ouderen minder goed kunnen communiceren (Williams, 2011).

De kenmerken van elderspeak komen overeen met een communicatiestijl die wordt gebruikt wanneer men tegen jonge kinderen spreekt. Daarom wordt het ook wel secundaire babytaal genoemd. Deze manier van communiceren kan zowel de spreker als de ontvanger ontevreden maken. Vanuit een inclusieve benadering moet elke zorgontvanger op een manier behandeld worden waarbij ze de informatie goed kunnen begrijpen en zich welkom voelen (erkende gelijkheid). Sommigen hebben hulp nodig om bijvoorbeeld goed naar informatie te luisteren of om teksten te begrijpen, terwijl anderen het fijn vinden om formeel aangesproken te worden of juist met hun voornaam.

Om inclusieve communicatie te waarborgen, moeten zorg- en welzijnsprofessionals letten op verbale, non-verbale en paraverbale aspecten van communicatie, en rekening houden met de context waarin het gesprek plaatsvindt. Het is belangrijk dat zorg- en welzijnsprofessionals niet blijven hangen in oppervlakkige of stereotype beelden van de zorgontvanger; stel gerichte vragen, vraag om verduidelijking en zorg ervoor dat de zorgontvanger de informatie goed begrijpt en zichzelf duidelijk kan uitdrukken.



[Boxes & All that we share TV 2 | All That We Share - YouTube](#)

Bekijk deze video. Wat zegt het over gelijkenissen en verschillen?



[Family caregiving in a super-diverse context](#)

Doorloop dit Reusable Learning Object (RLO) om meer te leren over mantelzorg en hoe mantelzorgers betrokken kunnen worden in de zorg, met aandacht voor superdiversiteit.

2. Culturen ontmoeten elkaar niet, mensen doen dat: het TOPOI model

Het TOPOI-model, ontwikkeld door Edwin Hoffman, wordt gebruikt om communicatie te analyseren. Dit analytisch kader analyseert mogelijke misverstanden en conflicten tijdens en na een gesprek. Het model vertrekt vanuit de premisse dat communicatie universeel is en legt de nadruk op interactie in plaats van op cultuur.

Volgens het model zijn er vijf domeinen binnen communicatie waar misverstanden kunnen optreden:

- ◆ **Taal: betekenissen van verbale en non-verbale taal**
Bv. communicatiestijlen, beleefdheid, feedback, connotaties, interactieregels, lichaamstaal, oogcontact, sociaal aanvaard gedrag, kleding, ...
- ◆ **Ordering: zienswijze en logica**
Bv. verschillende levens- en wereldbeelden, verschillende manieren van redeneren (holistisch, analytisch, deductief, inductief, ...)
- ◆ **Personen: identiteit en betrekking**
Bv. beelden, gezichten, mannelijkheid/vrouwelijkheid, gendergelijkheid, het opbouwen van vertrouwen, ...
- ◆ **Organisatie: de organisatorische en maatschappelijke context van de interactie**
Bv. wetgeving, politieke context, socio-economische context, procedures, functies, leiderschapsstijlen, ...
- ◆ **Inzet: motieven, emoties, noden, waarden en spiritualiteit van de betrokken personen**

Het model maakt je bewust van de invloed van elk domein en de verschillen die kunnen ontstaan. Het helpt je om te focussen op de daadwerkelijke interactie tussen mensen, mogelijke misverstanden te herkennen, te reflecteren op de oorzaken en oplossingen te bedenken.

LEER ACTIVITEIT:

het TOPOI model

Doelstelling	·Deelnemers kunnen via het TOPOI-model communicatie analyseren en domeinen van misverstanden identificeren.
Methode	De activiteit kan zowel individueel als in groep gedaan worden. In groep kan het zowel face-to-face als online, via een Jamboard (of een vergelijkbare tool).
Tijd	2 uur
Benodigheden	Als de sessie online wordt gedaan, is een vergaderplatform nodig (bv. Zoom of Microsoft Teams) en online tool voor groepswork (bv. Ideaboarz of Mural).
Referenties	<p>https://www.digi-pass.eu/ST-Culture-How-to</p> <p>https://www.researchgate.net/publication/38404336</p> <p>4 Inclusive Communication and the TOPOI-model Beyond intercultural communication and competence 'Cultures don't meet people do'</p>
Instructies	<p>Stap 1. Deelnemers maken zich vertrouwd met het TOPOI-model en de vragen om communicatie te analyseren, met behulp van de bovengenoemde referenties (individueel).</p>

LEER ACTIVITEIT:

het TOPOI model

Instructies

Stap 2. Deelnemers lezen volgende casus.

Fatima is een vrouw van 88 jaar met Marokkaanse roots. Op 42-jarige leeftijd immigreerde ze samen met haar man en kinderen naar België. Haar man is drie jaar geleden overleden en Fatima woont nu alleen in de woning. Haar dochter Zeynep woont in de buurt. Lange tijd kon Fatima zich goed redden met de hulp van haar dochter, maar nu heeft ze meer hulp en toezicht nodig. Na enkele zeer moeilijke maanden thuis regelde haar dochter Zeynep een plaats in het woonzorgcentrum in de buurt.

