



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterthesis

Diverse verplegers voor diverse patiënten, hoe gaat een ziekenhuis om met diversiteit?

Jan Roets

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Koen VAN LAER

BEGELEIDER :

Mevrouw Anne THEUNISSEN



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be
Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2018
2019



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

Diverse verplegers voor diverse patiënten, hoe gaat een ziekenhuis om met diversiteit?

Jan Roets

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen,
afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Koen VAN LAER

BEGELEIDER :

Mevrouw Anne THEUNISSEN

Woord vooraf

In het kader van het behalen van mijn masterdiploma Toegepaste Economische Wetenschappen met de afstudeerrichting Beleidsmanagement aan de Universiteit Hasselt heb ik deze masterproef geschreven. Tijdens de realisatie van deze masterproef heb ik steeds beroep kunnen doen op een aantal personen die mij, elk op hun vertrouwde manier, hebben bijgestaan. Daarom zou ik hen graag via deze weg willen bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor Prof. dr. Koen Van Laer en begeleider mevrouw Anne Theunissen bedanken voor hun ondersteuning. Zij hebben tijd noch moeite gespaard om mij te begeleiden en steeds hun deskundig advies te verlenen. Vervolgens zou ik graag het ziekenhuis en al de geïnterviewde personen willen bedanken voor hun bereidwillige samenwerking. Zij hebben een enorme bijdrage geleverd bij de totstandkoming van deze masterproef.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun en raad tijdens het schrijven van mijn masterproef. Zij hebben mij tijdens mijn studies onvoorwaardelijk gesteund waardoor ik mijn opleiding tot een goed einde kon brengen.

Ik wens u veel leesplezier.

Jan Roets

Samenvatting

Volgens het Rijksregister heeft 11,5% van de bevolking die in België verblijft een vreemde nationaliteit. Er kan dus gesteld worden dat we in een multiculturele samenleving leven. Dit vormt een uitdaging voor de arbeidsmarkt, er bieden zich namelijk meer personen met een migratieachtergrond aan.

De literatuur laat zien dat een niet (goed) gemanaged divers samengesteld personeelsbestand ongewenste effecten kan hebben, zoals vooroordelen omtrent personen met een migratieachtergrond. (Kleinpenning & Hagendoorn, 1993; McConahay, 1986; Pettigrew & Meertens, 1995; Zaroni & Janssens, 2004; Brief et al., 2005; Moss & Tilly, 1996). Om deze mogelijke negatieve effecten van een steeds meer divers samengesteld personeelsbestand op te kunnen vangen, ontwikkelen organisaties diversiteitsmanagementpraktijken (Hamde, Janssens, Van Laer, Wählin, and Zaroni, 2011: 3). Wanneer deze praktijken goed geïmplementeerd worden in organisaties, kan het tewerkstellen van deze personen volgens sommige auteurs zelfs voordelen met zich meebrengen (Cox, 1991).

Multiculturaliteit doet zich ook voor in de gezondheidszorg. Niet enkel het personeelsbestand wordt diverser, ook de patiënten worden diverser. De zorgvoorzieningen worden zo op hun manier uitgedaagd om intercultureel te werken. Die uitdagingen zijn veelvuldig en complex. De rode draad doorheen de literatuur van multiculturele hulpverlening is communicatie (Olthuis 2001; Ang 2007). Naast taalkundige eigenschappen beschrijft de literatuur ook enkele culturele eigenschappen die komen kijken in de multiculturele hulpverlening (Vassart 2005; Guillaume 2008). Naast culturele verschillen die met de behandeling te maken hebben, is het in vele culturen en religies zo dat het bezoeken van zieken als een sociale of religieuze verplichting wordt beschouwd. De wijze waarop personen met een migratieachtergrond omgaan met zieke mensen komt niet altijd overeen met de gewoonten en gebruiken in de Belgische ziekenhuizen. Wat ook vaak een struikelblok vormt is de maaltijdzorg (Gastmans & Vanlaere 2005).

Een cultureel diverse patiëntenpopulatie heeft zodoende nieuwe eisen aan verpleegkundigen tot gevolg (Debesay et al., 2014). De literatuur beschrijft dat diverse personeelsleden beter in de noden van diverse klanten kunnen voorzien (Cox, 1991), er kan dus gesteld worden dat divers personeel de uitdagingen die een divers klantenbestand met zich meebrengt (gedeeltelijk) opvangt. Maar kunnen we alle sectoren zomaar tegenover elkaar stellen? In de zorgsector spreken we niet over klanten maar over patiënten.

In deze masterproef wordt gefocust op hoe een ziekenhuis diversiteit managet, zowel in het personeelsbestand als in het patiëntenbestand. In tweede instantie wordt onderzocht in welke mate in de diversiteitsmanagementpraktijken die het ziekenhuis ontwikkelt het inzetten van divers personeel een rol speelt om te voldoen aan de noden van het divers patiëntenbestand.

