

Interculturele zorg op maat

Anamnese en verpleegplan voor geïnterneerde Marokkaanse psychotici

Project voorgelegd
tot het behalen van de titel van
bachelor in de verpleegkundige
optie: psychiatrie
door: Kurt Bollen, Ruben Jeunen, Beata Kurda, Annemie Maurissen en Carolien
Schalenburg

Projectbegeleiders: Jo Gommers en Ann Pepermans
Projectverantwoordelijken: Lieven Vanlangenaeker en Caroline Leenders
In samenwerking met het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem.

2004-2005

Voorwoord

Het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem willen wij graag bedanken voor het aanbieden van de mogelijkheid om een project te maken.

Dit project heeft ons als groep gesterkt en veel genoegdoening gegeven. We kunnen terugblikken op een toffe samenwerking waarbij elk zijn steentje heeft bijgedragen en veel geleerd heeft. Door de flexibele opstelling van iedereen is het groepswerk een aangename leerervaring geworden, hetgeen ons in het werkveld van pas zal komen.

Zonder hulp en samenwerking van hulpverleners uit het werkveld zouden we dit project niet hebben kunnen vervolledigen op deze manier. Vandaar dat een aantal mensen een welgemeend dankwoord verdienen.

Eerst en vooral danken wij Jo Gommers, An Pepermans, Caroline Leenders en Lieven Vanlangenaeker voor de professionele begeleiding en de goede raad en steun die zij ons gegeven hebben.

Ook willen wij het interdisciplinair team en de patiënten van de afdeling 'forensische kliniek C' bedanken voor de goede samenwerking die wij hebben ervaren.

Verder danken wij ook de mensen van de werkgroep 'Minderheden en GGZ', ontstaan vanuit het SPIL (Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg) voor de goede samenwerking en raad die wij van hen kregen voor het voltooiën van ons project. Ook de professionelen uit het werkveld, m.n. de intercultureel bemiddelaar van het ZOL en psychologe van CGG verdienen een speciaal dankwoord voor de informatie die zij ons gaven.

Voor onze naasten was het niet altijd even gemakkelijk. Daarom willen wij hen bedanken voor hun steun en toeverlaat gedurende dit academiejaar.

Wij hopen dat ons projectboek door de verpleegkundigen uit het werkveld als een meerwaarde beschouwd wordt en kan bijdragen tot meer zorg op maat.

Inhoudstabel

1	Inleiding.	4
2	De theorie over zorgcultuur van Madeleine Leininger.	6
2.1	Begrippen van het begrippenkader.....	6
	Wat is cultuur?	6
	Wat is zorg?.....	7
2.2	De zorgrelatie verpleegkundige – patiënt.....	7
2.3	Doeltreffend verplegen volgens drie modaliteiten. (Transculturele zorg).....	7
	2.3.1 Cultureel zorgbehoud.	8
	2.3.2 Culturele zorgaanpassing.	8
	2.3.3 Culturele zorgreconstructie.	8
2.4	Het sunrise model van M. Leininger.....	9
3	Uitwerking sun-rise model.	10
3.1	Inleiding.	10
3.2	Religieuze en filosofische factoren.	10
3.3	Culturele waarden en opvattingen.....	12
3.4	Sociale en familiale factoren.	14
3.5	Politieke en wettelijke factoren met zijn invloed op de gezondheid.....	18
3.6	Economische factoren.	19
3.7	Scholingsfactoren.	20
3.8	Besluit.....	21
4	De toegankelijkheid van GGZ voor allochtonen.....	22
4.1	Toegankelijkheidsonderzoek.....	22
	4.1.1 Resultaten van gezondheidsenquête.....	22
4.2	Bevraging van diensten, voorzieningen en huisartsen.	23
	4.2.1 Moeilijkheden bij hulpverlening binnen de teams en huisartsen.	23
	4.2.2 Verwijzing en samenwerking met andere diensten.....	23
	4.2.3 Problemen die hulpverleners ondervinden bij doorverwijzing.	23
	4.2.4 Aanmeldingsproblemen of specifieke hulpvragen van minderheidsgroepen. .	23
	4.2.5 Hulpmiddelen voor hulpverlening aan minderheidsgroepen.	24
4.3	Bevraging van de minderheidsgroepen.	24
4.4	Besluit.....	24
5	Praktijkervaringen: Interviews met de mensen uit het werkveld en de patiënten.	26
5.1	Moeilijkheden:	26
5.2	Suggesties:.....	27
5.3	Besluit.....	28
6	Casestudy	29
7	Praktijk.	31
7.1	Standaard Verpleegkundige Anamnese.	31
7.2	Standaard verpleegplannen.	37
	7.2.1 Therapieontrouw agv specifieke ziektebeleving.....	38
	7.2.2 Communicatiehindernissen.	40
	7.2.3 Beperkingen in de godsdienstbeleving.....	42
	7.2.4 Verstoord rolpatroon binnen gezin.....	44
7.3	Lexicon.....	46
8	Besluit.....	55
9	Bronvermelding.....	57
10	Product.	59

1 Inleiding.

Vanuit de praktijk wordt de hulpverlening aan allochtonen, omwille van de grote culturele verschillen, vaak als moeilijk ervaren. Vooral het zicht krijgen op de persoonlijke beleving wordt, vanuit de sterk verschillende culturele achtergrond, door de cliënt en de hulpverlener soms als problematisch ervaren. Het begrip allochtonen verwijst naar uit andere landen en culturen naar België ingeweken migranten. In België, in het bijzonder in Limburg, kende in de tweede helft van de vorige eeuw een grote migratie van Europeanen (vooral Italianen en Spanjaarden) en Afrikanen (vooral Marokkanen) die in de steenkoolmijnen kwamen werken. Ondertussen kennen we reeds drie generaties allochtonen. Van hen wordt wel eens gezegd dat ze nog grotere problemen kennen en zich in geen van beide culturen nog echt thuis voelen. In deze uiteenzetting beperken wij ons tot de allochtonen van Marokkaanse afkomst.

Vanuit het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis in Rekem kreeg onze projectgroep de vraag een anamnese en een aandachtspuntenlijst te maken specifiek voor patiënten van Marokkaanse afkomst, verblijvend op een gespecialiseerde forensische afdeling. Dit is een afdeling waar 25 mannelijke geïnterneerden 'vrij op proef' kunnen verblijven.

Geïnterneerden zijn mensen die een delict gepleegd hebben en ontoerekeningsvatbaar verklaard zijn (1). Op deze afdeling is het opmerkelijk dat éénderde van de patiënten allochtoon zijn van zowel eerste, tweede als derde generatie, waarvan zeven Marokkaanse patiënten.

Eerst wordt er een beeld geschetst van de Marokkaanse cultuur aan de hand van het Sunrise model van Madeleine Leininger. Ondanks de grote verwevenheid die er is tussen godsdienst en cultuur, kan er gesteld worden dat deze benadering niet kan opgaan voor elke Marokkaan. Het is ook niet zinvol en zelfs misleidend om uitspraken te doen over "de" cultuur van een bevolkingsgroep. De samenleving evolueert snel en culturen evolueren mee. Een groot gedeelte tweede en derde generatie Marokkaanse allochtonen zijn in België geboren en opgegroeid. Zij hebben vaak zelfs de Belgische nationaliteit. Deze tekst moet dan ook gezien worden als slechts een poging tot verduidelijking, mag niet veralgemeend worden en er zeker niet toe leiden dat de Marokkaanse cultuur zou herleid worden tot een aantal stereotypen. Uiteindelijk werd de verkregen informatie en theorie omgebouwd tot een bevattelijke tekst met een bijhorend lexicon om vanuit de praktijk vlot te kunnen raadplegen.

Met de hoger aangegeven informatie in het achterhoofd, wensten wij praktijkervaringen vanuit verschillende ooghoeken te bundelen. De intercultureel bemiddelaar, de psychologe van een CGG, patiënten en hulpverleners van de afdeling werden geïnterviewd. Allen benadrukten zij sterk het belang van de kennis over de cultuur als een belangrijk element om het hulpverleningsproces vlot te laten verlopen. Hierbij kan een aangepast anamnese-instrument een belangrijk hulpmiddel zijn.

Vervolgens werd de anamnese gemaakt. Oorspronkelijk was het de bedoeling om hierbij een specifieke aandachtspuntenlijst te maken. Er werd hiervoor niet gekozen, maar in plaats daarvan werd beslist om vier specifieke standaardverpleegproblemen uit te werken. Dit omwille van het typisch verpleegkundige aspect en de bruikbaarheid van de verpleegplannen in de praktijk. Er is gekozen voor de uitwerking van communicatiehindernissen, therapieontrouw agv. specifieke ziektebeleving, beperking in godsdienstbeleving en verschillend rolpatroon binnen gezin.

Tijdens het hele projectproces werd er onderzoek gedaan naar actuele artikels in verband met dit thema. Onze projectgroep is hier op een aantal moeilijkheden gestoten omdat er nog niet veel gepubliceerd is rond dit specifiek thema. Wat wel opviel, is dat allochtonen sterk in de politieke en maatschappelijke belangstelling staan.

Tot slot kan er opgemerkt worden dat kennis belangrijk kan zijn als voorwaarde om elkaar beter te begrijpen. Flexibel kennis toepassen is nog belangrijker.

Een hulpverlener dient de nodige competenties te ontwikkelen om zich te kunnen verplaatsen in de normen- en waardenbeleving van de ander. Het uiting geven van een open accepterende en onbevooroordeelde attitude met de flexibele sociale vaardigheden van een goed onderhandelaar behoren eveneens tot deze noodzakelijke competenties. Ze kunnen een garantie betekenen voor een goede hulpverlening voor gelijk welke patiënt met een andere culturele achtergrond.

2 De theorie over zorgcultuur van Madeleine Leininger.

Madeleine Leininger is hoogleraar in verpleegkunde en antropologie aan de Wayne State University Detroit. Zij ondervond dat de geboden zorg niet aansloot bij de behoefte van kinderen in een psychiatrisch ziekenhuis. Om een beter beeld te krijgen van deze behoeften, heeft Madeleine Leininger geprobeerd om de verschillende beïnvloedende factoren te structureren. Met het studeren van antropologie groeide het inzicht dat antropologie en verpleegkunde een relatie hebben met elkaar. Leininger heeft dan onderzoek gedaan naar zorggedragingen van Gadsup bewoners en kan verschillende boeken op haar naam schrijven, zoals 'Nursing and Antropologie: Two worlds to Blend'. Vanuit deze achtergrond heeft Madeleine Leininger een theorie over zorgcultuur ontwikkeld. Dit begrippenkader wordt hieronder beknopt weergegeven. (Evers, 1999).

Er is gekozen voor deze theorie omdat het gedrag van de patiënten, van verpleegkundigen en de interactie tussen elkaar, expliciet in het brede kader van cultuur wordt geplaatst. Gezondheidszorg en verpleging zijn volgens Leininger slechts te begrijpen temidden van zeer verschillende culturele contexten (Evers, 1999). Deze theorie geeft een duidelijker beeld over de begrippen zorg en cultuur en vormt de begindraad van het project. Al naargelang de zorg aansluit bij de cultuur, kan er gesproken worden over zorgbehoud, zorgaanpassing en zorgreconstructie.

Vanuit deze theorie heeft Madeleine Leininger een model gemaakt, nl. het sunrise model, dat toelaat een volledig beeld te krijgen van de achtergrond van de patiënt en de vele informatie te structureren. Dit is de reden waarom dit model als kapstok van het project gebruikt is.

2.1 Begrippen van het begrippenkader.

Leininger spreekt zelf van een theoretisch/conceptueel model van transculturele zorgdiversiteit en universaliteit en over een 'theory of nursing'. De twee belangrijkste begrippen in Leiningers theorie zijn zorg en cultuur. (Evers, 1999).

Wat is cultuur?

Het begrip cultuur is een veelzijdig begrip. Van het begrip cultuur bestaan enige honderden definities. De verschillen tussen deze definities ligt in de onderlinge nadruk die wordt gelegd op één of meer aspecten van het begrip cultuur (Visser en Jong de 1999). Een werkelijk eenduidige definitie bestaat er nog niet. De betekenis van het begrip cultuur is cultuurafhankelijk (Bancken 2004).

Leininger heeft nochtans getracht een omschrijving van het begrip cultuur te formuleren. *Cultuur omvat de aangeleerde, gemeenschappelijke en overgedragen gedragspatronen, waarden en normen van een bepaalde groep. Deze sturen op een geordende wijze het denken, beslissen en handelen van groepsleden.*

Cultuur is de 'blauwdruk' voor het denken en handelen. Het is de dominante factor bij het ontstaan en instandhouden van verzorgingsgedragspatronen.

Leininger gaat ervan uit dat, van welke kant de zaken ook bekeken worden, er altijd een uitkomst plaatsvindt gericht naar cultuur als het alles bepalende hoofdthema. De culturele waarden, normen en praktijken worden beïnvloed door, maar zijn ook ingebed in het wereldbeeld, de taal, religie, familie, politiek, opleiding, economie, technologie, etnologische geschiedenis en de omgevingscontext van een bepaalde cultuur. Daarmee bepaalt cultuur de 'groepsnorm' voor de leden van de groep. De gedachte van Leininger is: "er kan alleen verantwoorde verpleegkundige zorg aangeboden worden wanneer de culturele waarden, uitdrukkingen of patronen van het individu, de groep, de familie, de gemeenschap gekend zijn en die zinvol toegepast kunnen worden." Wordt dit als verpleegkundige niet gedaan, dan

kunnen er fenomenen ontstaan als culturele conflicten, therapieontrouw, stress, ethische en morele geschilpunten. (Visser en Jong de 1999)

Wat is zorg?

Het begrip zorg wordt in alle lagen van de bevolking gebruikt. Ook in ons taalgebruik. Bijvoorbeeld: 'Ik zal zorgen dat het in orde komt', 'maak je geen zorgen', 'zij zorgt voor haar moeder', ... (Bancken, 2004).

Leininger omschrijft zorg als: "het fenomeen van hulp, ondersteuning of bijstand, die gericht is op een individu of groep met duidelijk aanwezige of te voorziene behoeften." Verzorging omschrijft zij als: "alle activiteiten om een individu of groep met duidelijk aanwezige of te voorziene behoeftes te helpen, te ondersteunen en bij te staan." Het doel van zorg en verzorging is de condities en de leefwijze van de mens te ondersteunen of te verbeteren. (Evers, 1999)

2.2 De zorgrelatie verpleegkundige – patiënt.

De relatie tussen de verpleegkundigen en de patiënt is van groot belang en heeft een grote invloed op de zorg. Het is dus de bedoeling om eerst en vooral een goed contact te hebben met de patiënt waarin vertrouwen centraal staat. In dergelijke omgeving kunnen niet enkel de doelstellingen van de hulpverleners naar voren komen, maar ook de eigen zorgbehoeften en -gedragingen van de patiënt. Op deze manier kunnen ervaringen en inzichten, eventueel beïnvloed door de culturele achtergrond, gedeeld worden met de verpleegkundigen. Naast kennis en ervaring, moet men op de hoogte zijn van de culturele achtergrond van de patiënt om vanuit een actieve luisterhouding en via observatie de aangereikte elementen in een juiste context te plaatsen en de zorg hierop af te stemmen. Het is echter wel belangrijk dat dit allemaal gebeurt in het juiste milieu, waarin co-participatie centraal staat en de patiënt zijn ziekteproces samen met de verpleegkundige in handen neemt en er op die manier een nieuwe leefstijl gecreëerd wordt.

Deze omgeving, waarin dit allemaal plaatsvindt, beïnvloedt via verschillende sociale, economische, culturele en fysieke milieufactoren de leefwijze van de patiënt en de verpleegkundigen. Kennis en inzicht in deze verschillende factoren vormt dus de basis van culturele zorg voor de patiënt.

Leininger heeft deze verschillende factoren weergegeven in een model, nl. het 'Sunrise model' (Evers, 1999).

2.3 Doeltreffend verplegen volgens drie modaliteiten. (Transculturele zorg)

De verpleging en verzorging zijn een transcultureel verschijnsel die plaatsvinden in verschillende zorgsystemen. Deze zorgsystemen kunnen verschillen naar groep, plaats en tijd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat elke cultuur hun eigen wijze van zorggedrag en zorgopvattingen ontwikkelt. Leininger heeft op basis van haar studies die zij uitvoerde, verschillende variaties teruggevonden van zorg. Zorg is gelijk aan troosten, ondersteunen, aandacht schenken, tederheid vertonen, vertrouwen schenken, instructies geven, directe bijstand verlenen, medisch technische bijstand verlenen, enz.

Deze vormen van zorggedrag en -opvatting zijn meestal goed gekend voor mensen van de eigen (sub)cultuur, maar vaak onbekend voor de zorgverleners met een andere culturele achtergrond.

Bijvoorbeeld: stads en plattelands cultuur, niet Nederlandstalige cultuur, tieners en bejaarden cultuur, ... (Evers, 1999). Verder hanteert Leininger in haar begrippenkader het begrip doeltreffende verpleging. Hiermee verwijst ze naar 'verpleging waarin men rekening houdt met de culturele verschillen'. (Evers, 1999).

Tijdens het verplegen kan de verpleegkundige in de beoordeling, keuze en acties op drie manieren omgaan met de culturele zorgopvattingen en gedragingen van de patiënt. Ten eerste kan er sprake zijn van cultureel zorgbehoud en/of handhaving. Ten tweede kan er gekozen worden voor culturele zorgaanpassing en/of onderhandeling. In het laatste geval kan er geopteerd worden om over te gaan tot culturele zorghervorming en/of zorgherstructurering. In deze drie modaliteiten staat het begrip zorg centraal en wordt gesteund op de generieke zorgkennis van de patiënt (folk systeem) en de professionele zorgkennis van de verpleegkundige (etic, professionele systeem) (Bancken, 2004).

2.3.1 Cultureel zorgbehoud.

Hier wordt de nadruk gelegd op activiteiten gericht naar bijstand en ondersteuning. Deze activiteiten, gebaseerd op cultuur, worden gekenmerkt door het in stand houden van de gezondheidspraktijken, leefgewoonten en verzorgingsgedragingen die door de patiënt gewenst worden (Evers, 1999). Tijdens deze modaliteit wordt de cultuur van de patiënten door de verpleging gerespecteerd en gehanteerd. Een voorbeeld van zorgbehoud kan zijn dat de hulpverleners de patiënt de mogelijkheid aanbieden om te bidden naar hun gewoonten.

2.3.2 Culturele zorgaanpassing.

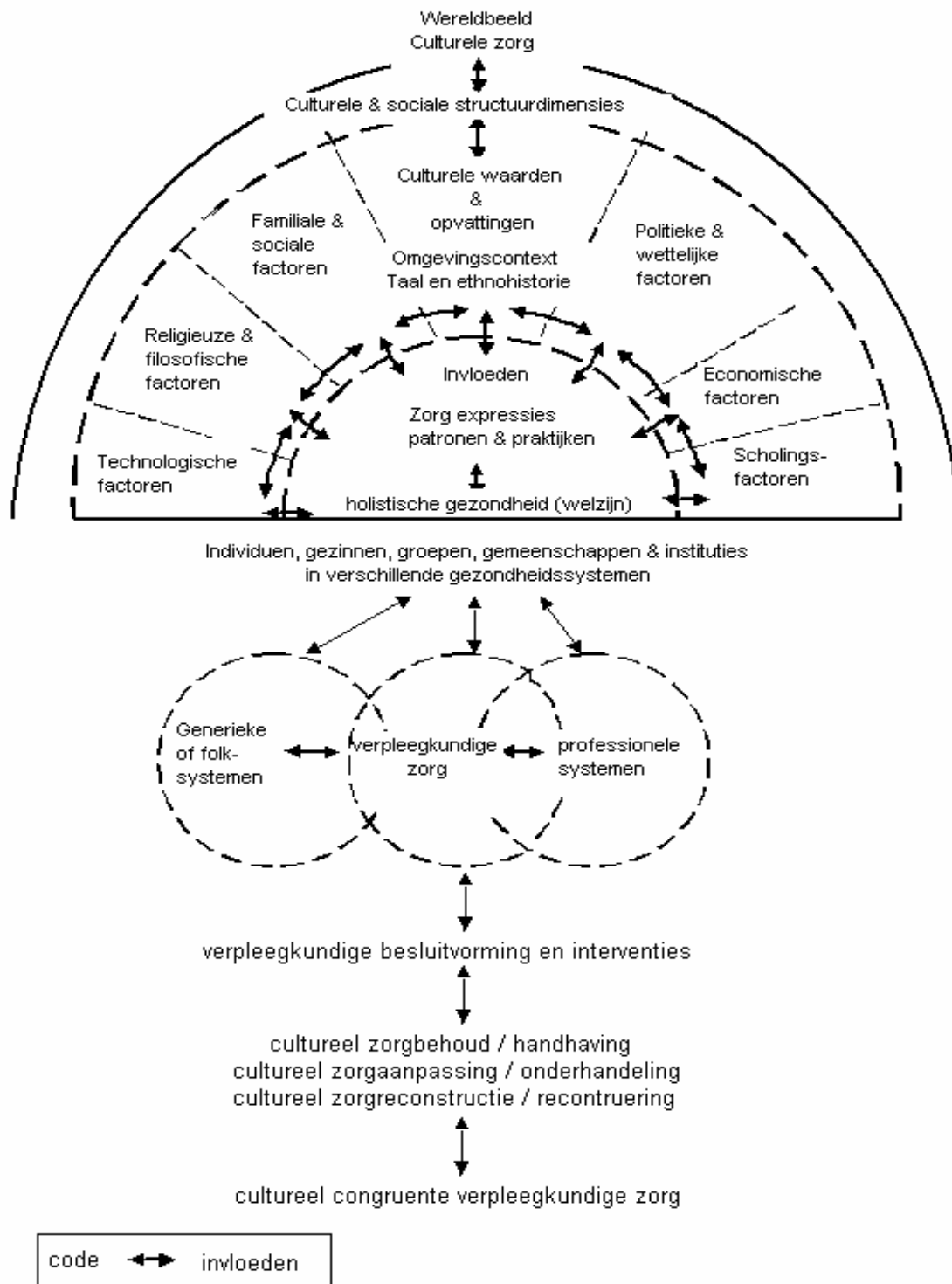
Bij culturele zorgaanpassing zijn de verpleegkundigen 'actief'. Zij onderhandelen en voeren aanpassingen door in de gezondheids- en verzorgingspraktijken van de patiënt. De cultuur van de patiënt wordt gerespecteerd, maar op bepaalde onderdelen wordt er een aanpassing doorgevoerd (Evers, 1999). Zo kan er benadrukt worden dat het nemen van kruiden, hetgeen een cultureel gebruik is, minder effectief is dan de medicatie voorgeschreven door de behandelende arts.

