

Culturele eigenheid en zelfbeschikking van allochtone zorgvragers

hoofdstuk 4 van het rapport Signalering Ethiek en Gezondheid

dr. A.J. Struijs

Plein van de Verenigde Naties 21
2719 EG Zoetermeer

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 – 368 73 11

Fax 079 – 362 14 87

E-mail info@ceg.nl

URL www.ceg.nl

4.1 Inleiding

Etnische en culturele diversiteit in de zorg

Leven in een multiculturele samenleving leidt bijna onvermijdelijk tot ethische vraagstukken. Etnisch-culturele verschillen tussen mensen gaan immers vaak samen met levensbeschouwelijke en morele verschillen, en dat kan weer leiden tot botsende waarden en normen. Maar welke waarden en normen moeten in dat geval richtinggevend zijn? En in welke mate kan een samenleving verscheidenheid in cultuur en moraal verdragen? Zoeken naar de juiste balans tussen eenheid en verscheidenheid is kenmerkend voor de huidige multiculturele samenleving.

Op het terrein van de gezondheidszorg dienen zich deze vragen ook aan. De diversiteit van zorgvragers is zo toegenomen, getalsmatig en in culturele verscheidenheid, dat deze ontwikkeling aan zorgverleners niet ongemerkt voorbijgaat. Zij vragen zich dan ook af hoe ze zich moeten opstellen, met name als waarden en normen van patiënten of cliënten haaks staan op die van henzelf.

Beleidsmakers van de overheid worstelen ook met deze problemen. Zij vragen zich af in hoeverre de gevestigde gezondheidszorg zich structureel moet aanpassen aan de toegenomen etnisch-culturele verscheidenheid van patiënten en cliënten. Wat moet de rol van de overheid zijn? Moet de overheid nieuwe initiatieven, zoals de oprichting van een islamitisch ziekenhuis of een Surinaamse vleugel in een verpleeghuis, ondersteunen of zich afzijdig houden?

Culturele eigenheid en zelfbeschikking

Zelfbeschikking - het centrale thema in dit rapport - betekent niet alleen individuele zelfbeschikking, maar ook culturele zelfbeschikking: erkenning van culturele identiteit of eigenheid van een groep.

Enige begripsverheldering is daarbij nodig. Vaak wordt er gesproken over etnisch-culturele eigenheid of identiteit. Hoewel etnische verscheidenheid meestal ook culturele verscheidenheid impliceert, is het zinvol om etnische identiteit en culturele identiteit te onderscheiden. Sommige initiatieven om de zorg aan allochtone patiënten te verbeteren liggen namelijk op het vlak van etnische verschillen, terwijl andere gebaseerd zijn op culturele verschillen of eigenheid.

Etnische identiteit verwijst naar min of meer objectieve en feitelijke kenmerken van een bevolkingsgroep.

Culturele identiteit verwijst naar het geheel van gemeenschappelijke ervaringen, waarden, normen en levensbeschouwing dat een (bevolkings)groep of gemeenschap deelt. De culturele identiteit van een groep of van een individu is niet statisch van aard. Persoonlijke omstandigheden en omgevingsfactoren beïnvloeden de culturele identiteit voortdurend.

Vraagstelling en opzet

Hoe ingrijpend moet de gevestigde gezondheidszorg op de schop om recht te doen aan de etnisch-culturele eigenheid en zelfbeschikking van allochtone patiënten en cliënten? Gaat het om aanpassing of aanvulling van de gevestigde gezondheidszorg of zal een grondige herziening of verruiming van mogelijkheden voor cultuurgebonden zorg noodzakelijk zijn om meer recht te doen aan de belangen van allochtone patiënten? Deze vragen staan centraal in dit hoofdstuk.

Om te beginnen wordt geschetst welke problemen zich voordoen in de zorg voor allochtone patiënten (paragraaf 4.2). Vervolgens wordt geanalyseerd welke morele problemen en dilemma's zich voordoen in beleidskeuzes, eerst als het gaat om rekening houden met etnische verschillen (paragraaf 4.3) en dan als het gaat om culturele verschillen (paragraaf 4.4). Tenslotte komt de relevantie van dit thema voor de ethische beleidsagenda aan de orde (paragraaf 4.5).

4.2 Probleemverkenning

Aanleiding voor de vraagstelling in dit hoofdstuk is de slechte aansluiting tussen de zorgvraag van veel allochtone patiënten en cliënten en het Nederlandse zorgaanbod. Onbekendheid van allochtone zorgvragers met de inrichting en werkwijze van de Nederlandse gezondheidszorg en vooral communicatieproblemen liggen hieraan vaak ten grondslag. Onbekendheid van hulpverleners met de etnische en culturele achtergrond van hun patiënten en cliënten spelen eveneens een rol in de slechte afstemming (RVZ, 2000a; Van Wieringen et al., 2001).