De onderzoeksvraag die in deze masterproef centraal staat is: "Hoe gaat een ziekenhuis om met etnische diversiteit in het personeelsbestand én patiëntenbestand?". Deze centrale vraag wordt opgesplitst in drie delen. Ten eerste wordt onderzocht hoe een ziekenhuis omgaat met diverse personeelsleden. Dit vormt een antwoord op de deelvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met etnische diversiteit in haar personeelsbestand?". Ten tweede wordt de focus verlegd van de diverse personeelsleden naar de diverse patiënten. Hier wordt een antwoord geformuleerd op de tweede deelvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met de toenemende diversiteit onder de patiënten?". Bij het beantwoorden van deze deelvragen zal er gefocust worden in welke mate het gebruik van divers personeel als 'resource' een rol speelt in de manier waarop diversiteit gemanaged wordt. Die 'resources' komen voort uit de 'resource dependence theory' van Ortlieb en Sieben 2013, eerder geëxpliciteerd door Pfeffer en Salancik (1978), die stelt dat diverse personeelsleden vaardigheden hebben die als kritiek kunnen worden beschouwd in de werking van een organisatie. Deze focus wordt beschouwd al een derde deelvraag. Om een antwoord te bieden op deze vragen werd een literatuurstudie en case study uitgevoerd.

In de literatuurstudie worden twee onderwerpen behandeld. In het eerste deel wordt de bestaande relevante diversiteitsmanagementliteratuur besproken. Kort zal de geschiedenis van diversiteitsmanagement worden toegelicht, alsook de definitie die in deze masterproef wordt aangenomen. Er wordt beschreven waarom diversiteit aandacht verdient, met de nadruk op de 'resource dependence theory' van Ortlieb en Sieben. Tot slot volgen enkele voorbeelden uit de praktijk hoe organisaties omgaan met diversiteit in hun personeelsbestand. In het tweede deel wordt de academische literatuur rondom diversiteit in de zorgsector besproken. Het begrip interculturele

zorgverlening en de nieuwe eisen die diverse patiënten met zich meebrengen worden hier besproken, alsook enkele voorbeelden die zorgorganisaties treffen om aan deze eisen tegemoet te komen.

De casestudie bestaande uit interviews en een documentanalyse werd uitgevoerd in een ziekenhuis gevestigd in een regio welke gekenmerkt is door etnische diversiteit. Om een getrouw beeld te verkrijgen van het diversiteitsbeleid binnen het ziekenhuis is het noodzakelijk om zowel de visie van het management te achterhalen als de visie van het personeel op de werkvloer en dan vooral van de zorgverleners. Er werden zowel Belgische als niet-Belgische personeelsleden geïnterviewd. De visie op het beleid moet immers van beide kanten bekeken worden.

Om op de eerste deelvraag te antwoorden blijkt uit het onderzoek dat het ziekenhuis zich openstelt voor personen met een migratieachtergrond. Echter vraagt het ziekenhuis aan het personeel met een migratieachtergrond op verschillende vlakken om zich aan te passen. De uitingen van diversiteit door het personeel worden tot op bepaalde hoogte gefaciliteerd, maar over het algemeen zijn de diversiteitsmanagementpraktijken naar het personeel toe beperkt. In verband met de deelvraag omtrent de 'resource dependence theory' kunnen we stellen dat het ziekenhuis weliswaar vooral bij de informele praktijken gebruikmaakt van zijn divers personeel (vooral bij de communicatie met anderstalige patiënten), maar het ziekenhuis ervaart dat die 'resource' niet voldoende is om volledig in de noden van de patiënten te voorzien. Ze hebben immers ook formele praktijken, zoals het installeren van een gebedsruimte en de officiële cultuurtolken om aan de eisen te voldoen van diverse patiënten. We kunnen dus vaststellen dat het in de zorgcontext verder gaat dan alleen het voordeel van etnisch divers personeel, er is meer nodig. In verband met het divers patiëntenbestand, doet het ziekenhuis aan de ene kant wel moeite om zich aan te passen en aan de andere kant niet. Op het vlak van voedsel wordt er praktisch niets gedaan, de patiënt moet hierin zelf in zijn noden voorzien. Op vlak van communicatie wordt er wel veel gedaan door het ziekenhuis, er zijn een aantal 'officiële' praktijken voorzien die de taalbarrière moeten overbruggen. Maar aan de andere kant wordt er ook veel door het personeel spontaan gedaan waarbij het eerder van het individu afhankelijk is. Verder wil het ziekenhuis een organisatie zijn waarin er niet wordt gediscrimineerd. Het ongelijk behandelen of achterstellen van een bepaalde groep mensen op welke basis dan ook is verboden in het ziekenhuis en wordt dan ook gesanctioneerd, zowel bij het personeel als de patiënten.