2.3.3 Culturele zorgreconstructie.

Bij culturele zorgreconstructie worden bepaalde gewoonten, die gezondheidsproblemen veroorzaken, gereconstrueerd. De verpleegkundige dient tijdens de verzorging het gezondheidsgedrag van de patiënt te bevragen en te observeren. Als blijkt dat er aanpassingen vereist zijn, zal de verpleegkundige in samenwerking met de patiënt (co-participatie) aandachtspunten formuleren, om zo een 'reconstructie' door te voeren. Bijvoorbeeld door de grote invloed van de wij-cultuur en de verantwoordelijkheid die mensen daarin dragen, kan stress ontstaan, hetgeen een negatieve invloed kan uitoefenen op de psychose. Daarom is het belangrijk dat de patiënten voor zichzelf een rustige omgeving creëren waardoor de kans op herval vermindert. Het is nodig dat de patiënt zijn eigen kwetsbaarheid leert kennen en zijn mogelijkheden daaraan aanpast. Tevens kan er over zorgreconstructie gesproken worden indien de familie haar verwachtingen ten aanzien van de patiënt aanpast.

2.4 Het sunrise model van M. Leininger.

In het Sunrise model heeft Leininger de samenhang tussen de verschillende begrippen gevisualiseerd. Het doel van het model is de wereld van de patiënt binnen te gaan en informatie te verzamelen om een holistische en cultuurspecifieke zorg te kunnen bieden. De verpleegkundige tracht via dit model inzicht te verwerven (Transcultural Nursing Society, 2004).



Figuur 1: Het sunrise model.

3 Uitwerking sun-rise model.

3.1 Inleiding.

Het sunrise model van Madeleine Leininger bevat 7 factoren die de zorg beïnvloeden, m.n. religieuze en filosofische factoren, familiale en sociale factoren, culturele waarden en opvattingen, politieke en wettelijke factoren, economische factoren, scholingsfactoren en technologische factoren, die allen van belangrijke waarde zijn. De factoren mogen echter niet los van elkaar gezien worden, maar als een elkaar beïnvloedend systeem in zijn totaliteit.

Deze factoren verschillen in sterke mate met de Westerse normen. Daarom was het des te belangrijker deze elementen uit te dokteren om er een beter zicht op te krijgen. Het onderdeel technologische factoren is in het project niet besproken, aangezien hierover weinig behandeld werd in de theorieën en het naar onze mening niet van die impact geweest is op geestelijke gezondheidszorg, vergeleken met de andere factoren.

Met behulp van het sunrise model is er geprobeerd de belangrijkste elementen per factor weer te geven, zodat 'zorg op maat' voor de Marokkaanse patiënten mogelijk is.

Aangezien dit project handelt over Marokkaanse patiënten die een delict gepleegd hebben, is er ook gekeken naar een verband tussen hun cultuur en delinquent gedrag. Het onderzoeks- en documentatiecentrum van het Nederlandse ministerie van justitie heeft door onderzoek getracht de beïnvloedende factoren op delinquent gedrag in kaart te brengen. De bevindingen uit dit onderzoek worden bij de desbetreffende factoren beschreven. Daarnaast zijn rond dit onderwerp gegevens gebruikt uit een onderzoek naar crimineel gedrag bij allochtone jongeren, uitgevoerd door Marion Van San (2001).

In de tekst wordt er regelmatig verwezen naar het lexicon d.m.v. een cijfer achter een woord. Het lexicon vindt u op pagina 46. Hier vindt u meer informatie betreffende dit woord.

3.2 Religieuze en filosofische factoren.

Alvorens over te gaan op het geloof van de moslims, dient er toch gezegd te worden dat niet iedere Marokkaan zich sterk bezighoudt met de Islam en ernaar streeft zijn leven hiernaar te schikken. Er moet dus opgelet worden voor veralgemeningen hieromtrent. Toch wordt de Islamcultuur verder doorgrond, aangezien de meerderheid toch de culturele gebruiken onderhoudt en gelooft in de Islam.

Islam betekent letterlijk: "overgave, gehoorzaamheid, onderwerping aan de wil van Allah zoals die geopenbaard is aan de profeet Mohammed, ongeveer 570 na Christus en geboren te Mekka" (Meeuwissen, 2002).

Mohammed was de laatste profeet en heeft de leer van Allah in zijn definitieve vorm geopenbaard gekregen. De **Koran** (2) vervangt daarmee in de ogen van moslims alle voorafgaande heilige boeken, inclusief de bijbel (Redouan, 2005).

De Islam bestaat niet uit één stekking, maar uit verschillende, wat ertoe leidt dat er gemeenschappelijke kenmerken aanwezig zijn, maar ook verschillpunten.

Er kunnen vier stekkingen onderscheiden worden, nl. de traditionele, de orthodoxe, de fundamentalistische en de modernistische.

De plattelandbewoners houden zowel vast aan traditionele opvattingen als aan orthodoxe. Deze beide opvattingen stellen de Islam rationeel en sober voor met als centraal gegeven de relatie tussen de gelovige en Allah. De in België wonende moslims behoren vooral tot deze 2 categorieën.

De fundamentalisten verwerpen de Westerse opvattingen en willen een radicale terugkeer naar de oorspronkelijke Islamwaarden nastreven.

Een eigenschap van deze drie strekkingen is dat de Islam als basis voor het maatschappelijk leven genomen wordt.

Bij de vierde strekking, de Modernistische, is dit echter niet het geval. De Modernisten zijn geïnspireerd door de moderne westerse ideologieën en trachten de Islam hiermee te verzoenen. Enkel de fundamentele boodschap telt en details moeten gerelativeerd en in een historisch kader geplaatst worden. Volgens deze strekking moet de koran op een symbolische wijze begrepen worden (Meeuwissen, 2002).

Buiten deze 4 verschillende opvattingen is er een verschil merkbaar in gebruiken en rituelen tussen geografisch uiteengelegen gebieden. Binnen één en dezelfde godsdienststrekking kunnen er dus ook nog verschillen in gebruiken merkbaar zijn.

Tevens beïnvloedt migratie de manier waarop ieder individu met godsdienst en cultuur omgaat. Dit is sterk individueel bepaald. Zo kan men bijvoorbeeld star vasthouden aan de gewoonten van het thuisland. Anderen daarentegen gaan zich eerder overleveren aan de Westerse cultuur (Meeuwissen, 2002).

Vermeldenswaardig is ook het onderzoek van Sijsma (1989) omtrent de godsdienstbeleving. Hij beschrijft de rol die godsdienst speelt in het leven van Marokkaanse verslaafden. Zij praktiseren de Islam niet, maar toch voelen zij zich nog enigszins verbonden aan hun godsdienst. 'Allah is mijn enige vriend. Hij zal me vergeven voor wat ik doe'. Indien delicten gepleegd worden vanuit een cultureel bepaald waardepatroon heb je geen vergiffenis nodig (Van San en Leerkes, 2001).

De Islam is een vrij eenvoudige godsdienst. Naast het ene centrale geloofspunt dat er slechts 1 God is, zijn er enkele duidelijk omschreven verplichtingen, zoals het dagelijkse gebed. Er heerst een grote persoonlijke vrijheid, hoewel elke moslim toch persoonlijk verantwoordelijk is voor zijn doen en laten tegenover God. In tegenstelling tot de katholieke godsdienst is er geen vaste hiërarchie of een centraal beleid terug te vinden in het islamitische geloof. Er bestaat geen instituut zoals de kerk bij ons.

De Islam rust op 5 globale voorschriften, ook wel zuilen genoemd.

De eerste zuil is de **Shahada** of geloofsbelijdenis (3) die luidt als volgt: "Ik getuig dat er geen God is dan God en dat Mohammed zijn boodschapper is" (Salmi, 1996 en Es, van 1997).

Deze geloofsbelijdenis wordt door de moslim meermaals per dag uitgesproken.

Het gebed of **Salat** (4) treedt ook op de voorgrond in het dagelijkse leven van de moslim. Zo richten de moslims zich 5x/dag naar Mekka om het gebed uit te spreken (Balleur, 1999).

Naar jaarlijkse gewoonte is er ook de **Ramadan** of vastenmaand (5), waarbij men zich tot zonsondergang onttrekt van eten en drinken.

Daarnaast zijn er nog de armenbelasting of **Zakat** (6), een verplichte gift voor de armen en de "verplichte" bedevaart naar Mekka of **Hadj** (7) (Salmi, 1996 en Es, van 1997 en Gielen, 2003).

Dit zijn echter niet de enige elementen waar de moslims veel waarde aan hechten. Ze geloven ook dat de mens van nature goed is, er een eeuwig leven na de dood is en dat het aardse leven een beproeving tot verheffing is: "lijden moet ondergaan worden in waardige berusting." (Meeuwissen, 2002).

Daarnaast bestaat er een functie van imam. Zijn taken zijn vergelijkbaar met die van een priester van de katholieke kerk, zoals het verklaren van de koran, bemiddelen bij conflicten, bezoeken van zieken en slachtoffers van rampen, ed. (Meeuwissen, 2002).

Eveneens hechten moslims ook bijzonder veel belang aan **reinheid** (8), vooral voor en na het uitvoeren van religieuze activiteiten. Zij hechten vooral belang aan de kleine wassing voor het bidden, waarbij het belangrijk is stromend water te gebruiken. Moslims vinden dit een zeer belangrijk gegeven en zullen niet snel afwijken van dit gebruik (Es, van 1997).

Marokkanen volgen de koran soms in die mate dat ze zelfs weigeren een bepaalde ingreep in de gezondheidszorg te ondergaan, zoals bijvoorbeeld een transplantatie omdat het “de wil van God” is. Volgens modernere interpretaties heeft het leven echter voorrang op de integriteit van het lichaam en zal men steeds alles in het werk moeten stellen om iemand te genezen (Es, van 1997 en Meeuwissen, 2002).

3.3 Culturele waarden en opvattingen.

Cultuur is het geheel van waarden, normen, gebruiken en gedragingen dat op een coherente manier zin geeft aan wat er beleefd wordt. Cultuur hangt heel nauw samen met het menselijk gedrag en wordt van generatie op generatie doorgegeven (De Muynck, 1997).

Marokkanen houden er, in vergelijking met westerlingen, een heel andere traditie op na wat betreft de verklaring van ziekten.

Er zijn twee soorten **traditionele verklaring modellen** (9).

Eenzijds verklaren ze gebeurtenissen via **natuurlijke elementen** (10), zoals emotionele factoren of klimatologische factoren.

Anderzijds brengen ze **bovennatuurlijke elementen** (11) naar voren ter verklaring van gebeurtenissen.

De Marokkanen hechten veel belang aan deze modellen en zoeken hun toevlucht vooral in het bovennatuurlijke (Salmi, 1996 en Platti, 1998 en Peeters, 1992).

Uit onderzoek is gebleken dat, hoewel Nederlanders en allochtonen beiden last kunnen hebben van wanen, migranten het vaker wijten aan bovennatuurlijke oorzaken (Balleur 1999).

Bijgeloof is een voorbeeld van hoe traditionele waarden en normen tot op vandaag gelden. Vele moslims aanbidden heiligen, doen aan magie of bezoeken gebedsgeneesheren ondanks het verbod door de Islam, waardoor conflicten kunnen ontstaan. Door **heiligen te aanbidden** (12), geloven moslims een oplossing te verkrijgen voor hun problemen, zoals genezing, een goede gezondheid, voorspoed en geluk in het leven. Moslims gaan dan naar het standbeeld van de heiligen om te bidden, want zij denken dat deze in verbinding staan met Allah en hopen op deze manier te genezen (Meeuwissen, 2002 en Platti, 1998).

Eveneens wordt er gesproken van **demonen** (jnun) (13), die als één van de belangrijkste factoren ingeroepen worden voor het verklaren van psychische stoornissen. De demonen zijn onzichtbaar voor mensen en worden vaak gezien als een straf van God of van een heilige.

Het ‘**boze oog**’ (14) is ook een element dat belangrijk is voor Marokkanen. Het boezemt angst in en men is er steeds voor op zijn hoede. Om het ‘boze oog’ niet te tarten, zullen Marokkanen uit angst voor straf zichzelf niet snel ophemelen of kritiek geven op anderen. Ze bewapenen zich ertegen d.m.v. amuletten.

Ook wordt gebruik gemaakt van **magie** (15). Zwarte magie kan een negatieve uitwerking hebben, zoals gepijnigd worden, terwijl witte magie een goede, genezende uitwerking heeft. Naast magie zijn er nog gebruiken die toegepast worden om te genezen.

Zo wendt men zich vaak tot **kruidenverzamelaars**, die dikwijls op lokale markten en in de stad hun kruiden te koop aanbieden. Veel gezinnen beschikken over een eigen kruidenmix met een specifiek kruid voor vele kwalen. Bij chronische aandoeningen, zoals reuma, astma, e.d. worden thermaalbaden als “wondermiddel” gebruikt (Salmi, 1996 en Platti, 1998 en Peeters, 1992).

Aangezien Marokkanen veel belang hechten aan bijgeloof, zoeken ze traditionele, religieuze genezers op. Deze genieten zelfs de voorkeur boven de arts. In België komt dit hulp zoekgedrag ook voor, maar veel hangt af van de mate van integratie van Marokkanen. Zo’n tien procent van de Marokkaanse patiënten bezoeken traditionele genezers. Vooral het

consulteren tijdens de vakantie komt veel voor, waardoor de behandeling in België onderbroken of verstoord wordt.

De behandelende arts wordt dus best hiervan op de hoogte gebracht (Meeuwissen, 2002). Oudere Marokkanen zullen eerder geneigd zijn zich te verlaten op religieuze genezers, terwijl de jongere generatie, die reeds meer verwesterd zijn, eerder naar Belgische normen hulp gaat zoeken.

Vaak richten Marokkanen zich ook vanuit hun geloof of bijgeloof tot vooraanstaanden, die hulp kunnen bieden op hun terrein.

Schriftgeleerden (16) kunnen zieke mensen behandelen via hun geloof door het uitspreken van koranteksten of het uitvoeren van rituelen.

Zieners (17) en **magiërs** (15) worden door de moslims aanzien als bekwame mensen die hulp kunnen bieden in tegenspoed en worden vaak bezocht (Platti, 1998 en Peeters, 1992).

Ook de effecten van warmte en koude worden als belangrijk aanzien op het lichaam.

Daarom wordt bij de moslims een onderscheid gemaakt tussen **warme en koude ziekten** (18). Op basis hiervan is er voor elke categorie wel een remedie. Zo is het de gewoonte om bij warme ziekten een koud bad te nemen omdat het vuur uit het lichaam verdreven moet worden. Bij koude ziekten daarentegen, hanteert men het tegenovergestelde principe en zal men eerder warmte aanbieden aan de patiënt. (Es, van 1997).

Wat betreft het **verwoorden en uiten van klachten**, is er ook een verschil met de Westerse cultuur (19). Marokkanen maken regelmatig gebruik van symbolisch taalgebruik om klachten aan te geven waardoor het soms moeilijk is hen te begrijpen. Eveneens somatiseren Marokkanen in sterke mate hun psychische problemen, omdat ze zich meer schamen voor deze klachten. Toch wil dit niet zeggen dat somatische klachten niet gegrond kunnen zijn. Het risico bestaat erin dat autochtone artsen een vooroordeel vormen ten opzichte van allochtonen met als gevolg dat dezen niet au sérieux genomen worden (Kortmann, 2002). Door het meer voorkomen van somatische klachten, gebruiken migranten meer medicatie dan wij. Dit kan ook verklaard worden door het feit dat er veel van verwacht wordt. Vaak behandelen Marokkanen zichzelf met medicatie omdat ze denken er veel van af te weten (Es, van 1997).

Gastvrijheid neemt ook een centrale plaats in binnen de Marokkaanse cultuur en samen tafelen rond een "rijkgevulde tafel" is een gewoonte. De maaltijden verlopen in een gezellige sfeer, aangezien het groepsgevoel overheerst binnen de Marokkaanse cultuur en er uitgebreide families bestaan (Salmi, 1996).

Toch kennen ze enkele verplichtingen wat betreft **voeding** (20) en trachten ze de Koran hierin te volgen. Ze eten enkel ritueel geslacht vlees en geen varkensvlees (Balleur, 1999). Genotsmiddelen, zoals alcohol en drugs, zijn ook verboden door de Koran. In de steden wordt er aan dit verbod steeds minder gevolg gegeven. Toch zal men alcohol nooit in het openbaar serveren.

Het hele sociale leven van de Marokkanen is in feite onderhevig aan regels en wetten aangezien de Islam ervan uit gaat dat mensen zwakke wezens zijn en (bege)leiding nodig hebben. Er zijn 2 gekende termen "**Halaal**" (toegestaan) en "**Haram**" (verboden) (21), waar veel belang aan gehecht wordt (Salmi, 1996).

De regels komen ook tot uiting in **de klederdracht** (22). De vrouwen zijn verplicht tot het dragen van gesloten kledij. Ze dragen vooral lange sluiers. De vrouw moet haar lichaam bedekken uit eerbareid, schroom, schaamte, fatsoen en uit geloofsovertuiging. Vooral buitenshuis zijn ze hier heel strikt in, terwijl deze regels binnenshuis minder van toepassing zijn. De Marokkaanse man is eerder gekleed zoals Westerlingen (Meeuwissen, 2002).

Naast regels en wetten heersen er nog bepaalde gebruiken bij de verschillende fasen in een mensenleven, die zoveel mogelijk in ere gehouden worden.

De geboorte van een kind wordt gevierd via het offeren van een dier, als voorbode om het kind een naam te geven. In opvolging daarvan wordt bij de jongens een **besnijdenis** (23) uitgevoerd, die vooral een symbolische betekenis heeft.

Het **huwelijk** (24) neemt eveneens een voorname plaats in bij de moslims, zowel bij het paar zelf, als bij de ouders, want het is vooral de bedoeling om vriendschappen te sluiten met de uitgebreide familie. Traditiegetrouw zal de vrouw bij de man gaan inwonen en zich aanpassen aan de gebruiken van de familie van de man.

Na een sterfte wordt afscheid genomen volgens een eeuwenoude traditie. Elke moslim wenst te sterven met de geloofsbelijdenis op zijn lippen, om te sterven als 'echte' moslim. De dode wordt meteen gewassen en ten grave gedragen. Alvorens het lijk begraven wordt, wordt er gebeden, waarbij de dode op de rechterzijde geplaatst wordt met het aangezicht richting Mekka (Es, van 1997 en Salmi, 1996).

Volgens Van San en Leerkes (2001) kan een hogere prevalentie van het voorkomen van delicten, gepleegd door Marokkaanse jongens, mee verklaard worden door de culturele invloed in deze bevolkingsgroep. Dit geldt tevens voor het minder voorkomen van delicten, gepleegd door Marokkaanse meisjes in vergelijking met Belgische meisjes.

3.4 Sociale en familiale factoren.

In tegenstelling tot het individualisme in de Westerse maatschappij, heerst er in de moslim-cultuur vooral een "Wij-cultuur" waarin het groepsbelang primeert boven het individu. Deze visie wordt van ouder op kind doorgegeven. De groep kan bestaan uit familie, vrienden, buurtbewoners en dergelijke. Deze levensvisie gaat niet op voor Westerlingen waarin het 'ik' een meer centralere rol inneemt en er desgevallend ook gesproken wordt van de ik-cultuur. Het individu heeft bij de Marokkanen weinig vrijheid binnen een groep en het leven wordt vooral bepaald door het groepsgegeven waarin een bepaalde hiërarchie geldt en iedereen zijn/haar plaats kent met de bijbehorende rollen en taken. De groep wordt eigenlijk gezien als een beschermende factor, een ruggensteun om te overleven. In de groep zijn een aantal waarden van toepassing, zoals vertrouwen, trouw zijn aan de groep, samenhang en solidariteit (Salmi, 1996 en Gielen, 2003).

Marokkanen hebben grote gezinnen. Er zijn vele inwonende waaronder het echtpaar, de zonen en eventuele echtgenoten, de ongehuwde dochters en de kleinkinderen. Daarom wordt er ook gesproken over de grootfamilie of uitgebreide familie met de kerngezinnen als onderdeel van de grootfamilie (Meeuwissen, 2002).

De volwassen mannen blijven tot op hoge leeftijd afhankelijk van de vader of oudste broer. De uitgebreide familie valt echter na zekere tijd uiteen in samengestelde kerngezinnen die elk op hun beurt tot uitgebreide families kunnen uitgroeien. In het leven van de moslims nemen de ouders een heel belangrijke rol in. Ouders zijn heilig voor hun kinderen en bijgevolg is hun wil dat ook (Salmi, 1996).

De sociale status die men binnen de familie en gemeenschap geniet, is in hoofdzaak gebaseerd op leeftijd, macht, uitstraling en het geslacht en niet zozeer op de individuele prestatie van de persoon.

De oudere heeft een overheersende positie op de jongere en de man op de vrouw. Het rolgedrag in de wij-cultuur is dan ook van essentieel belang. Ook binnen de vrouwengemeenschap geldt er een hiërarchie waarin de oudste vrouw de hoogste status heeft (Salmi, 1996).

Binnen deze rolpatronen met sociale status, neemt de **eer** (25) een belangrijke plaats in (De Muynck, 1997).

