



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### Een tipje van de sluier: een studie naar de participatie van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in de Amsterdamse gezondheidszorg

Imansoeradi, M.; van der Meer, M.

**Publication date**

2009

**Document Version**

Final published version

[Link to publication](#)

**Citation for published version (APA):**

Imansoeradi, M., & van der Meer, M. (2009). *Een tipje van de sluier: een studie naar de participatie van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in de Amsterdamse gezondheidszorg*. Ecbo / bureau SIGRA Dienstverlening.  
[http://www.sigra.nl/fileadmin/archief/documenten/Arbeidsmarktbeleid/Feiten\\_en\\_cijfers/tipje\\_van\\_de\\_sluijer.pdf](http://www.sigra.nl/fileadmin/archief/documenten/Arbeidsmarktbeleid/Feiten_en_cijfers/tipje_van_de_sluijer.pdf)

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.



# Een tipje van de sluier



*Een studie naar de participatie van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in de Amsterdamse gezondheidszorg*

Melissa Imansoeradi en Marc van der Meer



Het Amsterdams Instituut voor Arbeidsmarktstudies (AIAS) is een instituut voor interdisciplinair onderzoek en onderwijs verbonden aan de Universiteit van Amsterdam. Het brengt de expertise van de disciplines rechten, economie, sociologie, psychologie en gezondheidkunde ten aanzien van arbeidsvraagstukken samen.

Het landelijk Expertisecentrum Beroepsonderwijs – kortweg ecbo – is er voor, met en over het beroepsonderwijs. Het doel is om op een onafhankelijke, hoogwaardige en systematische wijze te zorgen voor de ontwikkeling, ontsluiting en synthese van – wetenschappelijke en praktijkgerichte – kennis over het beroepsonderwijs ten behoeve van onderwijs en samenleving.

SIGRA Werk in de Zorg is het arbeidsmarktlabel van de Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (vereniging SIGRA). Het bevorderen van instroom, doorstroom en behoud van goed gekwalificeerde medewerkers in de Amsterdamse gezondheidszorg is de hoofdtaak van dit label. Diversiteit en inzetbaarheid zijn de rode draden. Bureau SIGRA Dienstverlening voert de activiteiten uit.

© ecbo / bureau SIGRA Dienstverlening - 2009

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgevers.

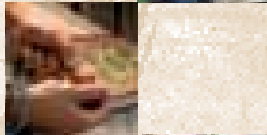
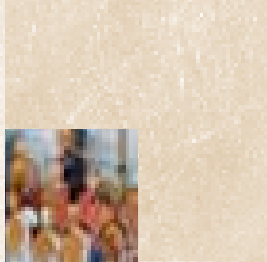


# *Een tipje van de sluier*

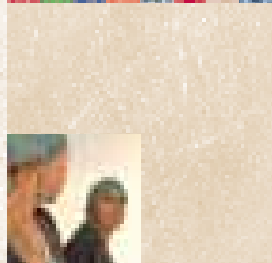
*Een studie naar de participatie van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in de Amsterdamse gezondheidszorg*

Melissa Imansoeradi en Marc van der Meer

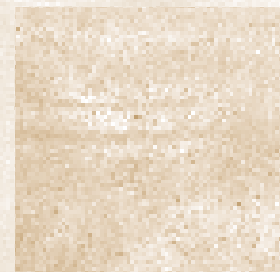
# Inhoudsopgave



	Voorwoord	7
1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding	9
1.2	Onderzoeksvragen	10
1.3	Onderzoeksofzet	11
2	Theoretische uitgangspunten	13
2.1	Zowel een emancipatie- als integratievraagstuk	13
2.2	Kapitaaltheorieën	14
2.3	Interculturalisatie in de gezondheidszorg	15
2.4	De onderwijsimplicaties van de instroom	15
3	De religieuze context: de islam	19
3.1	De basisprincipes van de islam in het kort	19
3.2	De verschillende stromingen van de islam in Turkije en Marokko	20
3.3	De visie van de islam op gezondheid	21
3.4	De visie van de islam op sociale relaties	21
3.5	De religiebeleving van jongeren in Nederland	22
3.6	De religiebeleving van de respondenten	22
4	De culturele context: beelden over de zorg in Turkije, Marokko en Amsterdam	27
4.1	De gezondheidszorg in Turkije en Marokko	27
4.2	Het beroep van verpleegkundige in Turkije en Marokko	28
4.3	Beelden over de gezondheidszorg in Amsterdam	28
4.4	Het imago van het beroep verzorgende en verpleegkundige in Amsterdam	29
4.5	Vasthouden aan tradities	30
4.6	Culturele verschillen tussen de vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst	30



5	De arbeidsoriëntatie en studiekeuze	33
5.1	Oriëntaties binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap	33
5.2	Stimulansen en belemmeringen vanuit de sociale omgeving	35
6	De onderwijsinstelling	39
6.1	Opleidingsmogelijkheden in de zorg	39
6.2	Ervaringen van de respondenten binnen het onderwijs	41
6.3	Oog voor diversiteit binnen de onderwijsinstellingen	42
7	Het strategisch potentieel: interculturalisatie en integratie in de praktijk	45
7.1	Impasse	45
7.2	Oog voor diversiteit bij het management van zorginstellingen	46
7.3	Ervaringen van de respondenten in het werk	48
8	Who cares? Naar volwaardige participatie in de gezondheidszorg	51
8.1	De conclusies van deze studie	51
8.2	Mogelijke oplossingsrichtingen voor de organisatie van het onderwijs	53
8.3	Mogelijke oplossingsrichtingen voor de organisatie van een zorginstelling	55
8.4	Mogelijke oplossingsrichtingen voor de verbetering van de beeldvorming voor vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst	56
8.5	Epiloog	57
	Diversiteit in de praktijk	58
	- Ontmoet en verbind: diversiteit in een landelijke zorginstelling	58
	- De kracht van het verschil: diversiteit in een Amsterdamse zorginstelling	60



# Voorwoord



In Amsterdam wonen tienduizenden vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Voor de gezondheidszorg, die aan de vooravond staat van structurele personeelstekorten, betreft dit een aanzienlijk arbeidspotentieel. Toch zijn vrouwen met deze achtergrond nauwelijks in verplegende en verzorgende functies werkzaam, in tegenstelling tot bijvoorbeeld vrouwen met Surinaamse of Antilliaanse roots.

Om de arbeidsparticipatie in de zorgsector van vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond te bevorderen door bureau SIGRA Dienstverlening is in de periode mei 2008 tot december 2009 een pilotproject uitgevoerd. Dit is gebeurd binnen het kader van het arbeidsmarktbeleid van de vereniging SIGRA (Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam) onder het arbeidsmarktlabel SIGRA Werk in de Zorg, op verzoek van het Ministerie van VWS en in samenwerking met de gemeente Amsterdam. Belangrijk onderdeel van de pilot is een wetenschappelijk onderzoek naar het waarom van die geringe participatie. Of, als onderzoeksopdracht: Wat zijn de sociale, culturele of religieuze belemmeringen voor deze vrouwen om in patiëntgebonden functies te werken en hoe zouden die belemmeringen eventueel kunnen worden weggenomen?

Het onderzoek is uitgevoerd door het Amsterdams Instituut voor Arbeidsmarktstudies (AIAS) van de Universiteit van Amsterdam en het Expertisecentrum Beroepsonderwijs (ecbo), in opdracht van bureau SIGRA Dienstverlening. In dit rapport vindt u de belangrijkste onderzoekslijnen en de conclusies.

Een wetenschappelijke versie van het rapport, met uitgebreide bronvermeldingen en toelichtingen, is op te vragen bij ecbo.

In het eerste deel van het onderzoek is de beeldvorming rond de gezondheidszorg binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap in kaart gebracht. In het tweede deel zijn ook de strategieën van zorgwerkgevers rond intercultureel personeelsbeleid in de analyse betrokken. De casestudies zijn opgenomen aan het einde van het rapport.

De auteurs van het rapport constateren dat er sprake is van een behoorlijke kloof tussen de afstand tot de arbeidsmarkt van de doelgroep en het vereiste hoge opleidingsniveau in de zorg. In verschillende werkconferenties met betrokkenen en vertegenwoordigers van de zorginstellingen zijn deze inzichten getoetst en verder ontwikkeld.

Wij zijn gesterkt in onze bevinding dat het onderzoeksthema niet alleen van groot belang, maar vooral dat het mogelijk is de instroom in de gezondheidszorg van vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond daadwerkelijk in positieve zin is te beïnvloeden. Dat vraagt gerichte samenwerking van alle partijen en de bereidheid van werkgevers in de zorg om extra aandacht te besteden aan en ook te investeren in de vrouwen die in deze studie centraal staan.

*Amsterdam - november 2009*

Dhr. J.G.M. Buijs MHA - voorzitter vereniging SIGRA





# 1

## Inleiding



### 1.1 Aanleiding

De gezondheidszorg is één van de snelst groeiende sectoren in Nederland. Als gevolg van de vergrijzing, zowel van de bevolking als van het personeel in de zorg, wordt de komende jaren een toename verwacht van de zorgvraag en van de uitstroom van personeel. Het aantal vacatures zal sterk stijgen.

De gezondheidszorg is een zo goed als 'witte' sector. Voor Amsterdam een opmerkelijk gegeven, omdat haar bevolking bij uitstek multicultureel is samengesteld. Sterker, met 177 nationaliteiten is Amsterdam één van de meest multiculturele steden ter wereld. Van alle inwoners van Amsterdam heeft ruim 48% een niet-Nederlandse achtergrond. De grootste etnische groepen zijn inwoners die hun *roots* hebben in Suriname, Marokko (beide ca. 9%) en in Turkije (ca. 5%), aldus cijfers van de Dienst Onderzoek en Statistiek van de gemeente Amsterdam.

Uit onderzoek van de SIGRA blijkt dat van alle medewerkers in de Amsterdamse zorginstellingen zo'n 13% een niet-Nederlandse achtergrond heeft. Vooral medewerkers met een Surinaamse en Antilliaanse achtergrond zijn goed vertegenwoordigd. Daarentegen is de participatie van zorgmedewerkers uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap, zeker in patiëntgebonden functies, gering. Verondersteld wordt dat zich onder vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond een interessant arbeidspotentieel voor de zorg bevindt. Het ligt voor de hand om – gelet op de naderende tekorten – nieuwe zorgmedewerkers vooral onder hen te rekruteren.

Het aantrekken van zorgverleners met een andere achtergrond is ook van belang om de kwaliteit van de zorgverlening te waarborgen. Zorgverleners met een andere achtergrond hebben doorgaans een andere zorgbeleving dan autochtonen. Daarnaast schrijven bijvoorbeeld de Koran en hadith (de Islamitische rechtsbronnen) moslims strikt voor hoe zich tijdens ziekte te gedragen. Bovendien is er vaak sprake van een taalbarrière, die zorgverlening in de weg staat. Er is, met andere woorden, kennis nodig van andere culturen en achtergronden om adequate zorg te kunnen verlenen. Door het aantrekken van zorgmedewerkers met een niet-Nederlandse achtergrond kan een instelling die kennis vergroten.

In 2008 heeft het Ministerie van VWS het initiatief genomen om in acht regio's pilotprojecten op te zetten om de arbeidsparticipatie van vrouwen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap te vergroten. In de regio Amsterdam is één van de pilots uitgevoerd door bureau SIGRA Dienstverlening. Doel van de Amsterdamse pilot was om 120 vrouwen uit de doelgroep te werven en een zo groot mogelijk aantal van hen te laten instromen in een opleidingstraject. De pilot is uitgevoerd in samenwerking met de Dienst Werk en Inkomen en – onder meer financieel – ondersteund door VWS en het Platform Arbeidsmarkt en Onderwijs van de gemeente Amsterdam.

### **Cijfers en achtergronden**

In Amsterdam is sprake van een mismatch op de arbeidsmarkt in de zorg. Het gevraagde opleidingsniveau is gemiddeld minimaal mbo niveau 3, terwijl het leeuwendeel van het aanbod, buiten het voortgezette onderwijs en aansluitende vervolgopleidingen om, bestaat uit kandidaten met grote afstand tot de arbeidsmarkt.<sup>1)</sup>

Het aandeel lagere functies in de Amsterdamse zorg is 8 tot 9% van het totaal (ongeveer 4.500 functies tegen 55.000 werknemers). Een aanzienlijk deel van deze functies is facilitair, ofwel niet direct patiëntgebonden. Jaarlijks is er vraag naar zo'n 900 medewerkers in lagere functies. Ruim de helft van deze vacatures wordt ingevuld door medewerkers uit andere instellingen, een kwart uit de reguliere opleidingen en zo'n 150 door zij-instromers. Het aanbod is een veelvoud daarvan.

Cijfers laten zien dat in Nederland de arbeidsparticipatie van vrouwen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap lager is dan die van andere etnische groepen. Vooral de arbeidsparticipatie van 25-39 jarige vrouwen met Turkse en Marokkaanse roots is opvallend laag.<sup>2)</sup>

Bij de start van de pilot zijn vijftien grote zorginstellingen (minimaal 1.000 werknemers) benaderd met de vraag wat het

aandeel zorgmedewerkers in een verzorgende of verpleegkundige functie met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in het medewerkersbestand is. Totaal werden een kleine 100 medewerksters gemeld. Volledigheidshalve dient vermeld te worden dat – met het vervallen van de 'Wet Samen' in 2006 – veel instellingen de etnische achtergrond van de werknemers niet langer vastleggen. Niettemin gaven alle bevroegde instellingen aan het aantal vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in zorgfuncties als minimaal te ervaren.

## **1.2 Onderzoeksvragen**

In oktober 2008 verscheen het rapport *"Allochtone vrouwen in de zorg. Motivaties, preferenties en belemmeringen voor het werken in de zorg bij Turkse en Marokkaanse meiden en vrouwen"*, in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen uitgevoerd door Prismant. Het onderzoek betrof de motieven van allochtone vrouwen om al of niet voor een baan in de zorgsector te kiezen. In het onderzoek "Een tipje van de sluier" is de focus gelegd op Amsterdam. Door de samenstelling van de bevolking en de aard van de aanwezige zorgvoorzieningen verschilt deze regio van andere regio's in het land. Daarnaast biedt dit rapport meer dan de RWI-studie inzicht in de culturele en religieuze wereld van vrouwen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Bovendien is de RWI-studie vooral gericht op jongeren, in dit onderzoek ligt de focus op een bredere doelgroep.

Om de pilot in goede banen te leiden is het van belang om de 'waarom - vraag' te beantwoorden. Waarom kiezen zo weinig van deze vrouwen voor een verzorgend of verpleegkundig beroep? Welke factoren van in- en uitsluiting spelen hier een rol? Volstaat het opleidingsprogramma? Vinden de oorzaken hun oorsprong in cultuur of religie? Waarom is de zo groot opgezette poging de instroom te bevorderen zo matig geslaagd?

Voor dit rapport zijn daarom de volgende onderzoeksvragen leidend:

- 1 Wat is het imago van de gezondheidszorg binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap in Amsterdam?
- 2 Welke sociale, culturele en religieuze factoren hebben invloed op de studiekeuze en baanbeleving van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in Amsterdam?
- 3 Wat doen instellingen in de zorg om de instroom van personen uit deze doelgroepen te bevorderen, en op welke wijze geven zij vorm aan een gedifferentieerd opleidings- en personeelsbeleid?
- 4 Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om de instroom in de opleiding te bevorderen en de uitval in het onderwijs en in de zorginstellingen tegen te gaan?

## 1.3 Onderzoeksopzet

Voor dit onderzoek zijn in totaal 45 respondenten geïnterviewd. In de volgende tabel een overzicht van de spreiding van de respondenten op basis van functie en etnische afkomst.

Tabel 2.1

### Spreiding van de respondenten op basis van doelgroep en etnische afkomst

	Turks	Marokkaans	Overig
Verzorgenden & verpleegkundigen	3	9	0
Studenten	3	4	0
Experts	8	7	11
<b>Totaal 45</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>11</b>

### Impressieschets

Binnen de respondentengroep zijn er negentien vrouwen die een verzorgend of verpleegkundig beroep uitoefenen of een zorgopleiding volgen. Van hen geven we een impressieschets.

Tien respondenten zijn in Nederland geboren of voor hun zesde levensjaar naar Nederland gekomen en behoren hierdoor tot de tweede generatie. Hun leeftijd varieert van 18 tot 33 jaar. De rest van de respondenten is in Turkije of Marokko geboren en behoort tot de eerste generatie of de generatie anderhalf.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten op het mbo is 18 jaar. Degenen die een hbo-studie volgen zijn wat ouder, gemiddeld 21 jaar. De geïnterviewde vrouwen, die als verzorgende of verpleegkundige werken, variëren in leeftijd van 21 tot 36 jaar.

Het opleidingsniveau van de ouders van deze respondenten is doorgaans laag. Vaak zijn de vaders in de jaren '60 als gastarbeider naar Nederland gekomen en hebben hier lage functies in fabrieken vervuld. De moeders hebben nauwelijks enige opleiding.

De respondenten op het mbo en hbo zijn niet getrouwd, hebben geen kinderen en wonen doorgaans nog bij hun ouders. De vrouwen die al aan het werk zijn hebben vaak een partner en één of twee kinderen. Bijna alle partners van de hier besproken vrouwen hebben dezelfde etnische achtergrond.

### Representativiteit

In dit onderzoek zijn alleen de 'succesverhalen' opgenomen. Dat zijn de groep vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst, die daadwerkelijk voor een zorgopleiding heeft gekozen of als verzorgende of verpleegkundige werkt. De 'succesverhalen' bieden inzicht in welke factoren een kans of een belemmering zijn voor het kiezen van een baan of opleiding in de zorg. Dit komt omdat de respondenten ondanks de ervaren barrières voor de zorg hebben gekozen en daar bovenal ook gebleven zijn.

1. Platform Arbeidsmarkt en Onderwijs van de gemeente Amsterdam (2008) Pieken aan de Amstel 3. Arbeidsmarktbeleid en innovatiestrategie. Monitor inclusief sector-scan techniek en actieprogramma zorg.
2. Bloemendaal, I., Kroon, S. de en Velde, F. van der (2008) Allochtone vrouwen in de zorg. Motivaties, preferenties en belemmeringen voor het werken in de zorg bij Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen. Utrecht: Prismant; [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)



# 2

## Theoretische uitgangspunten



De problematiek rondom de studiekeuze, arbeidsoriëntatie en arbeidsparticipatie van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond kan vanuit verschillende theoretische perspectieven worden geanalyseerd. Het gaat niet alleen om een kwantitatief personeelstekort, maar ook om een emancipatoir proces van de Turkse en Marokkaanse gemeenschap in Nederland. Daartoe is het ook van belang om aandacht te besteden aan de mogelijke betekenis van een diversiteitsbeleid gericht op interculturalisatie en integratie van deze groepen op de arbeidsmarkt.