Na enige tijd vraagt Zeynep voor een gesprek met de hoofdverpleegkundige. Ze maakt zich zorgen over de zorg voor haar moeder en het feit dat haar moeder niet gelukkig lijkt. Haar moeder vertelde haar dat ze het eten niet lekker vindt en dat ze niet wordt uitgenodigd voor de activiteiten. Tijdens het gesprek verwijst de hoofdverpleegkundige naar een situatie waarin Fatima niet deelnam aan een groepsactiviteit omdat ze in haar kamer wilde blijven om te bidden (zoals ze meerdere keren per dag doet). Sommige medewerkers storen zich hieraan omdat ze vinden dat ze niet op Fatima hoeven te wachten, en sommigen nodigen haar zelfs niet meer uit om deel te nemen aan een activiteit. *“Waarom kan Fatima zich niet aanpassen aan het tijdschema zoals de andere bewoners?”* Een discussie ontstaat tussen Zeynep en de hoofdverpleegkundige.

Stap 3. Deelnemers analyseren de casus op basis het TOPOI model en de volgende **vragen**:

- Waar zie je verschillen en overeenkomsten in de 5 TOPOI-domeinen tussen Fatima, Zeynep en de hoofdverpleegkundige?
- Welke domeinen kunnen leiden tot miscommunicatie?
 - Wat zou je als verpleegkundige kunnen doen om miscommunicatie te voorkomen?

Om communicatiebarrières te overwinnen, zijn een goede houding en communicatieve vaardigheden cruciaal. Belangrijke aspecten hierbij zijn respect tonen, openstaan voor anderen, nieuwsgierigheid tonen, kritische zelfreflectie, flexibel zijn, actief luisteren en 'tussen de regels door lezen' of de sfeer aanvoelen (Hoffman, 2024). Het is ook essentieel om mensen niet in hokjes te plaatsen en het gevoel van 'anders-zijn' te vermijden. Dit werd eerder al benadrukt in het hoofdstuk over stereotypen.

Het is belangrijk om tijdens een gesprek aandacht te hebben voor de rollen en identiteiten van de betrokken personen. Bijvoorbeeld: een dochter kan, zelfs alleen al in haar rol als mantelzorger, verschillende rollen vervullen. Ze is een expert in de zorg voor haar moeder (doordat ze jarenlang thuis voor haar heeft gezorgd), maar ook iemand die zelf ondersteuning nodig heeft, een mede-zorgverlener naast de professional en een dochter die emotioneel dicht bij haar moeder staat. Zelfs binnen hetzelfde gesprek kunnen deze rollen of identiteiten verschuiven, afhankelijk van de context en interactie (Hoffman, 2024).



Wanneer men te maken heeft met een gebrek aan vertrouwen of een houding van wantrouwen, kan het helpen om meer tijd en aandacht te bieden aan de zorgontvanger en hem/haar te ondersteunen bij het afbreken van barrières. Negatieve houdingen die voortkomen uit een gebrek aan vertrouwen, kunnen vaak te maken hebben met misverstanden of het gevoel niet serieus te worden genomen. In dergelijke gevallen kunnen geduld en begrip een goede strategie zijn. Het goede nieuws is, zoals Hoffman (2024, p. 24) stelt, dat fouten gemaakt mogen worden:

“Wees trouw aan wie je bent: onbevangen en authentiek.”

3. Taalbarrières overwinnen

Een taalbarrière is vaak een grote uitdaging die leidt tot misverstanden tussen de zorg- en welzijnsprofessionals en de zorgontvanger. Om dit te overbruggen, kunnen zorg- en welzijnsprofessionals drie hoofdstrategieën toepassen (Van Landschoot et al., 2021): als zorg- en welzijnsprofessionals het taalgebruik aanpassen, ondersteunende hulpmiddelen inzetten en derden inschakelen, zoals een tolk.

Pas je taalgebruik aan

- Gebruik eenvoudige taal in de 'nationale taal'
- Kies een 'gemeenschappelijke taal' (die beide partijen enigszins beheersen)
- Gebruik de taal van de gesprekspartner

Ondersteun de communicatie met hulpmiddelen

- (Meertalige) visuele tools
- Meertalige documenten
- Meertalige digitale tools (apps en vertaalcomputers)

Schakel derden in

- Interculturele mediator
- Sociaal tolk (tolk ter plaatse, webcamtolk of telefoontolk)
- Taalhulp
- Collega
- Informele tolk

Elke strategie heeft zowel voor- als nadelen, of er zijn bepaalde aandachtspunten waar men rekening mee moet houden.

Bijvoorbeeld, een familielid, dat geen zorg- en welzijnsprofessionals is en niet volledig neutraal, kan zich beperken tot een interpretatie van het rapport van de zorgontvanger, waarbij delen weggelaten worden of zijn/haar eigen mening wordt gegeven (Priebe et al., 2011).

Vertaaltools daarentegen kunnen vertaalfouten bevatten en misverstanden tussen de betrokken partijen veroorzaken. Er zijn veel hulpmiddelen op de markt. Men moet een keuze maken op basis van het onderwerp, de doelstellingen en het type (bv. al dan niet nood aan visuele ondersteuning) (Van Landschoot et al., 2021).