Eer en schande zijn binnen de moslim-cultuur zeer voornamelijk termen, waar veel belang aan gehecht wordt. Men zal alles in werking stellen om geen schande op te lopen en vooral om de eer op te strijken en te handhaven. Deze eer, die bij uitstek de man toekomt, wordt niet gezien als individuele eer, maar veeleer als eer die wordt verkregen en verdedigd binnen de groep, aangezien het groepsbelang steeds primeert op het individuele. Het is dus niet zozeer van belang een belangrijke machtspositie te bekleden buiten de groep of veel geld te hebben, maar des te belangrijker een rol van betekenis te spelen binnen de groep zelf, om ernstig genomen te worden zodat er respect afgedwongen wordt.

Voor Marokkanen is het belangrijk het aanzien binnen de groep niet te verliezen. De groep in diskrediet brengen kan zware gevolgen hebben en schande met zich meebrengen. Dit is iets wat men koste wat kost wil vermijden, want het gedrag en de reputatie van elk lid van de familie kan zijn weerslag hebben op het gedrag en de reputatie van de andere familieleden. Iemand's wangedrag kan de trots van zijn familieleden krenken en invloed hebben op hun sociale positie en huwelijkskansen (De Muynck, 1997).

Gewelddelicten, met als doel de eer van de familie te redden, worden als toegestaan geacht (Van San, e.a. 2001).

Schande heeft te maken met de sancties van de groep bij inbreuk op de gevestigde normen. Het risico op schande is aanzienlijk groot voor iemand die de positie van zijn groep in diskrediet brengt (Meeuwissen, 2002 en De Muynck, 1997).

Veel houdingen, gedragingen, uitspraken, activiteiten en handelingen worden bepaald door de eer of de schande.

Eer en schande houden sterk verband met **sociale controle** (26). Sociale controle zorgt echter voor enkele verwickelingen. Op deze manier wordt er door de bevolking, in het bijzonder de groepsleden, op toegezien dat iedereen handelt conform normen en wetten. Een andere gevolg is dat veranderingsprocessen heel moeilijk kunnen plaatsvinden. Zo zullen kinderen minder vrijheid hebben of tradities kunnen veranderen (Salmi, 1996 en Gielen, 2003).

De **mannen- en vrouwenwereld** (27) is sterk gescheiden. Terwijl de man vooral buitenshuis de taak op zich neemt, zorgt de vrouw ervoor dat binnenshuis alles netjes verloopt.

De man is hoofd en woordvoerder van het gezin en draagt verantwoordelijkheid voor het levensonderhoud. Hij heeft binnenshuis ook taken, maar deze zijn eerder beperkt.

De vrouw staat vooral in voor de huishoudelijke taken en de opvoeding van de kinderen. Buitenshuis zijn haar taken bescheidener, hoewel ze haar man kan beïnvloeden in bepaalde zaken, zodat deze buitenshuis kenbaar gemaakt kunnen worden (Salmi, 1996 en De Muynck, 1997).

Doordat de rol van de man buitenshuis ligt, hebben Marokkaanse jongens een grotere vrijheid. Vader is dikwijls buitenshuis en moeder blijft binnen zodat er weinig controle is. Daskapan (1989) vermeldt dat veel jongeren naar speciale koffie- en theehuizen voor de jeugd gaan met de bedoeling zich te onttrekken aan de sociale controle van hun landgenoten. Ouders vinden het dikwijls niet erg als hun zonen pas 's avonds heel laat thuiskomen. De gelegenheid tot delinquent gedrag neemt hierdoor toe.

Binnen de verschillende generaties, die hieronder weergegeven worden, valt op dat iedere generatie op zijn manier het geloof een belangrijke plaats geeft in het leven. Dit mag echter niet veralgemeend worden voor iedere moslim.

Voor de eerste generatie:

Een klassiek gezondheidsprobleem voortkomend uit de migratie zijn psychosomatische klachten als gevolg van heimwee en een veranderd toekomstplan; de terugkeergedachte wordt langzaam losgelaten, omwille van kinderen en andere banden in het gastland.

Steeds terugkerende verblijven in het thuisland, soms als uiting van besluiteloosheid rond definitief terugkeren of niet, kunnen hun invloed hebben op de gezondheid en het gezondheidsgedrag (De Muynck, 1997).

Een diabetespatiënt bijvoorbeeld zal zich ginder beter voelen en een beter bloedsuikergehalte hebben, door het klimaat, door meer beweging en minder stress. Het nadeel is echter vaak dat ze hierdoor hun medicatie en voedingsvoorschriften gaan verwaarlozen, met dan weer negatieve gevolgen voor het ziekteproces.

Ook wanneer de verhoopde mooie toekomst voor de kinderen niet wil lukken (door huwelijken die op de klippen lopen of door zonen of dochters die op het slechte pad geraken), kan de ontgoocheling zwaar wegen op de geestelijke gezondheid.

Niet te onderschatten is ook de druk om de schijn hoog te houden, zowel rond dit familiale welzijn als rond financieel welzijn, tegenover de achtergebleven familie in het thuisland. Denk maar aan de vrachten cadeaus die ieder jaar meegenomen worden naar ginder, en de druk om de gastfamilie daar financieel te ondersteunen tijdens het verblijf. Men bevindt zich immers in de positie van lid van het systeem dat het gemaakt heeft in het rijke Europa (De Muynck, 1997).

Gezien de migratie vooral op gang is gekomen door rekrutering in werksectoren met hoge beroepsrisico's (bv. de mijnen) kunnen het grote aantal beroepsziekten en arbeidsongevallen bij migranten gezien worden als gevolg van deze situatie.

Voor de tweede generatie:

Het grootste probleem bij deze generatie kinderen is de relatievorming en het uithuwelijken. De druk op de families vanuit het thuisland voor huwelijken, het isolement van nieuwe bruiden/bruidegoms en het uithuwelijken als poging tot therapie tegen verwestering zijn weinig gunstige omstandigheden voor de (geestelijke) gezondheid van diegenen die ermee te maken krijgen (De Muynck, 1997).

Het feit dat door dit fenomeen meer of minstens evenveel in de familie getrouwd wordt, heeft mogelijk ook zijn risico's op het vlak van erfelijke aandoeningen (De Muynck, 1997).

De spanning die jongeren ervaren doordat ze tussen twee culturen leven en dus aan verschillende eisen moeten voldoen kan deviant gedrag in de hand werken. De gevolgen van deze culturele dissonantie kunnen zowel positief als negatief zijn. Afhankelijk van de perceptie van het individu kan deze spanning leiden tot conflicten, conformiteit, deviatie, groei of verandering. Toch ziet men meer de negatieve gevolgen en de meeste allochtone jongeren bevinden zich in een permanent intercultureel conflict. Het opgroeien in twee werelden met een verschillende sociale status, met afwijkende opvattingen, die weinig begrip hebben voor mekaar en soms zelfs vijandig staan tegenover elkaar, maar die beiden beroep doen op loyaliteit, plaatst deze generatie voor identiteitsproblemen en een zekere normloosheid kan daarvan het gevolg zijn. Met andere woorden: culturele dissonantie leidt tot identiteitsproblemen die aanleiding kunnen zijn voor crimineel gedrag (Junger en Polder, 1991).

Voor de derde generatie:

De derde generatie maakt vrije keuzes.

Deze generatie ondervindt minder problemen in de samenleving.

Ze spreken doorgaans vlot Nederlands, soms beter dan hun moedertaal en zijn qua levensstijl en kleding meestal niet te onderscheiden van Belgen uit hun buurt (Sterck, 1992). De meeste ouders van deze kinderen kennen de gewoonten van hier en meestal worden ze tweetalig of in het Nederlands opgevoed. Ze worden vrij gelaten om hun keuzen te maken (Leman, 1998).

Merkwaardig genoeg hecht deze generatie toch veel belang aan eigen culturele wortels. Dikwijls gaan mensen zoveel mogelijk opzoeken over de cultuur van het land van hun grootouders of overgrootouders. Tijdens feesten kleden ze zich in traditionele kleren, doen ze volksdansen en koken ze traditionele gerechten. Dat betekent niet dat hun cultuur minder

echt zou zijn, maar het maakt wel duidelijk hoe belangrijk de culturele wortels zijn voor mensengroepen, ook al wonen ze al vier of meer generaties in een ander land (Sterck, 1992).

3.5 Politieke en wettelijke factoren met zijn invloed op de gezondheid.

Onze consumptiemaatschappij heeft een grote aantrekkingskracht voor mensen die elders in de wereld in armoede leven. Door T.V., reclame of toerisme profileert het westen zich als rijk en welvarend, wat er toe leidt dat mensen nog steeds naar hier willen migreren.

Ondertussen hebben migranten echter ervaren dat men een andere voorstelling had van de werkelijkheid. Het idee dat men in het westen de perfecte vervulling vindt voor alle dromen leidt tot een opeenvolging van teleurstellingen.

Nochtans heeft België in de jaren 60' arbeiders gelokt met voorwaarden en voorstellingen die niet volledig met de werkelijkheid overeenkomen. Door de snelle industrialisering en de economische groei probeerde men het tekort aan arbeidskrachten op te vullen en de vergrijzing tegen te gaan door families met jonge kinderen naar hier te laten komen.

Sinds de economische crisis in de jaren '70, werden echter een aantal verschuivingen waargenomen in de houding van de samenleving tegenover de aanwezigheid van de cultureel andere. In de jaren '60 werd gedacht dat de migranten tijdelijk naar hier kwamen om te werken, maar stilaan groeide het besef dat ze een blijvend onderdeel van de bevolking geworden waren.

In de jaren '90 hebben ze minder laag geschoolden nodig. De tewerkstelling maakt een verschuiving door. Het beleid ontwikkelde maatregelen onder druk van politieke extreme standpunten, die stellen dat er geen plaats is voor cultureel anderen.

Terugkeerbeleid, spreidingsbeleid, assimilatie, integratie en naturalisatie zijn enkele begrippen waarmee de overheid, en dus ook de samenleving, haar verhouding met de allochtonen probeert te duiden. Vast staat dat er tot op heden weinig of geen coherent beleid is gevoerd naar het onthaal, de opvang en het statuut van de cultureel andere in onze samenleving. Door de strikte toepassing van een repressieve immigratiestop, de beperking van de gezinshereniging, het promoveren van een terugkeer- en spreidingsbeleid en de nationaliteitsverwerving dwingt de overheid de allochtonen te kiezen tussen aanpassen of terugkeren.

In het meest gunstige geval wordt er voor een integratiebeleid geopteerd dat gericht is op de gelijkwaardige deelname van de cultureel andere aan de samenleving. De eigenheid van de gemeenschappen wordt in dit beleid erkend en op termijn is een pluriforme samenleving het doel.

Doch het gebrek aan visie en de tegengestelde opties maken dat het beleid ongeloofwaardig overkomt en dat leidt bij de bevolking tot apathie of agressie, maar niet tot een effectieve aanpak van het probleem. Allochtonen weten dan ook niet wat er van hen verwacht wordt, zijn onzeker over de toekomst en zijn op zichzelf aangewezen (Gielen, G. 2003).

Wat is nu de impact van de migratie op de gezondheid van de migranten?

M.a.w. hebben de migranten een andere gezondheidstoestand dan ze zouden gehad hebben, indien ze niet geëmigreerd waren? Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig, vermits migratie zowel positieve als negatieve effecten op de gezondheid kan hebben. Als positieve effecten worden vermeld: verbetering van levensomstandigheden, persoonlijke ontplooiing en betere fysieke gezondheid. Als negatieve effecten vermeldt Evans (1999) het ontstaan van nieuwe gezondheidsrisico's door de nieuwe leefstijl en de andere werkomstandigheden, evenals een beperkte toegang tot de gezondheidsdiensten. Voor de allochtone vrouw de balans positief of negatief uitvalt, hangt af van de graad van haar sociaal isolement, haar economische positie en de kloof tussen haar verwachtingen en de realiteit.

3.6 Economische factoren.

De meeste 'migranten' bekleden de laagste treden van de maatschappij. Dit is historisch gegroeid. Het overgrote deel van deze mensen hadden in hun eigen land eveneens een lage sociale status. Ze leefden op het platteland of in de bergen. Een gebrekkig onderwijs bracht met zich mee dat er heel wat analfabeten waren.

Tussen de dorpen heerste er een concurrentiestrijd en een rivaliteit, vooral op basis van eer. Vele mensen van het platteland en van de bergen trokken naar de steden om hun situatie te verbeteren. Toen in Europa op zoek gegaan werd naar goedkope arbeidskrachten in Marokko en Turkije, gingen deze mensen (van de bergen/het platteland) gretig op dit aanbod in (Salmi, 1996). De overtuiging heerste dat er door hard werken een beter leven met meer rijkdom en comfort voor de familie kon verzekerd worden. Migratie werd als tijdelijk aanzien. Na het vergaren van de rijkdom, kon er teruggekeerd worden. Maar dit lukte niet voor iedereen.

De lage sociale status uit het thuisland werd ook in België ervaren. Het 'paradijselijke' leven werd niet gevonden, maar in plaats daarvan rezen er veel problemen. Er waren geen specifieke voorzieningen getroffen voor opvang, gezien het tijdelijke karakter van de migratie.

Ondanks de lage sociale status betekende de migratie voor velen toch een financiële verbetering, in vergelijking met hun vroegere situatie. Statussymbolen toonden de verbeterde situatie aan de familie in het thuisland, waardoor het aanzien steeg. De minder fraaie kanten van hun migratie werden voor familie en dorpsgenoten verzwegen vanwege het gevaar voor schande of eerverlies.

Het is dan ook logisch dat de familieleden en de dorpsgenoten nog steeds het beeld hebben van het rijke en beloftevolle Westen. Vanzelfsprekend wensen ook deze mensen te emigreren naar België of Nederland (Salmi, 1996).

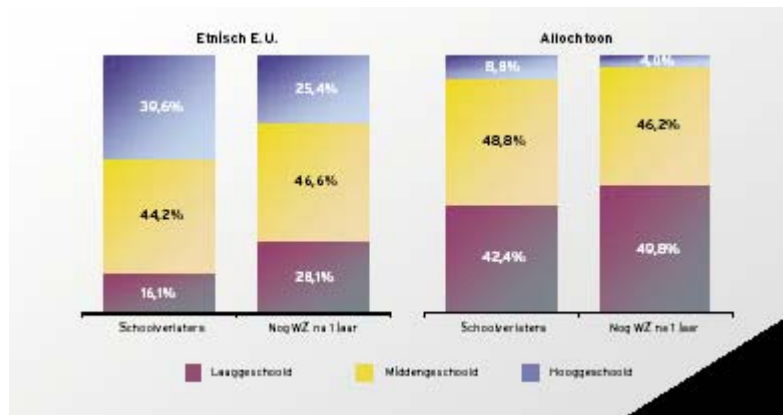
In de ogen van de mensen in het land van herkomst blijft het Westen het land van 'melk en honing'. Er is geen adequate beeldvorming over het Westen.

De lage sociale status die de Marokkanen bekleden heeft ook invloed op het delinquent gedrag van de kinderen (Junger en Polder, 1991). Zo blijkt dat het aantal geregistreerde contacten tussen jongeren en politie loopt van 7%, als de vader een hoog beroepsniveau heeft, tot 30% als de vader ongeschoolde arbeid verricht(te).

Voor de werkloosheid onder de jeugd kan er ook een verband gelegd worden met delinquent gedrag. De sociale status hangt samen met de mate van delicten, maar kan toch niet als enige factor aangeduid worden. Zo zijn Turken met een werkloosheidsgraad van 27,1%, verantwoordelijk voor een criminaliteitsgraad van 2,1%. Marokkaanse jongeren waarvan 19,5% werkloos is, hebben een criminaliteitsgraad van 4,7%. Verder kan hier niet uit afgeleid worden of de lagere sociale klasse verantwoordelijk is voor de hogere criminaliteit of dat delinquent gedrag verantwoordelijk is voor een lagere maatschappelijke positie (Van San, M., e.a. 2001).

3.7 Scholingsfactoren.

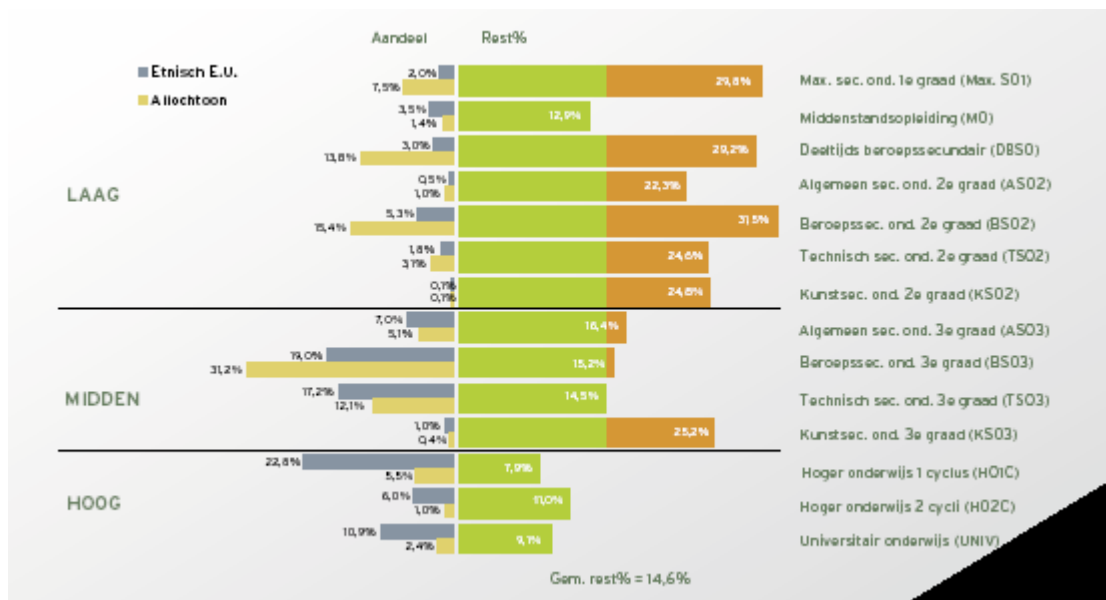
Een recente studie van de VDAB geeft een duidelijk beeld van de gekozen studierichting en opleidingsgraad van allochtonen. Daarmee samenhangend wordt een beeld gegeven van de doorstroming naar de arbeidsmarkt. De sociale status die hieruit voortvloeit werd in economische factoren (3.6) besproken.



Figuur 2

De 19^e longitudinale studie 2003-2004 heeft een vergelijking gemaakt tussen etnische E.U.'ers en allochtone werkzoekende schoolverlaters.

De scholingsgraad van allochtone schoolverlaters wijkt in belangrijke mate af van deze van etnische E.U.'ers (Figuur 2). 42,4% van de allochtone schoolverlaters die zich bij de V.D.A.B. aanbieden zijn laaggeschoold tegenover 16,1% bij de etnische E.U.'ers. Eén jaar later is de helft van de laaggeschoolde allochtonen nog steeds werkloos tegenover 34,6% bij de etnische E.U.'ers. Deze vaststelling legt reeds een belangrijke hypothese op de verdere slaagkansen van de allochtone schoolverlaters op zoek naar een vaste job.



Figuur 3

Bij de laaggeschoolde schoolverlaters kiezen de allochtonen veel meer voor vol- of deeltijds beroepsonderwijs, terwijl etnische E.U.'ers naast het beroepsonderwijs meer kiezen voor middenstandsopleidingen (Figuur 3).

Bij de **middengeshoolden** is het aandeel van allochtonen die voor het beroepsonderwijs kiezen ook massaal. Etnische E.U.'ers kiezen meer voor het technisch onderwijs en het algemeen secundair onderwijs. Door de massale keuze voor het beroepsonderwijs sluiten veel allochtonen voor zichzelf de deur naar het hoger onderwijs.

Van de allochtonen blijven er slechts 8,8% over die een diploma **hoger onderwijs** behalen, dit in tegenstelling tot de etnische E.U.'ers, waarvan 39,6% een diploma hoger onderwijs behalen.

Hieruit blijkt dat allochtonen, in tegenstelling tot etnische E.U.'ers, vooral kiezen voor lagere studieniveaus en hierbinnen richtingen kiezen die minder toegang hebben tot de arbeidsmarkt. Zo kiezen Marokkaanse meisjes bijvoorbeeld in de beroepsopleiding nog steeds voor snit en naad, een richting die het op de arbeidsmarkt niet goed doet.

Het feit dat een grote groep allochtonen laaggeschoold op de arbeidsmarkt komt en het aandeel hooggeschoolden laag is in vergelijking met de etnische E.U.'ers vormt een objectieve verklaring waarom allochtone schoolverlaters minder goed doorstromen naar de arbeidsmarkt.

Door lage scholing en uitsluiting op de arbeidsmarkt komen allochtonen vaak in het sociale vangnet terecht waardoor spanning ontstaat. Dit heeft een negatieve invloed op het psychische welbevinden.

Op het gebied van delinquent gedrag is er een relatie tussen het al dan niet naar school gaan (Junger en Polder, 1991). Indien jongens niet meer naar school gaan, plegen zij vaker delicten. Van de jongens die naar school gaan, had 19% geregistreerde contacten in 1990, terwijl dit voor de jongens die niet naar school gaan ruim 50% is.

3.8 Besluit.

Hoewel alle besproken factoren niet voor elke Marokkaan even belangrijk zijn, dient er toch rekening mee gehouden te worden, wil men zorg op maat bieden.

Religie heeft nog steeds een grote invloed op het gedrag van Marokkanen. Het is voor hen belangrijk om aan de verplichtingen hieromtrent te kunnen voldoen. Bidden is voor velen een mogelijkheid om innerlijke rust te vinden en kracht uit te putten. **Cultureel zorgbehoud** (zie 2.3.1) kan een positieve invloed hebben in deze context.

Daarnaast zijn ook de culturele waarden en opvattingen van groot belang. Vele Marokkanen zijn bijgelovig en verklaren psychische ziekten door bovennatuurlijke krachten. Hierdoor worden alternatieve geneeswijzen uitgeprobeerd die mogelijk een negatieve invloed hebben op de behandeling. Door **culturele zorgaanpassing** (zie 2.3.2) kan geprobeerd worden deze negatieve invloeden tot een minimum te beperken.