Inhoud

INLEIDING	1
1. Literatuurstudie.....	5
<u>1.1.</u> Geschiedenis van diversiteitsmanagement	5
1.2. Waarom diversiteit aandacht verdient	5
1.3. Diversiteitsmanagementpraktijken	7
1.4. Uitdagingen rondom multiculturele zorgverlening.....	8
1.5. Praktijken in de zorgsector	9
1.6. Hiaat in de literatuur	10
2. Methodologie	13
2.1. Beschrijving en verantwoording case study	13
2.2. Interviewproces.....	14
2.3. Interview-analyse proces	15
2.4. Documentanalyse.....	15
3. Analyse	17
3.1. Diversiteit in het personeelsbestand.....	17
3.2. Diversiteit in het patiëntenbestand	20
4. Discussie	31
4.1. Resource dependence theory	31
4.2. Resource niet voldoende.....	33
4.3. Divers personeelsbestand managen	33
5. Conclusie	37
5.1. Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	38
<u>Bronnenlijst.....</u>	39
Bijlagen	47

INLEIDING

Diversiteit is inmiddels geen keuze meer, maar een gegeven. De arbeidsmarkt en de afzetmarkt worden beide steeds meer divers en organisaties hebben te maken met een grotere variëteit aan talenten, wensen en behoeften van personeel en klanten, nu en in de toekomst. Dit brengt uitdagingen met zich mee voor organisaties. De literatuur laat zien dat een niet (goed) gemanaged divers samengesteld personeelsbestand ongewenste effecten kan hebben. Zo beschrijft de literatuur twee types van vooroordelen ten opzichte van personen met een migratieachtergrond. Vooroordelen op basis van de eigenheid van personen met een migratieachtergrond (Kleinpenning & Hagendoorn, 1993; McConahay, 1986; Pettigrew & Meertens, 1995; Zanoni & Janssens, 2004) en vooroordelen omtrent de productiviteit en de capaciteiten van personen met een migratieachtergrond (Brief et al., 2005; Moss & Tilly, 1996). Deze vooroordelen kunnen voor nadelige effecten zorgen voor personen met een migratieachtergrond op de werkvloer (Heath & Cheung, 2007). Zo kunnen vooroordelen leiden tot discriminatie, racisme of conflicten (Ogbonna & Harris, 2006; Van Laer & Janssens, 2011).

Om deze mogelijke negatieve effecten van een steeds meer divers samengesteld personeelsbestand op te kunnen vangen, ontwikkelen organisaties diversiteitsmanagementpraktijken. In deze masterproef wordt de definitie gehanteerd die gebruikt wordt in het artikel 'Diversity and Diversity Management in Business and Organization Studies'. De auteurs beschrijven het als programma's en acties die organisaties opzetten om personen met een migratieachtergrond aan te werven, te behouden en te managen en om een context te creëren waarin iedereen kan presteren en kan bijdragen aan de organisatie (Hamde, Janssens, Van Laer, Wählin, and Zanoni, 2011: 3).

Als die diversiteitsmanagementpraktijken goed geïmplementeerd worden in organisaties, kunnen die volgens sommige auteurs zelfs voordelen met zich meebrengen. De literatuur beschrijft dat een divers personeelsbestand een bron kan zijn van flexibiliteit, creativiteit en een betere probleemoplossing (Cox, 1991). In deze masterproef wordt gefocust op het voordeel dat door vele auteurs wordt beschreven, namelijk dat personeel met een migratieachtergrond beter kan voldoen aan de noden van diverse klanten. Zo blijkt diversiteit binnen de organisatie (en het succesvol managen ervan) wenselijk te zijn voor de klantenrelaties (Foster, 2005). Hoe heterogener het publiek is, hoe meer belang een organisatie dan ook blijkt te hebben bij een heterogeen personeelsbestand (Bogaerts en Vloeberghs, 2005; Talbot-Allan, 1996). Cox en Blake beargumenteren dat organisaties die bekend staan om hun aandacht voor bepaalde minderheidsgroepen betere publieke relaties onderhouden met die groepen, zodat leden van die groepen er zowel liever zullen werken als kopen (Cox, 1991). Ook andere auteurs halen het belang van diversiteit aan om mogelijkheden te doen ontstaan in etnische markten (Bush & Ingram, 2001; Talbot-Allan, 1996). Ze stellen dat diversiteit binnen de organisatie ervoor zorgt dat verschillen in groepen klanten beter kunnen worden waargenomen (Foster, 2005) of dat organisaties met meer diversiteit klanten beter begrijpen. Begrip van de noden van de klant is dus wel degelijk nodig. Stokols schrijft dat het ontstaan van een etnisch welkome omgeving zou zorgen voor een loyaliteitsverbond, of zelfs emotionele binding, tussen klant en onderneming (Stokols in Rosenbaum & Montoya, 2007).