Werken met mantelzorgers als tolk.

Bekijk de twee video's. Wat vertellen ze over het werken met mantelzorgers als tolk? Wat zijn aandachtspunten? Hoe kun je ervoor zorgen dat de men rekening houdt met de zorgen van de mantelzorger?

- Video 1: [casus versie 1](#)
 - Video 2: [casus versie 2](#)
-

Ladha et al. (2018) geven tips voor zorg- en welzijnsprofessionals over het werken met tolken:

- Maak jezelf vertrouwd met de tolkdiensten in de regio
 - Bespreek de verwachtingen met de tolk voor elke afspraak
 - Gebruik de tolk om de volgende afspraak te regelen en bevestig de vervoersafspraken
 - Zorg voor een driehoekige zitopstelling, zodat iedereen de non-verbale signalen kan zien
 - Stel iedereen die aanwezig is voor
 - Vraag wie de meest geschikte persoon is om de vragen aan te stellen
 - Kijk naar de mantelzorgers terwijl gesproken wordt en probeer rechtstreeks met hen te communiceren
 - Bespreek het gesprek achteraf met de tolk om te waarborgen dat de communicatie volledig werd vertaald
- 

LEER ACTIVITEIT: verhalen van zorg- en welzijns- professionals

Doel- stellingen	<ul style="list-style-type: none"> ·Deelnemers leren kritisch nadenken om communicatie-uitdagingen, vooral bij taalbarrières, beter te analyseren en op te lossen. ·Deelnemers ontwikkelen creatieve manieren om gedachten en ideeën effectief over te brengen, zelfs wanneer taal een beperking vormt. ·Deelnemers vergroten hun inzicht in hun eigen communicatiestijl en gedrag bij interacties met mensen uit verschillende taalachtergronden. ·Deelnemers leren het gedrag en de communicatiestijlen van anderen beter begrijpen, en ontwikkelen empathie en flexibiliteit voor succesvolle interculturele communicatie.
Methode	Storytelling-interviews; kritisch denken; groepsdiscussie
Tijd	40 minuten
Hulp- bronnen	Storytelling-interview hier
Referenties	/
Instructies	<p>Deelnemers bekijken de video en bespreken deze vervolgens in kleine groepen of in één grote groep. Het is belangrijk om discussie te stimuleren om kritisch nadenken over de onderwerpen in de video te bevorderen.</p>

LEER

ACTIVITEIT: verhalen van zorg- en welzijns-professionals

Instructies

Deelnemers bespreken de informatie uit de video aan de hand van de volgende **vragen**:

- Met welke factoren moeten zorg- en welzijnsprofessionals rekening houden als ze in contact komen met een zorgontvanger met migratieachtergrond?
- Wat kan de zorgrelatie tussen een zorg- en welzijnsprofessional en een zorgontvanger met migratieachtergrond faciliteren?
- Wat kan de zorgrelatie tussen een zorg- en welzijnsprofessional en een zorgontvanger met migratieachtergrond belemmeren?
- Kan je persoonlijke ervaringen delen die de in de video gepresenteerde kwesties illustreren?
- Wat was het belangrijkste punt of de meest essentiële boodschap uit de video?
- Beïnvloedt de informatie jouw gedrag in de toekomst?
- Heb je uit de video informatie gehaald die nuttig is voor jouw toekomst?
- Hoe betrouwbaar vind je de informatie en gebeurtenissen in de video?

LEER ACTIVITEIT:

geluidslandschap

Doel- stellingen	<ul style="list-style-type: none"> · Deelnemers gebruiken non-verbale communicatie om effectief te communiceren zonder afhankelijk te zijn van taal. · Deelnemers vergroten hun creativiteit in communicatie door alternatieve vormen van expressie te verkennen, zoals geluiden, gebaren en lichaamstaal. · Deelnemers leren flexibel en aanpasbaar te zijn in communicatie door inzicht te krijgen in hoe betekenis overgebracht kan worden zonder gesproken taal.
Methode	Drama-oefening
Tijd	30-40 minuten
Hulp- bronnen	<p>Optioneel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een groot vel papier met daarop de “woorden” geschreven (ANA, NA GRRRR, PHUT, BOOM!) • Muziek om op de achtergrond af te spelen tijdens de optredens
Referenties	/
Instructies	<p>De lesgever verdeelt de deelnemers in kleine groepen van 3 à 4 personen. Elke groep krijgt een eenvoudig scenario of verhaal toegewezen waarin een oudere met migratieachtergrond en mantelzorgers betrokken zijn, zoals een doktersbezoek of een sociale interactie in een dienstencentrum.</p> <p>De lesgever legt uit dat de groepen een geluidslandschap dienen te creëren met hun stemmen en lichaamsbewegingen om het scenario uit te beelden. De deelnemers mogen geen gesproken taal gebruiken.</p>

LEER ACTIVITEIT:

geluidlandschap

Instructies

De groepen krijgen een paar minuten om hun geluidlandschap te oefenen en te verfijnen. De geluidlandschappen kunnen verschillende soorten geluiden bevatten, zoals “hmm”, “ana”, “na”, “grrr”, “phut”, “boom!”, het geluid van lachen, ... Het geluidlandschap moet de setting, de handelingen en de emoties van het scenario / verhaal overbrengen.