Een derde grote factor die het leven van Marokkanen mee bepaalt, is de invloed van de familie en de sociale omgeving. Door de wij-cultuur dragen Marokkanen een grote verantwoordelijkheid om de eer van de familie hoog te houden en is de mening van de familie meebepalend voor het gedrag van de mensen. Als de invloed van familie negatieve gevolgen met zich meebrengt voor het psychisch welzijn van de mens, kan het nodig zijn om de betekenis van de wij-groep te reconstrueren zodat de groep ten voordele van de patiënt staat. Dit wordt **culturele zorgreconstructie** (zie 2.3.3) genoemd.

De zwakkere sociale positie die deze mensen bekleden door immigratie, lagere scholing en hogere werkloosheid zorgt voor bijkomende stressoren die voor het psychisch welzijn nadelig kunnen zijn. Ook voor het plegen van delicten zijn deze factoren van bepalende invloed, samen met het gegeven dat de eer van de familie een zo grote invloed heeft dat ze boven de wet staat.

Om aangepaste zorg te kunnen bieden is dus kennis van de achtergrond van deze mensen nodig, samen met enige flexibiliteit in de zorg die aangeboden wordt.

4 De toegankelijkheid van GGZ voor allochtonen.

4.1 Toegankelijkheidsonderzoek.

Om een beter zicht te krijgen op het gezondheidszoekend gedrag van allochtonen en na te gaan of de aangeboden geestelijke gezondheidszorg aansluit bij hun behoeften, is het toegankelijkheidsonderzoek nader bekeken. Uit het onderzoeksrapport van het Limburgse provinciebestuur en het Provinciale Integratiecentrum over de toegankelijkheid van de psychosociale hulpverlening van mei 2003 bleek dat de geestelijke gezondheidszorg door tal van factoren minder toegankelijk is voor allochtonen.

Het onderzoek is opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel worden de resultaten van de gezondheidsenquête weergegeven samen met de bevindingen die reeds in de literatuur gepubliceerd zijn. Het tweede onderdeel is een bevraging van de verschillende diensten, voorzieningen en huisartsen. En tenslotte was er een bevraging van de minderheidsgroepen in het derde deel.

Aangezien het onderzoek in sommige opzichten breder is gevoerd dan de doelgroep die voor ons project belangrijk is, zijn enkel de voor ons belangrijke delen toegelicht.

4.1.1 Resultaten van gezondheidsenquête.

Eerst werd de bestaande literatuur die over dit onderwerp in Vlaanderen en in Nederland verschenen is, doorgenomen. Hieruit bleek dat er zowel in Nederland als in Vlaanderen vooral problemen zijn op het gebied van communicatie.

Een tweede deel was een verwerking van de gegevens uit de gezondheidsenquête die in 1997 in België gevoerd is. Medewerkers van het Limburgs universitair centrum (LUC) hebben de gegevens die betrekking hebben op het psychisch welzijn opnieuw bekeken en statistisch verwerkt. De onderzoekers wilden hiermee nagaan of er verschillen waren tussen de autochtone en de allochtone bevolking. Als allochtone bevolkingsgroep werden personen genomen die een Marokkaanse of Turkse identiteit hebben en die niet in België geboren zijn. De gegevens die gebruikt zijn, hadden te maken met het subjectieve gezondheidsgevoel, de gemoedstoestand en een reeks gezondheidsklachten die verband houden met de geestelijke gezondheid.

Over het algemeen zijn er geen verschillen aantoonbaar tussen allochtonen en autochtonen wat betreft het land van afkomst en psychische gezondheid. Wanneer de resultaten echter wat nauwkeuriger bekeken worden, blijkt dat er toch wel enige verschillen bestaan.

Op het eerste gezicht blijkt dat allochtonen een lagere subjectieve gezondheid hebben dan autochtonen. Ze hebben meer last van moeheid, lusteloosheid, maagklachten en klachten over hoofdpijn. Toch vinden ze dat ze in staat zijn de problemen beter onder ogen te zien. Wanneer echter de sociale variabelen, zoals opleiding, werk en inkomen meegerekend worden, blijkt dat de verschillen tussen autochtonen en allochtonen verdwijnen. Het is dan zelfs zo dat de allochtonen beter scoren dan de autochtonen. Ze vinden van zichzelf dat ze beter in staat zijn om beslissingen te nemen en voelen zichzelf minder snel waardeloos. Verder hebben autochtonen meer last van slapeloosheid, nerveuze klachten en motorische klachten. Allochtonen klagen dan weer meer over hoesten.

De gegevens wijzen duidelijk in de richting dat het allochtoon-zijn op zich niet voor psychische problemen blijkt te zorgen. Dat er toch wat meer problemen bij allochtonen vastgesteld worden, is meer gerelateerd aan hun sociale situatie. Ook blijkt dat autochtonen bij problemen sneller beroep doen op een huisarts. Allochtonen doen dit minder en hebben ook minder snel een vaste huisdokter.

4.2 Bevraging van diensten, voorzieningen en huisartsen.

Er werd een vragenlijst opgestuurd naar Limburgse OCMW's, Centra voor algemeen welzijnswerk (CAW), Centra voor Geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ), psychiatrische ziekenhuizen en huisartsen. Deze vragenlijst werd teruggestuurd door 82 hulpverleningsteams en 105 huisartsen die ervaring hadden met minderheidsgroepen. De vragenlijst hield de volgende punten in.

1. Moeilijkheden die bij de hulpverlening ervaren worden.
2. Verwijzing en samenwerking met andere diensten.
3. Problemen die hulpverleners ondervinden bij doorverwijzing.
4. Aanmeldingsproblemen of specifieke hulpvragen van minderheidsgroepen.
5. De gevraagde hulpmiddelen voor hulpverlening.

Deze punten zullen we kort toelichten.

4.2.1 Moeilijkheden bij hulpverlening binnen de hulpverleningsteams en huisartsen.

De meeste teams ervaren **het taalprobleem** als de grootste moeilijkheid bij de hulpverlening van allochtone patiënten. Ook vinden ze het moeilijk om problemen te achterhalen omwille van de verschillende ziektebeleving. De administratieve of financiële moeilijkheden staan ook dikwijls een goede hulpverlening in de weg. 44% van de teams ervaart ook moeilijkheden omwille van het feit dat familiale relaties een adequate hulpverlening in de weg staan. De huisartsen ondervinden ongeveer dezelfde problemen, maar hebben het er moeilijker mee dat de patiënten de behandeling slecht opvolgen.

Over het algemeen melden zowel de teams als de huisartsen dat de **sociale controle door de allochtone gemeenschap** belemmerend werkt op de hulpverlening. Ook de sociale omstandigheden waarin ze verkeren wordt als een moeilijkheid ervaren. In een aantal gevallen is het ook **taboe** om over psychische problemen te spreken.

4.2.2 Verwijzing en samenwerking met andere diensten.

Hier werd gepeild naar de bekendheid van het aanbod inzake doorverwijzing van en naar andere diensten. Hieruit bleek dat het OCMW het meest gekend was en dat naar deze dienst het meest doorverwezen werd. Interculturele en integratiediensten zijn het minst bekend en er wordt dus ook weinig beroep op gedaan. Er blijkt ook nood te zijn aan psychische hulpverlening voor minderheidsgroepen.

4.2.3 Problemen die hulpverleners ondervinden bij doorverwijzing.

De meest frequente problemen bij doorverwijzing liggen volgens de teams en de huisartsen bij de patiënt zelf. Ongeveer de helft van de teams ondervond dat de patiënt niet doorverwezen wilde worden of dat de patiënt de doorverwijzing niet opvolgde. Ongeveer 38% vond dat de dienst te weinig afgestemd is op allochtone patiënten. Administratieve, financiële en problemen met sociale zekerheid werden door 1/3 van de teams als een belemmering gezien. De lange wachttijden bij doorverwijzing werden ook als een probleem ervaren.

4.2.4 Aanmeldingsproblemen of specifieke hulpvragen van minderheidsgroepen.

De hulpverleners ondervinden dat sommige problemen specifiek benadrukt worden bij allochtonen. Hieronder bevinden zich:

1. relatieproblemen; vooral bij koppels waarvan één partner naar België is gemigreerd.
2. toenemend aantal echtscheidingen.
3. gedragsproblemen en agressief gedrag, vooral bij Marokkaanse jongeren.
4. relationele en psychosomatische problemen bij Turkse en Marokkaanse meisjes.
5. drug- en schuldenproblematiek.

Er wordt door de hulpverleners ook nog vermeld dat allochtone patiënten hun psychische problemen meer somatiseren.

4.2.5 Hulpmiddelen voor hulpverlening aan minderheidsgroepen.

Aangezien de meeste problemen betrekking hebben op communicatie, vraagt men bijstand van mensen, vnl. een tolk of familieleden, die de taal vaardig zijn. Verder worden folders in de taal van de patiënt, visueel hulpmateriaal en literatuur aangewend om de hulpverlening te vergemakkelijken. Indien mogelijk schakelen teams hulpverleners in van dezelfde origine als de patiënt of doen ze beroep op een externe dienst.

Huisartsen maken minder snel gebruik van tolken of allochtone hulpverleners dan teams. Opvallend is dat de huisartsen aangeven dat een allochtone hulpverlener een geschikt hulpmiddel is terwijl ze er weinig of geen gebruik van maken. De teams daarentegen vinden dit hulpmiddel minder geschikt, terwijl ze er wel gebruik van maken.

4.3 Bevraging van de minderheidsgroepen.

Deze bevraging zelf vond plaats via een reeks groepsgesprekken waarbij telkens hetzelfde schema werd gehanteerd. Van deze 15 groepen waren er maar twee die samengesteld waren uit Marokkaanse mannen. Aangezien dit project gericht is naar Marokkaanse mannen, zullen we enkel de bevindingen gebruiken die uit deze twee groepen naar voor komen.

Volgens de beide groepen situeren de meeste psychische problemen zich bij jong volwassenen omdat ze verward zijn rond het bewaren van hun origine, cultuur en andere normen uit de gemeenschap van afkomst. Ook ouderen op rust worden als een kwetsbare groep voor psychische problemen aangeduid.

De meeste personen zouden met psychosociale problemen eerst bij de familie aankloppen voor hulp. De familie merkt de problemen het eerst en kent het familielid ook het best. Het merendeel van de personen zou met deze problemen geen hulp zoeken bij de huisarts omdat ze denken dat hij hier toch niets aan kan doen. Het opzoeken van een imam wordt wel genoemd als een oplossing. Een reis naar Marokko zou volgens hen ook verlichtend werken doordat het er altijd mooi weer is en omdat de familie hen ginder goed opvangt. Eén persoon zou hulp zoeken bij een CGG, de anderen vinden dat men daar geen hulp kan leveren omdat ze niet op de hoogte zijn van de cultuur. Weinigen kennen de verschillende hulpverleningsinstellingen.

Bidden, gesprekstherapie en groepsgesprekken worden belangrijk gevonden omdat praten kan opluchten. Meer hulpverleners van allochtone afkomst inschakelen zou volgens hen kunnen helpen omdat deze meer van de cultuur kennen. Balleur (1999) beschrijft ook dat het voldoen aan de gebedsverplichtingen juist een grote steun kan zijn bij ziekten en problemen.

Ook worden psychische ziekten vaak met bezetenheid geassocieerd waardoor er een taboe op deze problematiek rust.

Alle deelnemers vinden het zeer belangrijk dat er aan informatieverspreiding wordt gedaan. Scholen, ziekenhuizen en huisartsen worden genoemd als mogelijke kanalen om informatie te verspreiden.

4.4 Besluit.

Uit de verwerking van het toegankelijkheidsonderzoek blijkt dat allochtone mensen **niet meer psychische problemen** hebben dan autochtonen als men de twee groepen binnen een gelijkaardige sociale situatie vergelijkt. Als er toch meer problemen zijn, zijn deze vooral te vinden in specifieke doelgroepen, zoals de nieuwkomers, gescheiden vrouwen en jongeren met drugproblemen.

Als grootste moeilijkheid bij de hulpverlening aan allochtonen wordt het **communicatieprobleem** genoemd. Hierbij speelt het taalprobleem een grote rol, maar ook het 'anders' communiceren wordt genoemd. Allochtonen communiceren minder verbaal, met veel gebaren of langere onrechtstreekse omschrijvingen.

Bij de allochtone gemeenschap heerst er ook een **taboe** rond psychische problemen. Ze zoeken niet snel professionele hulp maar proberen eventuele problemen binnen de familie op te lossen. Vanuit hun gemeenschap is er ook een grote **sociale controle**. Dit geeft een gevoel van solidariteit, maar het werkt ook belemmerend voor de hulpverlening.

Dat allochtonen niet snel hun psychische problemen prijsgeven heeft als gevolg dat ze ermee blijven zitten en dat ze de klachten **somatiseren**.

Financiële en administratieve problemen vormen voor hen dikwijls een bijkomende moeilijkheid om adequate hulpverlening te verkrijgen.

Uit de bevraging blijkt dat Marokkaanse mannen meer heil zoeken in het **praten met de familie** of het opzoeken van de **imam** dan met psychische problemen naar de huisarts te gaan. Professionele diensten waar ze terecht kunnen, zijn niet goed gekend en informatieverstrekking op dit gebied vinden ze over het algemeen een must.

5 Praktijkervaringen: Interviews met de mensen uit het werkveld en de patiënten.

Om een volledig beeld te krijgen van de moeilijkheden die in het werkveld kunnen ontstaan in de omgang met Marokkaanse patiënten, werden er een aantal mensen geïnterviewd, waaronder de verpleegkundigen op de afdeling forensische C te Rekem, een intercultureel bemiddelaar van het ZOL en een psychologe van het CGG te Hasselt. Daar deze mensen regelmatig met Marokkanen werken, zijn hun ervaringen nuttig om de omgang met deze patiënten te verbeteren. Tevens is er ook een gesprek geweest met twee patiënten die op de afdeling forensische C verbleven hebben, maar die nu naar een traject van begeleid wonen zijn overgegaan. Zij verblijven momenteel in “hotel MIN” (mannen in nood) te Antwerpen. De interviews worden samen besproken, maar er wordt een indeling gemaakt tussen de ervaren moeilijkheden en de suggesties ter verbetering hieromtrent.

5.1 Moeilijkheden:

Vanuit het gesprek met de patiënten blijkt dat het erg op prijs gesteld wordt dat **hulpverleners op de hoogte zijn van hun cultuur** en de daaraan verbonden gebruiken. Patiënten zeggen dat als de hulpverleners hen willen helpen, het noodzakelijk is om kennis te hebben van de Marokkaanse cultuur. De **intercultureel bemiddelaar** draagt hiertoe ook bij door tijdens het tolken uitleg te geven aan de hulpverleners zodat de patiënt beter begrepen wordt. Dit schept een band met de patiënt en verbetert de **vertrouwensrelatie** als blijkt dat de hulpverleners de culturele achtergrond kennen. In de geestelijke gezondheidszorg wordt echter weinig beroep gedaan op de kennis van de intercultureel bemiddelaar. Ook de verpleegkundigen geven aan dat er echter weinig samenwerking is met de intercultureel bemiddelaar op de afdeling.

Uit de interviews blijkt voorts dat de **familie** een grote invloed heeft op de behandeling van de patiënt. Zoals reeds vermeld, leven Marokkanen in een “wij-cultuur” en zullen zij altijd rekening houden met de visie van hun familie. De **oudste zoon** wordt, naast de **vader**, als zeer belangrijk aanzien. Als er kan gewerkt worden met de medewerking en de toestemming van de familie worden veel problemen opgelost. De verpleegkundigen geven aan dat de familie wel meewerkt, zolang de patiënt op de afdeling verblijft. Als de patiënt echter thuis is of **op vakantie in Marokko** wordt hij door zijn familie niet meer aangespoord om zijn **medicatie** te blijven nemen. De patiënten zeggen dat ze zelf moeilijk beslissingen kunnen nemen als ze een ‘zieke geest’ hebben. De familie moet dan de **beslissingen** nemen en het is daarom nodig om ze in de behandeling te betrekken.

Ook de **cultuur** op zich en de gebruiken die ermee gepaard gaan, kunnen een invloed hebben op de behandeling. Sommige patiënten geven aan dat ze veel steun putten uit hun **geloof** en dat het hen kan helpen als ze aan de verplichtingen van het geloof kunnen voldoen. De mogelijkheid om te kunnen bidden wordt als zeer belangrijk aanzien. Dat de kamers overdag gesloten zijn wordt ervaren als een minpunt, want dan kunnen ze zich niet terugtrekken voor het gebed. Op de afdeling wordt rekening gehouden met de tijden waarop het gebed plaatsvindt, evenals met de beperkingen die de ramadan met zich meebrengt voor de patiënt. De tijden van medicatie inname wordt aangepast zodat de mensen overdag niets moeten innemen. Zelfs patiënten die niet echt gelovig zijn, putten dikwijls kracht uit het deelnemen aan de ramadan. Het is een periode van reiniging en door te participeren kunnen ze vergeving van hun zonden vragen. Op de afdeling hebben de patiënten ook de mogelijkheid om te spreken met een **imam**. Deze is echter van Turkse origine en de patiënten geven aan dat het beter een Marokkaan zou zijn, daar deze de problemen van de ‘ziel’ beter zou begrijpen.

Marokkanen zijn **bijgelovig**. Op psychische problemen rust een **taboe**. Deze worden toegeschreven aan “het kwade” en kunnen volgens hen door “**het boze oog**” veroorzaakt zijn, aangezien zij het als waarheid beschouwen en niet als bijgeloof. Het raadplegen van een **gebedsgeneesheer** kan volgens Marokkanen een oplossing bieden. Het is belangrijk dat hiernaar gevraagd wordt omdat het de behandeling kan beïnvloeden. Ook wordt op die manier aangegeven op de hoogte te zijn van hun culturele achtergrond. Dit is ook de reden waarom dergelijke zaken sneller tegen de intercultureel bemiddelaar zullen verteld worden.

De psychologe van het CGG gaf ook aan dat er opgepast moet worden met wat men de patiënt toewenst. Complimenten geven betreffende de vorderingen die de patiënt maakt, worden aanvaard. Geluk en gezondheid aan iemand **toewensen** wordt beter niet gedaan, omdat dan ook het “boze oog” over hen kan komen.

Psychisch disfunctioneren wordt dikwijls vertaald in **somatische klachten**. Het is dan belangrijk om verder te exploreren vanuit de klachten die de patiënt heeft.

Een andere belangrijk waarde die niet onderkend mag worden is de eer. Een moslim is verplicht zijn **eer** hoog te houden. Hierdoor voelt hij zich dikwijls niet schuldig aan het delict dat hij gepleegd heeft, aangezien hij naar zijn mening “zijn plicht” heeft gedaan. De eer kan ook invloed hebben op het aanvaarden van de ziekte. Om de eer van de familie hoog te houden wordt er niet over gepraat en wordt de patiënt omwille van zijn ziekte voor de omgeving verstopt. Het is moeilijk voor Marokkanen om psychische problemen bespreekbaar te stellen. Zo kunnen Marokkaanse familieleden hun afspraken niet altijd nakomen, want als er bezoek is, kunnen ze niet zeggen dat ze naar het ziekenhuis gaan aangezien er een taboe rond heerst.

Ook durven Marokkanen niet ‘neen’ te zeggen als er een afspraak gemaakt wordt, om de hulpverleners niet te beledigen, want de hulpverlener staan in een gezagspositie vergeleken met hen.

De streek waarvan iemand komt is ook van belang. Het Spaanse gedeelte van Marokko is meer verwesterd dan het gebied van de Berbers. In dit laatste gebied zal nog meer belang gehecht worden aan de traditionele waarden van de moslim cultuur. Daarom is het belangrijk te vragen van waar de patiënt en zijn familie afkomstig zijn.

In de traditionele visie kan een man meerdere vrouwen hebben. Dikwijls zijn dit jongere vrouwen die voor de opvoeding van de kinderen, dikwijls leeftijdsgenoten van hen, moeten instaan. Dit kan spanningen met zich meebrengen die kunnen uitmonden in **mishandeling** waardoor eventueel psychische problemen kunnen ontstaan.

In de omgang met psychotische patiënten wordt door de verpleegkundigen aangegeven dat ze soms moeite hebben om een onderscheid te maken tussen de inhoud van de gedachtegang die voortvloeit uit hun **psychose** en uit hun **cultuurgebonden beleving** over goed en kwaad. De intercultureel bemiddelaar had deze ervaring nog niet meegemaakt. Misschien omdat ze op de hoogte is van de culturele achtergrond.

De begeleiding van mannelijke patiënten door vrouwelijke hulpverleners wordt door niemand als een probleem ervaren. De patiënten aanvaarden dit en hebben veel respect voor geschoolde mensen.

5.2 Suggesties:

Het belang van de **kennis van “de cultuur”** wordt door iedereen als evident gezien. De verpleegkundigen merken op dat er door het ziekenhuis weinig stappen ter verbetering gezet worden om hier iets aan te doen. Bijscholingen hieromtrent worden als nuttig opgegeven, want door kennis van hun cultuur, verbetert de vertrouwensrelatie. Door specifieke vragen te stellen over hun gebruiken, weet de patiënt dat men op de hoogte is van zijn achtergrond en

kan hij zich hier vrijer over uitdrukken. Een **aanvulling van het anamneseformulier** is ook een mogelijkheid om de patiënt beter te leren kennen en begrijpen, maar aangezien de Marokkaanse cultuur geen praatcultuur is moet er niet overdreven worden met het stellen van vragen. Het is belangrijk de patiënt te aanvaarden en open te staan voor zijn cultuur zonder verlies van eigenheid van de hulpverlener. **Interesse in hun cultuur straalt men uit** en kan de relatie enkel ten goede komen.