De kloof tussen zorgaanbod en zorgvraag is in sommige sectoren van de gezondheidszorg uiteraard sterker aanwezig dan in andere. De referentiekaders van arts en patiënt kunnen nog zo verschillend zijn, dit hoeft niet te betekenen dat er verschil van mening is over de medische kant van de klacht. Een blindedarmonsteking blijft een blindedarmonsteking, ongeacht welke etnisch-culturele achtergrond iemand heeft. De meningsverschillen over diagnose en behandeling zullen in dit geval niet zo groot zijn. Maar dit geldt niet voor alle gezondheidsproblemen, zeker niet als het sommige psychische stoornissen betreft (RVZ, 2000b; Boomstra en Wennink, 2001).

De noodzaak om de gezondheidszorg beter op allochtone zorgvragers af te stemmen is meermalen vastgesteld. Pogingen om hieraan ook daadwerkelijk iets te doen, stagneren nogal eens. Daarbij duikt steeds dezelfde discussie op: is de stelregel 'algemeen waar mogelijk, en specifiek waar nodig' nog steeds een zinvol uitgangspunt voor het overheidsbeleid, of moet specifiek beleid niet langer de uitzondering zijn op de regel van algemeen beleid?

4.3 Rekening houden met etnische verschillen

De vraag of de voorkeur moet uitgaan naar algemeen of specifiek beleid betreft in de eerste plaats de etnische identiteit. In deze paragraaf worden twee onderwerpen die daarmee verbonden zijn besproken: medische standaarden en registratie van etnische herkomst.

Standaarden aanpassen?

Een manier om de zorg aan allochtone patiënten te verbeteren is de bestaande richtlijnen of standaarden voor diagnosestelling en behandeling door te lichten op hun geschiktheid voor allochtone zorgvragers. Die taak hebben onderzoekers van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Katholieke Universiteit Nijmegen op zich genomen. Zij verrichten een internationaal vergelijkend onderzoek naar de geschiktheid van richtlijnen die huisartsen hanteren voor hypertensie, astma en diabetes mellitus type 2 in relatie tot etnische verschillen tussen patiënten (Manna et al., in druk). In dat verband onderzochten zij ook de door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde standaarden.

Na bestudering van de NHG-standaarden voor astma, type 2 diabetes mellitus type 2 en hypertensie concluderen de onderzoekers dat de richtlijnen van het NHG te weinig zijn toegesneden op de etnische verschillen tussen autochtone en allochtone Nederlanders. Zo zouden Turken met diabetes niet optimaal worden behandeld, omdat een deel van de behandeling volgens de standaard bestaat uit advies over gezond eten, terwijl Turken al relatief gezond eten.

Inmiddels heeft het NHG gereageerd op de resultaten van het onderzoek en toegezegd de standaarden tegen het licht te zullen houden om te zien of er in voldoende mate rekening is gehouden met etniciteit (*Medisch Contact*, 14 maart 2003). De kwestie van de NHG-standaarden heeft ook geleid tot Kamervragen. Uit de beantwoording van de vragen van Tweede Kamerlid Ferrier (CDA) blijkt dat staatssecretaris Ross-van Dorp vindt dat de NHG-standaarden meestal ook voldoen voor allochtone patiënten, en dat zij geen voorstander is van op etniciteit gebaseerde specifieke aanbevelingen (TK, 2002/2003).

Etnische herkomst registreren?

Een tweede voorbeeld van verbeteren van zorg aan allochtonen gaat een stap verder, omdat een ander instrument wordt voorgesteld. De nieuwe organisatie Pacemaker in Global

Health - in 2002 opgericht door allochtone hulpverleners die de gezondheidszorg met daadkracht willen interculturaliseren - doet een stevig pleidooi voor registratie van etnische herkomst (De Boer, 2003). Het voorstel om etnische verschillen te registreren is niet nieuw en Pacemaker staat daarin ook niet alleen. Een groeiend aantal wetenschappers, hulpverleners en verzekeraars is voorstander van registratie (Bruijnzeels, 1999; Bronkhorst-Homminga, 2000).

Registratie van etnische herkomst is echter omstreden vanwege het gevaar van misbruik en vanwege privacy. Die bezwaren lijken nu terzijde geschoven te worden, want een aantal ziekenhuizen gaat binnenkort met registratie van etnische herkomst beginnen (Wolffers, et al., 2003). Hun motief is: wil je de gezondheidstoestand van allochtonen verbeteren, dan is zorg nodig die rekening houdt met etnische verschillen. Er is onderzoek nodig op basis van (anonieme) registratie van etnische herkomst. In de huidige onderzoeksmethoden wordt geen rekening gehouden met biologische verschillen tussen etnische groepen. Vanwege de eenzijdige samenstel-

ling van onderzoekspopulaties, zijn therapieën en medicatie onvoldoende afgestemd op de etnische diversiteit van de bevolking.