### 2.1 Zowel een emancipatie- als integratievraagstuk

Vrouwen zijn vaak de motor voor verandering. Per generatie wordt door vrouwen een andere bijdrage geleverd aan het emancipatieproces.<sup>3)</sup>

De eerste generatie vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst zijn voornamelijk bezig geweest met 'overleven'. Ze hebben nauwelijks de tijd gehad om na te denken over welke sociale positie zij innemen in de voor hen nieuwe Nederlandse samenleving. De generatie anderhalf zijn degenen die tussen hun 10e en 18e jaar naar Nederland kwamen in het kader van gezinshereniging of op latere leeftijd als bruid naar Nederland verhuisden.<sup>4)</sup> Vaak komen zij in gezinnen terecht die doorgaans traditioneel georiënteerd zijn. Zij beheersen doorgaans de Nederlandse taal onvoldoende en de Nederlandse samenleving is voor hen nog erg onbekend.<sup>5)</sup> Hun opleidingsniveau is net zoals dat van de eerste generatie relatief laag. Deze vrouwen bevinden zich vaak in een positie die een actieve deelname in de samenleving bemoeilijkt en de integratie in het nieuwe land niet bevordert.

De tweede generatie bestaat uit vrouwen die veelal pioniers zijn; zij hadden als eersten de mogelijkheid om een opleiding te volgen en hadden daardoor toegang tot de arbeidsmarkt. Zij moesten strijden om de eigen keuzes te kunnen maken. Bij de tweede generatie is er sprake van een sterke identificatie met de eigen groep en ontleent men in hoge mate zijn identiteit, praktiserend of niet, aan 'het moslim' zijn.<sup>6)</sup> Daarnaast komen de visies binnen deze groep over bijvoorbeeld het huwelijk en gezin meer overeen met de gedachten in het westen. Dit is mede te danken aan de groep hoger

opgeleiden én vrouwen, die in deze discussie het voortouw hebben genomen.

De derde generatie is meer geïntegreerd in de Nederlandse samenleving, voor hen is de strijd over huwelijk en gezin deels gestreden. Zij worden echter geconfronteerd met een fel maatschappelijk debat over de betekenis van hun culturele en religieuze identiteit, mede naar aanleiding van 9/11, de moord op Fortuyn (2002) en Van Gogh (2004). Voor deze groep is het kiezen van een studie- en/of beroep een vrije keuze geworden. In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen de 'educatieve' en de 'recreatieve groep' moslima's.<sup>5)</sup> De eerste groep probeert zich vooral te richten op opleiding en het geloof speelt daarbij een grote rol. Hierdoor hebben zij het vertrouwen van hun ouders gewonnen en is hun bewegingsruimte relatief vergroot. De recreatieve moslima's hebben minder bewegingsruimte. Zij, en ook hun ouders, hechten minder waarde aan het volgen van een opleiding.

Per saldo geldt dat met name de eerste generatie en generatie anderhalf hun opleidingsniveau, arbeidsparticipatie, kennis en ervaring gemiddeld lager is dan die van de autochtone bevolking.<sup>8)</sup> De vrouwen hebben, ook in vergelijking met mannen van Turkse of Marokkaanse origine, gemiddeld genomen een laag opleidingsniveau en een relatief traditioneel leefpatroon. Volgens de nationale statistieken heeft de helft van deze vrouwen alleen basisonderwijs genoten en heeft een aanzienlijk deel zelfs helemaal geen onderwijs gevolgd.<sup>9)</sup>

De vraag is of vrouwen en met name jonge vrouwen uit Turkse en Marokkaanse groeperingen, met alle verschillen daarbinnen, een gerichte opleidingsinspanning kunnen leveren voor een loopbaan in de zorg. Zoals in hoofdstuk 1 is gesteld, ligt de grootste vraag naar zorgmedewerkers op mbo niveau 3 of hoger. Om het aanbod te laten groeien

woulden zorginstellingen nieuwe vakvolwassenen moeten opleiden, of een beroep moeten doen op personen met een vakdiploma, die niet in de zorg werkzaam zijn. Hoe staat het met deze kapitaalvoorraad?

## 2.2 Kapitaaltheorieën

Vanuit de wetenschappelijke theorie is de achterstandpositie van allochtonen op de arbeidsmarkt deels toe te schrijven aan 'het kapitaal' dat die groepen bezitten. Deze begrippen komen zowel voor in Franse studies bij Pierre Bourdieu als in Amerikaans onderzoek bij Alejandro Portes en Robert Putnam. De begrippen cultureel, menselijk en sociaal kapitaal bieden goede theoretische aanknopingspunten om de arbeidsoriëntatie en studiekeuze van vrouwen met Turkse en Marokkaanse afkomst te duiden.

Het menselijk kapitaal verwijst naar de behaalde diploma's en kwalificaties. Binnen het beroepsonderwijs is het sociaal kapitaal essentieel om aansluiting te kunnen vinden met de arbeidsmarkt. Het gaat hier om de relaties en contacten van individuen bij het kiezen van een beroep, het volgen van een studie of vinden van een plaats op de arbeidsmarkt. Relaties en connecties van ouders kunnen invloed hebben op de arbeidsoriëntatie en het keuzeproces van een kind. Allochtone jongeren begeven zich in een ander sociaal en zakelijk netwerk dan jongeren uit de autochtone groep.<sup>10)</sup> Het netwerk, of ook wel sociaal kapitaal, van allochtone jongeren is minder 'rijk' om hen verder te helpen tijdens hun studiekeuze of op het werk. Zo blijkt het sociale netwerk van autochtone jongeren, meer dan bij allochtone jongeren, te bestaan uit relaties die in hogere functies werkzaam zijn. Cultureel kapitaal en specifieke kennis van de Nederlandse onderwijsstructuur zijn ook meebepalend voor de studiekeuze.

Daarnaast spelen voor etnische minderheden ook andere factoren een rol om 'succesvol' te zijn op de arbeidsmarkt. Zo lijken het gezin en vooral de stimulerende rol van ouders van essentieel belang voor de slagingskans in het onderwijs en op de arbeidsmarkt.<sup>11)</sup> Cruciaal is de vraag hoe het onderwijs en arbeidsorganisaties het 'kapitaal' van deze vrouwen kan versterken. Dat brengt ons bij de aandacht voor diversiteit en verschillende opleidingsstrategieën, gezien vanuit het achterstandsperspectief van minderheidsgroepen.

### 2.3 Interculturalisatie in de gezondheidszorg

De laatste jaren zijn veel studies gedaan naar diversiteitsvraagstukken in organisaties.

Tien jaar geleden is het proces van interculturalisatie door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg als volgt gedefinieerd<sup>12)</sup>: 'Een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen'. Onder 'cultuurgevoeliger maken' wordt verstaan het bewust omgaan met een meer etnisch-culturele diversiteit in alle aspecten van het instellingsbeleid, de wijze van hulpverlening en ondersteunende diensten. Dat betekent dat er meer evenwicht wordt aangebracht tussen de voorheen eenzijdige westerse cultuurbepaaldheid van het zorgaanbod en de veelzijdige cultuurbepaaldheid van de zorgvraag. Uitgangspunten als 'gelijke toegankelijkheid' en 'gelijkwaardige kwaliteit' in het zorgaanbod zijn daarbij van belang om recht te doen aan het multiculturele en pluriforme karakter van de Nederlandse samenleving.

De implicatie hiervan is dat organisaties genoodzaakt zijn om kennis te nemen van de gebruiken en handelingen binnen

andere culturen. Het binnenhalen van medewerkers met een andere etnische achtergrond is een essentieel onderdeel om hoogwaardige zorg te kunnen blijven bieden. Ook Forum<sup>13)</sup> wijst erop dat diversiteit in de uitvoerende hulpverlening gevolgen heeft voor zowel het cliënten- als personeelsbeleid. Culturele diversiteit zou moeten worden gezien als een meerwaarde voor de organisatie die daarbij aandacht heeft voor een cultuur met multiculturele waarden en normen. Een multi-etnisch personeelsbestand versterkt de positie van allochtone medewerkers op alle niveaus binnen de organisatie.

### 2.4 De onderwijsimplicaties van de instroom

Het diversiteitsvraagstuk kan derhalve vanuit verschillende perspectieven worden benaderd. In dit onderzoek hanteren wij een denkschema waarin de opleiding van achterstandsgroepen centraal staat. In het schema zetten we de perceptie van gelijkheid tussen personen in organisaties en de belangen die daarbij meespelen tegen elkaar af. Verschillen etnische groepen of zijn ze juist gelijk aan elkaar? Welke belangen spelen daarbij een rol? Wanneer wij deze dimensies in een schema plaatsen ontstaan vier posities. Aan deze posities kunnen opleidingsstrategieën worden gekoppeld voor allochtone vrouwen in de zorg.

Het gedachtegoed waarin wordt uitgegaan van 'gelijke kansen' voor iedereen vraagt om een beleid waarin oog is voor verschillen. Dit leidt tot specifiek opleidingsbeleid voor bepaalde achterstandsgroepen om achterstanden weg te nemen en betrokkenen dezelfde startpositie te kunnen geven als anderen. Pas hierna ontstaan gelijke kansen op de arbeidsmarkt.

Bij de theoretische benadering 'meritocratie' bestaan geen capaciteitsverschillen op basis van kwalificaties als etniciteit, sekse, sociaal economische klasse en religie. Er wordt

Figuur 2.1 Vier strategieën ten aanzien van de scholing van etnische minderheden in organisaties



Bron: vrij naar Alvesson en Billing, pp. 169.

uitgegaan van bestaande kwaliteiten en er wordt gepoogd deze verder te ontwikkelen. De huidige aandacht voor het 'excellent onderwijs' is hier een voorbeeld van. Speciale programma's worden ontwikkeld om de beste studenten extra mogelijkheden te bieden zich verder te ontplooiën.

De andere twee strategieën gaan expliciet uit van verschillen tussen etnische groepen. Het uitgangspunt bij het gedachtegoed 'alternatieve waarden' is dat verschillende etnische groepen zeer verschillende psychologische en waardeoriëntaties hebben ten opzichte van hun collega's. Dat betekent dat zij binnen bestaande kaders, andere accenten zullen leggen en andere resultaten zullen bereiken in hun werk.

Het laatste gedachtegoed gaat er vanuit dat de kwaliteiten van allochtone vrouwen complementair zijn aan die van autochtone vrouwen. In dit kader kunnen vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond een 'speciale bijdrage' leveren aan de zorg, door hun specifieke culturele en

religieuze achtergrond. Zij kunnen daarmee ook toegang bieden naar nieuwe product-markt-combinaties.

3. Pels, T., de Grijter, M. en Linse, I. (2006) Emancipatie van de tweede generatie: keuzen en kansen in de levensloop van jonge moeders van Marokkaanse en Turkse afkomst. Assen: van Gorcum
4. E. Hooghiemstra, 'Trouwen over de grens'; Sociaal Cultureel Planbureau, 2003
5. Dagevos, J., Gijberts, M., Kappelhof, J. en Vervoort, M. (2007) Survey Integratie Minderheden 2006. Verantwoording van de opzet en uitvoering van een survey onder Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en een autochtone vergelijkingsgroep: Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau
6. Meerens, A. (Sociaal Cultureel Planbureau) en Hermans, B. (Centraal Bureau voor de Statistiek) (2009) Emancipatiemonitor 2008. Den Haag
7. Teunissen, B. (1997) Marokkaanse meisjes over huiswerkbegeleiding, religie en identiteit. Amsterdam: Vrije Universiteit (doctoraalscriptie)
8. Dagevos, J. (1998) Begrensd mobiliteit: over allochtone werkenden in Nederland. Assen: Van Gorcum
9. Keuzenkamp, S. en Merens, A. (2006) Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; Keuzenkamp, S. en Merens, A. en (2007) Jaarrapport Integratie 2007. Hoofdstuk 10 De positie van allochtone vrouwen en meisjes. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
10. Ballafkih, H., Imansoeradi M., Meer M. van der en Meerman M.G.M. (2008) Diversiteit in opleiding en werk. Amsterdam: Scienceguide
11. Koning, J. de, Gravesteyn-Ligthelm, J. en Tanis, O. (2008) Wat bepaalt succes van allochtonen op de arbeidsmarkt? SEOR Working paper No. 2008/1. Rotterdam: Universiteit van Rotterdam
12. Raad voor Volksgezondheid en Sport (2000). Interculturalisatie in de gezondheidszorg
13. Bellaart, H. (2001) Matrix Interculturalisatie. Voor begeleiding van het interculturalisatieproces. Utrecht: Forum





De Koran is voor moslims het heilige boek. Daarnaast is de hadith een belangrijke rechtsbron. De hadith beschrijft de overleveringen van de profeet Mohammed en zijn volgelingen. De profeet is belangrijk voor moslims, want ze geloven dat hij de laatste profeet en boodschapper is die de openbaringen van God heeft ontvangen. Tevens staat hij symbool voor perfectie. Moslims streven er naar om zijn handelingen zoveel mogelijk te volgen, zodat ze goed leven in de ogen van Allah. Toch is en zou het vooral een streven moeten zijn volgens de islam. Een mens is immers nooit perfect.

Ook al ligt de nadruk binnen de islam op het naleven van de voorschriften, de islam kent ook de rechtsregel 'nood versoepelt het verbod'. Als een basisregel niet nageleefd kan worden door omstandigheden dan kan een moslim vrijstelling krijgen.<sup>15)</sup> Een werkende moslim kan bijvoorbeeld vrijstelling krijgen voor het vijf keer bidden op een dag, omdat hij of zij het bidden niet op een ander tijdstip kan inhalen.

Moslims gaan er vanuit dat zij zondevrij geboren worden en dat ze op de dag des oordeels beoordeeld worden op hun goede en slechte daden. Daar waar binnen het christendom sprake is van een schuld- of boetecultuur wordt de islam gekenmerkt als een verantwoordingscultuur.

De islam heeft invloed op alle aspecten van het leven van een moslim zoals geboorte, huwelijk, familie, politiek, economie en sociale relaties.<sup>16)</sup> Het geloof kent, vele gebruiken en rituelen, meer dan andere religies. Hierdoor zijn moslims eerder zichtbaar in de samenleving.<sup>17)</sup>

### 3.2 De verschillende stromingen van de islam in Turkije en Marokko

Binnen de islam zijn verschillende stromingen, die de Koran op eigen manier interpreteren.

De grootste stroming binnen de moslimgemeenschap, het soennisme, is afgeleid van het woord soenna dat betekent in het Arabisch traditie, ofwel leven zoals de profeet Mohammed. Zij kennen veel gezag toe aan de hadith als rechtsbron. Het sjiisme is de andere grote stroming binnen de islamitische gemeenschap. De sjiieten zijn volgers van Ali Ibn Aboe Talib, de opvolger van Mohammed. Zijn overleveringen over Mohammed en zijn uitleg van bepaalde verzen in de Koran zijn voor hen dé uitgangspunten in hun geloofsovertuiging. Bij de sjiieten heeft de imam veel gezag. Zowel als leider op het gebied van de islam, als ook op sociaal en politiek terrein. Bij de soennieten is de imam de leider van het vrijdaggebed.

De moslims in Turkije en Marokko zijn veelal aanhangers van de eerste stroming, het soennisme. Desondanks bestaan er verschillen tussen de interpretatie van de islam in Turkije en Marokko. Dit komt doordat zij een andere rechtsschool aanhangen.<sup>18)</sup> Een rechtsschool is een islamitisch instituut dat de moslimwetten op eigen wijze interpreteert. Er kunnen grote verschillen bestaan tussen rechtsscholen, omdat ze in hun interpretatie van de moslimwetten andere rechtsbronnen en redeneringen gebruiken. In het spectrum van de verschillende rechtsscholen die er in de moslimgemeenschap bestaan, staat het hanafisme, gangbaar in Turkije, aan de ene kant en het malikisme, dat veel aanhangers heeft in Marokko, aan de andere kant. Islamitische Turken hebben bijvoorbeeld andere ideeën over huwelijken of straffen dan moslims uit Marokko.

Het hanafisme is vernoemd naar de rechtsgeleerde Aboe Haniefia. Haniefia is een van de belangrijkste grondleggers van deze liberale rechtsschool. De school staat bekend als de meest ruimhartige en tolerante richting.<sup>18)</sup> De Koran en soenna zijn belangrijke rechtsbronnen, maar ook een rechter heeft een grote beslissingsvrijheid. Hanafisten hebben als uitgangspunt: "helpt de conclusie door analogie niet verder,

dan gaat men af op wat men zelf als goed beschouwt.” Analogie betekent: door redeneren de regels uit de Koran of soenna geschikt maken voor het hier en nu.<sup>19)</sup> Naast aanhangers van het hanafisme zijn in Turkije ook de alevieten. Zij verbinden verschillende en uiteenlopende geloven en religies met elkaar. Dit geloof heeft een liberaal karakter.

Malik ibn Anas is een van de grondleggers van het malikisme en leefde in Medina. Deze rechtsschool wordt bestempeld als traditioneel en staat bekend om de conservatieve houding.<sup>18)</sup> Geschriften in de Koran en soenna zijn binnen deze rechtsschool de rechtsbronnen die het fundament vormen. Dat betekent dat de grootste groep moslims uit Marokko een beroep doet op de rechtsgang zoals deze in de tijd van volger Ali gebruikelijk was in Medina.

### 3.3 De visie van de islam op gezondheid

De islam kent een holistische zienswijze op de gezondheidszorg. Dit houdt in dat alle fysieke, spirituele en psychosociale factoren met elkaar in samenhang worden gezien.<sup>20)</sup> Hierdoor zal een moslim zijn genezing op een andere manier ervaren dan een patiënt uit de westerse samenleving, waarin ziekte meer op zichzelf wordt beschouwd. In de Koran en hadith staat beschreven hoe een moslim het beste kan handelen om een gezond leven te leiden. De islam benadrukt de waarde van het leven, stimuleert een gezond leven en geeft hier richtlijnen voor. Deze richtlijnen hebben betrekking op onder andere het levenseinde, de stervensbegeleiding en de relatie tussen hulpverlener en patiënt.

Moslims geloven sterk dat God het lot bepaalt. Daarom gebruiken ze vaak de woorden: Insha'Allah (als God het wil). In Koranvers 26:80 staat dat God zal genezen bij ziekte. Dit

betekent niet dat een moslim geen hulp hoeft te zoeken. Sterker nog, in de Koran staat dat een moslim verplicht is om hulp te zoeken, omdat ook medisch inzicht door God is ingegeven.

### 3.4 De visie van de islam op sociale relaties

Binnen de islamitische gemeenschap zijn de leefwerelden tussen mannen en vrouwen strikter gescheiden dan in de westerse samenleving. De uitgangsprincipes hiervoor zijn de erkenning van de natuurlijke aantrekkingskracht tussen tegengestelde seksen én het respect voor de integriteit van de persoon en diens lichaam.<sup>21)</sup> De Koran schrijft daarom zowel voor mannen als vrouwen bescheidenheid voor. Dit betekent dat moslims zoveel mogelijk situaties moeten vermijden waarin ze alleen zijn of lichamelijk contact hebben met de tegengestelde sekse. Binnen de islam wordt een onderscheid gemaakt tussen een *mahram* (o.a. vader, moeder, oom, tante, echtgenoot) en een *niet-mahram*. Situaties met een *niet-mahram*, een persoon waar men theoretisch mee zou kunnen trouwen, dient een moslim zoveel mogelijk te voorkomen. Een dergelijke situatie wordt *khulwah* genoemd.