Na het oefenen en verfijnen van hun geluidlandschap, voert elke groep dit uit voor de andere deelnemers.

Na elke uitvoering brengt de lesgever een korte discussie op gang over de emoties en boodschappen die via non-verbale communicatie werden overgebracht. Dit stelt de deelnemers in staat om hun interpretaties en reflecties te delen. De lesgever moedigt de deelnemers aan om na te denken over het belang van non-verbale signalen bij het overwinnen van taalbarrières.

Volgende **vragen** kunnen de discussie faciliteren:

- Wat was jouw persoonlijke ervaring - hoe voelde het om zonder woorden te communiceren?
- Waren er uitdagingen die je opmerkte? Welke soort uitdagingen?
- Waren er factoren die het begrip bevorderden? Wat hinderde het begrip?
- Welke methoden denk je dat er zouden kunnen zijn om de communicatie en wederzijds begrip te bevorderen?
- Heeft deze oefening jouw begrip van non-verbale communicatie beïnvloed?

Let op: pas deze oefeningen aan op basis van de taalvaardigheid en de culturele context van de deelnemers. Overweeg om na elke oefening terug te koppelen om reflectie en het delen van ervaringen te stimuleren.

Voorbeelden scenario

Houd er rekening mee dat het vertellen van een verhaal met een geluidlandschap afhankelijk is van non-verbale geluiden en gebaren om de essentie van het scenario over te brengen. Deze stemelementen moeten spaarzaam en effectief worden gebruikt om de sfeer en emoties die in elke situatie ervaren worden te versterken.

LEER ACTIVITEIT:

geluidslandschap

Instructies

Scenario 1: bezoek arts-specialist

Geluidslandschap

- Stem arts: spreekt in een kalme, zeer lage toon, stelt vragen en geeft medische instructies
- Stem andere zorg- en welzijnsprofessional / mantelzorger: is bezorgd, legt de symptomen en medische geschiedenis van de patiënt aan de arts uit
- Stem oudere met migratieachtergrond: uit fragmentarische woorden of zinnen, toont verwarring en moeite om zichzelf uit te drukken
- Achtergrondgeluiden: weergave van de geluiden in een druk ziekenhuis, waaronder stemmen van andere patiënten en medisch personeel
- Geluid medische apparatuur: geluiden van medische instrumenten zoals een stethoscoop, bloeddrukmeter of andere gebruikte medische hulpmiddelen

Scenario 2: dienstencentrum


Geluidslandschap

- Stem begeleider: verwelkomt de deelnemers, geeft instructies en moedigt interactie aan
- Stem welzijnsprofessional: ondersteunt en moedigt de zorgontvanger aan om deel te nemen, biedt zachte begeleiding
- Stem oudere met migratieachtergrond: uit geluiden van verwarring of pogingen om te communiceren
- Achtergrondgeluiden: gesprekken tussen andere aanwezigen in verschillende talen
- Groepsactiviteiten: geluiden van groepsactiviteiten zoals lachen, klappen of muziekinstrumenten die betrokkenheid en plezier aangeven

4. Culturele kennis

Hoewel deze module zich richt op inclusieve communicatie, is het belangrijk om ook aandacht te besteden aan culturele kennis. Culturele verschillen kunnen leiden tot uiteenlopende opvattingen over ziekte, diagnose en behandeling. Miscommunicatie kan vermeden worden door meer kennis en openheid te ontwikkelen ten opzichte van andere culturen, zolang cultuur niet wordt beschouwd als een bepalende factor. Culturele kennis kan worden vergroot door uitwisseling, zowel met zorgontvangers en mantelzorgers als met andere zorg- en welzijnsprofessionals. Daarnaast kan het nuttig zijn trainingen te volgen die zorg- en welzijnsprofessionals, onderwijsgevenden, culturele mediators en medewerkers van asielzoekerscentra ondersteunen in het toepassen van een cultureel aangepaste aanpak. Het is essentieel om samen te werken met culturele mediators en deze samenwerking te optimaliseren, zodat culturele gewoonten die een behandeling kunnen bemoeilijken beter begrepen worden.

In het boek “Cross-cultural communication: Tools for working with families and children” van Ladha et al.(2018) wordt het LEARN-model (Luisteren, Uitleggen, Erkennen, Aanbevelen, Onderhandelen) voorgesteld. Dit model is een hulpmiddel voor het verbeteren van interculturele communicatie, het bevorderen van wederzijds begrip en het ondersteunen van passende zorg. De auteurs beschrijven het model als volgt:

 **Luister:** onderzoek bij elke zorgontvanger hoe goed het gezondheidsprobleem, de oorzaken ervan en mogelijke behandelingen begrepen wordt. Vraag naar de verwachtingen van het gesprek en benader de zorgontvanger met een open, nieuwsgierige en respectvolle houding om vertrouwen en begrip te bevorderen.