Niet iedereen is even gelukkig met het voornemen om etnische herkomst te registreren. In *Medisch Contact* (Wolffers, et al., 2003) reageerden enkele medewerkers van het VU Medisch Centrum Amsterdam kritisch op het feit dat Nederlandse ziekenhuizen binnenkort de etnische achtergrond van patiënten gaan registreren. Het argument voor registratie dat daarbij wordt gebruikt is dat gezondheidsrisico's voor allochtonen zo beter in kaart gebracht kunnen worden. Zo kan bijvoorbeeld de 30% hogere zuigelingensterfte onder niet-westerse allochtonen zichtbaar worden gemaakt.

Volgens de auteurs van het artikel biedt registratie inderdaad voordelen en kan het in het belang zijn van migranten, maar is het tegelijkertijd niet uitgesloten dat belangen van betrokkenen geschonden worden. Zij vragen zich af op basis van welke criteria registratie geschiedt. Wie garandeert dat er geen misbruik van de gegevens wordt gemaakt? En hulpverleners kunnen wel voorstander zijn, maar wat vinden allochtone gebruikers van zorg er zelf van?

Overeenstemming is er dus nog niet, noch over de eventuele aanpassing van standaarden, noch over het registreren van etnische herkomst. Met name dat laatste behoeft een morele toetsing.

4.4 Rekening houden met cultuurspecifieke wensen

In hoeverre is specifiek beleid nodig om in de gezondheidszorg rekening te houden met culturele eigenheid? Niet etnische herkomst, maar cultuur, moraal en levensbeschouwing spelen dan een belangrijke rol (Den Dikken, 2003). In deze paragraaf zullen de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg als voorbeeld dienen.

Beleid oudere migranten

In de ouderenzorg is lange tijd geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat allochtone ouderen daarvan gebruik zouden maken. In het beleid ging men ervan uit dat oudere migranten na een arbeidzaam leven weer zouden terugkeren naar het land van herkomst. Midden jaren tachtig groeide het besef dat dit beleidsperspectief moest worden bijgesteld, vanwege een te verwachten verviervoudiging van het aantal oudere migranten (Martens, 1993; Van Heteren, 2001). Het NIZW kreeg van de centrale overheid dan ook opdracht op lokaal niveau ondersteuning te bieden bij het ontwikkelen van beleid, gericht op oudere migranten.

In 1993 bracht de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid het ongevraagde advies *Kleur bekennen* uit. In dit advies werd nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de kwetsbare positie van veel allochtone ouderen. Gepleit werd voor interculturalisering van de opleiding en een versnelde opleiding voor allochtone vrouwen tot hulpverlener (Van Heteren, 2001). In de overheidsnota *Kleurrijke grijs* (1994), waaraan verschillende ministeries een bijdrage leverden, hield men vast aan de lijn integraal beleid te voeren, in eerste instantie op lokaal en in tweede instantie op nationaal niveau.

Midden jaren negentig van de vorige eeuw gold de beleidsslogan: algemeen waar mogelijk, specifiek alleen waar nodig. Dit gold ook de ouderenzorg. Intercultureel beleid zag men vooral als aanvullend beleid en niet als een aanleiding om bestaand beleid eens grondig op de schop te nemen. Ook in de *Rondetafelgesprekken over het*

Minderbedenbeleid onder leiding van het Ministerie van Binnenlandse zaken (1996), kwam duidelijk naar voren dat men huiverig was voor een meer specifieke aanpak. Algemene voorzieningen, die toegankelijk zijn voor iedereen, kregen de voorkeur.

Praktijkdeskundigen verzetten zich echter tegen deze opvatting. Zij stelden dat gelijke toegang in de praktijk geen realiteit was en dat oudere migranten in elk geval buiten de boot vielen. Als oorzaken zagen zij de onbekendheid van oudere migranten met het aanbod van ouderenvoorzieningen en de onbekendheid bij de hulpverleners met de wensen van allochtone ouderen (Dagevos 2001; RVZ, 2000a). Volgens deze deskundigen was het dan ook hard nodig een gedifferentieerd aanbod te doen. Zorg op maat was volgens hen een vanzelfsprekende opdracht, met grote consequenties voor de bestaande zorgvoorzieningen.

Ook vanuit het veld kwam het geluid dat nieuwe vormen van zorg nodig zouden zijn, die recht doen aan de verscheidenheid van mensen in culturele beleving, religieuze overtuigingen en maatschappelijke integratie. In de praktijk veranderde er echter heel weinig, omdat de verbrokkeling en verkaveling van zorgvoorzieningen voor ouderen stagnerend bleken te werken.