Ook in grote gezelschappen binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap is sprake van een strikte scheiding waar te nemen; vaak zitten de vrouwen bij elkaar in de ene kamer en zoeken de mannen elkaars gezelschap op in een andere kamer. Zowel mannen als vrouwen voelen zich in het gezelschap van de eigen sekse eerder op hun gemak.

Binnen de groep is echter sprake van individuele diversiteit. Niet alle moslims voelen zich belemmerd in contacten met de tegengestelde sekse. Sommigen hebben totaal geen moeite met de meer vrije omgangsvormen zoals gangbaar in de

westerse samenleving. Er is een grote variëteit in omgangsvormen tussen mannen en vrouwen in de islamitische wereld. Daarom is er eerder sprake van cultureel bepaald gedrag, ondanks het feit dat de richtlijnen voor omgangsvormen hun oorsprong vinden in de religie.

### 3.5 De religiebeleving van jongeren in Nederland

Om te ontdekken hoe de islam zich ontwikkelt is het interessant om de jongeren onder de loep te nemen. Een groot deel van Nederlandse jongeren uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap rekent zich tot een religieuze groepering, omdat ze moeilijk onderscheid kunnen maken tussen cultuur en religie.<sup>22)</sup> Voor de meerderheid geldt dat ze niet volledig praktiserend zijn en op hun eigen manier invulling geven aan hun geloof. Het geloof neemt voor velen wel een belangrijke plek in, maar ze ervaren en belijden het op eigen wijze. Ze gaan op zoek naar hun geloof, door er over te praten met vrienden en er over te lezen in boeken en op Internet. Op Internet zijn voor de jongeren forums te vinden waar zij vragen over religieuze en culturele onderwerpen delen.

Doordat jongeren het geloof op eigen wijze ervaren en beleven bestaat er een aanzienlijke variatie in de geloofsbeleving.<sup>23)</sup> Een grote groep gaat bewust om met hun geloof, maar vindt het vooral een privékwestie. Daarentegen bestaat er een kleine groep jongeren die zichzelf typeert als praktiserend en/of religieus. Zij uiten hun geloof op een zichtbare wijze. Een kleine groep islamitische jongeren zit er qua geloofsbelijdenis tussen in. Doordat de eerste groep niet vaak in de openbaarheid uiting geeft aan hun geloof vinden ze vrij gemakkelijk hun weg in de Nederlandse samenleving. De praktiserende of meer religieuze moslims ervaren meer spanning tussen participatie in de westerse samenleving en hun islamitische identiteit.

Meer dan 70% van de jongeren met Turkse en Marokkaanse afkomst woont graag in Nederland. In Vlaanderen is dit het geval voor 55% van de jongeren met Turkse roots en 60% van de jongeren met Marokkaanse roots.<sup>24)</sup> Het islamdebat maakt echter dat niet alle jongeren het gevoel hebben dat ze als volwaardige burgers geaccepteerd worden. Vooral jonge islamitische vrouwen van Marokkaanse afkomst voelen zich minder *geaccepteerd*<sup>13-23)</sup>. Ze schatten daardoor hun kansen op de arbeidsmarkt laag in.

### 3.6 De religiebeleving van de respondenten

In voorgaande paragraaf is gebleken dat een overgroot deel van de jongere moslims, ondanks hun religie, geen moeite heeft om deel te nemen aan de samenleving. Hoe beschouwen de respondenten van deze studie hun leven in de Nederlandse maatschappij?

#### Religieuze identiteit

Aan de respondenten is gevraagd hoe zij zichzelf typeren als moslim. Wij zien een soortgelijke verdeling als in de voorgaande paragraaf. Een kleine groep ervaart obstakels, omdat zij er naar streven om voor honderd procent praktiserend moslim te zijn. Vijf keer bidden op het aangegeven tijdstip is voor velen een onhaalbare zaak, waardoor zij snel het gevoel hebben dat zij niet volledig praktiserend moslim zijn.

*“Ik probeer zoveel mogelijk te doen wat de Koran zegt. Ik leef als een gelovige. Ik bedoel niet extreem. Van dat woord houd ik niet en wat houdt extreem precies in? Maar ik bedoel, ik houd me aan de Koran en dat vind ik prettig. Er gebeuren natuurlijk dingen die niet leuk zijn, maar als ik de Koran als gids gebruik zal ik minder snel in slechte situaties belanden.”*

- Activiteitenbegeleider van Turkse afkomst

*“Ik probeer honderd procent te praktiseren en er zijn momenten dat het mij lukt en momenten dat het mij niet lukt. Ik ben een mens en ook ik maak fouten. Binnen de islam heb je ook de regel: Wij zouden geen mensen zijn als wij geen fouten konden maken. Daarvoor zijn wij mensen om vergiffenis te vragen.”*

- Voorlichter gezondheidszorg van Turkse afkomst

Daarentegen interpreteert een grote groep respondenten de islam in de context van de huidige tijd én samenleving. Zij zien zichzelf als liberale en volwaardige moslima's. Het geloof is een privékwesitie tussen henzelf en Allah. Ze streven naar een goede balans tussen praktiseren als moslim en participeren in de westerse samenleving.

*“Ik heb een Nederlandse vriend. Wij zijn heel erg bewust bezig met de islam en wat het is om moslim te zijn? Ik vind het gewoon belangrijk dat hij dat weet. Net als dat ik heel veel weet van de Nederlandse cultuur, vind ik ook dat hij veel moet weten van de Marokkaanse. En dan van de islam specifiek. Ik interpreteer dingen op mijn eigen manier en in de tijdsgeest van nu. Dus, als ik de Koran lees, en die kan ik lezen, dan plaats ik het wel in de context van toen. Ik ben praktiserend. Maar ik merk aan mezelf dat ik niet elke dag op tijd bid, ofzo.”*

- Psycholoog van Marokkaanse afkomst

*“Ik ben echt een moslima. Met hoofddoek op en heel ruimdenkend en vrij, maar dat is ook de manier waarop de islam verwacht dat je praktiseert. De islam komt heel erg orthodox over in de media, maar de islam schrijft ook voor dat je ruimdenkend en flexibel moet zijn. En alle regels en wetgevingen die in de tijd van de profeet zijn vastgelegd, daar heeft hij ook een ‘maar’ bijgezet: Dit zijn regels die ik heb gemaakt voor het hedendaagse leven. En alle regels die we maken moeten meegaan, maar ze moeten wel aangepast worden aan de samenleving en de maatschappij waar mensen op dat moment in leven.”*

- Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

Het verschil tussen deze twee groepen is voornamelijk, maar niet uitsluitend, te vinden in de leeftijd. Vaak noemen de oudere respondenten, dus de eerste generatie, zichzelf praktiserend of religieus.

### **Religieuze uitingen**

De hoofddoek is, net zoals de baard van een moslimman, een geloofsuiting die hoort bij de islam. De hoofddoek is geen absolute graadmeter voor de geloofsbelijdenis van een moslima. De ene moslima met een hoofddoek vindt zichzelf praktiserend terwijl de ander zichzelf liberaal noemt.

Het voorschrift dat moslims bepaalde lichaamsdelen dienen te bedekken kan en wordt op verschillende manieren geïnterpreteerd. Volgens een mannelijke respondent is het niet per se voorbehouden aan een man of vrouw; zowel een moslimman als vrouw hoort zich te bedekken om zoveel mogelijk verleiding op straat te voorkomen.

*“Ik ben een beetje ijdel en vanaf het moment dat ik een hoofddoek draag, ben ik nooit meer nagefloten op straat. Nooit meer! Nee. Ze kijken wel eens, die islamitische mannen, maar op een heel andere manier. Ik heb geen lelijk haar, laat ik het zo zeggen. Vroeger als ik in een bus stapte, werd er altijd wel naar je gekeken of gefloten of er werd iets tegen je gezegd. Maar nu ik een hoofddoek draag heb ik dat niet meer. En ja, mannen zijn gewoon heel erg gevoelig voor dat soort dingen.”*

- Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

Het merendeel van de respondenten draagt geen hoofddoek. Een aantal van hen heeft in het verleden wel een hoofddoek gedragen.

*“Ik heb wel een hoofddoek gedragen. Het was een week voor 11 september 2001. Ik wilde het uit respect dragen om mij te bedekken. Ik keek er op een gegeven moment anders naar. Ik was toen net getrouwd en had een kind. Maar na drie jaar heb ik het afgedaan, omdat ik er niet meer 100% achter stond. Daarnaast irriteert het in de zomer door de warmte.”*

- Verzorgende van Marokkaanse afkomst

# 3

## De religieuze context: de islam

Leven en werken in een multiculturele samenleving vergt enige kennis van culturen en religie. Een groot deel van de Nederlanders van Turkse en Marokkaanse afkomst is moslim of moslima. Een kleine groep heeft een andere godsdienst of is niet gelovig. Doordat een grote groep islamitisch is besteden wij in dit hoofdstuk aandacht aan een aantal aspecten van de islam. Door de geloofsovertuiging van moslims zijn bepaalde normen, waarden en gedragingen vanuit de religie nauw verweven met culturele uitingen. Net zoals bij de Bijbel, worden verzen uit de Koran verschillend geïnterpreteerd. Hierdoor is er een continuüm met aan de ene kant streng gelovigen, ook wel conservatieven genoemd, en aan de andere kant meer liberale moslims.<sup>14)</sup>



### 3.1 De basisprincipes van de islam in het kort

Om cultuursensitief te worden is het niet nodig om alles te weten over de islam, maar enige kennis is geen overbodige luxe. Daarom wordt een aantal basisprincipes kort besproken.

*“Ik getuig dat er geen godheid is dan God, ik getuig dat Mohammed Gods boodschapper is.”*

Deze getuigenis houdt in dat voor een moslim één God bestaat. Dit betekent dat de islam een monotheïstische godsdienst is. De letterlijke betekenis van het woord islam is ‘vreedzame overgave’ of ‘onderwerping aan Allah’. Moslim zijn betekent dat je jezelf op vrijwillige basis overgeeft aan Gods wil en wetten. Voor iedere moslim staan de vijf zuilen van de islam centraal, deze bieden richtlijnen in hun dagelijkse leven.

Tabel 3.1 **De vijf zuilen binnen de islam**

<b>Shahada</b>	De geloofsgetuigenis: Er is geen God dan Allah en Mohammed is zijn profeet.
<b>Salaat</b>	Het gebed. Een moslim bidt vijf keer per dag om God te eren en te danken
<b>Zakat</b>	Liefdadigheid. Een moslim is persoonlijk gehouden elke dag het (economisch) lijden van anderen te verzachten en ongelijkheid te bestrijden, zoals door het geven van aalmoezen aan de armen om een rechtvaardige verdeling van goederen te bereiken.
<b>Sawm</b>	Ook wel Ramadan genoemd; vastenmaand waarbij moslims tussen zonsopgang en zonsondergang niet mogen eten, drinken en roken en geen geslachtsgemeenschap mogen hebben.
<b>Hadj</b>	De bedevaart naar Mekka; alleen bedoeld voor gezonde volwassen moslims die genoeg geld hebben. Het is geen verplichting.

*“Ik heb een hoofddoek gedragen toen ik 18 was. Mijn zussen droegen ook allemaal een hoofddoek. Ik dacht altijd als je een studiebol bent, dan ben je heilig en dus moet je een hoofddoek dragen. Ik wilde het, het hoort bij mijn geloof, het moet van mijn geloofen ik doe het. Nu heb ik hem weer afgedaan, omdat ik het vond benauwen. Mijn ouders vinden het geen probleem, zij zijn er heel vrij in. Mijn vriend wilde dat ik het niet afdeed omdat mensen zo over je gaan praten. Misschien komt er een dag dat ik hem weer op doe.”*

- Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

De vrouwelijke respondenten die een hoofddoek dragen doen dit bewust; zij vinden het onderdeel uitmaken van hun religieuze identiteit. Zowel in de persoonlijke als publieke sfeer willen zij uiting geven aan hun identiteit als moslima. Voor een respondent van Turkse afkomst geldt dat het dragen van een hoofddoek haar vrijheid heeft gegeven. Zij heeft het gevoel dat zij zich nu vrijer kan bewegen als vrouw.

*“Ik heb vroeger nooit een hoofddoek gedragen. Op een gegeven moment heb ik me er in verdiept, ik denk dat ik rond mijn 24ste een hoofddoek ben gaan dragen. De culturele verwachting van de omgeving heeft daarbij een rol gespeeld. Maar ook omdat ik persoonlijk achter een bepaald principes sta. Het dragen van een hoofddoek is niet voor 100% verplicht, maar het is wel wenselijk. De hoofddoek is gekoppeld aan je hele outfit. Het moet niet zo zijn dat je een hoofddoek draagt en vervolgens een strakke spijkerbroek met een kort truitje en een piercing in je navel.”*

- Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

Een aantal van de respondenten zijn een hoofddoek gaan dragen toen ze gingen trouwen. Ze vinden dat het hoort bij de status van een getrouwde vrouw. Op deze manier maken zij kenbaar dat ze ‘niet meer beschikbaar’ zijn. Sommigen geven aan dat zij een hoofddoek zijn gaan dragen voor hun partner.

*“Ja, sommige dragen een hoofddoek omdat hun partners het wenselijk vinden. Zij zeggen van: nou ja, jouw schoonheden hoef ik niet te delen met andere mannen. Dat is absoluut cultureel. En anderen doen het omdat ze die afspraak met zichzelf hebben gemaakt: als ik getrouwd ben ga ik die hoofddoek dragen, dan ga ik voldoen aan de voorschriften van mijn religie. De islam zegt min of meer dat het met name voor getrouwde vrouwen wenselijk is dat ze een hoofddoek dragen.”*

- Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

De vrouwen die een hoofddoek dragen geven aan dat het een vrije keuze is. Toch kan uit de verhalen opgemaakt worden dat de vrouwen een bepaalde druk of verwachting voelen vanuit hun sociale omgeving.

### **Leven in de westerse samenleving**

Hoe is het voor de respondenten om in een niet-islamitisch land te wonen? Ervaren zij problemen met het participeren in de Nederlandse samenleving? Of hebben zij daarin hun weg gevonden? De meeste respondenten in ons onderzoek ondervinden geen problemen met het belijden van hun geloof. Volgens een van de respondenten komt het doordat bij de nieuwe generaties het geloof ‘verwatert’.

*“Ik krijg vaak te horen dat ik vernederlandst bent. Dat komt denk ik door mijn uitstraling en door hoe ik over dingen praat. Maar diep van binnen blijf ik natuurlijk Marokkaanse. Ik ben gewoon een Marokkaanse die opgroeit in de Nederlandse samenleving. Ik ben hier al vanaf mijn 4e jaar, dus ik weet niet anders. Die twee culturen ken ik allebei heel goed. Uit beide culturen haal ik de positieve dingen en daar maak ik mijn eigen cultuur van.”*

- P&O-adviseur van Marokkaanse afkomst

De nieuwe generaties, ofwel de tweede en derde generatie, hebben het gevoel dat ze met het ene been in de Nederlandse samenleving staan en met het andere been in de

Turkse of Marokkaanse gemeenschap. Ze worden geconfronteerd met twee werelden.

*“Wij leven in twee culturen. Wij krijgen de normen en waarden mee van onze ouders en die van Nederland, van de multiculturele samenleving. Wij proberen daar een balans in te vinden. Je wilt natuurlijk niet alles wat je van je ouders hebt geleerd opgeven.”*

- Sociotherapeut van Turkse afkomst

De respondenten die zich traditioneel of religieus noemen ervaren meer obstakels in hun geloofsbelijdenis. Voor hen is het moeilijker om hun geloof te uiten op de wijze waarop zij dat zouden willen. Het gaat dan vooral om situaties in de openbare ruimte. De vrouwelijke respondenten die tot deze groep behoren hebben niet gekozen voor een patiëntgebonden functie, zij zijn doorgaans te vinden in agogische functies. Vooral de vrijere omgangsvormen tussen de seksen, zoals het geven van handen en het lichamenlijk contact worden als obstakel ervaren. Maar ook het dragen van een hoofddoek en het vijf maal bidden op een dag brengt een ‘interne struggle’ met zich mee.

*“Als moslima leef ik inderdaad in een Nederlandse omgeving. Dat betekent dat ik mijn geloof niet altijd kan nakomen, want het leven in twee werelden heeft veel invloed op me. Ik moet me aan beide aanpassen. Soms lukt het wel en soms niet. Dan moet je kiezen. Het is heel moeilijk om daar een balans in te vinden. Ik hoop dat ik in de toekomst alle dingen van mijn geloof kan toepassen.”*

- Activiteitenbegeleider van Turkse afkomst

*“Officieel hoor ik u geen hand te geven, maar ik doe dat wel. Ja, de maatschappij die dwingt me daar toe. Eigenlijk is het niet goed bezien vanuit mijn geloof. Zo is het ook voor andere islamitische Turken en Marokkanen.”*

- Voorlichter gezondheidszorg van Turkse afkomst

14. Verschillende bronnen zijn geraadpleegd om de eerste twee paragrafen te schrijven. Het gaat hier zowel om boeken als internetbronnen. De tekst is tevens voorgelegd aan een aantal moslims ter controle. Door de vele stromingen binnen de islam en ook de vele landen waarin de islam beleden wordt, zijn er ook verschillende benamingen te vinden.
15. [www.hwi.ugent.be/cie/bogaert/bogaert38.htm](http://www.hwi.ugent.be/cie/bogaert/bogaert38.htm)
16. McKennis, A.T. (1999). Caring for the Islamic patient. AORN Journal
17. El-Amin, M.M. (1991) Family roots: The Quaranic view of family life. Illinois: International Ummah Foundation
18. Jüing, H. (2006). De islam: de toekomst van een wereldreligie. Pg. 340-342. Uitgeverij: Kok ten Have
19. <http://www.encyclo.nl/zoek.php>
20. Sajidah Abdus Sattar. Islamitische bijdrage aan de geneeskunde. Tijdschrift Acta Academia ISSN 1566-2532
21. <http://www.flwi.ugent.be/cie/bogaert/bogaert38.htm>
22. Welle van der, I. en Mamadouh, V. (2008) Links & Labels. Identiteiten en identificatiestrategieën van Amsterdamse jongvolwassenen. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam/AMIDST
23. Pels, T., Gruijter, M. de en Lahri, F. met medewerking van Stekete, M., Mak, J. en Distelbrink, M. (2008) Jongeren en hun islam. Jongeren over hun ondersteuning als moslim in Nederland. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
24. D’Haenens, L., Summeren, C. van en Saeys, F. (2003) Marokkaanse en Turkse jongeren in Nederland en Vlaanderen gaan digitaal. De rol van etnisch-culturele positie bij de toegang tot en het gebruik van ICT. Migrantstudies, Themanummer Jeugd, 2003, 19(4), p. 201-204





# 4

## De culturele context: beelden over de zorg in Turkije, Marokko en Amsterdam

Inzicht in de culturele context is van belang om te weten en te begrijpen waar heersende denkbeelden over de zorg in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap hun oorsprong vinden. Eerst wordt een schets van de gezondheidszorg in Turkije en Marokko gegeven.<sup>25)</sup> Vervolgens maken wij de stap naar de heersende beelden over de gezondheidszorg en het imago van het beroep van verzorgende en verpleegkundige binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap in Amsterdam.