◆ **Leg uit:**

leg de eigen kijk op het gezondheidsprobleem, maar houd er rekening mee dat zorgontvangers gezondheid en ziekte anders kunnen interpreteren door hun culturele of etnische achtergrond.

◆ **Erken:**

ga respectvol om met het bespreken van verschillen tussen hun opvattingen en die van jezelf. Benadruk zowel de overeenkomsten als de verschillen, en gaat na of de uiteenlopende overtuigingen mogelijks een therapeutisch dilemma kunnen veroorzaken.

◆ **Geef aanbevelingen:**

ontwikkel en stel een behandelplan voor aan de zorgontvanger en mantelzorgers.

◆ **Onderhandel:**

werk samen met de zorgontvanger en de mantelzorgers om tot een akkoord te komen over het behandelplan. Zorg ervoor dat het behandelplan aansluit bij de culturele achtergrond en opvattingen over gezondheid en genezing.

Kennis en training zijn hierbij eveneens van cruciaal belang. Het is belangrijk om de interculturele competenties van zorg- en welzijnsprofessionals te versterken door thema's te integreren en verder uit te diepen die betrekking hebben op:

- Interculturele geneeskunde
- Communicatie over gezondheidsonderwerpen met zorgontvangers met een andere culturele achtergrond
- Gezondheidssystemen wereldwijd
- Opleidingsprogramma's voor verschillende zorg- en welzijnsprofessionals
- Gezondheidspecifieke kenmerken personen met een migratieachtergrond (prevalentie van belangrijke ziekten)

LEER

ACTIVITEIT: meertalige improvisatie

Doelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> ·Deelnemers verbeteren hun aanpassingsvermogen en responsiviteit binnen meertalige contexten. ·Deelnemers gebruiken creatieve communicatietechnieken om taalbarrières te overwinnen en beter begrip te tonen. ·Deelnemers ontwikkelen vaardigheden in actief luisteren om anderen beter te begrijpen. ·Deelnemers versterken non-verbale communicatievaardigheden. ·Deelnemers ontwikkelen improvisatievaardigheden om snel te kunnen schakelen en hun communicatiestijl in realtime interacties aan te passen.
Methode	Drama-oefening
Tijd	30-40 minuten
Hulpbronnen	<p>Scenario's uitgeschreven op kaartjes of uitgeprint per duo</p> <p>Optioneel: rekwisieten of eenvoudige kostuums om de improvisatie te versterken</p>
Referenties	/
Instructies	<p>De trainer koppelt deelnemers aan elkaar en wijst elk duo een taal toe die voor beiden onbekend is of waarin ze slechts een beperkte basiskennis hebben. Elk duo ontvangt een scenario waarin een interactie plaatsvindt tussen een zorg- en welzijnsprofessional en een oudere met een migratieachtergrond. De opdracht is om het scenario te spelen met gebruik van hun beperkte kennis van de toegewezen taal, ondersteund door non-verbale communicatie en gebaren. Na een vooraf bepaalde tijd presenteert elk duo hun improvisatie aan de rest van de groep. Na de presentaties leidt de trainer een groepsgesprek. Hierin wordt besproken welke uitdagingen de deelnemers hebben ervaren, welke strategieën ze hebben gebruikt en hoe belangrijk aanpassingsvermogen en creativiteit zijn bij het overbruggen van taalbarrières.</p>

LEER ACTIVITEIT: meertalige improvisatie

Instructies

Voorbeeldvragen om de groepsdiscussie te ondersteunen:

- Hoe heb je het persoonlijk ervaren om zonder woorden te communiceren?
- Welke uitdagingen kwam je tegen tijdens de oefening? Kun je voorbeelden geven van deze uitdagingen?
 - Welke factoren maakten het makkelijker om elkaar te begrijpen? Waren er ook factoren die het juist moeilijker maakten?
 - Welke methoden zouden volgens jou kunnen helpen om communicatie en wederzijds begrip te verbeteren?
- Hoe heeft deze oefening je inzicht in communicatie en non-verbale signalen veranderd?

Pas de oefeningen aan op de taalvaardigheid en culturele achtergrond van de deelnemers. Organiseer na elke oefening een nabespreking om deelnemers de gelegenheid te geven te reflecteren en hun ervaringen te delen.

Voorbeeldscenario's

In beide scenario's ligt de nadruk op effectieve communicatie, empathie en het vinden van alternatieve manieren om taalbarrières te overwinnen.

Deze scenario's bieden studenten en zorgprofessionals de kans om hun vaardigheden in interculturele communicatie, aanpassingsvermogen en persoonsgerichte zorg te ontwikkelen, specifiek gericht op ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers.

Scenario 1: verpleegkundige en oudere met een migratieachtergrond

Beschrijving

Een oudere persoon met migratieachtergrond, die de taal slechts beperkt spreekt, wordt opgenomen in het ziekenhuis voor medische behandeling. In dit scenario vindt een interactie plaats tussen de oudere persoon met migratieachtergrond en een verpleegkundige die zorg moet bieden en relevante medische informatie moet verzamelen.