Er is al onderzoek gedaan naar hoe organisaties die diversiteit dan managen, om daar mogelijk voordeel uit te halen. Zo herdenken en vernieuwen organisaties HR-praktijken en – procedures om zoveel mogelijk discriminatie, stereotypes en bias weg te werken bij het selecteren, aanwerven, evalueren, opleiden en begeleiden van mensen (Vermaut, 2016). Essentieel is ook management en leiderschap en hun houding ten opzichte van etnische diversiteit. Zij moeten de toegang verlenen tot de organisatie aan personen met een migratieachtergrond en hen zoveel mogelijk betrekken. Zo kunnen ze bijvoorbeeld door middel van hun verscheidenheid aan perspectieven effectief een meerwaarde bieden (Vermaut, 2016). Verder kunnen organisaties trainingen en educatie aanbieden om de werknemers in een organisatie bekend te maken met de anti-discriminatie wetgeving en om het culturele bewustzijn te verhogen (Vermaut, 2016; Kalev, Dobbin, & Kelly, 2006). Het heeft als doel om de attitudes en gedragingen van werknemers te veranderen en om vormen van discriminatie en uitsluiting te reduceren. Een organisatie kan er ook voor kiezen om te focussen op het bevorderen van sociale integratie van personen met een migratieachtergrond door middel van mentoring en netwerkprogramma's. (Vermaut, 2016; Kalev, Dobbin, & Kelly, 2006; Kossek, Lobel, & Brown, 2006).

Maar de resultaten van bovengenoemde onderzoeken zijn niet zomaar toepasbaar op iedere context. Zo is de zorgsector heel anders dan andere sectoren. In de zorgcontext spreken we niet over klanten maar over patiënten. Patiënten kunnen niet zomaar over één kam geschoren worden met klanten in

andere sectoren als bijvoorbeeld de retailsector of horecasector. De patiënt kiest doorgaans niet om in contact te komen met een zorgorganisatie, in tegenstelling tot klanten in andere sectoren die goederen of diensten kopen. Verder is de zorgsector extra gevoelig aan etnische diversiteit. Twee belangrijke kenmerken worden onderscheiden van het werk van verpleegkundigen die relevant zijn in het thema van diversiteit. Eerst, medisch en paramedisch ziekenhuiswerk betekent langdurige interactie, communicatie en responsiviteit voor patiënten in situaties van fysieke nabijheid en zelfs intimiteit. Ten tweede, de specifieke culturele betekenis van het lichaam bij geboorte, ziekte en dood (Scheper-Hughes & Locke, 1987). Maar de patiënt waarmee een verpleegkundige vandaag te maken krijgt, is niet meer de Belg van 40 jaar terug. Migratieontwikkelingen vallen samen met ingrijpende demografische veranderingen, resulterend in meer cultureel diverse patiëntenpopulatie (Ingebretsen en Nergård, 2007), met nieuwe eisen aan verpleegkundigen tot gevolg (Debesay et al., 2014).

De literatuur over etnische diversiteit in de zorgsector heeft al inzicht gegeven in de uitdagingen en managementpraktijken die worden gehanteerd in die sector. De rode draad doorheen de literatuur van multiculturele hulpverlening is communicatie (Olthuis 2001; Ang 2007). Door de taalbarrière kan de hulpontvanger er niet zeker van zijn of zijn klachten en bezorgdheden correct worden begrepen. Evenwel kan de hulpverlener eraan twijfelen of afspraken, uitleg of adviezen wel duidelijk worden begrepen en opgevolgd. Naast taalkundige eigenschappen omschrijven Kandola (1998) en Richard (2000) ook enkele culturele eigenschappen die komen kijken in de multiculturele hulpverlening. Naast culturele verschillen die met de behandeling te maken hebben, is het in vele culturen en religies dat het bezoeken van zieken als een sociale of religieuze verplichting wordt beschouwd. De wijze waarop personen met een migratieachtergrond omgaan met zieke mensen komt niet altijd overeen met de gewoonten en gebruiken in de Belgische ziekenhuizen. Ten slotte beschrijft de literatuur ook de zorg omtrent maaltijden en het praktiseren van een religie. Eerder werd aangegeven dat de diversiteitsliteratuur beweert dat het idee van een divers personeelsbestand, indien correct gemanaged, een waardevolle aanwinst voor organisaties kan zijn (Kandola and Fullerton, 1998; Richard, 2000). In de zorgcontext betekent het managen van diversiteit dat de zorgorganisatie de etnisch-culturele verschillen van het personeelsbestand bewust inzet ten voordele van de zorgontvangers en de zorgvoorziening in haar geheel. Vooreerst heeft het invloed op de kwaliteit van zorg. Een divers personeelsbestand biedt niet alleen meer kennis over culturele en individuele verschillen en invalshoeken, maar biedt vooral een waaier aan perspectieven en vaardigheden om met die verschillen om te gaan (Berdai, Häuser & Van Buggenhout, 2009). Naast de uitdagingen omtrent multiculturele hulpverlening, beschrijft de literatuur ook enkele praktijken die worden toegepast in de zorgsector om deze diversiteit te managen. Zo worden in medische omgevingen de negatieve effecten van taalbarrières verzacht door het aanbieden van professionele tolkdiensten (Kluge et al. 2012). Vaak wordt ook gebruik gemaakt van personen met een migratieachtergrond in het personeelsbestand om de taalbarrière te overbruggen (Matthews et al., 2000). Verder blijkt uit de literatuur dat vaak met professionele tussenpersonen wordt gewerkt om culturele verschillen onder patiënten te managen (Devillé et al., 2011). Een intermediair wordt ook wel een intercultureel bemiddelaar genoemd. Naast het overbruggen van de taal- en sociaal-cultuurbarrière is het faciliteren van de therapeutische relatie tussen hulpverlener en patiënt een belangrijke dimensie van interculturele bemiddeling (Pöckhacker, 2008).