### 4.1 De gezondheidszorg in Turkije en Marokko

In Turkije en Marokko, vooral in de stedelijke gebieden, is de gezondheidszorg in ontwikkeling, maar volgens de WHO blijft ze achter bij andere Europese landen. In de rurale gebieden zijn mensen echter vaak nog verstoken van hulp. Op het platteland moet men vaak ver reizen naar een medische post. De WHO-rapporten<sup>26)</sup> laten zien dat de Turkse overheid relatief meer geld in de gezondheidszorg investeert dan de regering in Marokko. Ook is de algemene gezondheid van de inwoners van Turkije beter dan in Marokko; de levensverwachting van Turken ligt bijvoorbeeld hoger dan die van Marokkanen en in Marokko is kindersterfte een groter probleem dan in Turkije.

De gezondheidszorg in Turkije en Marokko zijn naast de publieke instellingen, die voor iedereen toegankelijk zijn, ook private aanbieders. Binnen deze private instellingen is de kwaliteit van de zorg vergelijkbaar met de westerse standaard. Dit betekent wel dat aan deze dienstverlening een prijskaartje hangt en alleen toegankelijk is voor rijke inwoners. Liefdadigheid en giften, van zowel de rijken als vanuit het buitenland, spelen een grote rol in toegankelijkheid van de zorg voor een deel van de bevolking.

De zorg is, net als in Nederland, te verdelen in verschillende werkvelden. Toch zijn er ook verschillen. Het is in Turkije en Marokko gebruikelijk dat kinderen voor hun hulpbehoeftige ouders zorgen. Voor de ouderen zonder familie en voor mensen met lichamelijke of geestelijke beperkingen zijn er opvanghuizen. Daarnaast is er sprake van particuliere ouderenzorg. Hier maken voornamelijk ouderen gebruik van wier

kinderen in het buitenland wonen en voldoende financiële mogelijkheden hebben.

De psychiatrie in Marokko en Turkije richt zich in de grote steden voornamelijk op drugsverslaafden en zwervjongeren. Een systeem gericht op psychische problemen kent men nauwelijks. Vooral op het platteland gelooft men soms dat een persoon met psychische klachten bezeten is door 'boze geesten'.

In grote steden van Turkije zijn er opvang- of dagbestedingsplekken voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten. In grote Marokkaanse steden is ook dagbesteding en school voorhanden. Op het platteland zijn deze voorzieningen er meestal niet. Daar verleent het thuisfront de zorg. Een deel van de Marokkanen ziet een lichamelijke en verstandelijke handicap als een straf van Allah. Daarentegen ziet een deel van de Turken het als een beproeving van Allah. Een moslim die goed voor een gehandicapte zorgt, krijgt zegeningen van Allah en zal daardoor een plekje in het paradijs verdienen.

## 4.2 Het beroep van verpleegkundige in Turkije en Marokko

Aan de respondenten is gevraagd of er verschillen zijn in het takenpakket van een verpleegkundige in Nederland en in het land van herkomst.

Een van de genoemde verschillen is de beroepshouding. In Nederland wordt tijdens de opleiding aandacht besteed aan de sociale competenties van een toekomstige verpleegkundige. Een belangrijke taak is het geruststellen van een patiënt. De verpleegkundigen in Turkije en Marokko lijken volgens de respondenten niet veel aandacht te besteden aan dit aspect. Volgens hen is er in deze landen eerder sprake van een hiërarchische verhouding tussen de zorgvrager en -verlener.

Ook het takenpakket verschilt volgens de respondenten. Verpleegkundigen in Turkije en Marokko verrichten voornamelijk medische handelingen. Het gaat dan vooral om de verpleegkundigen die in een afgelegen gebied op een medische post werken. Door een tekort aan artsen is op deze posten niet altijd een arts aanwezig. Verpleegkundigen in Nederland werken nauw samen met een arts en hebben een breed takenpakket, ze verrichten zowel verzorgende als complexe medische handelingen. Dit brede takenpakket vloeit voort uit de visie dat een patiënt zo min mogelijk met verschillende zorgverleners te maken moet krijgen aan het ziektebed.

In Turkse en Marokkaanse zorginstellingen wordt de verzorging doorgaans door familieleden gedaan. Er is hier sprake van mantelzorg binnen de muren van een zorginstelling. De familie is verantwoordelijk voor de gezondheid van de patiënt. Volgens een van de respondenten wordt de patiënt niet verzorgd als er geen familie is: "hij heeft dan gewoon pech."

Er zijn instellingen in Turkije en Marokko met aparte verpleegafdelingen voor mannen en vrouwen. Deze scheiding wordt niet overal gehanteerd, aangezien in beide landen vrouwen ook worden behandeld door mannelijke artsen.

## 4.3 Beelden over de gezondheidszorg in Amsterdam

De Turkse en Marokkaanse gemeenschap in Nederland heeft voornamelijk kennis van de ziekenhuissector. Dit komt omdat deze sector in het land van herkomst prominent aanwezig is. Met name de eerste generatie kent de andere zorgsectoren niet of nauwelijks. Daarnaast heeft het beroep arts en een baan in het ziekenhuis een hoge status, omdat de islam veel waarde hecht aan het 'beter maken van zieken'. De ziekenhuissector wordt geassocieerd met een indrukwekkend gebouw, artsen in witte jassen en het beter maken van zieke

mensen. Voor sommige respondenten is dit de reden geweest om als verpleegkundige in een ziekenhuis te willen werken.

*“Ik was helemaal niet van plan om de psychiatrie in te gaan, dat vond ik het helemaal niks. Ik wilde heel graag in een wit pakje in een ziekenhuis rondlopen. Dat vond ik prachtig!”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

*“Als kind wilde ik eigenlijk al iets in de medische wereld doen. Of het nou dokter of zuster was. Ik wilde in het ziekenhuis werken met zieke mensen. Al mijn poppen en barbies waren ziek. (...) Ik was altijd al bezig mijn poppen te verplegen. Dus mijn keuze was al jong gemaakt.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

De beelden van en associaties met de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn doorgaans negatief. Naast de islam is er in Turkije en Marokko ook sprake van een volksgeloof. Dit geloof zegt dat iemand met geestelijke klachten bezeten is door een boze geest (djinn/djûn in Marokko of cinler in Turkije). Het geloof heeft grote invloed op de manier waarop wordt omgaan met geestelijk zieken. Daarnaast wordt de afstand tot de geestelijke gezondheidszorg vergroot doordat inwoners van Turkije en Marokko niet gewend zijn om over hun gevoelens te praten.

*“Heel veel mensen vinden het niks om naar een psychiater te gaan. Ze zien een psychiater niet als arts omdat hij alleen maar praat. (...) En hij haalt alleen maar problemen aan. We hebben al problemen zat in het leven. Dus waarom zou je dat willen doen? Het zit in de cultuur. Wij hebben niet geleerd en worden niet gestimuleerd om over emoties te praten. En dat doet een psychiater wel.”*

Psychiater van Marokkaanse afkomst

Vooraf op het platteland van Turkije en Marokko is weinig kennis aanwezig over lichamelijke en geestelijke beperkingen (zie paragraaf 4.1). Vaak is er schaamte en de familie weet niet goed hoe ze met een gehandicapte moeten omgaan. Een respondent die in de gehandicaptenzorg werkt heeft een

broertje met het syndroom van down. Zij geeft aan dat haar ouders dit ook lastig vonden.

*“Zij weten ook niet wat ze moeten doen met zo'n kind. In Turkije worden kinderen als hij gezien als gekken. Ze weten niet hoe ze het kind moeten begeleiden.”*

Assistent begeleider van Turkse afkomst

Ook de ouderenzorg heeft in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap een slecht imago. “Je ouders hebben vroeger voor jou gezorgd, dus moet jij later voor hen zorgen”, aldus een voorlichter van Turkse afkomst. Hij vertelt dat een moslim zijn ouders moet respecteren en verantwoordelijk is voor hun gezondheid. Een respondent van Marokkaanse komaf werkt als personeelsadviseur bij een verpleeg- verzorgingsinstelling. Ook zij zou haar eigen moeder niet naar een verzorgingshuis brengen. Ze gaat liever een dag minder werken. “Verzorgings- en verpleeghuizen zijn gewoon niet ingericht voor islamitische mensen.”

Desondanks heeft de volgende respondent ervoor gekozen om in de ouderenzorg te gaan werken.

*“Ik kon een dag meelopen in verschillende verpleeg- en verzorgingshuizen en toen dacht ik: dit is het. Je ziet die mensen in hun eigen huiskamer zitten en de gezamenlijke ruimte is ideaal voor hen. Ik voelde me er thuis en ik voelde me prettig. Misschien is het dat warme gevoel wat je hebt als je voor je ouders zorgt.”*

Verzorgende van Marokkaanse afkomst

#### 4.4 Het imago van het beroep verzorgende en verpleegkundige in Amsterdam

Uit de reacties van de respondenten kunnen wij opmaken dat het imago van het beroep verzorgende of verpleegkundige in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap niet zo goed is.

Een verpleegkundige van Marokkaanse afkomst zegt vaak reacties te krijgen als: "Heb jij gestudeerd om alleen maar de billen van andere mensen te wassen?" Ze vertelt verder: "Vaak wordt gedacht dat het slecht betaalt, dat het hard werken is en dat het geen functie op hbo-niveau is. Ook het wassen van mannen ligt gevoelig."

*"Heel veel eerste generatie mensen komen uit dorpen, maar mijn ouders komen uit de hoofdstad. Die van mij zijn anders. De eerste generatie heeft een beeld van de zorg dat zijn oorsprong vindt in het land van herkomst. Maar de tweede generatie is hier opgegroeid en heeft een ander beeld over werken in de zorg. Deze generatie heeft een andere mentaliteit en beleeft geloof en cultuur anders. De eerste generatie is blijven steken en blijft dezelfde cultuur behouden, net zoals de Nederlandse mensen in Australië. Maar de tweede generatie heeft hier op school gezeten. Ze hebben hele andere ervaringen opgedaan. Ze hebben de vooroordelen van hun ouders niet meegekregen. Maar de mening van de ouders telt mee als er een beroepskeuze moet worden gemaakt."*

Beleidsmedewerker van Turkse afkomst

Vrouwen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap kiezen door het negatieve imago niet snel voor een zorgfunctie. Het beroep is vaak op een niet positieve manier in beeld. Toch zijn de directe gezinsleden van degenen die wel voor de zorg kiezen trots op hun moeders en dochters.

## 4.5 Vasthouden aan tradities

Een kenmerk van migrantengroepen is dat ze vaak vasthouden aan hetgeen ze kennen. Tradities uit het land van herkomst worden belangrijk in het land waar ze zich vestigen. Dit geldt ook voor de vele gezinnen die in de jaren '60 van Turkije en Marokko naar Nederland verhuisden.

Door de respondenten van Turkse afkomst wordt een

onderscheid gemaakt tussen gezinnen die oorspronkelijk uit het oosten, midden of westen van Turkije komen. De gezinnen die uit het oosten en midden van Turkije komen zijn over het algemeen meer praktiserend en traditioneel. De familiebanden zijn hechter. Hierdoor is er meer sociale controle en speelt de eer van de familie een grotere rol. Gezinnen met hun wortels in het westen van Turkije zijn liberaler in hun geloofsopvattingen en gedragingen.

Respondenten van Marokkaanse afkomst maken onderscheid tussen mensen met hun oorsprong in het Rifgebergte en zij die uit het zuiden komen. Gezinnen uit het zuiden worden doorgaans als liberaal getypeerd. Dit zijn Arabieren die in de grote Marokkaanse steden leefden. Gezinnen uit het Rifgebergte worden Berbers genoemd. Zij leefden vaak in kleine, gesloten gemeenschappen. Kenmerkend voor deze gemeenschappen is dat er een grote mate van sociale controle is en veel van hun kennis voortkomt uit mondelinge overleveringen. Berbers worden over het algemeen getypeerd als traditioneel en/of religieus.

## 4.6 Culturele verschillen tussen de vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst

Aan de respondenten van Turkse en Marokkaanse afkomst is gevraagd of er onderlinge verschillen bestaan tussen de vrouwen. Hoewel de informatie beperkt is, kunnen uit de interviews een aantal indrukken gedestilleerd worden.

Vrouwen van Marokkaanse afkomst zijn assertiever en vaker actief buiten hun eigen sociale netwerk. De vrouwen zijn individualistischer doordat de Marokkaanse gemeenschap minder gesloten en hecht is. Van vrouwen met Turkse roots wordt gezegd dat zij meer bescheiden en huiselijker zijn. De Turkse gemeenschap heeft een meer gesloten karakter.

*“Ik zie aan Marokkaanse meisjes van mijn leeftijd dat zij ambitieuzer zijn. Als ze iets willen bereiken gaan ze er echt voor. Bij Turkse meisjes is de wilskracht er wel, maar niet zo sterk. Turkse meisjes zijn meer huismeisjes. Ze blijven liever thuis. Bij Marokkaanse meisjes zie je dat ze meer actie buitenshuis ondernemen.”*

Pedagoog van Turkse afkomst

Een respondent, beleidsmedewerker van Turkse afkomst, geeft aan dat het gesloten karakter van de Turkse gemeenschap haar zelfvertrouwen heeft vergroot.

*“Als je je eenmaal in je eigen organisatie ontwikkelt, dan kom je sterker over naar buiten toe. (...) Ik heb bijvoorbeeld een bibliotheek opgezet en een bestuursfunctie bekleed binnen een Turkse vereniging. Ik heb mijn zelfvertrouwen daar opgekrikt voordat ik zelf aan het werk ging.”*

Er is een verschil in de wijze waarop wordt omgaan met de taal uit het land van herkomst. Volgens een mannelijke respondent zijn Turken erg trots op hun eigen taal. Het is vreemd als twee Turken Nederlands tegen elkaar praten, dan verloochen je je afkomst.

*“Op bijeenkomsten zeggen Marokkaanse vrouwen ‘doe het maar in het Nederlands en als wij het niet snappen dan vragen wij wel om uitleg in het Marokkaans’. Turkse mensen niet, die spreken hun eigen taal.”*

Beleidsmedewerker van Marokkaanse afkomst

25. Vereniging SIGRA organiseert vanaf 2005 in het kader van interculturalisatie studiereizen naar Marokko en Turkije voor zorgmedewerkers op beleidsniveau. Er is gebruik gemaakt van reisverhalen van deelnemers. Dit betekent dat het voornamelijk gaat om indrukken en niet om feitelijkheden. Zie ook SIGRA Informatief Turkije en Marokko.
26. zie Country Cooperation Strategy at a glance Turkey (2007) en Country Cooperation Strategy for WHO and Marocco (2004-2007) op [www.who.nl](http://www.who.nl)



# 5

## De arbeidsoriëntatie en studiekeuze

In de huidige onderwijsstructuur kiezen leerlingen al op jonge leeftijd een vakkenpakket dat grotendeels richting geeft aan hun studiekeuze op het mbo, hbo of de universiteit. De vraag die zij op dat moment stellen is: Wat wil ik later worden? Wij gaan in op factoren die een rol spelen in de arbeidsoriëntatie van de jonge vrouwen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Eerst bespreken wij een aantal factoren dat van invloed is op de arbeidsoriëntatie en studiekeuze van deze groep. Vervolgens geven wij een overzicht van stimulerende en belemmerende factoren in de directe sociale omgeving.



### 5.1 Oriëntaties binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap

De studie- en beroepskeuze van de vrouwen uit Turkse en Marokkaanse gemeenschap verschilt op een aantal aspecten van die van de autochtone, Surinaamse of Antilliaanse gemeenschap. In deze paragraaf staan wij stil bij factoren die invloed hebben op de keuze van deze groep vrouwen.

#### **Conformistisch gedrag**

De Turkse en Marokkaanse gemeenschappen kennen een wij-cultuur. Hierdoor conformeert men zich eerder aan wat gangbaar en gewenst is binnen de sociale groep. Dat is ook van invloed op de beroepsoriëntatie en studiekeuze van vrouwen. Vrouwen baseren de keuze niet alleen op hun eigen wensen, maar ook op de wensen van ouders en andere invloedrijke mensen in hun omgeving.

Beroepen als arts, docent en advocaat hebben in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap veel aanzien. Studiekeuzes in deze richting zijn dan ook geaccepteerd. Maar ook het beroep van schoonmaakster is geaccepteerd. De status is misschien laag, toch is het een gangbaar vak omdat veel vrouwen het uitoefenen. Het beroep van verzorgende en verpleegkundige heeft een lage status en negatief imago. Er zijn weinig vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst werkzaam in patiëntgebonden functies. Het beroep is niet op een positieve manier zichtbaar, daarom is een studie in deze richting geen logische keuze voor deze vrouwen.



## Ontwijken van geroddel

Een deel van de families in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap voedt hun dochters beschermd op.

*“Dat is logisch. Als meisje ben je de eer van de familie en een jongen is dat niet. Dat zit in de cultuur en niet in de islam. Als er iets met jou gebeurt dan is de eer van de hele familie verrot.”*

Voorlichter gezondheidszorg van Turkse afkomst

Vrouwen vermijden bepaalde opleidingen en beroepen door de grote sociale controle. Ze willen geen roddels in de hand helpen door te kiezen voor een mannenberoep of voor een beroep waarbij ze veel van huis zijn. Het draaien van nachtdiensten kan problematisch zijn voor de keuze voor een zorgopleiding. In de Turkse en Marokkaanse gemeenschap leeft doorgaans het idee dat vrouwen en jonge vrouwen 's avonds thuis horen te zijn en niet op straat. Door de grote sociale controle en de roddelcultuur zijn bepaalde beroepen of studies niet logisch en sommige beroepen zelfs onhaalbaar.

## Traditioneel ingesteld

Een deel van de Turkse en Marokkaanse gemeenschap heeft traditionele opvatting over de rolverdeling tussen mannen en vrouwen; de man is verantwoordelijk voor het inkomen en de vrouw voor het huishouden en het gezin. Een gevolg van de traditionele rolverdeling is dat vrouwen van Turkse en Marokkaanse komaf op relatief jonge leeftijd trouwen en kinderen krijgen. Hierdoor verdwijnen zij van de arbeidsmarkt en horen ze niet meer tot de actieve beroepsbevolking.

*“Ja trouwen, dat heeft in onze cultuur status. Mensen kijken anders naar je als je getrouwd bent, helemaal als je kinderen hebt. Ik merk het ook aan mijn patiënten. Als ze weten dat ik een kind heb dan merk ik het aan hun gedrag, het is een bepaald respect dat je van ze krijgt.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

Ook al behoort studeren tot de mogelijkheden van de tweede en derde generatie vrouwen, voor een deel van hen is het geen doel in het leven. Het gaat hier om de zogenaamde 'recreatieve moslima's' (zie hoofdstuk 2). Deze groep kiest doorgaans een studie om de tijd te overbruggen tot zij een man vinden en kinderen krijgen.