Scenario

De verpleegkundige komt de ziekenhuiskamer binnen, stelt zichzelf voor, maar merkt al snel dat de patiënt de taal niet begrijpt. De verpleegkundige moet alternatieve manieren vinden om te communiceren en de zorg effectief te bieden.

LEER ACTIVITEIT:

meertalige
improvisatie

Instructies

Doelstellingen

- De verpleegkundige moet de symptomen en medische geschiedenis van de patiënt beoordelen.
- De patiënt moet de gezondheidsproblemen delen en de instructies van de verpleegkundige begrijpen.

Mogelijke acties

- De verpleegkundige kan vertaaltools gebruiken of, indien beschikbaar, de hulp van een tolk inroepen.
- De verpleegkundige kan visuele hulpmiddelen, gebaren en eenvoudige woorden gebruiken om procedures uit te leggen en informatie te verzamelen.
- De patiënt kan reageren met gebaren, gezichtsuitdrukkingen of door naar specifieke lichaamsdelen te wijzen om pijn of ongemak aan te geven.
- Beide partijen kunnen geduld, empathie en actief luisteren tonen om de taalbarrière te overbruggen en effectieve communicatie te waarborgen.

Scenario 2: sociaal werker en mantelzorg

Beschrijving

Een sociaal werker ontmoet een mantelzorg van een oudere met migratieachtergrond. Het doel is om zijn noden te beoordelen, ondersteuning te bieden en zijn welzijn te waarborgen.

Scenario

De sociaal werker ontmoet de mantelzorg thuis en merkt dat deze de taal beperkt spreekt. Aangezien dit pas nu blijkt en het overleg nu gaat starten, is het moeilijk om een tolk te betrekken. De sociaal werker moet een rapport opbouwen, relevante informatie verzamelen en gepaste ondersteuning bieden.

Doelstellingen

- De sociaal werker moet de uitdagingen, zorgen en noden van de mantelzorg begrijpen.
- De mantelzorg moet persoonlijke ervaringen kunnen delen, advies vragen en ondersteuning ontvangen.

Mogelijke acties

- De sociaal werker kan visuele hulpmiddelen, diagrammen of vertaalde materialen gebruiken om informatie effectief over te brengen.
- De mantelzorg kan gebaren, gezichtsuitdrukkingen of afbeeldingen gebruiken om persoonlijke ervaringen en uitdagingen te communiceren.
- De sociaal werker kan actief luisteren, parafraseren en empathie tonen (faciliteren ondersteunend omgeving).
- Beide partijen kunnen communicatiehulpmiddelen gebruiken, zoals het gebruik van vertaaltools.

LEER ACTIVITEIT

luisteroefening

Doelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> ·Deelnemers erkennen het belang van actief luisteren in situaties waarin effectieve communicatie cruciaal is. ·Deelnemers kennen verschillende luistertechnieken, inclusief verbale en non-verbale communicatie. ·Deelnemers begrijpen de rol van non-verbale communicatie bij luisteren en de impact ervan op de effectiviteit van communiceren. ·Deelnemers kunnen non-verbale signalen observeren en interpreteren om de gesprekken beter te begrijpen. ·Deelnemers verbeteren hun vaardigheid om gehoord te worden door te communiceren op een manier die anderen uitnodigt om aandachtig te luisteren.
Methode	Groepswerk; groepsdiscussie
Tijd	20 minuten
Hulpbronnen	/
Referenties	/
Instructies	<p>De groep wordt verdeeld in duo's. Deelnemers nemen om de beurt de rol van luisteraar en spreker op zich om te oefenen met de instructies die de trainer geeft. Er zijn in totaal drie rondes, waarna de oefening gezamenlijk wordt besproken. Elk duo kiest in het begin wie van hen #1 en wie #2 is. De trainer geeft elk paar per ronde 30 seconden of 1 minuut om te spreken en rinkelt een bel wanneer de tijd voorbij is.</p>

LEER ACTIVITEIT

luisteroefening

Instructies

In de eerste ronde praat alleen persoon #1. Zij kunnen iets vertellen over hun ochtend, bijvoorbeeld: "Vanmorgen werd ik om negen uur wakker en at ik haveremout als ontbijt. Daarna...". Persoon #2 krijgt de instructie om te luisteren, maar mag helemaal geen gebaren of geluiden maken. Ze hoeven alleen te luisteren met een neutrale gezichtsuitdrukking.

In de tweede ronde praat persoon #2. De persoon begint, net als in de eerste ronde, met iets te vertellen. Persoon #1 luistert en mag nu geruststellende gebaren maken (bv. knikken) en geluiden laten horen, maar mag nog steeds geen woorden zeggen.

In de derde ronde is persoon #1 opnieuw aan de beurt om te praten, dit keer over iets anders, bijvoorbeeld hun favoriete of gedroomde vakantie. Persoon #2 luistert en mag nu vrij reageren en deelnemen aan het gesprek, bijvoorbeeld door opmerkingen te maken, te reageren, gebaren te maken en geluiden te gebruiken zoals gewenst.