Literatuur aangaande diversiteitsmanagement in de zorgsector focust zich enerzijds op hoe etnische diversiteit in het personeelsbestand gemanaged wordt en anderzijds op de noden van de diverse patiënten, er is echter nog maar weinig aandacht besteed aan hoe beiden gemanaged worden binnen één context. Om deze hiaat in de literatuur op te vullen, luidt de centrale onderzoeksvraag in deze masterproef: "Hoe gaat een ziekenhuis om met etnische diversiteit in het personeelsbestand én patiëntenbestand?". Deze centrale vraag wordt opgesplitst in drie delen. Ten eerste wordt onderzocht hoe een ziekenhuis omgaat met diverse personeelsleden. Dit vormt een antwoord op de deelvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met etnische diversiteit in haar personeelsbestand?". Ten tweede wordt de focus verlegd van de diverse personeelsleden naar de diverse patiënten. Hier wordt een antwoord geformuleerd op de tweede deelvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met de toenemende diversiteit onder de patiënten?" In tweede instantie wordt er gefocust op welke rol er in de diversiteitsmanagementpraktijken is weggelegd voor het inzetten van divers personeel om aan de noden van diverse patiënten te voldoen. Deze focus vormt een derde deelvraag. De literatuur heeft het namelijk vaak over dat voordeel dat divers personeel met zich meebrengt, maar wordt daar in de praktijk ook echt gebruik van gemaakt? Hiervoor baseert deze masterproef zich op de 'resource dependence theory' (Ortlieb & Sieben, 2013). Deze theorie beweert dat competenties die gerelateerd zijn aan de etnische achtergrond van personeel zoals hun welbepaalde kennis, vaardigheden en

kunnen de organisatie in staat kunnen stellen om beter grip te hebben op de consumentenmarkt en om de contacten met klanten van gelijkaardige achtergrond beter te laten verlopen (Ortlieb & Sieben, 2013; Robinson & Dechant, 1997).

In deze masterproef wordt in een eerste hoofdstuk een literatuurstudie opgemaakt, waarbij eerst de relevante theoretische bevindingen uit diversiteitsmanagementliteratuur aan bod zullen komen. Hieruit zal blijken dat het managen van divers personeel voordelen kan opbrengen en worden enkele praktijkvoorbeelden beschreven. Vervolgens wordt gefocust op de zorgliteratuur, welke uitdagingen zijn er daar in het kader van diversiteit? Ten slotte worden enkele praktijkvoorbeelden uit die sector beschreven. Aansluitend worden de methodologie en bevindingen van het empirisch onderzoek weergegeven. Concreet is in deze masterproef door middel van interviews en documentanalyse een case study doorgevoerd bij een ziekenhuis. Om een getrouw beeld te verkrijgen van het diversiteitsbeleid binnen het ziekenhuis is gekozen om zowel de visie van het management te achterhalen als de visie van het personeel op de werkvloer en dan vooral van de zorgverleners. Er werden zowel Belgische als niet-Belgische personeelsleden geïnterviewd. In de discussie wordt besproken welke bijdrage deze masterproef levert aan de bestaande academische literatuur. Eindigen doet deze masterproef met een conclusie.

1. Literatuurstudie

1.1. Geschiedenis van diversiteitsmanagement

De publicatie van het rapport Workforce 2000 (Johnston & Packer, 1987) werd aangegrepen om het belang van *diversity management* aan te tonen. Het rapport handelde over de verwachte veranderingen in de 'business' omgeving zoals globalisering van markten en demografische veranderingen. Blanke mannen zouden in de komende decennia in de VS een kleiner aandeel in de beroepsbevolking gaan vormen dan vrouwen en minderheden. Dat gaf de aanleiding voor auteurs om aandacht te besteden aan diversiteitsmanagement. R. Roosevelt Thomas introduceerde het begrip *diversity management*. Roosevelt beschouwt de ambitie van *diversity management* als het volledig benutten van het menselijk potentieel bij elke werknemer (Johnston, 1987). Zanoni (2011) beschrijft diversiteitsmanagement als een aanpak die unieke competenties naar waarde schat, waardoor er binnen een organisatie een samenwerkingsvoordeel ontstaat, waarvan zowel werkgever als werknemer geniet. Ook op Vlaams niveau kunnen we zeggen dat wat vaak gezien wordt als de 'ideale' werknemer (jong, van Belgische origine, geschoold, gezond, flexibel, meertalig, ...), vandaag een minderheid vormt. Een bedrijfsbeleid waarin op een positieve manier omgegaan wordt met de bestaande verschillen op de arbeidsvloer, lijkt meer en meer onvermijdbaar (Gail Robinson and Kathleen Dechant, 1997). In deze masterproef wordt uitsluitend gericht op verscheidenheid naar herkomst. In de wetenschappelijke literatuur wordt daarvoor meestal de term etnische diversiteit gehanteerd. Etniciteit is echter een lastig begrip (Bhopal 2004; Kivisto en Croll 2012). In strikte zin heeft etniciteit betrekking op een sociaal-culturele identiteit van een bepaalde groep, die gebaseerd is op een gezamenlijke taal, religie, cultuur of stamverwantschap.