## Zoeken naar informatie

Doordat de kennis over zorgopleidingen en -beroepen gering is binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap, is de keuze hiervoor niet natuurlijk en logisch. De vrouwen die behoren tot de generatie anderhalf verkrijgen informatie vooral uit hun directe sociale kring. De tweede generatie verzamelt informatie doorgaans via vrienden, decanen, brochures en open dagen. Voor de derde generatie geldt dat zij meer informatie tot hun beschikking hebben, ze maken onder meer volop gebruik van het Internet. Alhoewel zij toegang hebben tot dezelfde informatiekanalen als de autochtone groep missen zij rolmodellen in hun omgeving waardoor zij geïnspireerd kunnen raken.

## Materiële oriëntatie

Jongvolwassenen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap maken andere afwegingen bij de keuze voor hun studie en toekomstige beroep. Ze hebben doorgaans een minder sociale focus in hun oriëntatie en gaan eerder voor de materiële component in hun toekomstige beroep. Bepaalde beroepen hebben meer status en vergroten de kans om te stijgen op de sociale ladder. Ze vermijden graag 'dirty work'. Wanneer betrokkenen wel sociaal georiënteerd zijn dan kiezen ze eerder voor een beroep in de welzijnssector. Volgens een van de vrouwelijke Turkse respondenten heeft een beroep waarin je 'praat' meer status dan wanneer je met je handen werkt.

## 5.2 Stimulansen en belemmeringen vanuit de sociale omgeving

Zoals beschreven in de vorige paragraaf heeft de familie en de directe sociale kring veel invloed op de studie- en beroepskeuze. Daarom hebben wij de respondenten gevraagd welke factoren in de sociale omgeving stimulerend of juist belemmerend werkten om voor een zorgopleiding of -beroep te kiezen.

### Stimulerende factoren

Welke factoren zorgen ervoor dat deze groep vrouwen verleid wordt om in de zorg te werken en geven hen een push in deze richting?

#### 1 Steun en vertrouwen

Een van de succesfactoren in de sociale omgeving van de vrouwen is de stimulerende rol van de ouders of partner. Het is belangrijk voor de vrouwen dat de ouders of partner achter hun keuze staan. Ze hoeven zich dan minder vaak te verdedigen in hun sociale kring voor het wassen van patiënten of het draaien van avonddiensten. Het helpt wanneer de ouders en partner van mening zijn dat bij het wassen van mannen het niet gaat om het verleidingsspel tussen mannen en vrouwen, maar om het bieden van professionele hulp aan een zieke.

#### 2 De moeder

Een andere succesfactor is de rol van de moeder in het gezin. Ook al acteert de vader doorgaans op de voorgrond en neemt hij de beslissingen, achter de coulissen heeft de moeder vaak veel invloed. Volgens een aantal respondenten heeft de moeder een belangrijke functie in de communicatie van het gezin.

*“Spreek vooral moeders aan, dan heb je succes. De moeders zitten achter de vader. In onze cultuur verloopt de communicatie via de moeder. Ook al heb je ruzie met de vader, je spreekt hem niet direct*

*aan. Altijd via de moeder. Zij is de schakel en als zij enthousiast is dan denkt de vader er in ieder geval nog een keer over na en zegt hij niet meteen nee.”*

Leerling-verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

#### 3 Ziek familielid

Een zieke in de directe familiekring is de derde factor die de kans vergroot dat vrouwen voor de zorg kiezen. Hierdoor komen zij eerder in aanraking met de gezondheidszorg en maken ze kennis met het beroep van verzorgende en verpleegkundige.

*“Als jong meisje was het al mijn droom om verpleegster te worden. Mijn zusje heeft astma. We moesten telkens naar het ziekenhuis en ik zag verpleegsters aan het werk. (...) Mijn ouders waren blij en zijn het eens met mijn keuze. Ze vinden het heel belangrijk dat een van hun dochters veel weet over de verpleging. Stel dat mijn zusje weer wordt opgenomen dan kan ik haar later verzorgen.”*

Leerling-verzorgende van Marokkaanse afkomst

#### 4 ‘Credits’ verdienen

Ook religie kan een succesfactor zijn voor meiden en vrouwen van Turkse en Marokkaanse komaf. Het heeft een positief effect als de imam de beroepskeuze steunt. Daarnaast kan een moslim voor goede daden ‘credits’ verdienen. Op de dag des oordeels wordt een balans opgemaakt van de daden van een moslim op aarde. Het verzorgen van een zieke medemens valt hier volgens een aantal respondenten onder.

*“Het staat nergens geschreven dat het niet mag, want overal in de Koran wordt verteld dat je de medemens moet helpen en vooral een ziek persoon. Dat heeft zoveel betekenis in de Koran.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

*“Mijn moeder vindt het geweldig. Onze religie vertelt dat het ons doel is om mensen te helpen. Mijn moeder zegt ook: help zoveel*

*mensen als je kunt en doe er een extra bij. Je wordt er alleen voor beloofd later. Mijn moeder is blij en trots dat wij mensen kunnen helpen.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

### **Belemmerende factoren**

Welke belemmeringen ervaren vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst in hun sociale omgeving? Welke obstakels moeten zij overwinnen om toch in de zorg te werken?

#### **1 Rolmodellen**

Ten eerste zijn er weinig vrouwen met Turkse en Marokkaanse roots die een verzorgend of verpleegkundig beroep hebben. Hierdoor zijn er weinig rolmodellen in de sociale omgeving voor de jonge vrouwen. Zijn ze wel werkzaam in de zorg dan is het doorgaans in laaggeschoolde of agogische functies. Voor de volgende respondent is haar tante heel duidelijk een rolmodel geweest.

*“Mijn tante is zelf verpleegkundige en was de eerste die in de zorg zat. Ze had me een keer meegenomen naar een ziekenhuis en verpleeghuis om me te oriënteren. Je bent nog jong en je weet het nog niet. Ik hielp mensen en dat trok me wel. Toen dacht ik: ik wil verpleegkundige worden.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

#### **2 Imago en status**

Veel mensen weten niet wat een verzorgende of verpleegkundige daadwerkelijk voor takenpakket heeft. Daarnaast zijn bepaalde sectoren in de zorg nog onbekend. In het algemeen denkt men in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap dat het lichamenlijk zwaar en vies werk is en dat het slecht betaald wordt.

#### **3 Verzorgen en wassen**

Het verzorgen en wassen van met name mannen kan een belemmering zijn voor een moslima. Volgens één van de

Turkse respondenten is het verzorgen van anderen dan de directe familie ongewoon binnen de Turkse gemeenschap. Een ander respondent wist al op jonge leeftijd dat ze graag mensen wilde verzorgen. Ze is geen verpleegkundige geworden omdat het lichamenlijke aspect haar belemmerde.

*“Je wilt ook je geloof nakomen en daar moet je een balans in vinden. Daarom kies ik ervoor om niet in de zorg te werken, niet met jonge mensen. De keuze is het werken met kinderen of met ouderen (...).”*

Pedagoog van Turkse afkomst

#### **4 Sociale controle**

Grote sociale controle kan voor vrouwen belemmerend werken in hun studiekeuze. Door de sociale controle binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap is het ongehoord als hun dochter of vrouw 's avonds niet thuis is. Wat zullen de burens wel niet denken?

*“Het is een soort van wantrouwen. Als je anderen vertelt dat je dochter nachtdienst heeft dan lijkt het alsof je zegt: mijn dochter is een nachtje weg. Dochters zijn kwetsbaar. Een meisje moet als maagd het huwelijk in. Daar ben je voorzichtiger mee dan met jongen.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

Een citaat van een respondent hoe zij stapsgewijs samen met haar man de grenzen verkennt.

*“Ik ben begonnen met werken in mijn eigen woonomgeving, een paar straten verderop. Het was eerst wijkgebonden en toen stadsgebonden. Nu werk ik ook in Rotterdam en ben ik met mijn collega's naar Turkije geweest. Hij vond het wel heel moeilijk om mij naar een ander land te laten gaan. Maar hij respecteert mij en ik respecteer hem.”*

Beleidsmedewerker van Turkse afkomst

## 5 'Veilige' opleidingen en beroepen

De bovenstaande aspecten maken dat het niet voor de hand licht om voor een zorgopleiding en –beroep te kiezen. Het beïnvloedt de vrouwen en meiden. Daarom zullen ze eerder kiezen voor opleidingen en beroepen die 'veilig' zijn en waar men goedkeuring van de familie en sociale kring kan verwachten.

*“Ik denk persoonlijk dat het met een volgende generatie misschien anders zal zijn, maar deze generatie lukt het niet. Als ik mij heel erg probeer te houden aan mijn geloof dan weet ik dat ik bepaalde dingen niet mag doen. Ik zal eerder kijken naar een functie waar ik geen moeilijkheden in krijg.”*

Pedagoog van Turkse afkomst

*“Mijn ouders wilden dat ik juf zou worden. Het is gemakkelijk en zij vonden het prettig qua werktijden en inhoudelijk vonden ze het beroep wel leuk. (...) Je kunt beter een beroep kiezen waar dit en dit niet voorkomt. Dat je niet veel moet werken met mannen. Dat hebben ze liever niet. Dat je 's avonds laat wegblijft. Dat is uit den boze, ook al verdien je duizenden euro's.”*

Leerling-verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

In onderstaande tabel worden de stimulerende en belemmerende factoren in de sociale omgeving overzichtelijk weergegeven.

Tabel 5.1 **Stimulerende en belemmerende factoren in de sociale omgeving**

### Stimulerende factoren

- steun en vertrouwen
- de moeder
- aanwezigheid ziek familielid
- 'credits' verdienen

### Belemmerende factoren

- geen rolmodellen
- lage imago en negatieve status
- verzorgen en wassen
- grote sociale controle
- kiezen voor 'veilige' beroepen



# 6

## De onderwijsinstelling

Na eenmaal gekozen te hebben voor een zorgopleiding maken de jonge vrouwen op het mbo of hbo een start met hun carrière in de zorg. Wat voor traject leggen de jonge vrouwen af en hebben de studenten van Turkse en Marokkaanse afkomst specifieke problemen? Om een goed beeld te krijgen van het onderwijsveld geven wij in de eerste paragraaf een uiteenzetting van de opleidingsmogelijkheden. Vervolgens staan de respondenten centraal. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een analyse van het diversiteitsdenken binnen de onderwijsinstellingen.



### 6.1 Opleidingsmogelijkheden in de zorg

Iedereen kan zonder enige startkwalificatie instromen op niveau 1 en 2 van het mbo. Voor de overige niveaus zijn vooropleidingen op het vmbo, havo of vwo nodig. Het onderwijssysteem biedt de mogelijkheid om versneld door te stromen naar hogere niveaus.

Zowel op het mbo als op het hbo kan gekozen worden uit een theoretische en meer praktijkgerichte leervorm. Bij de theoretische variant brengen studenten het merendeel van hun studietijd door op school, praktijkervaring wordt opgedaan tijdens stageperiodes. De studenten die de praktijkgerichte variant volgen werken tijdens hun studie en krijgen daarnaast theorie aangeboden. Op het mbo wordt de theoretische vorm de Beroepsopleidende Leerweg (BOL) genoemd en de praktijkgerichte vorm de Beroepsbegeleidende Leerweg (BBL). Op het hbo zijn dit respectievelijk de voltijdse en duale variant.

De respondenten die tot de tweede generatie behoren hebben in Nederland basis- en middelbaar onderwijs gevolgd. Zij zetten hun reguliere onderwijstraject meestal voort op het mbo of hbo. De respondenten die tot de generatie anderhalf behoren, en vaak geen basis- of middelbare opleiding in Nederland of in het land van herkomst gevolgd hebben, zijn via een praktijkgerichte leervorm in een reguliere baan ingestroomd.

De zorgsector is groot en biedt veel kansen en mogelijkheden voor een loopbaan. Uiteenlopende kansen zijn in het primaire zorgproces te vinden, maar ook in management- of beleidsfuncties zijn doorgroeimogelijkheden. Bovendien zijn er verschillende werkvelden waarin kan worden gewerkt. De bekendste werkvelden zijn het ziekenhuis, de thuiszorg, de

Tabel 6.1 Zorgopleidingen en -functies in het primaire proces; dit zijn de zogeheten patiëntgebonden functies waar 'met de handen aan het bed' gewerkt wordt. Het overzicht laat de verticale carrièremogelijkheden zien.

Bron: [www.youchooz.nl](http://www.youchooz.nl)

Zorgfuncties	Opleidingsniveau en –duur	Takenpakket
Helpende	Mbo niveau 2 2 jaar	De taken bestaan voornamelijk uit het helpen in de huishouding. Het overnemen van een aantal zorgtaken zoals het aan- en uitkleden, verzorging van het haar, het geven van mondverzorging en het helpen bij het eten. Helpen bij het in en uit bed stappen. Het uitgangspunt is om de zorgvrager zoveel mogelijk te stimuleren om de taken zelf uit te voeren.
Verzorgende	Mbo niveau 3 3 jaar	De kerntaken bestaan uit het ondersteunen van de zorgvrager in de dagelijkse verzorging zoals het verlenen van lichamelijke zorg, het toedienen van medicijnen en ondersteunen bij dagelijkse activiteiten. Ook kan een verzorgende de afstudeervariant individuele gezondheidszorg (IG) volgen waardoor men speciale medische handelingen uit mag voeren. Bijvoorbeeld het aanbrengen van een infuus en het geven van een injectie. Ook zijn er mogelijkheden om door te groeien tot eerst verantwoordelijk verzorgende. Deze heeft de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van een aantal zorgvragers.
Mbo-verpleegkundige	Mbo niveau 4 4 jaar	Centraal staat het verlenen van zorg aan mensen vanwege ziekte of een functiebeperking. Het taken pakket bestaat o.a. uit het stellen van een diagnose, het toedienen van medicijnen, geven van injecties, zorgvragers goed in de gaten houden en acties ondernemen als het slecht gaat, verslag uitbrengen aan zorgverleners uit andere disciplines en het opstellen van een ondersteuningsplan.
Hbo-verpleegkundige	Hbo niveau 5 4 jaar	De kerntaken bestaan uit het uitvoeren van medische handelingen. Bijvoorbeeld het aanleggen van een infuus, verzorgen van wonden, voeren van probleemverhelderende gesprekken, begeleiden van mensen met gedragsstoornissen en coördineren van taken. De hbo-verpleegkundige kan zich specialiseren in onder andere diabetesverpleegkundige of intensive care verpleegkundige. Maar men kan ook aan de slag als wijkverpleegkundige, zelfstandige, ergocoach, leraar of leidinggevende.
Nurse practitioner	Hbo master 2 jaar	Deze verpleegkundige is bevoegd om medische handelingen uit te voeren. Er wordt gewerkt op het grensgebied tussen verpleegkunde en geneeskunde. De nurse practitioner is gespecialiseerd in een bepaald gebied van de gezondheidszorg zoals het werken met patiënten die hartproblemen of chronische aandoeningen hebben. Deze zorgverlener stelt diagnoses, behandelt zelfstandig patiënten, heeft een eigen spreekuur, schrijft medicijnen uit, verricht lichamelijk onderzoek en interpreteert de laboratoriumtests. Lesgeven is ook een onderdeel van het takenpakket net zoals voorlichting geven aan patiëntenorganisaties.

verpleeg- en verzorgingsinstellingen, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Maar met een zorgopleiding op zak kan ook voor de GGD gewerkt worden, of in de jeugdzorg en kinderopvang. Daarnaast bestaat voor de ondernemende types ook de mogelijkheid om als ZZP-er (zelfstandige zonder personeel) aan de slag te gaan.

## 6.2 Ervaringen van de respondenten binnen het onderwijs

In deze paragraaf staan wij stil bij de ervaringen van de respondenten op persoonlijk en relationeel vlak binnen het onderwijs.

### Verwachtingen

De vrouwen met Turkse en Marokkaanse roots vonden tijdens de beroepsoriëntatie vooral de medische handelingen interessant; hoe wordt de bloeddruk gemeten en op welke manier wordt het beste een verband aangelegd? Ook het geboden carrièreperspectief was een 'trigger' voor sommigen van hen; zij zagen genoeg uitdagingen en mogelijkheden voor een interessante loopbaan in de zorg. Eenmaal begonnen aan de opleiding werden ze onaangenaam verrast door de confrontatie met de vele verzorgende taken. De verwachtingen van de respondenten, voorafgaand aan de zorgopleiding, komen vaak niet overeen met de werkelijkheid.

### Ervaren barrières

De respondenten vonden de eerste stage vaak zwaar. Het fysiek zware en soms vieze werk is een reden voor studenten om af te haken in het eerste jaar van hun opleiding. Een aantal respondenten vond de confrontatie met collega's erg moeilijk. Zij hadden het gevoel 'gebruikt' te worden als stagiaire en vonden dat ze geen goede begeleiding kregen vanuit de stage-instellingen. Tevens voelden de respondenten zich niet altijd op hun gemak in een overwegend wit,

Surinaams of Antilliaans team. Zij vonden de communicatie binnen deze teams te 'hard' en te 'direct'.

De respondenten op het mbo hoeven in het begin van hun studie nog geen mannen te wassen. Zij hebben op individueel niveau afspraken gemaakt met de stage-instelling omtrent de aanloop hier naar toe. De respondenten vertellen dat er studenten van Turkse en Marokkaanse afkomst zijn die moeite hebben met het wassen van mannen en daardoor besluiten om van de zorgopleiding af te gaan. Veel van deze studenten switchen naar welzijnsopleidingen.

*"Ik hoor vaak dat ze geen mannen mogen wassen of verzorgen. Ze zeggen dat het niet mag van hun cultuur. Het gaat hier om een groep fanatieke jonge Marokkaanse vrouwen. Daarnaast heb je een andere groep die niet begrijpt waarom je geen mannen zou mogen wassen. Deze jonge vrouwen snappen niet waar het vandaan komt. Zij zeggen dat zij het wel mogen doen. (...) Er zijn ook jonge vrouwen die hun geloof gebruiken om onder het wassen van mannen uit te kunnen komen. Het lukt mij soms om deze jonge vrouwen over de drempel te trekken, maar sommigen verlaten de opleiding omdat ze dat echt niet willen doen."*

Stagecoördinator van Surinaamse afkomst

Op de onderwijsinstellingen voelden de respondenten zich nooit gediscrimineerd. Mogelijk komt dit door de samenstelling van de studentenpopulatie; met name op het mbo is een groot deel van de studenten allochtoon. Hierdoor zijn de studenten niet zo zichtbaar als in een 'witte' werkomgeving.