Ondanks weinig voortvarend overheidsbeleid voor allochtone ouderen, zijn er voorbeelden te noemen - pioniersplekken - van interculturele ouderenzorg waar men beseft dat de culturele en morele aspecten van zorgvragen en zorghandelingen bespreekbaar moeten zijn (Bloemhoff, 2003; Van Heteren, 2001). Nelissen bundelde de ervaringen en inzichten in het boekje *Zonder pioniers geen volgers* (1997) en constateerde dat er geen weg terug was: multiculturalisering zou de norm worden. In het boekje werd duidelijk dat het ontwikkelen van interculturele ouderenzorg goed mogelijk is.

Verpleeghuis De Schildershoek in Den Haag (www.schildershoek.nl) is een voorbeeld van interculturele zorg. In dit verpleeghuis verblijven 180 mensen, afkomstig uit 30 culturen, van wie er 120 dementieproblemen hebben en 60 op somatische afdelingen verblijven. 65% van de 270 medewerkers is van allochtone afkomst. De Schildershoek is een *good practice*-voorbeeld van interculturele ouderenzorg. Na een fase van verkenning (wie wonen er eigenlijk in deze buurt?) en erkenning van de norm van interculturalisering, waarin het overwinnen van communicatieproblemen het grootste knelpunt bleek, volgde een fase van intensieve koppeling tussen interculturele zorg en management. Bij deze laatste fase werd ingezet op kwaliteit, diversiteit en zelfmanagement. In de praktijk betekende dit aanpassing van de menu's, aandacht voor religieuze en culturele feesten en het trainen van personeel en management om integraal en belevingsgericht te gaan werken.

Uit een SCP-onderzoek over de leefsituatie van allochtone ouderen blijkt dat de komende tien jaar het aantal allochtone ouderen zal verdubbelen (van 100 duizend naar 228 duizend) en dat hun leefsituatie er over het algemeen ongunstig uitziet. Beleidsmakers hielden tot nu toe weinig of geen rekening met de speciale wensen van allochtone ouderen, maar zullen daar in de komende tijd niet meer aan voorbij kunnen gaan (Havermans, 2003; Dagevos, 2001).

De conclusie is dat allochtone ouderen nog weinig te kiezen hebben en vooral geconfronteerd worden met een algemeen, westers georiënteerd zorgaanbod. Juist in een sector waarin de privé-sfeer en het publieke domein elkaar bij uitstek ontmoeten, wordt de zelfbeschikking van allochtone ouderen daardoor dus beknot.

Werkwijzen in de geestelijke gezondheidszorg

Op welke wijze kan in de geestelijke gezondheidszorg rekening gehouden worden met cultuurspecifieke wensen? Op die vraag is moeilijk een antwoord te geven: klachten en de interpretaties daarvan lopen erg uiteen, afhankelijk van de culturele invalshoek. Dit blijkt zowel als het gaat om diagnostiek als om behandelwijzen.

Diagnostiek

De wijze waarop in Nederland met symptomen en diagnostiek wordt omgegaan, is niet altijd in overeenstemming met wat patiënten vanuit hun eigen cultuur kennen. Valkuilen bij de transculturele diagnostiek van psychische stoornissen zijn dat te snel etnocentrisch wordt geïnterpreteerd. Zo kan wat in westers opzicht een stoornis lijkt, in een andere cultuur heel goed binnen de grenzen van het normale vallen. En anderzijds kan wat in de ene cultuur gemeengoed lijkt in een andere cultuur als stoornis beschouwd worden (RVZ, 2000b; Van Dijk, et al., 2000; May, 2001).

Hiermee komt opnieuw, en nog dringender, de vraag aan de orde of er wel universele standaarden zijn om diagnoses te kunnen stellen. Psychische klachten lijken immers nog sterker samen te hangen met culturele factoren dan lichamelijke klachten (Struijs, 2001). Heftiger dan in de huisartsenzorg het geval is, wordt binnen de ggz dan ook een discussie gevoerd in hoeverre gangbare en wereldwijd gebruikte standaarden universeel geldig zijn. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association, 1994) en de International Classification of Diseases (ICD; World Health Organization, 1992) zijn diagnostische classificatiesystemen. Ze zijn westers georiënteerd, maar worden wereldwijd gepresenteerd met de pretentie van universele toepasbaarheid.

Over de geschiktheid van deze systemen voor allochtone cliënten bestaan veel meningsverschillen. Sommigen stellen dat classificatiesystemen als de DSM IV in het geval van allochtonen niet al te strikt toegepast moeten worden, maar dat zij wel als handvat kunnen dienen bij het vaststellen van de problemen van een persoon. Eventueel kan daarbij rekening gehouden worden met ziekteverklaringen die de patiënt of cliënt uit de eigen culturele traditie meebrengt. Maar anderen trekken de pretentie dat de DSM-classificatie universeel toepasbaar is zo ernstig in twijfel dat zij niet met dit classificatiesysteem willen werken.

Vooraf bij neurotische en persoonlijkheidsstoornissen lijkt een mondiaal classificatiesysteem weinig bruikbaar. Ook de introductie van 'culture bound syndromes', een aanvulling op de DSM-classificatie die ontwikkeld werd om tegemoet te komen aan cultuurverschillen, heeft volgens sommigen weinig nut voor het bepalen van adequate behandeling (Ingleby, 2001; Knipscheer en Kleber, 1998; Kortmann, 1995).