Volgens de psychologe van het CGG is het belangrijk om te vragen of de patiënt al bij de gebedsgeneesheer geweest is, welke plaats de patiënt binnen het gezin bekleedt, of de vader meermaals gehuwd is en van waar in Marokko de patiënt afkomstig is.

De verpleegkundigen geven nog aan dat een **betere samenwerking met de intercultureel bemiddelaar en de imam** een meerwaarde zou kunnen zijn in de begeleiding van de patiënten. Dit werd door onderzoek bevestigd (Balleur, 1999). Misschien zou het beter zijn hen ook te betrekken in het patiëntenoverleg. Dit wordt door de intercultureel bemiddelaar zelf ook als een hiaat ervaren, net zoals de gebrekkige opleiding omtrent psychiatrische ziektebeelden, waarvan zij weinig of niets meekrijgen en dat slechts via zelfstudie kan opgevangen worden. Door de gebrekkige opleiding kunnen psychiatrische stoornissen verkeerd geïnterpreteerd worden (Balleur, 1999). Verder geven de verpleegkundigen aan dat ze een beter beeld van de patiënt zouden hebben als ze beter op de hoogte zouden zijn van hoe de behandeling en de begeleiding in de “instelling voor sociaal verweer” was verlopen.

5.3 Besluit.

Uit deze praktijkervaringen blijkt dat er in de praktijk veel overeenkomsten zijn met de theorie. De invloed van geloof en familiale relaties hebben een duidelijke impact op het leven van Marokkaanse patiënten. Verder is veel van het gedrag bepaald door de culturele gebruiken. Kennis van deze invloeden wordt door alle partijen als belangrijk aanzien. De mogelijkheid om deze kennis op te doen moet dan ook aan het werkveld aangeboden worden. Een betere samenwerking tussen de verschillende partijen en het uitwisselen van gedachten en ervaringen kan hier in belangrijke mate toe bijdragen. Als de hulpverleners op de hoogte zijn van de culturele achtergrond, bevordert dit de vertrouwensrelatie waardoor betere zorg op maat geboden kan worden.

6 Casestudy

Mohamed is een 33-jarige ongehuwde man. Hij is geboren in Marokko.

Op 6 jarige leeftijd is Mohamed samen met zijn ouders, zijn 4 zussen en zijn 5 broers vanuit Marokko naar België geïmmigreerd. Al vroeg vertoonde hij aanpassingsproblemen. Hij had schoolse problemen en gedragsproblemen. Hij kwam in 7 scholen terecht. Er zou een vermoeden van ADHD zijn volgens de dokter, maar dit is nooit bevestigd geworden.

Toen Mohamed 8 jaar was, is hij slachtoffer geworden van een zwaar verkeersongeval, waardoor hij 3 maanden gehospitaliseerd is geweest. Hij heeft hierdoor 1 maand in coma gelegen. Hij zou een frontaal hersensyndroom hebben opgelopen.

Mohamed was 12 jaar toen de jeugdrechter hem in een halfopen instelling 'de Hutten' te Mol plaatste, omwille van het plegen van diefstallen. Één jaar later is hij begonnen met het gebruik van cannabis. Ook beweert hij op deze leeftijd verkracht te zijn door een man, maar dit heeft men echter nooit kunnen bewijzen, aangezien dit zou plaatsgevonden hebben tijdens een vakantie in Marokko.

Hierna heeft hij een aantal jaren in een M.P.I. (Medisch Pedagogisch Instituut) en een home doorgebracht. Zijn ouders konden hem niet meer aan o.w.v. zijn gedragsproblemen. Hij bleef in deze periode cannabis gebruiken en kleine diefstallen plegen. Verder heeft hij zijn school nooit kunnen afmaken omwille van gedragsproblemen.

Op 21 jarige leeftijd is Mohamed opgepakt door de politie voor het plegen van een gewelddadige diefstal met opzettelijke slagen en verwondingen. Hij is veroordeeld tot 10 maanden celstraf, maar heeft hij hiervoor slechts één maand effectief van uitgezeten.

Hierna is hij opgenomen geweest in verschillende psychiatrische instellingen (onder gedwongen statuut).

Toen Mohamed 23 jaar was, is zijn moeder overleden ten gevolge van een val. Zijn vader heeft ondertussen een nieuwe vriendin.

Op 24 jarige leeftijd heeft hij een aantal diefstallen gepleegd, waardoor hij gedurende drie maanden naar de gevangenis van Merksplas geplaatst werd.

Daarna is Mohamed geïnterneerd binnen het domein van het OPZ Rekem. Eerst is hij opgenomen geweest binnen de rehabilitatieafdeling Artes en Habitas, maar na 4 jaar is hij overgeplaatst geworden naar de afdeling Forensische C waar hij tot op heden verblijft. Deze overplaatsing heeft plaatsgevonden omwille van de ontvluchtingen binnen deze rehabilitatieafdeling.

Hij heeft ook last van zwaarlijvigheid, hoewel hij zichzelf slank vindt. Dit verkeerd lichaamsbeeld zorgt voor moeilijkheden aangezien op veel tegenstrubbelingen gestoten wordt w.b. het volgen van een dieet.

Bij Mohamed is de diagnose schizofrenie gesteld.

Mohamed heeft last van auditieve hallucinaties en praat vaak tegen zijn stemmen. Als ik vraag tegen wie hij praat, antwoordt hij niet.

In een gesprek met Mohamed merkte ik dat hij niet graag praat over zijn verleden. Hij heeft het gevoel dat zijn vader veel van hem verwacht, doch hijzelf geeft dit niet aan. Zijn vader zou volgens hem een psychiatrische patiënt zien als een nietsnut. Mohamed wil in de voetsporen van zijn vader treden en spiegelt zich aan hem. Zijn vader benadert hem echter op een kinderlijke manier. Hier heeft hij het moeilijk mee .

Zijn vader zou een paar keer afgesproken hebben met hem om op bezoek te komen, maar haakte telkens op het laatste moment af. Hij had altijd een uitvlucht hiervoor. Mohamed heeft het hier erg moeilijk mee. Hij heeft ook geen contact meer met broers en zussen. Één zus van hem zou ook een psychiatrische voorgeschiedenis hebben.

Hij vertelde me dat hij geen geluk put uit zijn geloof. Hij zegt dat hij in het verleden al zoveel heeft meegemaakt en ziet niet meer het goede in zijn geloof.

Hier op de afdeling doet hij dus ook niet mee aan de ramadan. Hij zegt ook dat dit een feest is dat met de familie gedeeld moet delen, zoals bij ons met kerstmis. Vroeger in zijn kindertijd, deed hij wel mee aan de ramadan en bad hij 5 keer per dag zoals het in de Koran staat. Zijn vader, zussen en broers doen wel mee aan deze culturele gebruiken.

Ook zie ik op de afdeling dat Mohamed varkensvlees eet. Als hem gevraagd wordt waarom hij dit wel eet, zegt hij: "ik zou niet weten waarom ik het niet zou mogen opeten. Het is wel niet ritueel geslacht, maar waarom zou dat dan niet goed zijn om te eten. Ik geloof waar ik me zelf het beste bij voel." Hij zegt wel gelovig te zijn, maar daarom moet hij nog niet alles naleven wat het geloof zegt.

7 Praktijk.

7.1 Standaard Verpleegkundige Anamnese.

Een eerste stap om een beter beeld te krijgen van de individuele patiënt en de beleving van de culturele achtergrond is een anamnese waarin deze specifieke beïnvloedende factoren aan bod komen. Er is gekozen om deze factoren op te nemen in de bestaande anamnese volgens de elf patronen van Gordon omdat deze reeds op de afdeling gebruikt worden. Deze vormen een systeem, waarbij rekening gehouden wordt met de mens in zijn totaliteit. Dat wil zeggen dat alle aspecten van het menselijk functioneren hier een plaats krijgen. Zowel het lichamelijke, het psychische, het sociale als het spirituele functioneren komen aan bod in de gezondheidspatronen.

Als uitgangspunt moet het “normale” functioneren van een persoon genomen worden om zo uit te maken of er wel of niet sprake is van een probleem. Daarom is het erg belangrijk om te achterhalen op welke manier een zorgvrager doorgaans functioneert. Kennis over de cultuur van allochtonen patiënten kan zorg vergemakkelijken. Dan pas kan er uitgemaakt worden of er sprake is van een disfunctioneel patroon of niet.

De vragenlijst zoals hieronder is weergegeven moet gezien worden als een aanvulling op de bestaande anamnese. De gestelde vragen worden vanuit het oogpunt van de Marokkaanse cultuur bekeken. Er wordt bij de vraag telkens een korte uitleg gegeven en tevens wordt er verwezen naar het theoretisch gedeelte. Het is duidelijk dat deze lijst niet allesomvattend is, maar zeker kan aangevuld worden door studie of ervaringen uit het werkveld.

1. Gezondheidsbeleving en -instandhouding

- Hoe is uw gezondheid in het algemeen? Heeft u lichamelijke klachten? Bent u ergens allergisch voor? (Hoe beschrijft u uw gezondheid?/Ervaart u zichzelf als ziek?)
Psychische ziekten worden door Marokkanen dikwijls gesomatiseerd.
- Wat zijn de belangrijkste dingen die u doet om gezond te blijven?
Bij psychisch disfunctioneren zoeken Marokkanen in de eerste plaats hulp bij hun familie of ze gaan te raden bij een imam (3.2., 4.1.9).
- Wat deed u als u ziek was, voordat u opgenomen werd?
Zo'n 10 procent van de Marokkaanse patiënten in België consulteert traditionele genezers (3.3.).
- Hoe staat u tegenover het gebruik van medicatie?
Marokkanen verwachten veel van medicatie en ze gebruiken deze dikwijls op eigen initiatief. Bijkomend nemen ze ook toevlucht tot kruiden daar velen van hen een gebedsgeneesheer opzoeken (3.3.). Op vakantie nemen de patiënten dikwijls de medicatie niet, omdat de familie hen daartoe niet stimuleert of omdat de patiënt zich beter voelt in het thuisland (4.2.)
- Wat is uw standpunt t.o.v. natuurgeneesmiddelen?
Marokkanen zoeken bij ziekte dikwijls hun heil in magie en gebruiken ook kruidenmixen die ze kopen bij kruidenverzamelaars (3.3.)
- Hoe gaat u om met afspraken en/of voorschriften van de arts?
Als patiënten niet meer op de afdeling verblijven of als zij op vakantie zijn, zullen ze dikwijls stoppen met het nemen van hun medicatie (4.2.). Bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener zullen zij ook dikwijls afhaken (4.1.5).
- Wat is uw standpunt t.o.v. een gebedsgeneesheer?
- Is dit uw eerste opname in de psychiatrie?
- Wat is volgens u de oorzaak van uw huidige ziekte?
Ziekten worden door de Marokkaanse patiënten dikwijls toegeschreven aan natuurlijke of bovennatuurlijke oorzaken (3.3.; Lexicon: 8,9).

- Verwondt u zichzelf wel eens of heeft u de neiging om dat te doen?
- Heeft u soms de wens zich van het leven te beroven?
- Voelt u zich agressief t.o.v. personen of/en materialen?
- Voelt u neiging uw spullen kapot te maken?
- Wat is voor u belangrijk tijdens het verblijf op deze afdeling?

Patiënten hechten veel belang aan de mogelijkheid tot bidden op de afdeling. Ze vinden het ook belangrijk dat de hulpverleners op de hoogte zijn van hun achtergrond en hen aanvaarden en respecteren (4.2.)

2. Voedings- en stofwisselingspatroon.

- Heeft u de laatste tijd verandering in voeding- en/of vochtinname ervaren?
- Is er gewichtstoename of –afname?
- Belemmert uw gewicht u in uw dagelijkse functioneren?
- Wat is uw huidige gewicht/lengte?
- Hoe is uw eetlust?
- Maakt u gebruik van aanvullende middelen naast de voeding zoals kruiden, vitaminen, ...?

Omwille van hun geloof gebruiken Marokkanen soms kruiden om te genezen. God heeft een medicijn voor elke ziekte, dat meestal uit geneeskrachtige kruiden bestaat (3.3.)

- Zijn er dingen die u niet eet of drinkt? Zijn er bepaalde rituelen die u volgt bij de maaltijden? (tijdstip, manier, gebed, ...) Hoe wenst u dat we hiermee rekening kunnen houden?

Marokkanen hebben een andere levenswijze en dus ook een andere eetgewoonte. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden. Ze eten en drinken geen varkensvlees en varkensvet, paardenvlees, vlees van niet-ritueel geslachte dieren, bloed, alcohol en andere drugs. Dit heeft te maken met een vorm van reinheid.

Het eten en drinken als men geen honger of dorst heeft wordt ook als verwerpelijk gezien (3.2., 3.3.; Lexicon: 15).

- Neemt u deel aan de ramadan? Wat houdt dit voor u in? Neemt u uw medicatie dan op hetzelfde tijdstip?

Marokkanen die niet fanatiek gelovig zijn willen toch deelnemen aan de vastentijd. Dit is voor hen een kans om boete te doen en om vergeving van de zonden te verkrijgen (4.2.; Lexicon: 3). Tijdens de ramadan is het verboden te eten, te drinken, te roken of geslachtsgemeenschap te hebben van zonsopgang tot zonsondergang. Niets mag in het lichaam ingebracht worden. Dit kan zelfs extreme vormen aannemen zoals geen medicatie of inspuitingen. Dit kan gevolgen hebben voor de medicatietrouw (3.2, 4.2.).

- Ervaart u uw eetgewoonte als een probleem?
- Bent u overgevoelig voor bepaalde voeding?
- Heeft u gebitsproblemen, slikproblemen?
- Volgt u een dieet? Welk?

3. Uitscheidingspatroon.

- Heeft u de laatste tijd verandering in de toiletgang ervaren?
- Zo ja, belemmert dit u in uw dagelijkse functioneren?
- Heeft u problemen met urineren, ontlasting, transpireren, continentie?
- Neemt u laxeermiddelen? Welke? (op voorschrift)

4. Activiteitenpatroon.

- Ervaart u problemen m.b.t. de dagelijkse lichaamsverzorging? Hoe denkt u de verpleegkundigen hierin nodig te hebben? (Zijn er negatieve gevolgen o.i.v. religieuze verplichtingen, de man-vrouw situatie?)

In de moslimcultuur is het zo dat soms de man meer het woord voert naar de buitenwereld. Sommigen, vooral oudere mannen, willen niet gewassen worden door een vrouw. De eer van de man daalt als hij moet geholpen worden door een vrouw. Het is goed dit probleem te kennen en hier dan op een adequate manier mee om te gaan (2.) Toch geven de patiënten en de hulpverleners aan dat er in de praktijk weinig moeilijkheden zijn op dit vlak (4.2.).

- Hoe brengt u uw dag door? (lichaamsbeweging, sport, hobby, afdelingsactiviteiten, ...)
- Heeft u voldoende energie om activiteiten te ondernemen?
- Zijn er bepaalde zaken die belangrijk zijn voor u, zoals religieuze feesten, rituelen, bidden, Welke zijn dat en hoe kunnen we er rekening mee houden. Gebeuren deze gebruiken dagelijks, wekelijks of op een ander vast tijdstip?
Moslim gelovigen moeten zich houden aan bepaalde verboden (vb. geen varkensvlees), verplichtingen (5 x per dag bidden), verwerpelijke handelingen (vb. eten of drinken als men geen honger of dorst heeft), aanbevelingen (vb; gastvrijheid) en toegestane activiteiten (3.2, 3.3.)
- Heeft u een opleiding gevolgd? Zo ja, welke?
Vele moslimpatiënten zijn niet of laaggeschoold. Hiermee dient rekening gehouden te worden op het gebied van communicatie (3.7.).
- Hebt u werkervaringen? Zo ja, welke?
Uit onderzoek blijkt dat moslims dikwijls moeilijk werk vinden en dat dit werk dikwijls als arbeider is (3.6, 3.7.).

5. Slaap- en rustpatroon.

- Hebt u last van slaapproblemen? (inslaap problemen, vroeg wakker worden, doorslaapproblemen, nachtmerries, herbelevingen)
- Zo ja, wat doet u om dit te verhelpen?
- Staat u gewoonlijk vroeger op om te bidden? Op welke manier kunnen wij hier rekening mee houden?
Verplichting om 5 x per dag te bidden, eten voor zonsopgang tijdens de ramadan (3.2; Lexicon: 2, 3.).
- Bent u goed uitgerust bij het ontwaken?
- Neemt u wel eens slaapmedicatie? Zo ja welke?
Marokkanen nemen gemakkelijk medicatie op eigen initiatief. Zij consulteren ook vaak gebedsgenezers of kruidenmengers, waardoor ze natuurlijke geneesmiddelen gebruiken (3.3.).

6. Cognitie- en waarnemingspatroon.

- Zijn er belemmeringen in de waarneming? (zien, horen, voelen, ruiken, proeven)
- Heeft u problemen met de oriëntatie? (plaats, tijd, persoon)
- Zijn er veranderingen in uw geheugen/concentratie?
- Heeft u moeite om beslissingen te nemen?
De patiënten geven aan dat ze met een zieke geest geen beslissingen zelf kunnen nemen. Ze nemen dan de raad van hun familie aan. Hierdoor is het belangrijk de familie bij de behandeling te betrekken (4.2.).
- Kunt u gemakkelijk nieuwe dingen leren?
- Spreekt u vlot Nederlands? Zo nee, wenst u hulp van een tolk?
Het kan nodig zijn een intercultureel bemiddelaar aan te spreken. Niet alleen om te vertalen, maar ook om de patiënt beter te begrijpen. Doordat de intercultureel bemiddelaar de achtergrond en de cultuur van de patiënt kent, zal deze laatste ook meer vertrouwen in hem hebben (4.2.).
- Spreekt u andere talen? (Frans, Spaans, Engels, ...)
- Hoort u stemmen waarvan de omgeving zegt ze niet te horen? Hoe verklaart u dit?

Marokkaanse patiënten schrijven soms bovennatuurlijke oorzaken toe aan hun ziekte. Deze kan toegeschreven worden aan het boze oog of demonen (3.3; Lexicon: 8, 9a,b,c.).

7. Rol- en relatiepatroon.

- **Hoe is uw huidige gezinssamenstelling?**
Bij Marokkanen leven meerdere generaties binnen een gezin. Dit is van grote invloed op beslissingen die genomen worden. De vader is het hoofd van het gezin en zijn taak wordt overgenomen door de oudste zoon als hij deze taak niet meer kan vervullen (3.3).
- **Hoe belangrijk is familie voor u?**
Marokkanen leven in een wij-cultuur. Het individuele belang is ondergeschikt aan de groep (familie). Hierdoor heeft de familie veel invloed op de patiënt en kan adequate hulpverlening verstoord worden (3.3., 4.1., 4.2.).
- **Hoe is uw relatie met vader, moeder, grootouders, broers en zussen?**
Daar de familie heel belangrijk is kan een slechte relatie een negatieve invloed hebben op het individu. De sociale status is niet, zoals in het Westen, afhankelijk van individuele prestaties, maar van geslacht, leeftijd, uitstraling en macht (3.4).
- **Wie is het gezinshoofd in uw familie?**
Normaal is de man het gezinshoofd en hij wordt opgevolgd door de oudste zoon. Deze kan van grote invloed zijn op de beslissingen van de familie (3.4., 4.2.).
- **Bent u de oudste zoon? (als het een jongen is)**
Indien de patiënt de oudste zoon is, wordt er veel van hem verwacht. Indien hij dit niet is, kan het goed zijn om de oudste zoon, gezien zijn invloed, mee te betrekken bij de behandeling (3.4., 4.2.).
- **Wat was uw opdracht binnen het gezin? Wie neemt deze rol nu over?**
- **Bent u gehuwd? Hoe is uw relatie met uw echtgenote, kinderen, schoonfamilie?**
Een aantal psychische problemen vloeien voort uit relatieproblemen en het toenemend aantal echtscheidingen (4.1.)
- **Zijn er mensen in uw omgeving waar u terecht kunt wanneer u steun nodig heeft?**
Meestal worden Marokkanen bij moeilijkheden, opgevangen door hun familie (3.4., 4.1.).
- **Wordt u anders benaderd nadat u uw delict gepleegd heeft? Hoe voelt u zich daarbij?**
De ziekte van de patiënt kan gezien worden als iets bovennatuurlijks. Er rust op psychisch disfunctioneren dan ook dikwijls een taboe. De patiënt wordt verborgen gehouden voor de omgeving om de eer hoog te houden (3.3., 4.2.).
- **Ervaart u minder eerbied van uw omgeving ten gevolge van uw opname?**
Een man is als moslim verplicht zijn eer hoog te houden en daarom zijn sociale rol te vervullen (4.2.1).
- **Weet uw familie dat u hier bent?**
- **Zo nee, Is er iemand die we op de hoogte kunnen stellen van uw opname?**
- **Aan wie mogen we wel of geen informatie verstrekken?**
- **Woont u alleen? Heeft u nog huisdieren? Wie haalt je post uit?**
- **Voelt u zich wel eens eenzaam**
- **Heeft u financiële problemen? Krijgt u hulp op financieel gebied?**
Ook op financieel gebied kan de patiënt normaal op hulp van de familie rekenen (3.4.)

8. Zelfbelevingspatroon.

- **Hoe zou u zichzelf omschrijven? (tevreden, angstig, gespannen, somber, kwaad, ...).**
Hoe gaat u hier mee om?
- **Ervaart u veranderingen in uw stemming? Hoe kan u uw stemming/gevoel momenteel omschrijven? Wat is daar volgens u de oorzaak van?**
- **Wanneer ben je naar België gekomen? Hoe oud was je toen?**
Marokkanen die pas geëmigreerd zijn, kunnen nog veel hechter verbonden zijn met het traditionele geloof (3.2., 4.2.). Het is ook mogelijk dat ze zich niet goed voelen door de teleurstelling die ze hebben na hun migratie (3.5., 3.6.).