1.2. Waarom diversiteit aandacht verdient

De literatuur laat zien dat een niet (goed) gemanaged divers samengesteld personeelsbestand ongewenste effecten kan hebben. Zo beschrijft de literatuur twee types van vooroordelen ten opzichte van personen met een migratieachtergrond. Het eerste type van vooroordelen slaat op de eigenheid van personen met een migratieachtergrond. Zij worden beschouwd als personen die lui en minder gemotiveerd zijn (Kleinpenning & Hagendoorn, 1993; McConahay, 1986; Pettigrew & Meertens, 1995; Zanoni & Janssens, 2004). Het tweede type van vooroordelen gaat over de productiviteit en de capaciteiten van personen met een migratieachtergrond, waarbij men ervan uit gaat dat deze personen minder goed presteren op de werkvloer dan etnische meerderheden (Brief et al., 2005; Moss & Tilly, 1996). Deze vooroordelen kunnen voor nadelige effecten zorgen voor personen met een migratieachtergrond op de werkvloer (Heath & Cheung, 2007). Zo kunnen vooroordelen leiden tot interpersoonlijke discriminatie, waardoor personen met een migratieachtergrond moeizamer een band kunnen opbouwen met collega's. Zo worden ze gemeden, krijgen ze af te rekenen met onprettig gedrag of met racistische opmerkingen, of gaat men sneller in conflict met hen gaan (Ogbonna & Harris, 2006; Van Laer & Janssens, 2011). Bovendien kunnen vooroordelen een invloed hebben op hoe personen met een migratieachtergrond zich voelen op de werkvloer. Ze kunnen leiden tot een verlaagd gevoel van betrokkenheid en misnoegen over hun positie op de werkvloer (Heslin et al., 2012; Sanchez & Brock, 1996). Daarnaast creëert dit alles het gevoel dat hun eigenlijke talenten en hun werkelijke persoonlijkheid niet worden herkend. De literatuur beweert zelfs dat dit kan leiden tot een verzwakte mentale gezondheid, met een hogere kans op depressie, psychiatrische symptomen en toenemende stress (Van Laer et al., 2011; Van Laer & Zanoni, 2018; Heslin et al., 2012).

Uit de literatuur blijkt verder dat wanneer organisaties de aanwezige diversiteit goed weten te managen, er zelfs voordelen kunnen ontstaan uit een personeelsbestand die rijk is aan personen met een migratieachtergrond. Managementgeleerden die zich richten op diversiteit op de werkvloer hebben verschillende pogingen gedaan om deze voordelen te beschrijven. De managementliteratuur is rijk aan aanbevelingen dat managers de diversiteit onder de werkkrachten moeten vergroten om zo de effectiviteit van de werkgroep te verbeteren (Ely & Thomas, 2001; Ortlieb & Sieben, 2013). De verschillende auteurs zijn het erover eens dat een organisatie baat kan hebben bij een divers personeelsbestand, bijgevolg kan dit uiteindelijk tot een competitief voordeel leiden. Nochtans bestaan er verschillende visies over etnische diversiteit. Allereerst voorspelde Pelled dat etnische diversiteit leidt tot intergroep bias en negatieve uitkomsten voor de werkgroep (Ely & Thomas, 1996). Bijkomend doen Cox, Lobel en McLeod vermoeden dat etnische diversiteit, op basis van culturele

verschillen, het vermogen tot creatieve probleemoplossing kan verbeteren en kan leiden tot positieve gevolgen in de werkgroep (Ely & Thomas, 2001). Daarnaast suggereerde Maznevski dat etnische diversiteit, op basis van inherente en onveranderlijke afwijkingen, groepen zou kunnen voorzien van een brede waaier aan informatie (Ely & Thomas, 2001).

In deze masterproef wordt er dieper ingegaan op de benadering van Renate Ortlieb en Barbara Sieben (2013) die personen met een migratieachtergrond 'kritieke bronnen' toeschrijft die voor organisaties een voordeel (kunnen) betekenen. Technisch gezien is het raamwerk gebaseerd op de theorie van afhankelijkheid van hulpbronnen, zoals geëxpliciteerd door Pfeffer en Salancik (1978). Deze gerenommeerde organisatie-theorie stelt dat organisaties streven naar het hanteren van kritische middelen om zo te overleven. Om kritieke middelen te verkrijgen hebben organisaties personen met een migratieachtergrond in dienst.