Behandelwijzen

De geneeswijzen die van huis uit bekend zijn, wekken soms meer vertrouwen en baten soms meer dan behandelwijzen die hier gebruikelijk zijn. Zowel behandelwijzen die hier gangbaar zijn als de reactie van de patiënt of cliënt hierop zijn (mede) bepaald door culturele factoren. Ook in onderstaand voorbeeld blijkt dat de hulp van een islamitische genezer uitkomst biedt, waar de reguliere behandeling in gebreke blijft.

Een Marokkaanse man van 40 jaar is tien jaar werkloos en heeft allerlei klachten zoals rugpijn, hoofdpijn, benauwdheid en gespannenheid. Betrokken artsen en hulpverleners weten niet goed wat ze met de man moeten beginnen. In deze situatie is de man naar een Marokkaanse islamitische genezer gegaan. Deze stelde met behulp van een ritueel vast dat zich in het huis van de man een boze geest bevond. Het ging volgens de genezer om een vrij sterke geest, waarvan hij niet zeker wist of hij hem uit het huis zou kunnen verdrijven. Daarom adviseerde hij het gezin om te verhuizen (hetgeen met behulp van de RIAGG is gelukt). In de tussentijd zou de genezer proberen om de geest te verdrijven. De genezer: “dat oude huis was geestelijk besmet. In de douche bevond zich namelijk een djinn. Deze heb ik laten verbranden. Het heeft ook met spanningen te maken. Daarnaast hebben ze financiële problemen.(...). Ik heb tegen de man en de vrouw gezegd: 'Luister eens, jullie kunnen twee dingen doen. Of de man moet naar buiten of de vrouw!' Hij wil niet, maar nu vindt hij het wel goed dat zijn vrouw een cursus voor verpleegster gaat doen. Daarvoor gaat ze nu eerst een cursus Nederlandse taal volgen.” (Hoffer, 1996).

Hier doet de vraag zich voor wat te doen als zorgvraag en zorgaanbod zover van elkaar afstaan. Wat blijkt is dat het cultuurverschil tussen behandelaar en patiënt een probleem kan zijn bij het stellen van de diagnose en de behandelwijze. Maar ook dat de keuzemogelijkheden voor passende zorg beperkt zijn. De patiënt zoekt vervolgens zelf een alternatieve weg, omdat de reguliere zorg geen uitkomst biedt. Een oplossing waar veel hulpverleners, allochtoon en autochtoon, sterke twijfels bij hebben. Want hoe betrouwbaar is de kwaliteit van de zorg van bijvoorbeeld een traditionele genezer? Moet de reguliere hulpverlening, zoals in dit geval de RIAGG, deze gang naar het alternatieve en oncontroleerbare circuit op z'n beloop laten of dit interpreteren als een signaal, en zich herbezinnen op de geschiktheid van de eigen standaarden?

In Den Haag wordt in het Nieuwe sporenproject, een initiatief vanuit de geestelijke gezondheidszorg, onderzocht of hulpverleningsmethodieken uit de eigen cultuur betrokken kunnen worden in de reguliere hulpverlening. Welke 'nieuwe sporen' wel en niet in aanmerking komen, wordt vaak beoordeeld op grond van eigen waarden en normen van de individuele hulpverlener of het management van een instelling. Het hieronder beschreven voorval is daarvan ook een voorbeeld.

Eén van de hulpverleners van een ggz-instelling vraagt aan de geneesheer-directeur of het toegestaan is dat een van de cliënten een ritueel bad neemt. Vanuit zijn hiërarchische rol was de geneesheer-directeur geneigd 'nee' te zeggen, maar voordat hij dit antwoord kon geven, was het ritueel al aan de gang en heeft hij het nog net bij kunnen wonen. Na afloop was zijn reactie: “Als ik het niet met eigen ogen had gezien, had ik het verboden. Nu ik het meegemaakt heb, zie ik geen bezwaar zolang belangen van anderen of van de cliënt zelf niet in gevaar komen.”
Bron: May, interview

Zowel over diagnose als over behandeling bestaan dus nog grote meningsverschillen. Duidelijk is in ieder geval dat de universele pretentie van classificatiesystemen niet altijd waargemaakt kan worden, en dat allochtone zorgvragers in de ggz niet altijd passende zorg krijgen, waardoor zij soms cultuurspecifieke hulp gaan zoeken. Dat laatste roept weer de vraag op hoe de algemene zorg zich daarbij opstelt.

4.5 Analyse vanuit ethisch perspectief

Uit de voorbeelden in paragraaf 4.3 en 4.4 wordt duidelijk dat bij de vraag hoe de zorg aan allochtonen kwalitatief te verbeteren is steeds dezelfde fundamentele discussie opstaat: die over de kwestie van algemeen versus specifiek beleid.