- Wat was de aanleiding van de emigratie?
- Wat zijn uw gevoelens t.a.v. de emigratie?
- Hoe gaat u om met perioden waarin u zich slechter voelt?
De patiënten en de minderheidsgroepen geven aan dat ze bij psychische problemen hulp zoeken door te bidden, bij hun familie, bij een imam of door een reis naar hun vaderland (4.1., 4.2.)
- Denkt u dat u de eer van uw familie negatief beïnvloedt heeft? Op welke manier? Hoe ervaart u dat?
De ziekte van de patiënt kan gezien worden iets bovennatuurlijks. Er rust op psychisch disfunctioneren dan ook dikwijls een taboe. De patiënt wordt verborgen gehouden voor de omgeving om de eer hoog te houden (3.3., 4.2.).

9. Seksualiteitspatroon.

- Zijn er aspecten van uw seksualiteit die u met mij wil bespreken?

10. Stressverwerkingspatroon.

- Ervaart u wel eens stress?
Marokkanen hebben een lager subjectief gevoel van gezondheid. Ze hebben meer last van moeheid, lusteloosheid, maagklachten en klachten over hoofdpijn (4.1.).
- Heeft u de laatste jaren schokkende ervaringen in uw leven meegemaakt?
Zo ja, kunt u deze ervaringen omschrijven naar aard, omvang en duur?
Zo ja, was u hier op voorbereid? Was er sprake van een zekere keuze?
Zo ja, wat is er het meest veranderd in uw leven na deze gebeurtenis?
De migratieproblematiek kan stresserend werken op de allochtone bevolking (3.5., 3.6., 3.7)
- Zo ja, hoe ging u om met deze schokkende ervaringen?
De meeste patiënten zoeken in eerste instantie hulp bij familie of een imam i.p.v. een huisarts (4.1.).
- Zou u in de toekomst anders met uw ervaringen om willen gaan dan u tot nu toe gedaan hebt?
- Met wie kunt u in vertrouwden dingen bespreken? Is deze persoon beschikbaar?
- Heeft u contacten met iemand uit het thuisland? Helpt een reis naar het thuisland om de stress te reduceren?
- Wat helpt voor u het beste als u gespannen bent?

11. Waarden- en levensovertuigingspatroon.

- Naar welk geloof leeft u?
Niet alle Marokkanen leven strikt volgens de islam. Elke moslim is persoonlijk verantwoordelijk voor zijn doen en laten tegenover God. Er zijn ook Marokkanen die niet bezig zijn met hun geloof (3.2., 4.2.)
- Welke invloed heeft geloof op u? Neemt u deel aan alle aspecten van het geloof?
Zoals ook bij de christenen zijn er ook bij de moslims verschillende stromingen. Niet alle moslims beleven hun geloof op dezelfde manier. De meeste moslims die in België wonen, behoren tot de orthodoxe richting. (3.2.)
- Is godsdienst belangrijk voor u, put u er steun uit in moeilijke tijden?
Bij de bevraging van de minderheidsgroepen werd bidden als een belangrijk hulpmiddel aangegeven. Dit geldt ook voor het opzoeken van een Imam (4.1.9).
- Op welke wijze heeft uw geloofs(overtuiging) invloed op je handelen en eventueel op je behandeling?
Eén van de vijf peilers van de islam is de geloofsbelijdenis. Hierin staat dat men het lot moet aanvaarden. Dit kan een invloed hebben op de behandeling

Tijdens de ramadan kan het zijn dat de patiënt geen medicatie of inspuitingen wil van zonsopgang tot zonsondergang (3.2.).

- **Wat betekent reinheid voor u? Hoe kunnen wij hier rekening mee houden?**
Moslims beschouwen zichzelf als onrein door de afscheiding van lichaamsvochten, maar ook door het eten van bepaalde producten zoals varkensvlees, alcohol en drugs. Om religieuze handelingen uit te voeren moet men echter rein zijn. Voor het bidden volstaat een kleine reiniging. Na seks, menstruatie, bevalling moet een grote reiniging gebeuren (3.3.; Lexicon: 6).
- **Ben je bijgelovig? (magie- jnun- boze oog...)**
*Het is mogelijk dat moslimpatiënten denken dat hun aandoening veroorzaakt wordt door toedoen van demonen. (Lexicon: 9a,b,c) Oorzaken van ziekten worden toegeschreven aan natuurlijke of bovennatuurlijke oorzaken (3.3.).
Om genezing te verkrijgen zullen sommigen zich richten tot magie, heiligenverering of zieners.(3.3.).
Het dragen van een amulet kan de moslim beschermen tegen de invloed van het boze oog. Het boze oog kan over iemand komen als hij kritiek of complimenten krijgt .*
- **Bent u reeds bij een schriftgeleerde geweest? Of bij de imam?**
*De schriftgeleerde is meestal diegene die de magie uitvoert. Hij kan een grote invloed uitoefenen op de patiënt. Het stellen van deze vraag is belangrijk omdat de patiënt dan weet dat het team op de hoogte is van de gebruiken in de islam cultuur.
Uit de bevraging van de minderheidsgroepen blijkt dat moslims belang hechten aan het opzoeken van een imam indien zij zich psychisch minder goed voelen (4.2.).*
- **Welke zijn belangrijke feestdagen voor u?**
Het einde van de ramadan wordt gevierd met het suikerfeest (3.2; Lexicon: 3.).

7.2 Standaard verpleegplannen.

Op basis van de gegevens uit de anamnese wordt een verpleegkundige diagnose gesteld. Deze bestaat uit drie onontbeerlijke onderdelen die vaak worden aangeduid met de PES-formule (Gordon 1987).

De 'P' staat voor het gezondheidsprobleem, de 'E' staat voor de etiologie (beïnvloedende factoren) van het probleem, en de 'S' beschrijft een verzameling aanwijzingen en symptomen, de zogenaamde 'bepalende kenmerken'.

De informatie die bij de verpleegkundige diagnose wordt gegeven omvat het volgende:

1. P: definitie van probleem
2. E: beïnvloedende factoren
3. S: bepalende kenmerken
4. D: doelstellingen: deze geven een omschrijving van het gedrag van de patiënt dat wordt nagestreefd.
5. I: interventies: handelingen die een verpleegkundige uitvoert om het doel te bereiken
6. E: beoordeling.

De verpleegkundige diagnoses vormen vervolgens de basis van het verpleegplan.

Het verpleegplan beoogt:

- een hulp te zijn voor de verpleegkundige om het werk logisch te plannen en later te evalueren;
- een accentverschuiving:
 - o in plaats van doen naar eerst denken en dan doen;
 - o in plaats van taakgericht naar probleemoplossend denken;
- kwaliteitsverbetering in de zorgverlening:
 - o de zorgverlener weet op voorhand waar hij aan begint en hoe hij het gaat uitvoeren;
 - o de patiënt krijgt efficiënte, professionele, op voorhand overdachte hulp;
- een wetenschappelijk verantwoorde werkwijze, waardoor verpleegproblemen op een professionele wijze wordt aangepakt;
- integratie van somatische en niet somatische zorgen, hierdoor wordt de patiënt in zijn totaliteit verpleegd en niet alleen zijn ziektebeeld;
- het eigen handelen van de hulpverlener in vraag stellen;
- een werkwijze te zijn waar fouten opgespoord kunnen worden en naar nieuwe oplossingen kan worden gezocht;
- duidelijke domeinafbakening tussen het verpleegkundig beroep en het medisch beroep;
- een gerichte observatie van de patiënt
- een eensluidende taal te gebruiken tussen verpleegkundigen onderling;
- minder aan het toeval over te laten door het verpleegkundig handelen op te splitsen in twee grote delen: de gegevensverzameling en het verpleegplan;

Het opstellen van een verpleegplan is dus een werkwijze om de verpleegkundige zorgverlening op een probleemoplossende manier te benaderen.

De voorgestelde verpleegplannen zijn een aanvulling op de bestaande verpleegplannen zoals uitgewerkt in Standaard verpleegplannen voor de geestelijke gezondheidszorg (Vossen, M.L., 1999). Tevens dient er gezegd te worden dat er vanuit de praktijk aanvullingen kunnen gebeuren.

7.2.1 Therapieontrouw agv specifieke ziektebeleving.

Therapieontrouw agv specifieke ziektebeleving	
<p>A Verpleegkundige diagnostische termen Definitie: Door een verschil in cultuur, een andere kijk hebben op ziekte en hierdoor zich niet aan de therapie houden.</p>	
<p>* <i>Beïnvloedende factoren</i></p> <p>a psychose b schizofrenie c verstoord denkproces d wanen e communicatie beperking f hallucinaties g waardenconflict h cultureel conflict i gebrek aan aanpassingsvermogen aan veranderingen van het eigen lichaam j conflictueuze omgeving k negatieve effecten van medicatie l onvoldoende informatie m somatiseren n een tekort aan kennis en vaardigheden o opvoeding p afwezigheid van personen om op terug te vallen q geblokkeerde behoeften en verlangens r hoge verwachtingen vanuit de omgeving s gebrek aan sociale steun (familie) t stress u overtuigd van bovennatuurlijke oorzaak</p>	<p>* <i>Kenmerken en aanwijzingen</i></p> <p>1 verwoorden van beperking in de therapietrouw 2 somatiseren 3 weigeren van medicatie 4 niet handelen volgens behandelingsafspraken 5 niet handelen volgens afdelingsregels 6 zich onttrekken aan afgesproken therapieën 7 zich onttrekken aan afgesproken groepsactiviteiten 8 conflictueuze activiteiten ondernemen 9 vluchtgedrag vertonen 10 kruiden nemen i.p.v medicatie 11 ramadan met als gevolg geen medicatie nemen 12 meer belang hechten traditionele genezers 13 ziekte toeschrijven aan natuurlijke en bovennatuurlijke oorzaken</p>
<p>B Verpleegdoelen Patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - meldt niet nagekomen afspraken (in het kader van therapietrouw) aan de verpleging, bijvoorbeeld niet ingenomen medicatie, het wegblijven bij een reguliere therapie. - verwoordt gevolgen van beperking in de therapietrouw. - herkent en verwoordt acties die gericht zijn op gezondheidsbevordering. - kan bespreekbaar stellen waarom voorgeschreven therapie niet gevolgd wordt. - onderhoudt een effectieve relatie met hulpverleners waarbij voor de patiënt acceptabele afspraken gemaakt kunnen worden. - houdt zich aan de afspraken die gezamenlijk opgesteld zijn. - blijft zijn medicatie correct innemen. - heeft inzicht in zijn kwetsbaarheden en kent het nut en de werking van de voorgeschreven medicatie <p>Verpleegkundige:</p> <ul style="list-style-type: none"> - heeft zicht op de culturele verschillen die therapieontrouw met zich mee kunnen brengen. 	

Therapieontrouw agv specifieke ziektebeleving

- neemt somatische klachten altijd serieus en respecteert gewoontes en cultuur van de patiënt.

C Verpleegkundige interventies.

- Opbouwen van een therapeutische relatie die gebaseerd is op vertrouwen.
- Zorgen dat de situatie voor zowel de patiënt als de hulpverlener werk- en leefbaar wordt/blijft door een respecterende en aanvaardende houding aan te nemen.
- Samen met de patiënt een duidelijk gestructureerd dagprogramma opstellen, rekening houdend met hun culturele gewoontes.
- Werken aan ziekte-inzicht van de patiënt, somatische klachten laten onderzoeken en nadien bespreken met de patiënt (Omdat ziekte dikwijls toegeschreven wordt aan bovennatuurlijke oorzaken, zie lexicon nr 11. Psychosociale problemen worden eerder gesomatiseerd. Klachten worden ook dikwijls anders verwoordt daarom is het belangrijk om door te vragen).
- Afdelingsregels bespreken en de consequenties van het niet nakomen daarvan uitwerken in het geïndividualiseerde verpleegplan.
- De patiënt betrekken bij de totstandkoming van het behandelplan en informeren over het vervolgbeleid.
- De patiënt leren om de consequenties van zijn eigen gedrag (in dit geval beperking in de therapietrouw) in te zien.
- Door uitleg te verschaffen over de diverse programma's en programmaonderdelen zodat de patiënt het nut hiervan in relatie tot zijn eigen situatie herkent.
- Info geven over werking en bijwerking van medicatie, waarom deze gegeven wordt, wat de verwachtingen zijn, wat het belang van geregelde inname is. Dit zowel voor patiënt als omgeving
- Observaties en gesprekken voeren om te weten te komen in welke mate de patiënt gelooft in traditionele diagnoses en therapieën. Deze kunnen de behandeling in de weg staan. Dit bespreekbaar stellen, kan helpen een aangepast therapieplan op te stellen.
- Inzichtgevende gesprekken voeren met de patiënt omtrent factoren die de therapietrouw negatief beïnvloeden.
- Familie bij de behandeling betrekken omwille van de wij-cultuur en de sociale controle. Als de familie niet achter de behandeling staat wordt de therapie dikwijls onderbroken.
- Familie vragen om aandacht te hebben voor de medicatie inname tijdens vakanties, eventueel aanpassen van medicatie bij vakanties (voorbeeld depot inspuiting). Dikwijls gaan patiënten op vakantie naar Marokko om een gebedsgeneesheer te contacteren. Het is belangrijk om hiernaar te vragen.
- Culturele gewoontes kunnen een moeilijkheid veroorzaken. Een voorbeeld hiervan is de Ramadam. Het is belangrijk om de therapie hieraan proberen aan te passen.
- Patiënt vragen of ze belang hechten aan of geloven in magie
- Zorgen voor schriftelijk voorlichtingsmateriaal (bijsluiters van medicijnen, kopieën van behandelplannen enzovoort).

Beoordeling

- Observeren en rapporteren van verschijnselen die in het verleden voorafgingen aan beperking in de therapietrouw.
- In kaart brengen van de beperking in de therapietrouw of veranderingen daarin, om zo eventuele patronen te ontdekken.
- In kaart brengen van somatiseren van de patiënt.

7.2.2 Communicatiehindernissen.

Communicatiehindernissen.	
<p>A Verpleegkundige diagnostische termen Definitie: Beperking in de communicatie.</p>	
<p>* <i>Beïnvloedende factoren</i></p> <p>a psychose</p> <p>b neuromusculaire aandoening</p> <p>c immigratie op late leeftijd</p> <p>d onvoldoende scholing</p> <p>e verschil in taal</p> <p>f somatiseren van psychische klachten</p> <p>g toeschrijven van psychische klachten aan bovennatuurlijke factoren</p>	<p>* <i>Kenmerken en aanwijzingen</i></p> <p>1. patiënt begrijpt de verpleegkundige niet.</p> <p>2. verklaring van psychosen door demonen ed. (somatiseren)</p> <p>3. patiënt volgt de therapie niet</p> <p>4. patiënt houdt zich niet aan afspraken</p> <p>5. vermijden van sociale contacten</p>
<p>B Verpleegdoelen Patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verwoordt tekortkomingen in de communicatie. - toont een toenemende verantwoordelijkheid ten aanzien van de eigen communicatie door het onderkennen van eigen behoeften en mogelijkheden. - begrijpt de verpleegkundige en de verpleegkundige begrijpt de patiënt. <p>Verpleegkundige:</p> <ul style="list-style-type: none"> - demonstreert nieuwe vaardigheden bij het communiceren. - probeert het communicatieprobleem zoveel mogelijk op te heffen. 	
<p>C Verpleegkundige interventies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Te rade gaan bij familie en bij medecollega's, vooral indien deze van Marokkaanse afkomst zijn. - Kennis hebben van de moslimcultuur en vooral hun rituelen w.b. het bijgeloof. - Ervaringen noteren en voorleggen aan anderen. - Bijscholingen i.v.m. specifieke aanpak van zorg aan Marokkanen. - Een veilige en rustige omgeving creëren. - In overleg met de patiënt een gestructureerd communicatieprogramma opstellen. - Veel voorkomende taalfouten in het Nederlands zijn o.a.: <ul style="list-style-type: none"> o Fouten rond het tijdsbegrip. <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Morgen" als dagindeling kan verward worden met "de volgende dag". ▪ "Morgen kan ook gehanteerd worden als onbepaalde tijdsaanduiding. ▪ Een belangrijke verwarring is ook "volgende week" versus "vorige week". o Een term kan verschillende betekenissen hebben. Voorbeeld: "Zeker" betekent "misschien" in de zin: "Ja, als niets anders belangrijks tussenkomt". "Zeker" wordt ook best niet gebruikt om onduidelijkheid te voorkomen. o Een conditionele zin kan ook een bron van verwarring zijn. Bijvoorbeeld: "Wat zou u doen als uw dochter uit huis geplaatst wordt?", kan overkomen alsof dit ook effectief gebeurd is. o "Misschien" kan een beleefde vorm zijn om "neen" te zeggen. De hulpverlener gebruikt dit woord best niet of vraagt om verduidelijking wanneer de patiënt dit gebruikt. 	

- Vermijd moeilijke woorden en ingewikkelde zinnen. Herhaal desnoods je uitleg met andere woorden.
- Het aanleren van een aantal basisbegrippen in de taal van de patiënt kan de communicatie uiteraard bevorderen.
- Verstrek niet teveel informatie in één keer. Vat beperkte informatie in één zin samen, maar voorkom dat er te veel informatie achter elkaar wordt gegeven. Controleer of de voorafgaande informatie juist is overgekomen.
- Ga na of de patiënt geen analfabeet is.
- De hulpverlener kan ook gebruik maken van visuele hulpmiddelen.
- Blijf rustig, ook wanneer familie na herhaling de uitleg of de vraag nog niet begrepen hebben.
- Indien de communicatie moeizaam verloopt kan de hulpverlener een beroep doen op een intercultureel bemiddelaar. Aandacht hebben voor de subjectieve vertaling.
- Het kan ook nuttig zijn om contact op te nemen met een imam. Die kan een grote steun zijn voor de patiënt.
- Bij contacten met allochtonen is het in de eerste plaats belangrijk om te kijken, beter gezegd te luisteren naar de inhoud, niet naar de vorm van de communicatie.

Beoordeling

- Observeren en rapporteren van veranderingen in de communicatie.

7.2.3 Beperkingen in de godsdienstbeleving.

Beperkingen in de godsdienstbeleving	
<p>A Verpleegkundige diagnostische termen</p> <p>Definitie: Het ondervinden van moeilijkheden om zijn/haar godsdienst te kunnen beleven.</p>	
<p>* <i>Beïnvloedende factoren</i></p> <p>a Gebed</p> <p>b Ramadam</p> <p>c taalprobleem</p> <p>d beperkte mogelijkheden (geen moskee, ed.)</p> <p>e reinheid (onvoldoende)</p> <p>f onaangepaste structuur op de afdeling</p> <p>g onbegripvolle benadering van het team</p>	<p>* <i>Kenmerken en aanwijzingen</i></p> <p>1 vijf keer per dag bidden op vaste tijdstippen</p> <p>2 niet eten van varkensvlees en vlees dat niet ritueel geslacht zijn</p> <p>3 patiënt kan niet voldoen aan reinheid volgens zijn geloof</p>
<p>B Verpleegdoelen</p> <p>– De patiënt de kans geven om zijn godsdienstbeleving in ere te houden.</p>	
<p>C Verpleegkundige interventies</p> <p>Rekening houden met hun gebed: Salat</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Taken/ therapieën aanpassen op hun gewoonten zodat ze de kans hebben om hun gebed in ere te houden. ○ Tijd laten voor hun gebed. ○ Eventueel op tijdstip van gebed, de kamer openen. ○ Vaste dagstructuur kan helpen, zodat zowel de patiënten als de verpleegkundigen hierop afgestemd zijn. <p>– Respect betuigen voor hun cultuur en gewoonten.</p> <p>– Eventueel een bidplaats voorzien voor de moslims.</p> <p>– Rekening houden met hun feesten</p> <p>– Interesse tonen in hun feesten. Indien je op voorhand aanhaalt dat er een Marokkaanse feestdag is, kan de moslim open bloeien en de relatie verbeteren.</p> <p>– De patiënt laten spreken over zijn verplichtingen of verantwoordelijkheden ten aanzien van zijn geloof.</p> <p>Ramadan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Respecteren van vastenmaand en de zorg hieraan aanpassen d.w.z. gedurende deze periode geen al te zware activiteiten aanbieden door de dag. Sommige moslims willen ook geen medicatie gedurende de dag innemen. Dit wordt best besproken in samenspraak met de arts en de patiënt. – Zorgen dat patiënten aan de ramadan kunnen deelnemen, maar niet verplichten. – Weten dat de Ramadan eindigt met een groot suikerfeest. Patiënt stimuleren hieraan deel te nemen in familiekring indien dit mogelijk is. <p>(Rituele) reinheid in ere houden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zorgen dat patiënten hun religieuze activiteiten in volle reinheid kunnen beleven door hiervoor mogelijkheden toe aan te bieden. – Het is ook van belang te weten dat je als niet-moslim hier geen hulp in mag bieden. De reiniging moet gebeuren door de patiënt zelf of een andere moslim en met stromend water of een steen. 	

Beperkingen in de godsdienstbeleving

Eetgewoonten:

- Respect hebben voor hun eetgewoonten, waarin geen varkensvlees, paardenvlees, vlees van niet-ritueel geslachte dieren voorkomt.
- Weten dat hun eetgewoonten ook in volle reinheid moet gebeuren.

Beoordeling

- De patiënt krijgt de kans om zijn dagelijks gebed op een juiste manier in te passen in het dagelijkse leven.
- Op de afdeling wordt de mogelijkheid geboden om deel te nemen aan de ramadan en de keuze van de patiënt hierin gerespecteerd.
- Op de afdeling is men op de hoogte dat reinheid belangrijk is voor moslims, zodat men hiermee rekening kan houden.
- Er wordt rekening gehouden met de eetgewoonten van de moslims.