Uit het onderzoek van Ortlieb & Sieben (2013) blijkt het volgende: Organisaties streven naar het hebben van noodzakelijke bronnen om competitief te kunnen zijn. Om noodzakelijke bronnen te verwerven is het essentieel om mensen met een migratieachtergrond in dienst te hebben. De 'resource dependence theory' beweert dat organisaties relaties aangaan met de externe omgeving omdat ze nood hebben aan bronnen zoals kapitaal, kennis of technologieën, met als resultaat dat een organisatie afhankelijk is van de externe omgeving. De sterkte van deze afhankelijkheid is gebaseerd op het belang van bronnen alsook op de mate waarin de externe omgeving controle heeft over de bronnen. De 'resource dependence theory' is uiterst geschikt op vlak van diversiteitsmanagement omdat het de identificatie van de verschillende bronnen, die personen met een migratieachtergrond bezitten en controleren, vereenvoudigt. Deze onderzoekers geven een opsomming van essentiële bronnen, eigen aan personen met een migratieachtergrond. Ze onderscheiden vier categorieën.

De eerste categorie beschrijft de competenties die geen verband houden met een etnische achtergrond. Zo kunnen bedrijven mensen met een migratieachtergrond aanwerven omwille van hun professionele vaardigheden en werkervaring. Indien een organisatie geconfronteerd wordt met een arbeidstekort, kunnen deze vaardigheden essentiële bronnen vormen. Dit komt geregeld in de bouw-, financiën- en accountancy sector voor. Vaak streven werkgevers naar het aanwerven van de meest gekwalificeerde mensen, ongeacht etniciteit.

Een andere verklaring, en eveneens de tweede en meest voorkomende categorie is 'mere labor', of het louter arbeidsaspect. Personen met een migratieachtergrond worden geassocieerd met een lagere loonkost en een veronderstelde goede attitude tot werken. Ze worden vaak aangenomen onder arbeidsvoorwaarden die niet aantrekkelijk zijn voor anderen door de lage lonen, slechte carrièremogelijkheden en jobs van lage reputatie. Werkgevers kunnen ook profiteren van hun lagere onderhandelingspositie (Ortlieb & Sieben, 2013; MacKenzie & Forde, 2009). In tijden van economische groei zijn werkgevers eerder genooddaakt om laaggeschoolden in dienst te nemen. Dit gaat vaak gepaard met het in dienst nemen van mensen met een migratieachtergrond (Ortlieb & Sieben, 2013).

De derde categorie is de etnische achtergrond zelf. Het aanwerven van personen met een migratieachtergrond kan een symbolisch effect hebben op interne en externe stakeholders en zo een essentiële bron vormen. De visuele aanwezigheid van een divers personeel kan signalen uitstralen wat betreft gelijke opportuniteiten en diversiteitsinitiatieven, wat uiteindelijk kan leiden tot een verbetering van het imago van een organisatie. Het draagt bij aan een positief imago als werkgever die gehoorzaamt aan de wetgeving, namelijk het discriminatieverbod. Dit signaal trekt gekwalificeerd personeel aan. Dit fenomeen kan op zijn beurt de diversiteit in een organisatie weer verhogen, onder meer omdat personen met een migratieachtergrond werkgevers met een diversiteitsbeleid aantrekkelijk vinden. Daarenboven trekken personen met een migratieachtergrond via hun netwerken andere etnische groepen aan. De aanwezigheid van deze personen kan de internationalisering van een organisatie en de authenticiteit van producten en diensten aantonen. Een voorbeeld hiervan is een Aziat die werkt in een Chinees restaurant (Ortlieb & Sieben, 2013).

Deze masterproef focust zich vooral op de laatste categorie, deze omvat de competenties die gerelateerd zijn aan de etnische achtergrond zelf zoals hun welbepaalde kennis, vaardigheden en kunnen. Hieronder vallen bijvoorbeeld taalvaardigheden en culturele kennis, die de organisatie in staat kunnen stellen om beter grip te hebben op de consumentenmarkt en om de contacten met klanten van gelijkaardige achtergrond beter te laten verlopen (Ortlieb & Sieben, 2013; Robinson & Dechant, 1997). Zoals omschreven door Ortlieb en Sieben (2013, p.483) worden mensen met een

migratieachtergrond ook wel eens "boundary spanners" genoemd. Ze verhogen de vaardigheden van probleemoplossend denken, creativiteit en innovatie via een variabiliteit aan perspectieven en handelingswijzen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er verschillende competenties zijn die voortkomen uit verschillende etnische achtergronden, die bestaan uit taalvaardigheden, culturele vaardigheden en kennis, netwerken en contacten en nieuwe benaderingen voor het vervullen van taken (Ortlieb & Sieben, 2013; Robinson & Dechant, 1997).

Het inzetten van divers personeel met als doel om in de noden van klanten te voorzien, kan een invloed hebben op de diversiteitsmanagementpraktijken die een organisatie implementeert.

1.3. Diversiteitsmanagementpraktijken

In de literatuur worden heel wat praktijken beschreven die organisaties ondernemen om diversiteit te managen, diversiteitsmanagementpraktijken. In deze masterproef wordt de definitie gehanteerd die gebruikt wordt in het artikel 'Diversity and Diversity Management in Business and Organization Studies'. De auteurs beschrijven het als programma's en acties die organisaties opzetten om personen met een migratieachtergrond aan te werven, te behouden en te managen en om een context te creëren waarin iedereen kan presteren en kan bijdragen aan de organisatie (Hamde, Janssens, Van Laer, Wåhlin, and Zanoni, 2011: 3). Verschillende auteurs hebben onderzoek gedaan naar het zo effectief en efficiënt mogelijk managen van diversiteit.