Het dragen van een hoofddoek tijdens stages kan problemen met zich meebrengen. Niet alle zorginstellingen hanteren op dit vlak hetzelfde beleid. De meeste zorginstellingen hebben er geen moeite mee dat deze stagiaires een hoofddoek dragen. Sommige respondenten kregen tijdens hun stage negatieve opmerkingen over en door hun hoofddoek. De respondenten hebben zich hier niet door laten afschrikken.



Ze vinden het heerlijk dat ze geen zittend beroep hebben, contact hebben met patiënten en vinden het fijn daadwerkelijk mensen te kunnen helpen. Velen van hen zien hun huidige opleiding niet als eindstation en hebben de ambitie om door te groeien.

### **Contacten**

Alle respondenten ervaren hun contacten met medestudenten als positief en vaak behoren ze tot een 'groep' waar ze op school veel mee omgaan. Uit de interviews kunnen wij opmaken dat studenten van etnische minderheidsgroepen binnen de onderwijsinstelling elkaar gemakkelijk weten te vinden.

De respondenten vinden de etniciteit van de docent niet belangrijk. Met culturele of religieus getinte vragen raadplegen ze eerder hun ouders of een imam. Ze kijken naar het voorkomen en gedrag. Ze voelen zich meer verbonden met docenten die er vlot uitzien en open overkomen. Het voordeel van een docent met dezelfde etnische afkomst is dat ze bepaalde problemen minder uitgebreid hoeven uit te leggen, omdat een docent de cultuur en religie kent. De gedeelde etnische afkomst vergemakkelijkt de communicatie tussen docent en leerling.

### **Druk vanuit de sociale omgeving**

Uit de gesprekken blijkt dat niet alle studenten van Turkse en Marokkaanse afkomst een balans vinden tussen de wensen en eisen van de opleiding en stage-instellingen enerzijds en hun sociale omgeving anderzijds. Steun van ouders is een belangrijke succesfactor.

*“Ze vertrouwden mij. Ze waren wel bezorgd, want je mag inderdaad alleen maar vrouwen wassen. Maar zij dachten als een arts het mag, waarom jij dan niet. Ze stimuleerden het juist. Ze waren wel trots maar dat zeiden ze nooit. Ik merkte het omdat ze het tegen andere familieleden zeiden. Ik weet niet of ik in de zorg had kunnen werken als mijn ouders er op tegen waren.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

Wij hebben de respondenten gevraagd wat ze zouden doen als de toekomstige partner het beroep afkeurt. Alle studenten zijn van mening dat hun toekomstige man hun werk maar moet accepteren: “Zij kiezen voor mij en dus ook voor mijn beroep” is hun motto. Wanneer ze voor een keuze worden geplaatst zullen ze de meesten toch voor hun man kiezen. Uiteindelijk is de partner belangrijker dan hun carrière.

Docenten zien dat studenten met een Turkse en Marokkaanse achtergrond soms te maken hebben met hoge verwachtingen van huis uit. Een stagecoördinator denkt dat de familie graag willen laten zien dat hun kinderen succesvol zijn. De studentes willen daardoor meer dan ze aankunnen: “ze willen niveau 4 halen, maar kunnen nauwelijks niveau 2 aan”.

## **6.3 Oog voor diversiteit binnen de onderwijsinstellingen**

De studentenpopulatie op het hbo is voornamelijk wit. De deelnemerspopulatie van de zorgopleidingen op het mbo is etnisch diverser van samenstelling, maar vrouwen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap blijven weg. Zorginstellingen vragen steeds meer om studenten met verschillende etnische achtergronden. Hoe zit het met het diversiteitsdenken van onderwijsinstellingen?

### **De docententeams**

De docentenpopulatie op zowel het mbo als hbo zijn overwegend wit. Er zijn een paar multicultureel samengestelde docententeams. Zij hebben diverse culturele en religieuze achtergrondkennis in huis en vinden dat ze hiermee een voorsprong hebben op andere docententeams. Docenten kunnen de kennis met elkaar delen waardoor ze (het gedrag van) de studenten beter begrijpen.



## Het curriculum

Volgens de respondenten wordt op het mbo en hbo niet veel aandacht besteed aan culturele vraagstukken binnen de zorg. Een van de respondenten wordt vaak gevraagd een gastles te geven over interculturalisatie. Alleen als een les uitvalt of een gat in het curriculum dreigt te vallen komt interculturalisatie aan de orde. Zij vertelt:

*“Tijdens de lessen krijg ik veel vragen van de leerling-verpleegkundigen. Leerlingen met hun roots in Turkije en Marokko ervaren dilemma's rond thema's als stervensbegeleiding. Welke houding moet ik aannemen? Wat is de behoefte van de familie? Kennis van verschillende culturele achtergronden is belangrijk om cliënten goed bij te kunnen staan. Eigenlijk zouden deze lessen een vast onderdeel van het curriculum op school moeten vormen.”*

Volgens een hbo-student van Turkse komaf:

*“Ik vraag me af of ik in mijn werk geconfronteerd wil worden met euthanasie. Hoe kan ik hier vanuit mijn religie mee omgaan? Ik vind niet dat er goede begeleiding is op dit terrein. We krijgen wel een vak levensbeschouwing. Maar dit is erg kort en theoretisch. Ik leer niet hoe ik hier in de praktijk mee om moet gaan.”*

Volgens de docenten besteden zij wel aandacht aan dit aspect. Dit gebeurt door bijvoorbeeld themaweken te organiseren. Daarnaast proberen de onderwijsorganisaties diversiteit te integreren in verpleegkundelessen. Een voorbeeld hiervan is een les over hoe een zorgmedewerker zich het beste kan inleven in de zorgvrager. De docenten behandelen dan ook de culturele en religieuze achtergrond van de zorgvrager.

## Doelgroepenbeleid

De onderwijsinstellingen voeren vaak geen specifiek doelgroepenbeleid. Ze willen studenten niet stigmatiseren of in een hokje stoppen. Wel streven ze naar het bieden van maatwerk. In de lesdagen houden ze rekening met feest-

dagen zoals het Suikerfeest of het Offerfeest. Toch kunnen onderwijsinstellingen volgens een respondent van Marokkaanse afkomst meer doen:

*“We moeten investeren in het onderwijs. Breng de leerlingen kennis bij van verschillende doelgroepen. Het is belangrijk om jonge vrouwen met Turkse en Marokkaanse afkomst de tijd te geven om te wennen. Neem bijvoorbeeld het wassen van mannen. Verlang niet van de jonge vrouwen dat ze van de ene op de andere dag mannen wassen. Neem ze aan de hand, laat het een proces zijn en begeleid ze goed.”*

## Wervingsbeleid

Op zowel het mbo als op het hbo is het huidige wervingsbeleid vooral gericht op kwantiteit. Onderwijsinstellingen proberen voldoende eerstejaars binnen te halen, waardoor ze aan de vraag vanuit de markt kunnen voldoen. Vaak voelt men niet de noodzaak om budget vrij te maken om specifieke doelgroepen te werven. Wel worden ouderejaars studenten met een niet-Nederlandse etnische afkomst ingezet tijdens open dagen om bepaalde etnische groepen aan te trekken.

Dit onderzoek en het instroomproject van de SIGRA heeft een impuls gegeven aan wervingsbeleid gericht op meiden en vrouwen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Onderwijsinstellingen en de SIGRA zijn bezig om kleinschalige wervingsactiviteiten te organiseren voor het binnenhalen van deze doelgroep.



# 7

## Het strategisch potentieel: interculturalisatie en integratie in de praktijk

Het wegblijven van zorgmedewerkers van Turkse en Marokkaanse afkomst is in het vorige hoofdstuk belicht vanuit de onderwijsomgeving. De volgende schakel in de keten is de werkomgeving van de Amsterdamse zorginstellingen. Hoe kan een zorginstelling een homogeen medewerkersbestand veranderen in een multi-etnisch samengestelde groep medewerkers? Wij belichten de opvattingen van het management en de ervaringen van vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst.



### 7.1 Impasse

Het lijkt erop dat de zorginstellingen inzien dat diversiteit van het personeelsbestand een specifieke meerwaarde heeft voor de organisatie. Desondanks lukt het zorginstellingen onvoldoende om vrouwen met Turkse en Marokkaanse roots aan te trekken.

Organisaties kunnen op verschillende manieren naar diversiteit kijken. Veel zorginstellingen denken en handelen vanuit het gelijkheidsperspectief. Het gezegde ‘gelijke monniken, gelijke kappen’ is bij veel zorginstellingen het uitgangspunt. Door deze denkwijze lijkt er een impasse te zijn ontstaan. De onderstaande citaten illustreren de impasse.

*“Zorginstellingen willen anderen veranderen en niet zichzelf. Ze denken dat ze iets doen als ze, zogenaamd, open staan om anderen te verwelkomen. Maar wat hebben zij gedaan om hen te verwelkomen. Niets: ‘vierkant blijft vierkant’. Zij moeten niet verwachten dat het rondje een vierkant zal worden. Van twee kanten moeten we samen een andere vorm kiezen en samen werken, anders lukt het niet. Zorginstellingen moeten ook flexibel kunnen zijn. Als iemand met vijf procent van de taken moeite heeft, dan moeten ze daar creatief mee omgaan. Zij moeten er helemaal achter staan en de waarde van de toekomstige medewerker zien.”*

Beleidsmedewerker zorginstelling van Turkse komaf

*“Het kan wel, maar het kost veel tijd. Om deze doelgroep als potentiële arbeidskrachten aan te trekken kiezen wij in eerste instantie voor taakdifferentiatie. Maar dan alleen voor stagiaires*

*vanwege hun bijzondere situatie. Voor medewerkers is dit een brug te ver. Wij gaan niet op cultuur sturen en wij gaan niet verbijzonderen.”*

Directeur Amsterdamse zorginstelling

## 7.2 Oog voor diversiteit bij het management van zorginstellingen

Uit onze gesprekken kunnen we afleiden dat veel zorginstellingen in Amsterdam activiteiten ontplooiën op het gebied van diversiteitsbeleid. Op kleinschalig en op projectniveau vinden veel positieve activiteiten plaats, met name in de *care-sector*. Bij de top van veel instellingen wordt de meerwaarde van diversiteit voor de organisatie nog onvoldoende onderkend.<sup>27)</sup> Voor twee positieve uitzonderingen, wordt verwezen naar de twee casussen die aan het eind van dit rapport worden besproken.

### Activiteiten

Er is met name aandacht voor de etnische diversiteit van de cliëntèle of van de directe omgeving rondom de instelling.

*“Er wordt veel aandacht besteed aan diversiteit. In het restaurant wordt halal voedsel geserveerd en het Suikerfeest is bijvoorbeeld echt een feestje. In de hal wordt dan muntthee met koekjes geserveerd.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

Aandacht voor een etnisch diverse cliëntenpopulatie kan gunstige neveneffecten hebben. Zo heeft een zorginstelling een internationaal eetcafé opgericht. De doelgroep is cliënten, maar ook beleidsmakers en docenten komen regelmatig langs. Hierdoor vervult het café een brugfunctie waar diverse mensen elkaar op een ongedwongen manier ontmoeten. Het organiseren van een zorgarrangement voor een specifieke doelgroep kan er toe leiden dat ook mede-

werkers uit die doelgroep worden aangetrokken. Zo heeft een zorginstelling succesvol dagactiviteiten voor mensen van Turkse komaf opgezet. Het zorgarrangement voldoet aan de eisen en wensen van deze groep. De ouderen krijgen halal eten en een ruimte waar zij kunnen bidden en zichzelf kunnen reinigen. Bij de dagopvang werken veel medewerkers uit dezelfde etnische groep.

Uit de interviews blijkt dat zorginstellingen vaak creatief nadenken hoe zij hun medewerkers tegemoet kunnen komen. Zo beginnen ze veilig door stagiaires voor bepaalde taken vrij te stellen zoals het wassen van de andere sekse.

Veel zorginstellingen missen echter de basisvoorwaarden om diversiteit te laten slagen.<sup>28)</sup> Volgens de literatuur is commitment van de top van de organisatie een noodzakelijke voorwaarde om een divers medewerkersbestand te realiseren. De top van de organisatie moet een heldere visie hebben op het vraagstuk en hier prioriteit aan geven. Een valkuil voor veel organisaties is dat zij diversiteit in de organisatie denken te realiseren door een adviseur of beleidsmedewerker aan te stellen. Om een divers samengestelde organisatie te zijn moet de aandacht voor diversiteit in alle lagen van de organisatie verankerd worden. Hierdoor wordt continuïteit gerealiseerd en gaat het onderwerp leven in de organisatie. Er moet worden gewerkt aan een organisatiecultuur waarbij medewerkers open staan voor andere culturen, opvattingen en gedragingen. Door creatief te denken over de bestaande regels, procedures, richtlijnen, processen en gedragingen kunnen nieuwe wegen bewandeld worden.

Over het algemeen zijn de zorgteams in de Amsterdamse instellingen, en ook landelijk, overwegend ‘wit’ van samenstelling, met hier en daar een paar gekleurde teams. Dit geldt eveneens voor het hoger management. Doordat zorgteams vaak een homogene samenstelling hebben,

wordt er relatief weinig aandacht besteed aan hoe er om moet worden gegaan met culturele diversiteit. Hierdoor beschikken medewerkers over weinig richtlijnen om in een multiculturele omgeving te werken.

### **Ervaren knelpunten**

Aan de managers en directeuren is gevraagd of zij problemen ervaren in het leidinggeven aan medewerkers van Turkse en Marokkaanse afkomst. De managers en directeuren geven aan dat ze over het algemeen geen problemen ervaren. Zijn de problemen er wel dan zijn het voornamelijk culturele en sociale aspecten waar de managers tegen aan lopen.

De vrouwen die werkzaam zijn in de zorginstellingen behoren vaak tot de eerste generatie of generatie anderhalf. Zij werken voornamelijk in facilitaire functies. Vaak is hun niveau te laag om door te stromen naar een functie als verzorgende of verpleegkundige. Ze willen doorstuderen, maar missen de capaciteiten om de studie af te ronden. Niveau 2 is volgens de managers en directeuren gemiddeld genomen het meest haalbare voor deze groep. Een reden hiervoor kan zijn dat zij geen basis- en middelbaar onderwijs gevolgd hebben in Nederland.

De zorginstellingen hebben over het algemeen geen vrouwen in beeld die geen mannen willen wassen. De groep vrouwen die al werkzaam is in een zorgfunctie heeft deze barrière overwonnen. Ze worden wel geconfronteerd met stagiaires die moeite hebben met het wassen van mannen. De stagiaires worden geconfronteerd met enerzijds hun eigen cultuur en religie en anderzijds de cultuur van de zorginstelling. Ze moeten een balans zien te vinden tussen praktiseren als moslim en participeren in de westerse samenleving.

*“Er zijn gewoon een aantal zaken die gedaan moeten worden, want anders haal je je diploma niet. Je moet aan een aantal opleidingseisen voldoen. Wij geven uitleg en stellen geen onmogelijke eisen. Mocht iemand zeggen dat hij of zij iets niet wil, dan kunnen ze niet verder met de opleiding.”*

Manager Amsterdamse zorginstelling

Door de overwegend traditionele opvattingen binnen deze cultuur over de rolverdeling tussen mannen en vrouwen is het vanzelfsprekend dat vrouwen de zorg op zich nemen voor de kinderen en het huishouden. Een manager merkt op dat sommige vrouwen uit deze doelgroep geen balans tussen hun werk en gezinsleven kunnen vinden en hierdoor uiteindelijk stoppen met hun baan.

*“Wij proberen de vrouwen te ontlasten door hun werktijden aan te bieden die beter passen bij de momenten dat zij hun kinderen moeten ophalen. Dit betekent wel dat ze minder uren per keer werken en vaker moeten komen.”*

Ook geeft een manager van een verzorgingshuis aan dat hij vrouwelijke zorgmedewerkers van Turkse en Marokkaanse afkomst ‘kwijt’ raakt, zodra ze gaan trouwen. Het is volgens de respondent moeilijk om een vinger te leggen op de precieze reden van het vertrek: “Het is en blijft een vermoeden dat de partner hierbij een rol speelt.”

Een ander knelpunt zijn de feest- en vakantiedagen. Vooral in de vakantieperiode blijkt het soms lastig de werkroosters rond te krijgen. Zorginstellingen worden geconfronteerd met medewerkers van Turkse en Marokkaanse afkomst, die in de zomer ongeveer twee maanden naar het land van herkomst willen om bij hun familie te zijn. Er zijn vrouwen die hun ontslag hebben ingediend omdat ze niet lang achtereen vrij konden krijgen.

### 7.3 Ervaringen van de respondenten in het werk

Om een baan te vinden hebben sommigen moeten solliciteren, anderen konden na hun stage instromen. Solliciteren op de baan waar de voorkeur naar uitging bleek in de praktijk soms een lastige opgave te zijn voor de respondenten met een hoofddoek. Een respondent die een kruiwagen had om binnen te komen, werd afgewezen omdat ze gebrek aan werkervaring had. Ze had sterk de indruk dat dit niet de echte reden was.

*“Ik denk dat als ik had gesolliciteerd zonder hoofddoek ik meer kans had gemaakt. Het is een keuze die ik heb gemaakt en ik doe hem niet af voor een baan. Ik ken mijn capaciteiten, ik weet wie ik ben en waarvoor ik sta. En dat is met hoofddoek.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

De respondenten die geen hoofddoek dragen hebben, op een enkeling na, geen negatieve ervaringen gehad. Stagiaires en zorgmedewerkers die een hoofddoek dragen hebben te maken met negatieve reacties op de werkplek. Ze ervaren dat ze worden gezien als ongeletterd, dom en volgzzaam. Respondenten worden bijvoorbeeld benaderd als schoonmaker of helpende. Dit gebeurt niet alleen door collega's maar ook door patiënten. Deels gebeurt het onbewust, maar zeker ook bewust.

*“Er liepen genoeg verpleegkundigen rond die voor de grap mijn hoofddoek van mijn hoofd af trokken. Dan denk ik: Dat vind ik niet grappig.”*

Verpleegkundige van Turkse komaf

*“Ik probeer er voor te zorgen dat de aandacht niet te veel uitgaat naar mijn hoofddoek en er voor te zorgen dat mensen meer naar mijn innerlijk kijken. Ik heb een periode mijn hoofddoek afgedaan. Mensen reageren dan heel anders op me.”*

Leerling-verpleegkundige van Marokkaanse komaf

Daarnaast worden de respondenten op het werk geconfronteerd met directe omgangsvormen. Van huis uit zijn zij hier niet aan gewend. Sommigen van hen worden verlegen van directe omgangsvormen, ze worden stil en trekken zich terug.