Algemeen beleid versus vraagsturing

De overheid ziet zich geconfronteerd met twee conflicterende beleidsuitgangspunten, namelijk algemeen beleid (universele standaarden, protocollen en richtlijnen) tegenover vraaggestuurde zorg (zorg op maat, interculturele gezondheidszorg). Als algemeen beleid het vertrekpunt is, dan beperkt dat de keuzemogelijkheden van veel allochtone patiënten en cliënten. Zij hebben weinig te kiezen en zijn aangewezen op in essentie westers georiënteerde geneeswijzen en behandelingsmethoden. Het gevaar is dat zij zich zo weinig erkend voelen, dat zij zich afwenden van de reguliere gezondheidszorg en hun heil elders zoeken, met alle gevaren van dien.

Het is daarom de vraag of het beleidsuitgangspunt 'algemeen waar mogelijk en specifiek waar nodig' nog wel voldoet. Op sommige terreinen van de gezondheidszorg lijkt er geleidelijk aan een verschuiving plaats te vinden naar meer specifieke zorg. Binnen de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn daarvan voorbeelden genoemd.

In de curatieve sector heeft men in medisch opzicht in beperkte mate te maken met cultuurspecifieke wensen. Wel kunnen etnische verschillen een rol spelen, zoals naar voren kwam bij de discussie rondom de aanpassing van NHG-standaarden en het registreren van etniciteit. De overheid lijkt echter huiverig te zijn voor specifiek beleid en benadrukt het vasthouden aan universele standaarden waarbij impliciet rekening wordt gehouden met etnische verschillen.

Anders dan het uitgangspunt van algemeen beleid geeft de beleidsverschuiving van aanbod- naar vraagsturing juist mogelijkheden om in de zorg rekening te houden met culturele achtergronden. Als met vraagsturing wordt bedoeld dat wensen en behoeften van de patiënt centraal staan en het aanbod van zorg door de vraag wordt bepaald, dan zou dat immers ook moeten gelden voor allochtone zorgvragers. 'Zorg op maat' impliceert dan ook 'zorg op interculturele maat'. Vraagsturing opgevat als 'zorg op interculturele maat' veronderstelt dat niet alleen medische, maar ook etnische, culturele en morele aspecten bepalen wat goede zorg is.

Daarnaast impliceert vraagsturing keuzevrijheid, en dat veronderstelt weer mogelijkheden waaruit gekozen kan worden. Voor veel allochtone zorgvragers zijn die mogelijkheden beperkt en eenzijdig - dat wil zeggen westers georiënteerd - ingevuld. Vraagsturing bezien vanuit multicultureel perspectief betekent dan ook dat zorg niet alleen beter aansluit bij de culturele eigenheid van patiënten en cliënten, maar hen ook meer keuzemogelijkheden aanreikt.

Vanuit het veld komen geluiden die aansluiten bij dit laatste beleidsperspectief. Hulpverleners die veel ervaring hebben met allochtone cliënten pleiten voor zorg op interculturele maat en stimuleren in sommige gevallen meer belevingsgerichte zorg, zoals bijvoorbeeld categoriale afdelingen binnen de reguliere ouderenzorg. Over de wijze waarop dat moet gebeuren en hoe vergaand aanpassing of herziening van gevestigde zorgvoorzieningen moet plaatsvinden, zijn de meningen echter verschillend. Zo heeft een van de zorgverzekeraars die veel allochtone verzekerden heeft wel eens overwogen om Wintigeneeswijzen in het pakket op te nemen, maar daar toch vanaf gezien.

Gelijkheid: geen onderscheid of erkenning van verschil?

Achter de beleidskeuze tussen algemeen en specifiek beleid gaat een ethische of beter: politiek-filosofische discussie schuil over de verschillende invullingen van het gelijkheidsprincipe. Gelijkheid kan namelijk opgevat worden als 'gelijkheid van individuen' en betekent dan bijvoorbeeld dat iedereen een gelijk recht op zorg heeft: gelijke gevallen moeten gelijk behandeld worden. Volgens aanhangers van dit liberaal-egalitaristische standpunt betekent dit dat het niet geoorloofd is onderscheid tussen mensen te maken.

Gelijkheid kan echter ook opgevat worden als gelijkwaardige erkenning van groepsverschillen. Zo onderscheiden Marokkaanse Nederlanders zich van Surinaamse Nederlanders en zijn er binnen deze groepen ook weer verschillen. In de praktijk van de zorg zijn er wel voorbeelden waarbij een intramurale instelling is ingedeeld naar leefstijlgroepen. Belevingsgerichte zorg, zoals bijvoorbeeld in verpleeghuis de Schildershoek, is op dit principe gebaseerd, bijvoorbeeld door verschillende menu's aan te bieden. Verdedigers van deze aanpak (culturalisten) stellen het erkennen van verschillen tussen groepen centraal (Struijs, 2002).