Na de laatste ronde wordt de oefening gezamenlijk besproken met de hele groep aan de hand van de volgende **reflectievragen**:

- Hoe voelde het om deze oefening te doen, en welke gedachten kwamen daarbij op?
- Wat denk je dat deze oefening duidelijk maakt over luisteren en de betekenis daarvan in een dialoog?
- Waarom is luisteren belangrijk in een gesprek met een ander?
- Welke verschillende manieren van luisteren zijn er?
- Denk na over meertalige communicatie en luisteren. Waarom is het voor een zorg-professional belangrijk om bewust te zijn van non-verbale communicatie en luisteren bij een ontmoeting met anderstaligen of personen met een migratieachtergrond?

REFERENTIES

Ahhaddour, C., van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2016). Institutional elderly care services and Moroccan and Turkish migrants in Belgium: A literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health, 18*, 1216-1227.

<https://doi.org/10.1007/s10903-015-0247-4>

Ahmad, M., van den Broecke, J., Saharso, S., & Tonkens, E. (2022). Dementia care-sharing and migration: An intersectional exploration of family carers' experiences. *Journal of Aging Studies, 60*, 100996.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100996>

Ambady, N. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging, 17*(3), 443.

Belcher, V. N., Fried, T. R., Agostini, J. V., & Tinetti, M. E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine, 21*(4), 298-303. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x>

BICAS (2016). *Building intercultural competencies for ambulance services. IO2 – E-Learningcourse Erasmus+*.

<https://www.johanniter.de/bildungseinrichtungen/johanniter-akademie/johanniter-akademie-mitteldeutschland/standorte-der-akademie-in-mitteldeutschland/campus-leipzig/angebote/forschung/building-intercultural-competencies-for-ambulance-services-bicas/>

Canevelli, M., Lacorte, E., Cova, I., Cascini, S., Bargagli, A. M., Angelici, L., Giusti, A., Pomati, S., Pantoni, L., & Vanacore, N., On behalf of the ImmiDem Study Group. (2020). Dementia among migrants and ethnic minorities in Italy: Rationale and study protocol of the ImmiDem project. *BMJ Open, 10*, e032765.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032765>

Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing, 29*(4), 808-918. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00965.x>

Ciobanu, R. (2023). Super-diversity and intersectionality. In S. Torres & A. Hunter (Eds.), *Handbook on Migration and Ageing* (pp. 57-66). Edward Elgar Publishing.

Claeys, A., Berdai-Chaoui, S., Tricas-Sauras, S., & De Donder, L. (2021). Culturally sensitive care: definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing, 32*(5), 484-492.

<https://doi.org/10.1177/104365962097062>

Chaoui S. B., Claeys, A., van den Broeke, J., & De Donder, L. (2021), Doing research on the intersection of ethnicity and old age: Key insights from decolonial frameworks. *Journal of Aging Studies*, 56, 100909.

<https://doi.org/10.16/j.jaging.2020.100909>

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Healthcare Journal*, 3(2), 114-116.

<https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>

Crandall, C.S., & Eshleman, A. (2003), A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological Bulletin*, 129(3), 414-446.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.414>

Currie, G., & Currie, J. (2024). Cultural competence in person-centred care. In S. Chau, E. Hyde, K. Knapp & C. Hayre (Eds.), *Person-centred care in radiology* (pp. 6-24). CRC Press.

Dahlborg, E., & Tengelin, E. (2022). *Equal care – Norm-conscious perspectives*. Student literature.

Dietz, G. (2007). Keyword: Cultural diversity. A guide through the debate. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10(1), 7-30.

Dilworth-Anderson, P., Moon, H., & Aranda, M. P. (2020). Dementia caregiving research: Expanding and reframing the lens of diversity, inclusivity, and intersectionality. *Gerontologist*, 60(5), 797-805.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnaa050>

Dolberg, P., Sigurðardóttir, S. H., & Trummer, U. (2018). Ageism and older immigrants. Contemporary perspectives on ageism. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer, C (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 177-191). Springer.

Duran-Kıraç, G., Uysal-Bozkir, Ö, Uittenbroek, R., van Hout, H., & Broese van Groenou, M. I. (2022). Accessibility of health care experienced by persons with dementia from ethnic minority groups and formal and informal caregivers: A scoping review of European literature. *Dementia*, 21(2), 677-700.

<https://doi.org/10.1177/14713012211055307>

European Council. (2023). *EU migration and asylum policy*.

<https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-migration-policy/>

European Union. (2017). *The EU and the migration crisis*.

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e9465e4f-b2e4-11e7-837e-01aa75ed71a1>

EUAA (2014). *Press release: EU received over 1.1 million asylum applications in 2023*. <https://euaa.europa.eu/news-events/eu-received-over-1-million-asylum-applications-2023>

Gilman, S.C. (2005). *Ethics codes and codes of conduct as tools for promoting an ethical and professional public service: Comparative successes and lessons*. <https://www.oecd.org/mena/governance/35521418.pdf>

Hamilton, D. L., & Trolie, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 127-163). Academic Press.

Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. Butterworth & Co.