7.2.4 Verstoord rolpatroon binnen gezin.

Verstoord rolpatroon binnen gezin.	
<p>A Verpleegkundige diagnostische termen Definitie: Er is een verandering in, conflict tussen of ontkenning van rolverantwoordelijkheden, of een onvermogen om bepaalde rolverantwoordelijkheden te dragen.</p>	
<p>* <i>Beïnvloedende factoren</i></p> <p>a psychose b geschonden eer c laag zelfbeeld d veranderde functie binnen de groep e afhankelijkheid van alcohol of drugs f Verandering van beeld van de eigen rol g verlies van controle over het eigen leven h aannemen van een afhankelijke rol i gebrek aan kennis en vaardigheden j scheiding van levenspartner of kinderen k verstoord <i> coping</i>-patroon l verstoring in de sociale vaardigheden m sociaal isolement n conflictueuze omgeving o afwezigheid van personen om op terug te vallen p situationele crisis q klinische behandeling r financiële problemen s veranderde familiale relaties omwille van taboe rond psychisch disfunctioneren</p>	<p>* <i>Kenmerken en aanwijzingen</i></p> <p>1 weinig contact met de familie 2 verminderd respect ervaren van de familie 3 arrogant zijn 4 zich onacceptabel (niet binnen de rol passend) gedragen 5 sterke geïrriteerdheid tonen naar anderen buiten het gezin 6 zich passief of apathisch opstellen ten opzichte van de sociale omgeving 7 geen rekening houden met andermans grenzen 8 niet kunnen voldoen aan taken of rolverwachtingen 9 niet willen voldoen aan taken of rolverwachtingen 10 uiten van onvrede over contacten met familie leden 11 voortdurend beschuldigen van de omgeving 12 veelvuldig betrokken raken bij misverstanden 13 een afwijzende houding naar de omgeving aannemen</p>
<p>B Verpleegdoelen</p> <p>Patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – herkent en verwoordt beperkingen in de sociale rolvervulling. – herkent factoren die geleid hebben tot deze beperking. – benoemt gedragingen die noodzakelijk zijn voor het succesvol veranderen van de sociale rolvervulling. – neemt rol binnen het gezin terug op. – wordt aanvaard binnen het gezin i.f.v. het rolpatroon. – toont sociaal passend gedrag in verhouding met zijn beperkingen. – toont aan op de hoogte te zijn van gangbare sociale normen en waarden en maakt keuzes in het al dan niet vervullen van bepaalde rollen hierin. – verwoordt gevoelens die samenhangen met het al dan niet slagen in het vervullen van sociale rollen. – zoekt hulp bij het ontwikkelen van een adequaat sociaal netwerk. – toont gedrag dat nodig is om de op dat moment gewenste sociale rol te vervullen. – verhoogt eigen zelfbeeld binnen zijn familiale status. – onderhoudt een functionele relatie met familie. 	
<p>C Verpleegkundige interventies</p> <ul style="list-style-type: none"> – Een therapeutische vertrouwensrelatie opbouwen waarin duidelijkheid en openheid centraal staan; duidelijk maken dat de patiënt geaccepteerd wordt, los van zijn gedrag dat niet acceptabel is. 	

Verstoord rolpatroon binnen gezin.

- Contact met de familie opnemen. Bepaal welke rol de patiënt gewoonlijk in zijn leven vervult. Een precieze achtergrondinformatie is nodig.
- Familie stimuleren om contact met de patiënt te herstellen. Moedig de hele familie aan om te denken of te zoeken naar een oplossing van de problemen.
- Beoordeel de specifieke beperkingen van de patiënt in relatie tot de verwachtingen van zijn rol. Het is belangrijk dat de patiënt realistische verwachtingen heeft ten aanzien van zijn rolvulling.
- Moedig de patiënt aan te praten over de conflicten die zich binnen het gezin afspelen.
- Toon interesse in de patiënt zijn verhaal.
- Help de patiënt te bepalen welke veranderingen hij binnen het gezinssysteem zou willen zien veranderen.
- Leer de patiënt gepast sociaal rolgedrag door:
 - samen met andere disciplines en de patiënt te inventariseren welke sociale rollen de patiënt normaal vervult en waar de moeilijkheden ontstaan zijn;
 - samen met de patiënt te inventariseren welke rollen hij/zij nu vervult en de wijze waarop hij/zij deze gestalte geeft;
 - samen met de patiënt te inventariseren welke factoren de verstoring in het sociale rolgedrag beïnvloeden;
 - met de patiënt te inventariseren welke gedragingen binnen de rollen passend zijn;
 - vervolgens de patiënt te stimuleren om in relevante groepsinteracties de nieuwe rollen te oefenen.
- Positief bekrachtigen van adequaat gedrag in sociale interactie.
- In overleg met de patiënt significante anderen betrekken bij het leerproces.

Beoordeling

- De patiënt is in staat om een realistische kijk op de verwachtingen die ten aanzien van zijn rol bestaan te verwoorden
- De patiënt en het gezin zijn in staat een plan te formuleren waarmee zij willen proberen het conflict of probleem op te lossen.
- Observeren en rapporteren van wijzigingen in de oorspronkelijke rollen.
- Beoordelen van de mate van inzicht die de patiënt toont in sociaal rolgedrag.

7.3 Lexicon.

1) Internering

Wat is internering?

De rechtbank beslist tot internering als ze van oordeel is dat de dader van een misdrijf een gevaar is voor de samenleving omwille van zijn psychiatrische ziekte. De rechtbank laat zich daarbij adviseren door een psychiater.

De internering is geen straf maar een maatregel.

De internering kan enkel uitgesproken worden als 3 voorwaarden vervuld zijn;

- Er moet bewezen zijn dat de verdachte een als misdrijf omschreven feit heeft gepleegd. Dit wil zeggen op het niveau van de correctionele rechtbank of Hof van Assisen. Het delict zou normaal een straf inhouden van minstens 3 maanden.
- De verdachte moet op het ogenblik van de berechting, hetzij in staat van krankzinnigheid zijn, hetzij in een ernstige staat van geestesstoornis verkeren, die hem ongeschikt maakt tot het controleren van zijn daden.
- De verdachte moet op het ogenblik van de berechting verkeren in een staat van sociale gevaarlijkheid.

Wie spreekt de internering uit?

De internering kan worden uitgesproken door de onderzoeksgerechten (raadkamer, kamer van inbeschuldigingstelling) of door een vonnisrechtbank (correctionele rechtbank, hof van beroep, militaire rechtbank, hof van assisen).

Hoe verloopt de procedure?

Wanneer de rechtbank de internering heeft uitgesproken, wordt het dossier overgemaakt aan de commissie tot bescherming van de maatschappij (CBM).

De commissie beslist over de manier waarop de internering wordt uitgevoerd. Dat kan gaan met behoud van vrijheid in de thuissituatie (50%), een verwijzing naar een rijksinstelling (instelling voor sociaal verweer) (25%) of een psychiatrisch ziekenhuis (25%). De commissie beslist over alle modaliteiten van de internering, zoals vrijheid op proef, weekendverlof en dagtherapie.

Om de zes maanden kan aan de commissie worden gevraagd de beslissing te herzien.

Wat bij (niet-)naleving?

De commissie kan de opgelegde voorwaarden tijdens de proeftermijn wijzigen (versoepelen of verstrengen).

Bij niet-naleving van de voorwaarden of bij nieuwe feiten kan de dader opnieuw worden aangehouden.

Wanneer de internering goed verloopt kan de commissie een einde maken aan de internering.

Wanneer de geïnterneerde verwezen wordt naar een instelling dan dient hij opgenomen te worden onder het statuut 'vrij op proef'. Dit betekent dat iemand voorwaardelijk vrij is.

Met andere woorden de geïnterneerde krijgt een aantal vrijheden doch hier zijn voorwaarden aan verbonden. B.v. hij dient zich te houden aan de afspraken van de afdeling, dat hij geen nieuwe feiten pleegt, dat hij geen alcohol en drugs gebruikt, dat hij niet naar het woongebied van zijn slachtoffer gaat,...

2) De Koran

De Heilige Koran, het heilige boek van de Islam, is door Allah aan de Profeet Mohammed geopenbaard gedurende een tijdsbestek van 23 jaar.

Telkens wanneer een gedeelte van de Koran aan de profeet werd geopenbaard, leerde hij de geopenbaarde verzen van buiten en vroeg zijn schrijvers om ze daarna op te schrijven. De Koran werd voortdurend geciteerd en door duizenden in zijn geheel van buiten geleerd. Kort na de dood van de Profeet, werden vele kopieën van de Koran gemaakt en naar verschillende landen gezonden.

De Koran is thans nog steeds zoals hij was in de tijd van de Profeet met een absoluut onveranderde tekst en bezit daarom een volledige betrouwbaarheid.

De heilige Koran is als laatste boek van Allah aan de mensheid geschonken als leidraad voor alle mensen op aarde om hen te leiden op de juiste weg. (Redouan. 2005)

3) Shahada of geloofsbelijdenis

De geloofsbelijdenis van de moslims luidt als volgt: "Ik getuig dat er geen God is dan God (dat er één God is) en dat Mohammed zijn boodschapper (en dienaar) is". Deze geloofsbelijdenis spreekt de moslim meermaals per dag uit en betekent de onvoorwaardelijke aanvaarding van de **7 geloofsartikelen** van de islam:

- de enigheid: de enigheid van God, de almachtige schepper, alwetend, barmhartig, rechtvaardig en vergevingsgezind. Op basis daarvan is de volgende uitspraak voortgevloeid: "Als God het wil".
- aanvaarding van het profeetschap: Mohammed en alle profeten aanvaardden als gezanten van God.
- geloof in de engelen.
- geloof in de heilige boeken: de koran (Mohammed), de thora (Mozes), de psalmen (David) en de evangeliën (Jezus).
- aanvaarding van de voorbestemming: het lot.
- dag des oordeels: einde van de wereld.
- leven na de dood: paradijs en hel (Salmi, 1996 en Es, van 1997 en Gielen, 2003).

4) Salat of gebed

Het gebed wordt door iedere moslim 5 x/dag uitgesproken. Dit gebeurt op vast tijdstippen en volgens een precies omschreven ritueel, met het hoofd gericht naar Mekka. Dit gebed, zoals bij elke vorm van aanbedding waarbij contact gezocht wordt met God, gebeurt in volle reinheid en wordt voorafgegaan door wassingen met water of, bij gebrek hiervan, door steen (Salmi, 1996 en Es, van 1997 en Gielen, 2003).

5) Ramadan of vastenmaand

Dit is de naam van de 9de maand van de moslimkalender. Het is de heilige maand aangezien Allah destijds tijdens deze maand zijn openbaring aan profeet Mohammed liet meedelen door de engel Gabriël. Tijdens deze maand is het verboden te eten, drinken, roken en geslachtsgemeenschap te hebben van zonsopgang tot zonsondergang. Niets mag in het lichaam gebracht worden. Dit kan zelfs extreme vormen aannemen, zoals medicijnen, naalden, ed.

Dit ritueel dient om de ziel te zuiveren en te vrijwaren van lichamelijke geesten, erkenning te creëren van de soevereiniteit van Allah met totale gehoorzaamheid aan Hem en om gelijkheid te creëren tussen rijk en arm.

De ramadan valt elk jaar vroeger, namelijk 11 à 12 dagen omdat de islamitische jaarkalender korter is.

De ramadan wordt afgesloten met een feest, ook wel het **suikerfeest** genoemd (Salmi, 1996 en Es, van 1997 en Gielen, 2003).

Het suikerfeest (led al-fitr) is een feest dat 3 dagen duurt op het einde van de ramadan. Dit is te vergelijken met het katholieke paasfeest. Het feest dankt zijn naam aan het feit dat er veel snoep en suikerwaren aan tafel worden gebracht en gebruikt. Het suikerfeest heeft een belangrijke betekenis binnen het geloof, maar ook binnen het dagelijks leven. Er wordt een soort aalmoes aan de arme moslims uit het eigen dorp gegeven. Het is een steun voor hen om het feest te vieren zoals iedereen.

De ouders kopen nieuwe kleren voor hun kinderen en geven hun meer zakgeld. De kinderen genieten van het feest. Zij worden extra verwend. De volwassenen bezoeken elkaar.

Eventuele ruzies worden tijdens het suikerfeest bijgelegd en vergeten. De deuren worden opengezet voor alle bezoekers. Na een maand ramadan is het eindigen van het vasten een bijzondere viering (Mediatheek/thinkquest. 2005).

6) Zakat of armenbelasting

Dit is een verplichte gift voor de armen. Iedere moslim wordt geacht een deel van zijn inkomen (ongeveer 1/40ste) aan de armen en behoeftigen af te staan, beginnend bij de eigen familie en naaste omgeving. Hoe hoger het inkomen, hoe groter het deel. Men wenst hiermee een meer rechtvaardige verdeling van de goederen te bereiken, want God wenst dat de rijkere zijn overvloed deelt met de armere.

Het wordt ook wel gezien als "reiniging" van de bezittingen (Salmi, 1996 en Es, van 1997 en Gielen, 2003).

7) Hadj of bedevaart naar Mekka

Dit is de bedevaart die elke moslim minstens éénmaal in zijn/haar leven moet trachten te doen, indien het financieel haalbaar is en de fysieke capaciteiten het toelaten. Het is een manier om gezuiverd te worden van alle begane zonden in het verleden.

De bedevaart vindt plaats in de laatste maand van het islamitisch jaar (Salmi, 1996 en Es, van 1997). Het **offerfeest** (led al-adha) wordt gevierd aan het einde van de bedevaart naar Mekka. Bij het offerfeest herdenken moslims het offer van Ibrahim (Abraham), die bereid was zijn zoon Isma'iel op te offeren voor God. Op de 10de dag van de hadj (bedevaart naar Mekka) slacht iedere familie die daartoe de middelen heeft een schaap en verdeelt het vlees onder familieleden en armen. Dit wordt gedaan na een bezoek aan de moskee. Het feest gaat daarna door in de moskee. Een derde van het vlees wordt aan de armen gegeven (Salmi, 1996 en Es, van 1997 en Gielen, 2003).

8) Hygiëne en Rituele reinheid

Hygiëne is van groot belang bij moslims. Dit betreft zowel activiteiten in het dagelijkse leven als deze van religieuze aard. Zo moet het altijd zuiver zijn op de plaats waar er gebeden wordt of zal het huis niet betreden worden met schoenen. Dit kan ook wel traditie genoemd worden, hoewel hygiëne toch niet weg te denken is. Moslims uit traditionele gezinnen eten van de grond, waaruit het belang van reinheid nogmaals blijkt. Iemand die de cultuur niet kent zal niet vies bekeken worden indien de regels overtreden worden.

Naast hygiëne in het algemeen, wordt er ook gesproken van rituele reinheid. Dit is een toestand van religieuze toewijding die nodig is om religieuze handelingen te mogen uitvoeren, zoals het gebed, vasten, het lezen van de Koran, het betreden van de moskee. Ten eerste heeft rituele reinheid te maken met reinheid van het lichaam. Hieronder wordt verstaan dat het lichaam vrij is van urine, ontlasting, sperma of bloed. Bij onreinheid probeert men deze lichaamsproducten te verwijderen door reiniging.

Zo zal er voorafgaand aan het gebed, een kleine reiniging uitgevoerd worden

Een **kleine reiniging** bestaat uit:

1. De intentie moet zijn Allah te behagen en zijn goedkeuring te verkrijgen voor al onze goede daden en activiteiten. Wodoe moet men beginnen met "Biesmillah..." en het volgende gebed:

" Allahoem-ma-ghfirie Dhanbie wa wassi'-li- fie daarie wa baariklie fie rizqie"

(O Allah vergeef mijn zonden, schenk mij een goede woning en zegen mijn verdiensten)

2. Was beide handen driemaal grondig tot de polsen

3. Breng driemaal met de rechterhand water in de mond en spoel de mond.

4. snuif driemaal water op, behalve tijdens het vasten, en maak de neusgaten grondig schoon.

5. Was het gezicht driemaal zodat geen keel deel droog blijft. Het gezicht loopt van het voorhoofd tot de onderkin en van de linkeror tot aan de rechteror.

(hier kan men het volgende gebed lezen: " Allahoemma bajjid wadjhie jauma tabjadoe-l- wodjoeh wa taswaddoe-l- wodjoeh". (O Allah verlicht mijn gelaat op de dag des oordeels wanneer een aantal gezichten zal stralen terwijl andere donker en somber zullen zijn).

6. Was beide handen tot aan de ellebogen driemaal. Eerst de rechter en daarna de linkerhand. (ringen en armbanden verwijderen als ze de plaats op de huid droog kunnen houden).

7. Wrijf met natte handen over minstens een kwart van het hoofd en de oren af

8. Was daarna de beide voeten tot aan de enkels. Eerst de rechervoet dan de linkervoet. Men moet ervoor zorgen dat men ook tussenruimten van de tenen wast. (Moslimweb, 2005)

Ten tweede heeft rituele reiniging ook te maken met voeding. Moslims eten geen varkensvlees en varkensvet, paardenvlees, vlees van niet-ritueel geslachte dieren, bloed, alcohol en andere drugs (zoals in de koran staat geschreven) (Es, van 1997).

9) Traditionele verklaringsmodellen

Dit zijn verklaringsmodellen die ziekten toeschrijven enerzijds aan het natuurlijke, het gewone, maar anderzijds ook het bovennatuurlijke (Salmi, 1996 en Platti, 1998 en Peeters, 1992).

10) Natuurlijke Verklaringsmodellen

Binnen deze kleinere stroming wordt ziekte gezien als een gevolg van natuurlijke factoren. Zo kunnen organische, klimatologische factoren een invloed hebben op het gemoed en zelfs ziekte veroorzaken. Maar ook emoties als gevolg van overlijden, angst, huwelijksproblemen, trauma's kunnen ziekten veroorzaken, waaronder ook psychische stoornissen.

Vooraf koude wordt als voornaamste oorzaak van ziekte aanschouwd. Als een Marokkaanse vrouw thuis bijvoorbeeld op blote voeten loopt, wordt er gezegd dat ze geen kinderen zal kunnen krijgen omdat ze kou vatte. God heeft volgens hen een medicijn voor elke ziekte, dat meestal uit geneeskrachtige kruiden bestaat (Salmi, 1996 en Platti, 1998 en Peeters, 1992).

11) Bovennatuurlijke Verklaringsmodellen

Binnen deze stroming wordt ziekte gezien als een direct gevolg van de tussenkomst van bovennatuurlijke of natuurlijke personen. De zieke is het slachtoffer van een tegen hem gerichte straf of agressie. Als Marokkanen de directe oorzaak van een ziekte zoeken in het bovennatuurlijke, gaan ze op zoek naar genezing bij traditionele genezers.

Het geloof in demonen, duivels, monsters en andere bovennatuurlijke wezens is in traditioneel Marokko zeer levendig en er wordt in het dagelijkse leven zeer vaak naar verwezen (Salmi, 1996 en Platti, 1998 en Peeters, 1992).

12) Heiligenverering en volksgeloof

Heiligen zijn personen die beschikken over een goddelijke genade (baraka), die een genezende uitwerking heeft en ook welvaart, geluk, kracht en talent kan brengen. Deze heiligen zijn meestal historische figuren, waarrond allerlei legenden bestaan die aantonen hoe bijzonder zij waren. Na hun overlijden wordt soms in de nabijheid van hun graf een symbolisch teken (koepel) geplaatst en omgedoopt tot bedevaartsoord. Sommige bedevaartsoorden trekken jaarlijks duizenden pelgrims aan. Hier zoeken de moslims de genezende kracht van de heiligen (bij ziekte, ongeluk en /of onvruchtbaarheid). De heiligen worden gezien als een contactpersoon met Allah, de enige echte. (Meeuwissen, 2002 en Platti, 1998).

13) Demonen of Jnun.

De demonen zijn één van de belangrijkste factoren die ingeroepen worden voor het verklaren van psychische stoornissen. Ze zijn volgens de koran door Allah uit rookloos vuur geschapen, voor de mensen onzichtbaar en worden vaak gezien als een straf van Allah of van een heilige. Ook worden demonen geassocieerd met de dagen van de week of met verschillende gebeden. De bekendste is Jinniyya, die mannen verleidt en hen tot een soort huwelijk verplicht.

Allerlei ziekten kunnen door Jnun verklaard worden, zoals psychische stoornissen, reumatische pijnen, epilepsie, mazelen, ... Eender welke ziekte die blijft aanslepen en waarvoor geen duidelijke oorzaak wordt gevonden, kan vroeg of laat aan demonen worden toegeschreven.

Er zijn 2 typische jnunsyndromen:

- meskun: een demon in het lichaam van de bezetene. De persoon in kwestie heeft dan absences, aanvallen met bewustzijnsverlies en bewusteloosheid tot gevolg, vertoont convulsies en tremoren, spreekt in vreemde talen en heeft verwrongen ledematen en een verwrongen gezicht. De perioden tussen de aanvallen worden gekenmerkt door depressieve periodes, hallucinaties (hij hoort of ziet de jinn) en/of verwardheid.
- door een Jinn geslagen worden: de demon heeft de persoon (medrub genoemd) enkel geslagen hetgeen een plotselinge blindheid, doofheid of verlamming tot gevolg heeft (Salmi, 1996 en Platti, 1998 en Peeters, 1992).

14) Het boze oog

Het boze oog betreft iemands natuurlijke eigenschap om schade te berokkenen aan objecten en personen door er gewoon naar te kijken. Jaloerse mensen werpen soms bewust het boze oog, maar velen doen het onbewust. Op deze manier kan het verlies van bezittingen, onenigheden in het gezin, het onverklaarbare achteruitgaan van de gezondheid, ... verklaard worden door het boze oog.

Vooraf het verbaal uitdrukking geven van kritiek of bewondering is nooit goed en dient met een spreuk: "Allah zegene..." ongedaan gemaakt te worden, want complimentjes kunnen het boze oog ook over de persoon heen laten komen.

Mogelijke schade van het boze oog is stervende kinderen, gebroken ledematen, gestorven huisdieren, ...

Men beschermt zich hier vaak tegen door het dragen van amuletten. Het boze oog heeft ook betrekking op de persoonlijke voorwerpen. Hiermee moet voorzichtig omgesprongen worden (Salmi, 1996 en Platti, 1998 en Peeters, 1992).