*“Nederlanders zijn heel erg open en direct, of het goed aankomt of niet. Sommigen zeggen: Hoor je het wel goed met zo'n hoofddoek? en Wat een achterlijk geloof, waarom dragen jullie een hoofddoek? Ook tijdens de ramadan worden vervelende opmerkingen gemaakt. Vaak wordt het grappig verteld, maar zijn de opmerkingen toch serieus bedoeld.”*

Verpleegkundige van Marokkaanse afkomst

*“In de witte omgeving binnen de organisatie heerst het idee dat alles gezegd kan worden, maar in Suriname kennen wij een gezegde: Je kan alles eten, maar je kan niet alles zeggen. Er moet meer respect komen voor elkaar.”*

Programmamanager Interculturalisatie van Surinaamse afkomst

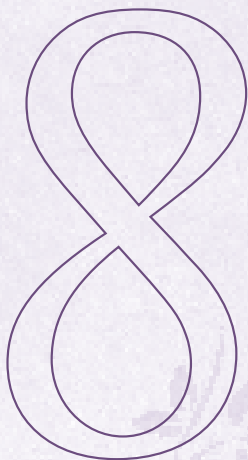
27. Kastel, Y. van, Sordan, R.H., Erselina, K.C. en Abell, J.P. (2008). Culturele diversiteit in ziekenhuizen. Eindrapportage van het onderzoek in opdracht van de StAZ. Abel & Erselina atelier voor corporate diversity
28. Sociaal Economische Raad (2009). Advies diversiteit in het personeelsbestand, ministerversie vooruitlopend op de officiële uitgave











## Who cares? Naar volwaardige participatie in de gezondheidszorg

Vrouwen uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap vormen een potentieel arbeidsaanbod om de personele tekorten in de zorg het hoofd te beiden. Zij zouden opgeleid kunnen worden tot verzorgende of verpleegkundige. De arbeidsparticipatie van deze vrouwen is echter laag, vooral in de leeftijdsgroep van 25-39 jarigen. In dit hoofdstuk zetten wij een aantal aanbevelingen op een rij.



### 8.1 De conclusies van deze studie

Uit onze studie blijkt dat er grote culturele verschillen bestaan in de perceptie van het werken in de gezondheidszorg tussen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap en autochtone groep. Daarbij valt vooral de betekenis en beleving van de islamitische religie op. Het gaat bij zorgfuncties echter niet om religieuze, maar om sociaal-culturele belemmeringen om in de zorg te werken, zo bleek in hoofdstuk 4 en 5. Veel respondenten stellen dat de religie het werken in de zorg niet belet. In tegendeel, beslissend is wel hoe in de sociale controle van de huiselijke kring wordt omgegaan met de geloofsbeleving en levensoriëntatie. Op het fysieke contact met patiënten en direct omgang met collega's op het werk rust bij meer conservatieve groepen een taboe.

Vanuit westers perspectief gezien, is in Turkse en Marokkaanse gezinnen doorgaans sprake van een traditioneel rollenpatroon; van vrouwen wordt verwacht dat zij de huishouding en de zorg van kinderen voor hun rekening nemen. Zelfstandig reizen en werken (en vooral op onregelmatige tijdstippen) staat binnen de eigen gemeenschap ter discussie. Voor de nog jonge derde generatie vrouwen zijn de kansen en mogelijkheden daartoe geleidelijk verruimd. Juist zij hebben echter te maken met andere problemen: er zijn spanningen rond hun culturele en religieuze identiteit. Gebeurtenissen zoals '9-11', de dood van Theo van Gogh en Pim Fortuyn, de huidige diepe recessie en de toenemende werkloosheid hebben de discussie over de islamitische identiteit op scherp gezet.

De vraag is hoe zorginstellingen en etnische doelgroepen elkaar kunnen vinden. In hoofdstuk 2 hebben wij verschillende opleidings- en ontwikkelingsstrategieën aangestipt, die we

hieronder verder zullen uitwerken. Het dubbele karakter van de titel van dit hoofdstuk, *'Who cares?'*, geeft aan dat zorginstellingen in onze ogen zorginstellingen een standpunt in moeten nemen. Een gerichte investering lijkt noodzakelijk om de positie van de in dit rapport besproken vrouwen substantieel te verbeteren. We zien interculturalisatie van opleidings- en personeelsbeleid als een hedendaagse economische noodzaak. De bevolkingssamenstelling verandert en dus ook de zorgbehoefte. Als de zorgaanbieders sensitief zijn voor individuele verschillen, en daarmee voor culturele en religieuze identiteiten, dan kunnen zij daaruit voordeel behalen. Zorginstellingen zouden hun zorgarrangementen meer kunnen aanpassen aan deze nieuwe doelgroepen, uit maatschappelijke en financiële motieven. Nieuwe zorgarrangementen kunnen helpen het zorgaanbod en daardoor het marktaandeel te vergroten. Het eenzijdige aanboddenken uit het verleden, gevormd vanuit louter westerse waarden, volstaat niet meer. Om interculturalisatie te laten slagen is beleid nodig waarin sprake is van een tweerichtingsverkeer tussen instellingen en medewerkers. Daartoe is bewustwording in alle lagen van de organisatie nodig, niet eenmalig en voor de korte termijn, maar structureel.

Om de participatie van vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond te vergroten is een integrale benadering noodzakelijk. Er moet aandacht zijn voor beeldvorming, beroepsoriëntatie, opleiding en het inrichten van werkprocessen. Alleen dan kan de instroom in de zorg vanuit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap op een positieve manier worden beïnvloed.

In de beroepsoriëntatie en studiekeuze speelt de beeldvorming een grote rol. Negatieve vooroordelen en het al of niet vermeende slechte imago van werken in de zorg maakt dat de vrouwen niet snel kiezen voor een opleiding of baan in de zorg. Zowel zorg- als onderwijsinstellingen

zouden campagne moeten voeren om een accurater beeld te geven van werken in de zorg. Daarnaast is empoweren van de vrouwen om voor zichzelf op te komen – ook in de eigen sociale kring - noodzakelijk. De vrouwen maken deel uit van een gemeenschap waarin sprake is van een grote sociale controle. Omdat een baan in de zorg kan leiden tot negatieve opmerkingen uit hun omgeving, moeten zij weerbaar gemaakt worden.

Bovenal moeten de zorg- en onderwijsinstellingen leren om creatief en innovatief om te gaan met bestaande processen en regels: moet het per se gaan zoals het altijd gaat of kan er gekeken worden naar nieuwe werkvormen? Zorginstellingen kunnen bijvoorbeeld denken aan functie-differentiatie, zoals vrijstelling van bepaalde taken, of aan het aanbieden van nieuwe vormen van begeleiding. Zorg die beter aansluit bij de groeiende culturele diversiteit in de samenleving. Het zou instellingen helpen om niet alleen vanuit de overwegend 'westerse cultuurbepaaldheid' naar de zorg te kijken. Nederland kan bijvoorbeeld ook leren hoe de zorg in Turkije en Marokko geregeld wordt. Welke ontwikkelingen zijn daar gaande rond de mantelzorg die voor de verpleging en verzorging in Nederland inspirerend kunnen zijn? Bovendien moet in de zorg- en onderwijsinstellingen de sensitiviteit vergroot worden van alle actoren rond individuele, culturele en religieuze verschillen, zodat leerlingen en medewerkers voldoende bagage meekrijgen om hun weg te vinden in de multiculturele samenleving.

In de volgende drie paragrafen werken we deze mogelijke oplossingsrichtingen in detail uit. Eerst presenteren we enkele suggesties voor de organisatie van het onderwijs. Vervolgens bespreken we de arbeidsorganisatie. Daarna gaan we in op de emancipatie van deze vrouwen in hun sociale omgeving. Tenslotte bezien we nogmaals de impasse van de Amsterdamse zorg op dit gebied.

## 8.2 Mogelijke oplossingsrichtingen voor de organisatie van het onderwijs

In voorgaande hoofdstukken hebben wij aangetoond dat de problematiek rondom de geringe participatie van deze groep vrouwen voornamelijk gelegen is in de culturele context. In hoofdstuk 2 hebben we vier verschillende opleidingsstrategieën besproken. Afhankelijk van het belang dat wordt gehecht aan etnische dan wel politieke gelijkheid, kunnen verschillende doelstellingen worden nagestreefd. Organisaties kunnen streven naar gelijke kansen voor doelgroepen, naar een meritocratisch ideaal, waarin de meest getalenteerde de beste kansen heeft, maar ook kan zij aandacht hebben voor alternatieve waarden en specifieke bijdragen van etnische minderheden aan het zorgproces. Afhankelijk van de vraag waar instellingen de nadruk op leggen kan het opleidingstraject worden verbeterd. Er zijn verschillende mogelijkheden voor onderwijsorganisaties om deze groep aan te trekken en te behouden door rekening te houden met de culturele en religieuze achtergrond.

### Aantrekken:

- Om gelijke kansen te creëren kan een onderwijsinstelling investeren in de voorlichting aan doelgroepen. Laat de specialisatiemogelijkheden zien; er zijn veel kansen en mogelijkheden binnen de zorg waar deze doelgroep mogelijk geen weet van heeft. Laat zien dat men verschillende mogelijkheden heeft; dat zij zowel horizontaal (door te specialiseren) als verticaal (door te promoveren) kunnen groeien. Dat in de zorg voldoende mogelijkheden zijn voor een uitdagende carrière. Dat kan de status van het beroep binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap verhogen.
- Opleidingen kunnen gebruik maken van rolmodellen uit dezelfde etnische groep, zoals ouderejaars, tijdens de voorlichting en open dagen. De specifieke kennis van allochtone studenten kan ingezet worden om in te spelen

op culturele en religieuze vragen met betrekking tot het uniform, nachtdiensten, en het wassen van mannen. De rolmodellen kunnen de dialoog starten met potentiële studenten en hun ouders.

- De volgende oplossing is afhankelijk van de thuissituatie. Het gaat hier om de informatieverstrekking en het benadrukken van waarden richting de ouders. Voor de één is het thuis in algemene termen praten over het werk de oplossing. Op deze manier kunnen bepaalde vragen ontweken worden. Als ouders niet weten dat zij mannen moeten wassen zullen ze daar geen vragen over stellen. Zij kunnen de nadruk voornamelijk op de medische handelingen leggen. Voor een ander is uitgebreid vertellen juist de oplossing. Hoe meer informatie de ouders hebben, hoe meer gerustgesteld zij zijn. Ze zouden hun ouders mee kunnen nemen naar de studie of het werk. Zo kunnen zij met eigen ogen zien dat er geen sprake is van verleiding tussen mannen en vrouwen. De strategie die gekozen wordt hangt sterk af van het vertrouwen van de ouders in het kind. Hebben zij veel vertrouwen in het kind dan kan eerder de laatste strategie gekozen worden. Voor onderwijsinstellingen is het belangrijk om studenten hierin te begeleiden.
- Onderwijsinstellingen kunnen de specifieke kennis en deskundigheid van ouderejaars uit de doelgroep inpassen in de marketing van de onderwijsinstelling. Laat hen in het kader van hun studie, bijvoorbeeld samen met afdeling *public relations*, een communicatieplan opstellen om de jonge doelgroep te bereiken. Hun voordeel is, dat zij de doelgroep kennen en in de communicatie rekening kunnen houden met de 'eigen' taal die de doelgroep spreekt; denk aan de sms-taal van de jonge generatie of de mix van verschillende talen die zij gebruiken op straat. Ook weten zij beter hoe de communicatielijnen verlopen binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap.

- Onderwijsinstellingen kunnen gezamenlijk een promotieteam oprichten bestaande uit betrokken en deskundige leerlingen en beroepskrachten. Laat het promotieteam werken in de zorg onder de aandacht brengen bij verschillende partijen in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Denk daarbij aan ouders, basisscholen, jongerenorganisaties, moskeeën en imams. Het promotieteam laat zowel aan de oudere als aan de jongere generatie zien dat het leuk, leerzaam, nuttig en dankbaar werk is. Het gaat niet alleen om wassen, maar vooral ook om medische handelingen of begeleiding van mensen. Vertel dat hun aanwezigheid in de zorg van grote meerwaarde en nut is, maar ook noodzakelijk om de groter wordende groep zorgvragers goede zorg te verlenen. Het doel is informatieverstrekking en het verhogen van de status van het beroep. Er kunnen open discussies aangegaan worden over de culturele en religieuze belemmeringen, die leven binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap opdat taboes doorbroken worden. Hierdoor kan de drempel verlaagd worden om voor een beroep in de zorg te kiezen. De doelgroep heeft kennis in huis over culturele en religieuze achtergronden en spreekt dezelfde taal en kan tegelijkertijd de huidige zorgverlening versterken door daar op een andere manier naar te kijken.

#### **Behouden:**

- Onderwijsinstellingen zouden multiculturele docententeams kunnen samenstellen. Op de meeste onderwijsinstellingen in Amsterdam wordt lesgegeven door 'witte' docenten. Er is geen goede afspiegeling van de multiculturele Amsterdamse samenleving. Door meer docenten uit andere etnische groepen aan te trekken komt er meer specifieke kennis over de verschillende culturen in de studentenpopulatie.
- Extra begeleiding van leerlingen tijdens de studie, bijvoorbeeld door mentoren, kan een belangrijke bijdrage

zijn. De leerlingen hebben doorgaans te maken met grote sociale druk. Een mentorschap kan bruggen slaan tussen een student en docent, maar ook tussen leerlingen onderling. Studenten staan dan niet alleen, maar krijgen hulp om problemen aan te pakken. Door het wegnemen van sociale en culturele achterstanden ontstaan meer gelijke kansen op studiesucces.

- Onderwijsinstellingen kunnen de studenten extra begeleiden op weg naar de eerste confrontatie met de beroepspraktijk, waaronder het wassen van patiënten. Het taboe op naaktheid kan worden doorbroken door er individueel en in groepen over te praten. Daarnaast moeten de onderwijsinstellingen de studenten beter voorbereiden op de verzorgende taken tijdens de stages. Uit de interviews komt naar voren dat velen de eerste stage-ervaringen zwaar vinden, omdat ze niet hadden verwacht dat de verzorgende taken een groot deel van hun takenpakket zou omvatten.
- Focus in het onderwijs op goed en volwaardig burgerschap in een multiculturele samenleving. Zorg er als onderwijsinstelling voor dat de leerlingen voldoende culturele bagage meekrijgen, waardoor zij sensitief worden voor religieuze en maatschappelijke verschillen. Met het ontwikkelen van respect en begrip kunnen deze studenten een speciale bijdrage leveren aan de gezondheidszorg.
- Onderwijsinstellingen zouden ook de culturele sensitiviteit van docenten moeten vergroten zodat zij de leerlingen adequater kunnen begeleiden. Zorg voor borging van kennis van en over verschillende culturen binnen de docententeams, zowel met betrekking tot de zorgaanbieders als de zorgvragers. Betrek casussen, trainingen en dialoogsessies in het curriculum rond het vraagstuk van interculturalisatie en de ontwikkelingen rond zorgarrangementen.

### 8.3 Mogelijke oplossingsrichtingen voor de organisatie van een zorginstelling

Hoe kan een zorginstelling de doelgroep aantrekken en behouden? Ook voor de werkgevers geldt dat zij aan het imago van de zorg moet werken. Welke activiteiten kunnen zij organiseren om het imago binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap te verbeteren?

#### **Aantrekken:**

- Zoek samenwerking met andere zorginstellingen, onderwijsorganisaties en de politiek om landelijk en regionaal campagne te voeren om het imago van de zorg te verbeteren. Betrek op landelijk en regionaal niveau de media die door de Turkse en Marokkaanse gemeenschap veel bekeken wordt.
- Organiseer gezamenlijke campagnes, voorlichtingsbijeenkomsten en stel een regionaal promotieteam samen bestaande uit leerlingen en professionals uit het werkveld met een Turkse en Marokkaanse achtergrond. Doel is om het beroep te promoten in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap en taboes bespreekbaar te maken zodat ze doorbroken kunnen worden
- Instellingen moeten zorgen voor een cultuurneutraal selectie-instrumentarium. Een aantal respondenten heeft zich tijdens de sollicitatiegesprekken gediscrimineerd gevoeld om het dragen van de hoofddoek.
- Tevens kunnen zorg- en onderwijsinstellingen gezamenlijk een werk- en leerbedrijf oprichten. Op die manier kan de instroom worden verhoogd, de stagebegeleiding worden verbeterd, en kunnen adequate oplossingen worden gevonden om uitval tegen te gaan.

#### **Behouden:**

- Maak het interculturalisatie- en/of diversiteitbeleid tot structureel onderdeel van de strategie van de organisatie. Interculturalisatie en/of diversiteit op tijdelijke basis volstaat niet om successen te boeken. Strategisch beleid moet een structurele plek krijgen in de gehele organisatie. Er moet een heldere visie zijn op diversiteit, opgenomen in het jaarplan, met een bestuurslid en OR -lid als portefeuillehouders. Stel ook een diversiteitmanager met zeggenschap aan en maak budget vrij. Interculturalisatie en/of diversiteit draait om organisatiecultuurverandering.
- Zorginstellingen zouden zowel leidinggevenden als medewerkers cultuursensitief moeten maken door ze trainingen en cursussen te laten volgen. Het is vooral belangrijk dat medewerkers in staat zijn om de dialoog met elkaar aan te gaan op de werkvloer. Om een open dialoog met elkaar te voeren moet er een open en veilig werkklimaat heersen, waardoor medewerkers zich niet geremd voelen en niet bang zijn om aangevallen te worden. De dialoog moet met respect voor elkaars standpunten gevoerd worden en in goede banen geleid worden door de leidinggevende. De focus kan gelegd worden op overeenkomsten en de meerwaarde van de verschillende perspectieven binnen een team.
- Instellingen moeten creatief en innovatief zijn. Nieuwe werkvormen en werkprocessen moeten gecreëerd worden. Durf buiten de bestaande kaders te denken in onder meer de roostering, de functie-uitvoering en zorgverlening. Wat is mogelijk binnen het team en binnen de organisatie? Praat met elkaar om te kijken wat wel mogelijk is in plaats van wat allemaal niet mogelijk is. Een respondent heeft dit heel raak verwoord door te zeggen dat arbeidsorganisaties 'olifanten niet in giraffen' moeten willen veranderen.

- Instellingen zouden afspraken moeten maken over het tegengaan van discriminatie en het bevorderen van respectvolle omgangsvormen. Veel respondenten, met name vrouwen met een hoofddoek, voelen zich in bepaalde situaties gediscrimineerd. Probeer dit te voorkomen door over omgangsvormen in het algemeen te praten. Waarom gedraag jij je zo? En, waar komt dat vandaan? Zowel het management als de medewerkers kunnen hiervoor trainingen of cursussen volgen.
- Zorg voor extra (intensieve) begeleiding van kwetsbare groepen in de organisatie. Geef begeleiding en coaching om deze groep vrouwen in staat te stellen hun positie te versterken in hun sociale kring en ze daarmee te behouden voor de zorg. Zorg voor intervisie- of mentorgesprekken om problemen zichtbaar te maken en om gezamenlijk een oplossing te zoeken. Doe dit bijvoorbeeld met de begeleiders van de onderwijsinstellingen (zie ook paragraaf 8.2).

## 8.4 Mogelijke oplossingsrichtingen voor de verbetering van de beeldvorming voor vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst

Hoe kan de beeldvorming van het werken in de zorg voor vrouwen met Turkse en Marokkaanse roots worden verbeterd? En wat kunnen de vrouwen hier zelf aan bijdragen?