De botsing tussen de twee beleidsuitgangspunten, vraagsturing en algemeen beleid, is te herleiden tot het onderscheid tussen de twee typen van gelijkheid.

Het standpunt van de overheid om zoveel mogelijk te blijven uitgaan van algemeen beleid en zo min mogelijk van specifiek beleid is terug te voeren tot het principe van gelijkheid van individuen. Het is een begrijpelijk standpunt, omdat de overheid ten opzichte van burgers geen onderscheid wil maken en zich niet wil uitlaten over de wijze waarop burgers/patiënten hun leven inrichten en inhoud geven (neutraliteit van de overheid).

Dit als liberaal te typeren standpunt botst echter met degenen die met beroep op het eveneens liberale autonomieprincipe erkenning van (groeps)verschil (culturele autonomie) bepleiten. Zij stellen zich op het standpunt dat gelijkheid opgevat als individuele gelijkheid tekortschiet, omdat het niet neutraal is, maar gebaseerd is op een westers liberale visie. Zij pleiten daarom ook voor een aanvulling op het liberale gelijkheidsbeginsel, en willen gelijkheid ook opvatten als erkenning van groepsverschil of groeps-eigenheid. Jongensbesnijdenis is een voorbeeld van een groepsgebonden praktijk.

Een andere, daarmee samenhangende vraag is of scheiding tussen publieke en privé-sfeer die vooral vanuit de liberale ethiek verdedigd wordt, vol te houden is. Sommigen menen dat cultuurgebonden aspecten niet thuishoren in de publieke sfeer, maar zich moeten beperken tot de privé-sfeer (Vorstenbosch, 2003). Anderen menen dat de scheiding tussen publiek en privé niet scherp te trekken valt. Uit het voorbeeld van de ouderenzorg blijkt dat zo'n scheiding daar moeilijk vol te houden is.

De conclusie is dat de overheid ertoe neigt het spoor van algemeen beleid te volgen, terwijl in de zorgpraktijk juist behoefte is aan meer gedifferentieerd zorgaanbod. Twee verschillende interpretaties van het gelijkheidsbeginsel botsen hier met elkaar. Een ander punt is dat niet duidelijk is hoe ver differentiatie in de zorg kan gaan zonder dat normen als gemeenschappelijkheid, kwaliteit en gelijke behandeling in het gedrang komen.

4.6 Implicaties voor de ethische beleidsagenda

Uit het voorgaande volgen enkele aandachtspunten voor het beleid:

1. Met het oog op de verbetering van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg aan allochtone patiënten en cliënten, moet meer onderzoek worden gedaan naar de betekenis en het belang van erkenning van culturele en etnische verschillen binnen de zorg en binnen de geneeskunde.
2. De beleidsverschuiving naar meer vraagsturing en zorg op maat is een gunstige ontwikkeling voor allochtone zorgvragers. Het is echter de vraag hoe dit beleidsprincipe zich verhoudt met het beleidsprincipe: ‘algemeen beleid waar mogelijk, specifiek waar nodig’. In het overheidsbeleid domineert dit laatste beginsel. Hierdoor is er vrijwel geen ruimte is voor zorg op interculturele maat. Voor allochtone zorgvragers, met name in sectoren als de ouderenzorg, de zorg voor gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg, is dit geen gunstige ontwikkeling. Zelfbeschikking van allochtone zorgvragers wordt hiermee beknot.
3. Vraagsturing impliceert differentiatie, maar niet elke differentiatie is gewenst. Differentiatie van zorg of zorg op (interculturele) maat kan ook botsen met algemene normen van kwaliteit, betrouwbaarheid (controleerbaarheid), integriteit, samenhang en gemeenschappelijkheid, en gelijke behandeling. Meer onderzoek is nodig naar de grenzen van vraagsturing vanuit het perspectief van interculturele zorg.
4. Morele toetsing is nodig van de op handen zijnde registratiemethoden van etniciteit, zoals die binnenkort in verschillende ziekenhuizen zal gaan plaatsvinden. Welk belang wordt gediend? Hoe is misbruik te voorkomen? De voor- en nadelen van registratie van etnische herkomst moeten tegen elkaar afgewogen worden en patiënten of cliënten moeten hiermee zelf kunnen instemmen.