15) Magie (suhur)

Met magie wordt het uitvoeren van handelingen bedoeld, zoals het schrijven van teksten, toedienen van bepaalde substanties, het uitspreken van formules of bezweringen en het

uitvoeren van acties waarbij een symbolisch verband te bemerken valt. Deze handelingen hebben een specifiek doel voor ogen dat ten goede komt aan de persoon (witte magie) of ten kwade (zwarte magie), bijvoorbeeld iemand ziek maken, iemand uitschakelen of doden, maar ook iemand genezen, geluk laten verwerven, verliefd laten worden, ed.

De werking van deze handelingen wordt toegeschreven aan een combinatie van natuurlijke, bovennatuurlijke, onbegrijpelijke krachten en mechanismen en vereist bijzondere kennis. Het is echter in strijd met de Islam, zelfs voor positieve doeleinden.

Vaak bevatten de magische rituelen religieuze formules en zijn het vooral de schriftgeleerden (16), die geestelijken (of magiërs) genoemd worden en de koran bestudeerd hebben, die aan magie doen.

Toch zijn er ook oude vrouwen die magie uitvoeren (Salmi, 1996 en Platti, 1998 en Peeters, 1992).

16) De schriftgeleerden

Dit zijn de lokaal geestelijken, die de koran grondig bestudeerd hebben, onderwijs geven en andere religieuze functies vervullen. Ze kunnen genezen door beïnvloeding van geesten, door betovering (magie) of door het boze oog. Zo behandelen ze onder meer geesteszieken door verzen uit de koran te lezen of amuletten van koranteksten te maken die de patiënt bij zich moet dragen. Ook voeren ze symbolische rituelen uit en soms houden ze lange gesprekken met de zieke en met familieleden en geven goede raad. Soms maken zij ook gebruik van "exorcisme", dit is het aangaan van een dialoog met demonen waarbij een compromis gesloten wordt over diens vertrek.

In Marokko worden ze nog vaak geraadpleegd (Platti, 1998 en Peeters, 1992).

17) Zieners:

Zij kunnen zien wat de oorzaak van een kwaal is en de persoon dan doorverwijzen. Ze stellen hun diagnose op reacties van de patiënt en stellen geen vragen (Platti, 1998 en Peeters, 1992).

18) Warmte-en koudebeleving

Ziekten worden door Marokkanen vaak bestempeld als koude of warme ziekten (of kwaaltjes). Zo zijn er warme ziekten, zoals ontstekingen en koorts, gekenmerkt door extra energie via het bloed. Het vuur moet a.h.w. buiten het lichaam gedreven worden door bvb. koude baden.

Koude ziekten, zoals verkoudheden, zijn in feite veroorzaakt door slechte lucht (vocht, tocht, koude en wind). Bij deze ziekten wordt er getracht de koude zoveel mogelijk te vermijden en warmte aan te bieden aan de mensen. Baden, water, duisternis en seksualiteit maken een mens kwetsbaar voor deze ziekten. Deze ziekten kunnen volgens hen ook leiden tot migraine, hartaanvallen, doof-, blind-, stomheid en impotentie. Deze klachten worden dus best niet over het hoofd gezien, want moslims zien vele ziekten als gevolg van koude en warmte (Es, van 1997).

19) Verschil in het verwoorden van klachten

Klachten kunnen door moslims anders verwoord of geformuleerd worden. Typisch symbolisch taalgebruik kan zijn:

- "Het vuur zit in mij": Hiermee bedoelen ze dat ze brandende pijn hebben.
- Als er met een lichaamsdeel niets aan de hand is, dan wordt dit als patiënt vaak via omwegen gezegd. Bvb. ziet u goed? Ze antwoorden dan dikwijls "een beetje", terwijl er niets aan de hand is, om toch maar niet het boze oog te tarten door hoog op te lopen met hun gezondheid.

Soms spreekt men ook van dode lichaamsdelen. Met dood bedoelen ze vaak slap, gevoelloos, vol van zwarte plekken, ed.

Moslams zijn ook eerder geneigd de oorzaken van hun ziekte op lichamelijk vlak te zoeken. Dit lichamelijk uiten van klachten wordt vaak vanuit de culturele achtergrond verklaard. Er wordt veel waarde gehecht aan de fysieke kracht van het lichaam. Dit heeft tot gevolg dat iemand met psychosomatische klachten dit soms moeilijk kan aanvaarden, zich niet geholpen voelt en eventueel een andere arts zal raadplegen. Vormen waarin psychosomatische klachten zich snel uiten, zijn: hoofdpijn, rugpijn, vermoeidheid, slapeloosheid, duizeligheid, pijn in de borststreek, ed. (Es, van 1997).

20) Voeding/drank

Marokkanen eten enkel ritueel geslacht vlees, geen varkensvlees.

Dit is ontstaan omdat het vlees van niet-herkauwde dieren sneller rot dan het vlees van herkauwers en er vroeger geen voorzieningen waren om vlees op een gezonde manier te bewaren (warm klimaat en geen koelkast). In die omstandigheden was het eenvoudiger om schapen en/of planteneterende dieren te houden.

Ook nuttigen ze geen alcohol, hoewel dit in de steden toch begint op te komen. Toch zal men het nooit in het openbaar serveren. Het gebruik van drugs is strikt gezien, volgens de Islam, ook uit den boze (Salmi, 1996).

21) Halaal en Haraam

De moslams waren zoveel mogelijk chaos en verwarring in hun leven. Daarom zijn er zoveel regels en wetten in het sociale leven van de moslams.

Zo zijn er de 2 gekende termen "Halaal" en "Haraam", waar veel belang aan gehecht wordt. Halaal betekent "toegestaan" en Haraam, "verboden".

In alle sociale aangelegenheden treffen we zulke verboden en rechten aan. Zo staat er een verbod op varkensvlees. (Haraam) Toch mag er niet-ritueel geslacht vlees gegeten worden wanneer het leven in gevaar is. (Halaal). Naast dit feit zijn er ook handelingen die als verwerpelijk aanschouwd worden, maar niet verboden zijn, zoals het nuttigen van voedsel en drank als men geen honger of dorst heeft. Verder zijn er nog aanbevelingen voor moslams, zoals gastvrijheid en besnijdenis (Salmi, 1996).

22) kledij

De mannen dragen tegenwoordig vooral westerse kledij, die ze inruilen in hun vrije tijd voor meer traditionele kledij.

Maar vooral de kledij bij de vrouwen is het bespreken waard, hoewel westerse kledij sterk op de voorgrond aan het treden is. Binnenshuis gelden geen voorschriften. Buitenshuis mag geen onfatsoenlijke kleding gedragen worden. Vooral de djellaba/hidjab wordt gedragen, een lang gewaad met wijde mouwen, kap, split aan de zijkant en sluiting vooraan. De vrouw moet haar lichaam bedekken uit eerbareid, schroom, schaamte, fatsoenlijkheid. Ze moet voorkomen dat ze aantrekkelijk is in de ogen van vreemde mannen. Ook moet de kleding voldoende wijd zijn, lichaamsvormen mogen niet prijsgeven worden. Aangezicht en handen mogen wel zichtbaar blijven. Het dragen van traditionele kleding toont ook de geloofsovertuiging aan. De hidjab moet ook (soms) gedragen worden vanuit sociale druk en biedt een vorm van bescherming (Meeuwissen, 2002).

23) Besnijdenis

Dit is het weghalen van de voorhuid van het mannelijke geslachtsdeel. Dit heeft vooral een symbolische betekenis en wordt bijna overal in de Islam-wereld gebruikt, hoewel dit niet in de Koran neergeschreven is. Met deze handeling wordt het verbond met God bezegeld. Het kan ook gezien worden als een soort reiniging. Over het algemeen vinden moslams dat een

besneden man gezonder is en dat de besnijdenis hem zal beschermen tegen bepaalde ziekten. (Es, van 1997 en Salmi, 1996).

24) Huwelijk

Het huwelijk is een belangrijk middel om een bestaande vriendschap of verwantschap te versterken en uit te breiden, of om nieuwe relaties aan te knopen. Het is dus belangrijk dat de familie van de huwelijkspartner gekend is. Het doel van het huwelijk is de prestige van de familie te verhogen. Het is vooral een grote dag voor de vrouw. Het huwelijk is dus eerder een verbintenis tussen 2 families dan tussen 2 personen. Vroeger kon de vrouw het huwelijk niet weigeren, maar tegenwoordig is men hier soepeler in geworden. Soms kan ze zelfs zelf kiezen of wordt de mening van het paar gevraagd en is er keuze tussen verschillende partners. De vrouw dient wel maagd te zijn bij het huwelijk.

Na het huwelijk is het de bedoeling dat de vrouw gaat inwonen bij de familie van de man, waar zij begint op de laagste rang wat betreft haar status. Maar deze status stijgt naarmate ze gastvrij, respectvol en een goede huisvrouw is, evenals wanneer ze kinderen baart, want een vrouw zonder kinderen wordt als laag aanzien.

In de Islam is er ook polygamie mogelijk. Een man mag maximaal 4 echtgenotes hebben en moet ze allen gelijkwaardig behandelen. Tegenwoordig is het verboden in Turkije, terwijl het in Marokko nog toegestaan is. Polygamie wordt weinig toegepast in de praktijk (Es, van 1997 en Salmi, 1996).

25) Eer

Eer kan omschreven worden als de waarde die aan een individu of groep wordt toegekend door de gemeenschap. Deze eer situeert zich op 2 niveaus:

- Het gezag dat de man heeft over zijn territorium, waar buitenstaanders niet mogen binnentreden. Bvb. het huis, de familieleden, de bezittingen, de grond.
- Het gezag buiten de familie, waar de man zijn mannetje moet kunnen staan; Bvb. in discussies de belangen van zichzelf en de van zijn familie kunnen verdedigen, beheerst en edelmoedig zijn of grote feesten kunnen organiseren.

Het komt erop neer om de meerdere over de andere te zijn: beter, sterker, rijker, godsdienstiger, vrijgevinger, moediger,...(De Mynck, 1997).

26) Sociale controle

Hieronder wordt de controle van de bevolking op de medemens verstaan. Specifieker kan hiermee ook de controle van de groep op elk groepslid bedoeld worden. Elk lid van de gemeenschap heeft de taak erop toe te zien dat iedereen zich gedraagt conform de normen en waarden van die gemeenschap, zodat de groep geen schande kan oplopen. De sociale controle is een belangrijke taak met als functie ondersteuning van de mensen ter voorkoming van verzuim van de regels. De bevolking functioneert beter op die manier en vervult zijn verplichtingen beter bij deze plichtsgetrouwe, belangrijke taak, hoewel niet iedereen die sociale controle nodig heeft om goed te kunnen functioneren. De beeldvorming van de groep binnen de grotere gemeenschap over de groep is belangrijk en dus ook wat die grote gemeenschap over de groep denkt.

De groep oefent daarom grote druk uit op het individu om zich goed en normaal te gedragen. De groep fungeert als externe rem op het gedrag. Met zo een extern geweten leeft een individu vooral met de angst betrapt te worden wanneer de regels overtreden worden. Deze controle heeft als gevolg dat er minder snel veranderingsprocessen kunnen en zullen plaatsvinden. Zo zullen kinderen minder vrijheden hebben en zullen bepaalde tradities langer in ere gehouden worden. Veel ouders voelen zich door die sociale controle niet sterk genoeg om zich tegen de negatieve reacties van de maatschappij te handhaven waardoor ze zich aan de regels zullen houden (Salmi, 1996 en Gielen, 2003).

27) De mannen- en vrouwenwereld

Er bestaat een sterke scheiding tussen de mannen- en vrouwenwereld. De mannenwereld ligt meer buitenshuis, terwijl de vrouwenwereld meer binnenshuis ligt.

Buitenshuis is de man, de meerdere, hoofd en woordvoerder van het gezin en draagt verantwoordelijk voor het levensonderhoud. Hij moet de familie steeds in bescherming nemen, omdat de reputatie van de vrouw en de kinderen, de eer van de hele familie in het gedrang kunnen komen. Het gevolg hiervan is dat de man zijn vrouw en kinderen een bepaald gedrag oplegt om hun reputatie te vrijwaren. De positie van de man is heel belangrijk en dient ten allen tijde respect af te dwingen.

De taak van de vrouw ligt vooral binnenshuis, waar zij instaat voor de dagelijkse huishoudelijke taken en de opvoeding van de kinderen. Binnenshuis heeft ze dus veel invloed en verantwoordelijkheid. Ook draagt de man hier zijn steentje bij en heeft hij samen met de vrouw de verantwoordelijkheid, ook wat betreft de eer. Volgende waarden zijn hier zeer belangrijk: solidariteit, vertrouwen, eerlijkheid, bescherming.

Buitenshuis neemt de vrouw een bescheidener en terughoudender rol in. Zij kan wel haar man binnenshuis beïnvloeden op een diplomatische manier, volgens haar eigen handigheid en verlangens, maar de man zal dit naar buiten toe nooit kenbaar maken. Wel zal hij met zijn gezin rekening houden en hun standpunten effectief weergeven en dus niet enkel zijn eigen mening (Salmi, 1996 en De Muynck, 1997).

8 Besluit.

De verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg staat in de eerste lijn naast de patiënt en gaat met deze patiënt een relatie aan. De relatie is gekenmerkt door respect, empathie, authenticiteit en advocacy. Om de patiënt te begrijpen en om de belangen van de patiënten te verdedigen, is het nodig om zich te verdiepen in zijn/haar denken, beslissen en handelen. **Dat denken, beslissen en handelen wordt in belangrijke mate ingegeven door cultureel bepaalde waarden en normen.** Daarom is het belangrijk dat verpleegkundigen een integraal beeld van de achtergrond en de cultuur van de patiënt vormen.

Dit project wil een bijdrage leveren tot het inzicht van verpleegkundigen in de achtergrond en cultuur van Marokkaanse patiënten. In opdracht van de forensische afdeling van het OPZ van Rekem werd door de projectgroep gewerkt aan een anamnese en een verpleegplan dat kan gebruikt worden bij de verpleegkundige zorg voor allochtone Marokkaanse psychotische patiënten.

Aan de hand van het "Sunrise Model" van Leininger wordt in dit projectboek de brede **culturele achtergrond van de Marokkaanse patiënten** overzichtelijk voorgesteld. Hierbij wordt gebruik gemaakt van verschillende beïnvloedende factoren. Met behulp van deze kennis wordt het voor verpleegkundigen mogelijk om zich in te leven in de achtergronden van de Marokkaanse handelingswijzen. Een belangrijke boodschap hierbij is dat de eigenheid van de patiënt en de individuele betekenis die de patiënt aan culturele waarden en normen geeft, niet uit het oog verloren mag worden.

Een aangepaste **anamnese** voor allochtone Marokkaanse psychotici stelt verpleegkundigen in staat specifieke aandachtspunten vanuit de cultuur van de patiënt te ontrafelen én, nog belangrijker, het laat verpleegkundigen toe naar patiënten over te brengen dat ze geïnteresseerd zijn in en kennis hebben over hun specifieke cultuur. De vertrouwensband kan hierdoor versterkt worden en de belangen van de patiënt kunnen beter behartigd worden.

Een aantal steeds terugkerende hindernissen kwamen vanuit de praktijk met Marokkaanse patiënten naar voor. Vanuit de kennis die werd opgedaan uit de literatuur en vanuit veelvuldige contacten met praktijkdeskundigen werden richtlijnen voor verpleegkundige interventies bij specifieke 'cultuur'-problemen samengebracht in enkele **standaardverpleegplannen**. Achtereenvolgens worden de verpleegproblemen 'verstoord rolpatroon binnen het gezin', 'therapieontrouw agv. specifieke ziektebeleving', 'communicatiehindernissen' en 'beperkingen in godsdienstbeleving' uitgewerkt.

Om verpleegkundigen op een efficiënte manier de mogelijkheid te geven om zich te informeren omtrent hoofdlijnen van de Marokkaanse cultuur, werd een **lexicon** opgemaakt. Dit lexicon kan gebruikt worden om de theorie beter te verstaan maar ook om specifieke vragen in de anamnese beter te begrijpen.

Om de hier geschetste resultaten te bereiken heeft de **projectgroep** op een intensieve manier **samengewerkt**. De inspanningen zijn om bepaalde momenten erg groot geweest. De verstandhouding was echter uitstekend zodat met succes het einde werd bereikt. De **belangrijkste hindernis** werd gevormd door het gebrek aan specifieke literatuur. Zowel specifiek verpleegkundige literatuur als specifieke literatuur omtrent de Marokkaanse cultuur is niet voorhanden. Anderzijds zijn de publicaties betreffende de islam en de maatschappelijke vraagstukken met betrekking tot cultuur zeer uitgebreid. Het was dan ook moeilijk om binnen deze overvloed aan informatie de juiste bronnen te selecteren.

De projectgroep heeft door het uitwerken van dit project een aantal belangrijke competenties kunnen aanscherpen. Zo was het aangenaam op een goede manier te kunnen **samenwerken met het werkveld** en vanuit de praktijk belangrijke informatie mee te nemen in het project. Ook werd op een intensieve manier ervaren dat het bij momenten een moeilijke oefening is om de standpunten van de diverse partners (werkveld, school, projectgroep) op mekaar af te stemmen. Vaak was het belangrijk om te **onderhandelen** binnen de projectgroep om tot een compromis te komen.

Het belangrijkste wat wij als projectgroep hebben geleerd door het maken van dit project gaat tot de kern van het verpleegkundige beroep. Als toekomstige verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg proberen we stil te **staan bij onze eigen opvattingen, onze eigen waarden, onze eigen ervaringen** met betrekking tot maatschappelijke thema's. Deze ervaringen en opvattingen bepalen namelijk in belangrijke mate de manier waarop wij als hulpverleners in een particuliere situatie reageren. Het maken van dit project heeft ons hier zeer specifiek van bewust gemaakt. We hebben uitgebreid stilgestaan bij hoe wij, als persoon en als verpleegkundige, kijken naar allochtonen, naar Marokkanen, naar forensische patiënten. Het reflecteren hierover binnen de projectgroep is wellicht de belangrijkste verrijking geweest die wij hebben mogen ervaren bij het maken van dit project.

9 Bronvermelding.

Boeken:

Daniëlle van GS. (1995). *De migrant als patiënt*. Utrecht: Acco

De Muynck, A., Peeters, R. (1997). *Ali en Fatima bij de dokter*. Leuven: Garant.

Evers, G. C. M. (1999). *Theorieën en principes van verpleegkunde: Inleiding voor het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek*. Assen: Van Gorum.

Gielen, G. (2003). *Interculturele hulpverlening*. Mechelen: Kluwer.

Junger, M., Polder, W., (1991). *Achtergronden van delinquent gedrag onder jongens uit etnische minderheden*. Arnhem: Gouda Quint.

Junger, M., Zeilstra, M., (1989). *Deviant gedrag en slachtofferschap onder jongens uit etnische minderheden*. Arnhem: Gouda Quint.

Leininger, M (ed.) (1991). *Culture Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing*, New York, National League for Nursing Press.

Peters, R. (1992). *Van vreemde herkomst: achtergronden van Turkse en Marokkaanse landgenoten*. Antwerpen: Standaard.

Platti, E. (1998). *Moslims onder ons*. Averbode: Altiora

Salmi, A. (1997). *Lesgeven aan Fatima en Ahmed*. Leuven: Acco.

Townsend, M.C., (1998). *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie*. Maarsen: Elsevier.

Van San, M., Leerkes, A. (2001). *Criminaliteit en criminalisering: allochtone jongeren in België*. Amsterdam: Amsterdam University press.

Visser, M., Jong de, A. (1999). *Cultuur en zorg: een interculturele benadering van de zorg in de verpleegkunde*. Bussem: Couthino.

Vossen, M.L., (1999). *Standaardverpleegplannen voor de geestelijke gezondheid*. Maarsen: Elsevier.

Tijdschriften:

Balleur, L.M., (1999). Hulpverlening aan islamitische migranten in de psychiatrie. *Verpleegkunde*, 14 (1), 14-20.

Kortmann, F., (2002). Interculturalisatie op maat. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 52-63.

Verelst, R., (2002) Het psychiatrisch deskundigenonderzoek in strafzaken. *Psychiatrie en verpleging*,(5), 318-324.

Ongepubliceerde werken:

Bancken, A. (2004). *Cursus Cultural Awareness in nursing practice*. Hasselt: KHlim.

Meeuwissen, M. (2002). *Cursus Antropologie*. Hasselt: KHlim.

Lezingen:

Referaat studiedag Mieke Meeuwissen (2002).

Internet:

Castermans, G. (2004). *Interculturele benadering van de zorgverlening* [on line]. Beschikbaar via internet http://www.cimic.be/consultancy/consultancy_medisch_1.htm

Mediatheek/thinkquest (2005). *Feestdagen Islam* [on line]. Beschikbaar via internet: <http://www.mediatheek.thinkquest.nl/~kla023/feestdagenislam.htm>

Moslimweb (2005). *Kleine en grote reiniging* [on line]. Beschikbaar via internet: <http://www.moslimweb.nl/taharat.php>

Redouan. (2005). *De heilige koran* [on line]. Beschikbaar via internet: http://www.redouan.nl/de_heilige_Koran.htm

Transcultural Nursing Society. (2004). *Leininger's sunrise enabler for the theory of culture care diversity and universality* [on line]. Beschikbaar via internet: <http://tcns.org/6/ubb.x/s,9896011111,a,qa,ul,7856041534,ic,Y/sunrise200307.pdf>

VDAB. (2004). *Fatima of sil, een wereld van verschil: een vergelijkend onderzoek van de slaagkansen tussen etnische E.U. en allochtone schoolverlaters* [on line]. Beschikbaar via internet <http://www.vdab.be/trends/maandverslag/topic0403.pdf>

Onderzoek:

Provinciaal integratiecentrum Limburg (2003). *Hoe? Zo interculturaliseren! Over de toegankelijkheid van psychosociale hulpverlening*. Hasselt, Ronald Hoebbers.

10 Product.

- **Anamnese aangepast aan Marokkaanse pschotici.**
- **Steekkaarten van standaard verpleegplannen.**
- **Lexicon.**
- **CD powerpoint presentatie.**