- Ga praten met vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond die in de zorg werken. Hoe hebben zij het aangepakt? Hoe verantwoorden zij hun keuze ten opzichte van hun geloof? En wat hebben zij hun ouders verteld? Zoals hierboven is uiteengezet, kunnen onderwijs- en zorginstellingen deze vrouwen hulp bieden door mentor- en intervisiegesprekken.
- Net zoals geldt voor de onderwijsinstellingen, kunnen de jonge vrouwen hun ouders meer betrekken in het zoekproces. Praten over de uitdagingen van het werk, of gezamenlijk een bezoek brengen aan een school of een instelling kan heel inspirerend zijn. Het idee van dankbaarheid kan meer benadrukt worden. Veel respondenten geven aan dat zij hun werk zeer dankbaar vinden. Het geeft hen een goed gevoel als mens. Daarnaast verrichten zij als moslim ook een goede daad. Het verzorgen en helpen van een hulpbehoefte kan voor 'credits' zorgen op de dag des oordeels; het moment dat de moslim zijn of haar leven verantwoordt ten opzichte van God.
- Imam raadplegen. Wat mag wel volgens de islam en wat mag niet? Veel vrouwen en hun ouders en partners weten zelf vaak niet wat precies in de Koran staat. Voor de eigen gemoedsrust hebben een aantal respondenten een imam geraadpleegd en daarna gekozen voor het beroep van verzorgende of verpleegkundige. Tevens kunnen zij op deze manier het hoofd bieden tegen weerstand uit de directe sociale kring.
- Laat zien dat een verzorgende of verpleegkundige geen slecht betaald beroep is. Laat grafieken met salarisschalen van verschillende sectoren zien, zodat de vrouwen een vergelijking kunnen maken.
- Maak een verbinding naar het land van herkomst. Spring in op het verzorgende karakter van de vrouwen. Als verzorgende en verpleegkundige hebben zij medische kennis waardoor zij later hun ouders beter kunnen verzorgen, hun familie in het land van herkomst hulp kunnen bieden als zij daar op vakantie zijn of in het land van herkomst een bijdrage kunnen leveren aan de gezondheidszorg.

## 8.5 Epiloog

De Nederlandse economie in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder, bevinden zich op dit moment in een bijzonder roerige periode. Marktwerking, schaalvergroting en kostenbeheersing zorgen voor een complexe problematiek. Dit leidt ertoe dat zorginstellingen efficiënter gaan werken en bedrijfsprocessen scherp onder de loep nemen. Investerings in nieuwe medewerkers zijn daarbij al gauw een sluitpost.

De concurrentiestrijd in de Amsterdamse zorg is niet bevorderlijk bij het oplossen van het opleidingsvraagstuk van nieuwe arbeidskrachten. Zorginstellingen vissen allemaal in dezelfde vijver. Ook is de positie van Amsterdam als 'werkgemeente' kwetsbaar: wanneer de vraag naar arbeid in de omringende gemeenten toeneemt, dan zullen de Amsterdamse zorginstellingen minder aantrekkelijk worden voor forensen, waardoor de arbeidsreserve sneller wordt afgeroomd.

In de visie van een directeur van een landelijke zorginstelling ontstaat een nieuwe marktordening in het verlengde van de arbeidsmarktproblematiek: "Ik bekijk de arbeidsmarktproblematiek met de bril van 'marktwerking' op. Door de marktwerking en de veranderende doelgroep -mensen worden ouder en komen vaak met complexere gezondheidsklachten in verzorgingshuizen- gaat het gedachtegoed 'all-inclusive zorg' niet meer op. Men dient in de toekomst een groter beroep te doen op mantelzorg en wie meer zorg wil zal er 'simpelweg' voor moeten betalen."

Een vakbondsbestuurder stelt dat het korte termijn denken van de Amsterdamse zorginstellingen dringend om een strategisch antwoord vraagt: "We moeten gezamenlijk initiatief nemen, anders kunnen wij de tent sluiten (...). Waarom spreken de instellingen niet onderling af hoeveel personen ze gaan scholen en stageplaatsen ze aanbieden?"

Een andere directeur van een Amsterdamse zorginstelling maakt zich in dit verband zorgen over de toegenomen concurrentie in de zorg en vraagt om onderlinge afstemming aan de kant van de instellingen: "Binnen de zorg dienen de instellingen meer met elkaar te concurreren. Op het gebied van arbeidsmarktbeleid op regionaal niveau werkt men niet samen. Men beconcurrert elkaar bij de voor- en achterdeur. Kijk naar een commerciële sector zoals de bouw; daar wordt bij de voordeur samengewerkt om voldoende mensen aan te trekken en bij de achterdeur beconcurrert men elkaar niet. In de zorg is men het niet gewend om te concurreren. Dat is een groot probleem. Initiatieven om gezamenlijk te werven worden toegejuicht, maar op den duur in de kiem gesmoord door de zelfstandige positie die de zorginstellingen willen innemen in het kader van 'concurrentie'. De sector ontwikkelt zich niet gezond in de concurrentiestrijd die gaande is."

De maatschappelijke ontwikkelingen in de zorg vragen met andere woorden letterlijk om maatregelen op zowel macro, meso en microniveau. Het aanboren van nieuwe doelgroepen is vanuit dit licht niet alleen gewenst, maar voor de zorgsector ook noodzakelijk om het arbeidsvolume te vergroten.

Dat is ook in het belang van de individuele instellingen. Naast vergrijzing van het personeel doen de laatste jaren zorgvragers met een andere etnische afkomst een toenemend beroep op de zorg. De zorgverlening verandert daardoor en er zijn voldoende mogelijkheden nieuwe product-markt-combinaties te ontwikkelen. Het is niet allesbehalve ondenkbaar dat in de nabije toekomst ook nieuwe functies worden ontwikkeld voor etnische doelgroepen. Daarbij past een multicultureel personeelsbeleid, met concrete investeringen in opleiding en loopbaankansen voor potentiële intreders.



# Diversiteit in de praktijk



Zorginstellingen kunnen de participatie van vrouwen met Turkse en Marokkaanse afkomst bevorderen door diversiteitsbeleid te voeren. Niet alleen het binnenhalen van deze groep is essentieel, maar beleid dat gericht is op het behouden van deze groep is ook van belang. Twee zorginstellingen met een goede reputatie op dit gebied worden uitgelicht. Zij voldaan aan de eerste twee essentiële voorwaarden om diversiteitsbeleid te kunnen laten slagen. Naast commitment van de top hebben de organisaties een heldere visie geformuleerd op diversiteit. Diversiteit betekent in feite een omslag in het denken en handelen van een organisatie. Een organisatie heeft daarom functionarissen nodig die het lef hebben om anders te denken en dit ook durven aan te kaarten en van bestaande procedures, richtlijnen en processen af willen stappen. Binnen de twee organisaties zijn functionarissen actief die tot doel hebben om diversiteit op de agenda te hebben en vooral te houden. Dit doen ze voornamelijk door prikkelend te zijn. Eén van hen noemt dit 'chaos en herrie schoppen in de tent'. Lees hier hun verhaal.

## CASUS I

### Ontmoet en verbind: diversiteit in een landelijke zorginstelling

Deze grote organisatie in Nederland met ongeveer 15.000 medewerkers, levert zorg aan mensen met een verstandelijke of geestelijke beperking. Ongeveer 6 tot 8% van de zorgmedewerkers en cliëntèle heeft een 'meer dan Nederlandse achtergrond'. Pas vanaf 1 januari 2007 is formeel sprake van diversiteitbeleid.

*"De nieuwe aanwinst was een vrouw, antropologe van huis uit met een groot internationaal netwerk op het gebied van diversiteit. Als manager diversiteit val ik rechtstreeks onder haar. Dat is voor mij voordelig. Dat is een strategische keuze, want het is dodelijk als de Raad van Bestuur diversiteit op beleids- en adviesniveau plaats. Je moet resultaat kunnen boeken. Ik heb een globale opdracht gekregen met veel bewegingsruimte. Ik heb veel vertrouwen gekregen en dat is erg belangrijk voor mij."*

De visie van de organisatie op diversiteit wordt gekoppeld aan de visie op zorgverlening, en stelt de mens en haar unieke wezen centraal in de formulering. Dit betekent dat zij niet uitgaan van het gelijkheidsperspectief, maar iedere zorgmedewerker benaderen als een unieke persoon en de toegevoegde waarden erkennen door de etnische verschillen te onderkennen.



*“Onze organisatie levert zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Voor deze groep is uniciteit van de mens nadrukkelijk aanwezig. Het is een groep die wij moeilijk kunnen categoriseren. Het gaat om het individu met zijn kenmerken. Wij zien een meerwaarde van het verschil. Onze visie op diversiteit is exact gelijk aan onze visie op onze cliënt. De cliënt is een uniek wezen en stelt een unieke vraag en krijgt een zo goed en uniek mogelijk antwoord. Wij willen ons onderscheiden op diversiteit. Wij focussen ons nu op multiculturele diversiteit, want wij willen een afspiegeling zijn van onze samenleving en dat zijn wij nu niet.”*

De manager diversiteit heeft in de loop van zijn carrière een eigen visie op het onderwerp ontwikkeld: *“Ik leerde op Urk hoe leuk ik het vond om me te verbinden met een cultuur-specifieke omgeving. Ik koos voor een systeem voor Urkers en door Urkers. Daar begonnen de principes te tellen: ontmoeting, verbinding en leren. De verbinding met de Urkers was noodzakelijk om te komen tot leren. De organisatie heeft veel geleerd door ‘out of the box’ te denken. Urkers hadden vaak geen opleiding, maar wel een goed hart. Hoe kan je hen ondersteunen? Dat werd een succes.”*

Sinds de aanstelling van de manager diversiteit zijn op dit terrein een aantal stappen ondernomen in de organisatie. De eerste stap was verbinding leggen tussen de lopende projecten om overstijgend op organisatieniveau te kunnen werken. Dat wil zeggen dat binnen de nieuwe projecten hetzelfde format aangehouden wordt, zodat dezelfde taal gesproken wordt. Vervolgens is diversiteit zichtbaar gemaakt in de hele organisatie, zodat medewerkers van elkaar weten met welke activiteiten de ander bezig is. Bewustzijn creëren in alle lagen van de organisatie, van het management tot de facilitaire dienst, is een voorwaarde om diversiteit structureel te verankeren. De manager diversiteit heeft het thema diversiteit onder de aandacht gebracht bij beleidsmedewerkers en adviseurs. Wat vinden ze van dit onderwerp? Wat leeft er bij hen? Hoe kan de manager diversiteit hen ondersteunen en faciliteren? Daarnaast is er een groep medewerkers benoemd tot ‘cultuurdragers’. Dat zijn personen die multicultureel denken en sensitief zijn voor verschillende culturen, ze hebben lef om diversiteit op de agenda te zetten en te houden. Ook het aantrekken van nieuwe medewerkers die voldoen aan dezelfde voorwaarden van een cultuurdrager is van belang: *“Ze moeten recalcitrant zijn, out of the box denken, de grenzen van de organisatie op zoeken en daar overheen durven te gaan. Dat is nodig bij diversiteit.”*

Een ander essentiële voorwaarde voor diversiteit is het bouwen van een intern als extern netwerk waar mensen elkaar kunnen vinden. Contact is gezocht met kennisnetwerken, ondersteunende organisaties en andere zorginstellingen: *“Diversiteit kan alleen slagen als je sterk in landelijke netwerken en kennisnetwerken zit”, aldus de manager diversiteit.*

Deze organisatie profileert zich doordat zij nieuwe zorgarrangementen aanbieden die aansluiten bij de wensen van nieuwe doelgroepen die een 'meer dan Nederlandse achtergrond' hebben. Volgens de manager komen dan vanzelf medewerkers met 'meer dan een Nederlandse achtergrond' solliciteren. *"Onze aanpak verschilt met andere zorginstellingen doordat wij veel tijd investeren in de ontmoeting en verbinding met de ander. Zodra beide partijen de taal van de ander verstaan en begrijpen is er sprake van een leerproces dat beide richtingen opgaat. Pas dan kan de volgende stap gezet worden om daadwerkelijk tot een nieuw zorgarrangement te komen."*

## CASUS II

### **De kracht van het verschil: diversiteit in een Amsterdamse zorginstelling**

In deze zorginstelling, waar 10.000 mensen werkzaam zijn, wordt zorg geboden aan ouderen, maar ook aan zieke mensen en mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking. Het is onduidelijk hoeveel medewerkers van allochtone afkomst hier werken. Een stap binnen diversiteitsbeleid is dat er binnenkort weer gestart wordt met de registratie van de etnische afkomst van medewerkers

Diversiteit heeft in het jaar 2006 een plek gekregen in de organisatie door de oprichting van een stuurgroep. Inmiddels is het thema diversiteit onderdeel geworden van de portefeuille van een bestuurslid. De Raad van Bestuur heeft de volgende concrete opdracht geformuleerd:

- streven naar meer cliënten van Turkse en Marokkaanse afkomst
- streven naar meer zorgmedewerkers van Turkse en Marokkaanse afkomst
- meedoen met innovatieve activiteiten; onderzoeken of er andere vormen van zorgarrangementen zijn.

Ook deze organisatie legt de nadruk op de positieve waarden van de culturele verschillen tussen zorgmedewerkers en gaan niet uit van het gelijkheidsdenken.

*"Het maakt niet uit wie je bent, wat je achtergrond is of wat je seksuele voorkeur is. Iedereen is welkom bij ons."*

De persoonlijke visie van de programmamanager interculturalisatie is gebaseerd op haar eigen verhaal:

*"Ik ben een vrouw met een missie. Als je in een ander land bent geboren, dan ben je sowieso verscheurd. Je bent ontworteld. Je wordt geconfronteerd met een maatschappij die*

*denkt: "Alles wat wij doen is goed." Mijn missie is om ervoor te zorgen dat men rekening houdt met elkaar. Dat iedereen in het nieuwe land zich thuis voelt. Dat men voor elkaar zorgt met respect. Ik wil zo'n brugfunctie vervullen. Dit doe ik door de dialoog aan te gaan. Ik merk in de organisatie dat er voorzichtig een kentering te zien is."*

Volgens de programmamanager interculturalisatie is de cultuur van deze organisatie overwegend gebaseerd op het willen vasthouden aan wat bekend is:

*"Ik heb moeten vechten in een door de 'witte' norm overheerste omgeving. Soms voel ik me leeggezogen. Ik boks nog op tegen het ouderwetse witte denkmodel dat niet meer past in de tijdsgeest van nu. Soms heb je gewoon te maken met diep gewortelde vooroordelen. Dat is op zich niet erg, maar je moet je er wel van bewust zijn. Niet alle collega's zien het verschil als een kans. In de praktijk wordt het eigenlijk eerder gezien als apart en niet als bijzonder. Diversiteit is ook bij beleidsmensen en managers niet altijd doorgedrongen. Er zijn wel meer vrouwen. Dat is gunstig voor diversiteit. Vrouwen denken creatiever, omdat ze dat thuis ook moeten."*

Bij de aanstelling van de programmamanager interculturalisatie gebeurde op projectniveau veel, maar hingen de afzonderlijke activiteiten als los zand aan elkaar. Er was geen overzicht binnen de organisatie, waardoor medewerkers niet van elkaar wisten wat zij op het terrein van diversiteit voor activiteiten ondernamen. De eerste stap van de programmamanager was een rondreis langs het management:

*"Ik zag dat er draagvlak was. Er waren medewerkers die er mee bezig waren, maar ze waren niet in beeld. Ik heb in 2008 een eerste expertmeeting georganiseerd waarin alle initiatieven samengebracht werden. Iedereen kreeg 2 tot 3 minuten spreektijd om zich te presenteren. De deelnemers van de expertmeeting waren managers die kennis op konden doen door te luisteren naar de succesverhalen."*

Bewustzijn binnen de organisatie creëren wordt gerealiseerd door dialoog- en waarderingssessies te organiseren. Door de dialoogsessies leert men de gulden middenweg te zoeken en toch zichzelf te blijven. Een thema is bijvoorbeeld 'De islam in zorg en welzijn.' Ook de Raad van Bestuur neemt deel aan een dialoogsessie:

*"Wij willen ze een besef van urgentie meegeven. Als men niet verandert dan hebben wij geen bestaansrecht meer over vijf jaar."*

Door de waarderingssessies wil de organisatie haar medewerkers die al wat doen op dit gebied blijven stimuleren en inspireren. Het onderwerp moet levendig gehouden worden. Er zijn ambassadeurs benoemd die de taak hebben om nieuwe cliënten en zorgmedewerkers van Turkse en Marokkaanse afkomst aan te trekken. Een andere stap binnen het diversiteitsbeleid is dat HRM de etnische afkomst van medewerkers wederom gaat registreren. Tevens worden de HRM-instrumenten onder de loep genomen zodat deze in overeenstemming zijn met de visie op interculturalisatie. In diezelfde lijn wordt met het aantrekken van nieuwe managers, rekening gehouden met interculturalisatie:

“Een manager moet oog hebben voor de meerwaarde van verschil en moet deze ook kunnen benutten. Ook moet een manager marktgericht en ondernemend kunnen denken. Kijk naar de markt, kijk naar je team. Wat heb je? En wat moet je nog meer aantrekken? Ze moeten cultuursensitief zijn, kleurrijk leiding kunnen geven. Ze moeten op een andere manier kunnen en willen werken en vooral creatief kunnen denken.”

## Colofon

- Titel:** Een tijpje van de sluier – Een studie naar de participatie van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in de Amsterdamse gezondheidszorg
- Auteurs:** Melissa Imansoeradi en Marc van der Meer (AIAS / ecbo)
- Eindredactie:** Linda van de Poll en Joop Looijenga (bureau SIGRA Dienstverlening)
- Fotografie:** Nienke Veerbeek en Melissa Imansoeradi
- Vormgeving:** BAS! Grafische Vormgeving
- Drukwerk:** Printart
- Datum:** november 2009
- Project:** 30071.01 / D8-5.08
- Oplage:** 1300 exemplaren
- Redactieadres:** Maassluisstraat, 574a, 1062 GZ Amsterdam

Deze studie is uitgevoerd door het Amsterdamse Instituut voor Arbeidsmarktstudies (AIAS) van de Universiteit van Amsterdam en het Expertisecentrum Beroeps onderwijs (ecbo), in opdracht van SIGRA Werk in de Zorg.

Het onderzoek is mede mogelijk gemaakt door bijdragen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Platform Arbeidsmarkt en Onderwijs van de gemeente Amsterdam en de vereniging SIGRA.

Dit rapport is afgeleid van het volledige wetenschappelijke rapport met alle referenties en uitvoerigere interviewcitaten. Dit rapport is te vinden op de website van ecbo: [www.ecbo.nl](http://www.ecbo.nl).

Zolang de voorraad strekt kunnen exemplaren worden bijbesteld. Stuur hiervoor een e-mail naar: [info@werkindezorg.nl](mailto:info@werkindezorg.nl).



ecbo

expertisecentrum  
beroepsonderwijs



AMSTERDAMS INSTITUUT  
VOOR ARBEIDSTUDIES  
UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM



**SIGRA** Werk in de Zorg