Literatuur

- Bloemhoff, A. Verpleeghuis. In de Amstelhof is de wens van de bewoner het uitgangspunt. *Contrast, special: ouderen*, 2003, no. 13/14, p. 12-15.
- Boer, S. de. Gelijkheid in gezondheid. *Contrast*, 2003, no. 10, p. 8-9.
- Boomstra, R. en J. Wennink. Intercultureel kwaliteitsbeleid voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. *Migrantenstudies*, 2001, no. 2, p. 85-97.
- Bronkhorst-Homminga, A. Registratie van etnische herkomst in de ggz. Notitie in het kader van het Stimuleringsproject Allochtonenbeleid GGZ. Utrecht: GGZ Nederland, 2000.
- Bruijnzeels, M. Vaststellen van de etnische herkomst van personen in onderzoek en in registraties in de gezondheidszorg. Den Haag: ZON, 1999.
- Dagevos, J. De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes. Den Haag: SCP, 2001.
- Dijk, R. van, I.Boedjarath, J.T.V.M. de Jong, R.F. May, R. Wesenbeek. Interculturele geestelijke gezondheidszorg in XXIe eeuw. Een manifest. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2000, 55, no. 2, p. 134-144.
- Dikken, A. den. Interculturele ethiek in de gezondheidszorg. Morele uitwisseling via de spreekkamer. Utrecht: Centrum voor Bioethiek en gezondheidsrecht Universiteit Utrecht, 2003.
- Havermans, J. Allochtone ouderen komen er aan. *Contrast, special: ouderen*, 2003, no. 13/14, p. 30-32
- Heteren, G. van. Waar een wil is zijn wegen. *Migrantenstudies*, 17, 2001, no. 2, p. 98-112.
- Hoffer, C. Alternatieve vormen van zorg: islamitische geneeswijzen als voorbeeld. In: Haveman, H.B. en P. Uniken Venema (red.). *Migranten en gezondheidszorg*. Houten: Bohn en Stafleu Van Loghum, 1996, p. 78-97.
- Ingleby, D. Machtsrelaties en methodologie: onderzoeksmethoden als in- en uitsluitingsmechanismen. In: Dijk, R. van en A. Voogt (red.). *Interculturele geestelijke gezondheidszorg: uitgesloten? Verslag conferentie 5 april 2001*. Rotterdam: Mikado, 2001: 17-22.
- Knipscheer, J.W. en R.J. Kleber. Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog*, 33, 1998, no. 4, 151-157.
- Kortmann, F.A.M. Psychopathologie, cultuur en omgeving. In M.H.R. Nuy en E.H. van de Lisdonk (red.). *Medicus en maatschappij*, Utrecht: SWP: 1995, p. 92-104.

Manna, D.R., M.A. Bruijnzeels, H.G.A. Mookink en M. Berg. Ethnic-specific recommendations in Clinical Practice Guidelines: A first exploratory comparison between guidelines from the USA, Canada, the UK and the Netherlands. *Quality and Safety in Healthcare* (in druk).

Martens, E.P. Allochtone ouderen in Nederland: kerncijfers over de sociaal-economische positie en de sociale participatie van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Molukse ouderen. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1993.

May, R.F. Allochtonen en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. In Dijk, R. van en A. Voogt (red.). *Interculturele geestelijke gezondheidszorg: uitgesloten? Verslag conferentie 5 april 2001*. Rotterdam: Mikado, 2001: 31-38.

Ministerie van Binnenlandse Zaken. *De multiculturele samenleving als uitdaging. Rapportage rondetafelgesprekken*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1996.

Ministerie van Welzijn e.a., Volksgezondheid en Cultuur. *Kleurrijk grijs. Reactie op het advies 'Kleur bekennen' over allochtone ouderen van de voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994.

Nelissen, H. *Zonder pioniers geen volgers. Adviezen bij het ontwikkelen van passend aanbod aan allochtone ouderen*. Utrecht: NIZW, 1997.

NHG onderzoekt de rol van etniciteit. *Medisch Contact*, 58, 14 maart 2003, no. 11, p. 404.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 2000a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)*. Zoetermeer: RVZ, 2000b.

Struijs, A.J. *Gezondheidszorg en culturele diversiteit: op zoek naar de juiste balans*. In: Hortulanus, dr. R.P. en drs. J.E.M. Machielse. *Het sociaal debat: de multiculturele uitdaging*. 's-Gravenhage: Elsevier, 2002, p. 91-105

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden. Aanhangsel van de Handelingen, vergaderjaar 2002-2003: 896*.

Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. *Kleur bekennen. Advies over allochtone ouderen in de Nederlandse samenleving*. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1993.

Vorstenbosch, J. *Zorg voor kleur. Over ethiek, multiculturaliteit en zorg*. Utrecht: College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorg: Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg, 2003.

Wieringen, J.C.M. van, M.A. Kijlstra en T.W.J. Schulpen.

Interculturalisatie van het medische onderwijs. Een inventarisatie bij de faculteiten geneeskunde. S.G.O. Adviesgroep voor het Stimuleringsprogramma Gezondheids-
onderzoek. Utrecht: Centre for Migration and Child Health, 2001.

Wolffers, I., A. van der Kwaak en D. Barten. Geboorteland als criterium. Het regi-
streren van de allochtone achtergrond heeft nadelen. Medisch Contact, 58, 28
maart 2003, no. 13,
p. 505-507.