Hengelaar, A. H., van Hartingsveldt, M., Wittenberg, Y., van Etten- Jamaludin, F., Kwekkeboom, R., & Satink, T. (2018). Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective —a thematic synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), 474-485. <https://doi.org/10.1111/hsc.12503>

Hoffman, E. (2024). *Inclusive communication and the TOPOI-model. Beyond intercultural communication and competence: 'Cultures don't meet, people do'*.

https://www.researchgate.net/publication/379815719_Inclusive_communication_Edwin_Hoffman

Jacobsen, F. F., Glasdam, S., Schopman, L. M., Sodemann, M., van den Muisenbergh, M. E. T. C., & Agnotnes, G. (2023). Migration and health: Exploring healthy ageing of immigrants in European societies. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e10. <https://doi.org/10.1017/S1463423623000014>

Kemper, S., Finter-Urczyk, A., Ferrell, P., Harden, T., & Billington, C. (1998). Using elderspeak with older adults. *Discourse Processes*, 25(1), 55-73.

Ladha, T., Zubairi, M., Hunter, A., Audcent, T., & Johnstone, J. (2018). Cross-cultural communication: Tools for working with families and children. *Paediatrics & Child Health*, 23(1), 66-69. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx126>

Lauwers, E. D. L., Vandecasteele, R., McMahon, M., De Maesschalck, S., & Willems, S. (2024). The patient perspective on diversity-sensitive care: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 23(117). <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1>

Malinowski, B. (1944). *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. https://monoskop.org/images/f/f5/Malinowski_Bronislaw_A_Scientific_Theory_of_Culture_and_Other_Essays_1961.pdf

Martin, M.B. (2015). Perceived discrimination of muslims in health care. *Journal of Muslim Mental Health*, 9(2). <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.203>

Martikainen, T., & Pöyhönen, S. (2023). *Superdiversiteetti: Näkökulmia maahanmuuton monimuotoisuuteen*. Hansaprint O. <https://doi.org/10.21435/skst.1489>

Marx, D., & Ko, S. J. (2019). *Oxford Research Encyclopedia of Psychology: Stereotypes and Prejudice*. Oxford University Press USA.

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing, 30*(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

National Research Council (US) Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology; Carstensen L. L, & Hartel, C.R (Eds.). (2006). *Opportunities lost: The impact of stereotypes on self and others*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83767/>

Nazroo, J. (2006). Ethnicity and old age. In J. A. Vincent, C. Phillipson & M. Downs (Eds.), *The futures of old age* (pp. 62-72). Sage.

Priebe, S., Tandhu, S., Dias, A., Gaddini, A., Greacen, T., Loannidis, E., Kluge, E., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R.P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health, 11*, 187. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-187>

Sarria-Santamera, A., Hijas-Gomez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliu, L. A. (2016). A systematic review of the use health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews, 37*(28). <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>

Shaw, C. A., & Gordon, J. K. (2021). Understanding elderspeak: An evolutionary concept analysis. *Innovation in Aging, 5*(3), igab023. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab023>

Swedish Nurses' Association, Swedish Society of Medicine and Swedish Association of Dietitian. (2019). *Person-centred care – A core competence for quality and safe care*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

UNESCO. (2002). *UNESCO universal declaration on cultural diversity: A vision, a conceptual platform, a pool of ideas for implementation, a new paradigm*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127162>

Van Landschoot, L., Smet, J., Debal, B., Decock, P., Claeys, A., Tricas-Sauras, S., Delegrange, M., Dhont, Y., Rosiers, K., De Wilde, J., Kerremans, K., El Hahaoui, K., Roelandt, S., & Van Praet, E. (2021). *Digitaal wijzer communiceren met anderstaligen in de zorg. Alliantiefonds en MATCHeN*. <https://www.matchen.org/publicaties>

- Van Mol, C., & de Valk, H. (2016). Migration and immigrants in Europe: A historical and demographic perspective. In B. Garcés-Mascreñas & R. Penninx (Eds.), *Integration processes and policies in Europe* (pp. 31-55). Springer.
- van Muijden, T., Gräler, L., van Exel, J., van de Bovenkamp, H., & Petit-Steeghs, V. (2024). Different views on collaboration between older persons, informal caregivers and care professionals. *Health Expectations*, 27, e14091. <https://doi.org/10.1111/hex.14091>
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024-1054. <https://doi.org/10.1080/01419870701599465>
- Vertovec, S. (2022). *Superdiversity: Migration and social complexity*. Routledge.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton.
- Wetzels, R., Geest, T. A., Wensing, M., Ferreira, P. L., Grol, R., & Baker R. (2004). GPs' views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 183-188. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00145-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00145-9)
- Williams, K. (2011). Elderspeak in institutional care for older adults. In P. Backhaus (Ed.), *Communication in elderly care: Cross-cultural perspectives* (1-19). Bloomsbury.
- Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. (2004). Enhancing communication with older adults: Overcoming elderspeak. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10), 17-25. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-08>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332186/9789289056632-eng.pdf?sequence=1#:~:text=This%20promotes%20the%20idea%20that,effective%20and%20equitable%20health%20care>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J. (2018), Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 193-212). Springer.

Dit handboek is gemaakt met Canva. De afbeeldingen zijn afkomstig van Canva, Pexels, Unsplash en Freepik.