Een eerste praktijkvoorbeeld omvat het herdenken en vernieuwen van HR-praktijken en – procedures om zoveel mogelijk discriminatie, stereotypes en bias weg te werken bij het selecteren, aanwerven, evalueren, opleiden en begeleiden van mensen (Vermaut, 2016). Voorbeelden van dergelijke praktijken volgens Cox (1991) zijn onder meer het aanwerven van werknemers die de waarde van diversiteit voor een organisatie weten te appreciëren, het toepassen van positieve actie of het evalueren van managers op basis van hun inspanningen voor diversiteit. Belangrijk is dan ook het management en leiderschap en hun houding ten opzichte van diversiteit. Zij moeten de toegang verlenen tot de organisatie aan personen met een migratieachtergrond en hen zoveel mogelijk betrekken. Roberson (2006) suggereert dat inclusie een "identity-blind benadering van diversiteit" (p.797) representeert. Dit concept is door Konrad en Linnehan (1995) samen met nog een ander concept, genaamd "identity-conscious", uitvoerig besproken. Ellis (1994) haalt twee gelijkaardige benaderingen aan, namelijk "colorblind" en "competitive". Sommige onderzoekers geven de voorkeur aan "colorblind" en "identity-blind" diversiteitsmanagementpraktijken. Bedrijven negeren dan de verschillen die betrekking hebben tot etniciteit, geslacht, leeftijd of levensstijl bij HR-praktijken en zorgen zo voor een HR-besluitvormingsproces gelijk voor ieder individu (Ellis, 1994; Konrad & Linnehan, 1995). Individuen worden beoordeeld op hun individuele verwezenlijkingen waarbij de groep waartoe je als individu behoort, wordt genegeerd. Dit is volgens deze auteurs de manier om discriminatie te elimineren. In tegenstelling tot de "identity-blind" benadering geven andere onderzoekers de voorkeur aan de "competitive" of de "identity-conscious" benadering. Organisaties moeten zich bewust zijn van de verschillen zoals het geslacht, de etniciteit en anderen. Ze moeten deze herkennen bij het maken van HR-gerelateerde beslissingen. Enkel zo kunnen bedrijven hier voordelen uit halen op de werkvloer. De toepassing van "identity-conscious" structuren heeft drie verklaringen. Ten eerste om huidige discriminatie op te lossen, ten tweede om onrechtvaardigheden van het verleden recht te zetten, en als laatste om eerlijke en zichtbare vertegenwoordiging te bereiken in leidinggevende posities. (Ellis, 1994). Onderzoek heeft aangetoond dat leden van zowel de meerderheidsgroepen als van de minderheidsgroepen in de Verenigde Staten "identity-blind" over "identity-conscious" prefereren (Konrad & Linnehan, 1995).

Een tweede voorbeeld zijn trainingen en educatie om de werknemers in een organisatie bekend te maken met de anti-discriminatie wetgeving en om het culturele bewustzijn te verhogen (Vermaut, 2016; Kalev, Dobbin, & Kelly, 2006). Het heeft als doel om de attitudes en gedragingen van werknemers te veranderen en om vormen van discriminatie en uitsluiting te reduceren. Ongelijkheid ontstaat door de bias die verschillende managers creëren door stereotypering. De impliciete associaties die we maken tussen etniciteit, rassen en sociale posities hebben het effect om bestaande patronen van ongelijkheid te reproduceren. Diversiteitstraining is in het leven geroepen om dit tegen te gaan en managers bewust te maken van hoe bias hun acties kan beïnvloeden. Informatie over stereotypering en mensen van een andere sociale groep kan bias reduceren en diversiteitstraining levert deze informatie. Cox (1991) haalt verschillende trainingsprogramma's aan die het bewustzijn moeten vergroten.

Een organisatie kan er ook voor kiezen om te focussen op het bevorderen van sociale integratie van personen met een migratieachtergrond door middel van mentoring en netwerkprogramma's. Netwerkprogramma's kunnen variëren in structuur: sommige nemen de vorm van lunch meetings aan en andere kunnen conferenties zijn. Het zijn momenten waarop mensen elkaar kunnen ontmoeten, informatie kunnen delen en carrière-advies kunnen geven. Mentoring-programma's houden in dat mentors worden gekoppeld aan werknemers met een migratieachtergrond om hen de kans te geven om te ontwikkelen en barrières tegen te gaan. Managers worden geassocieerd met mentors, die informeel advies en carrière begeleiding verlenen (Vermaut, 2016; Kalev, Dobbin, & Kelly, 2006; Kossek, Lobel, & Brown, 2006).

Er is veel literatuur over het feit dat organisaties divers personeel aanwerven om (diverse) klanten beter te kunnen dienen. Maar kunnen we alle sectoren zomaar tegenover elkaar stellen? In de zorgcontext spreken we niet over klanten maar over patiënten. Patiënten kunnen niet zomaar over één kam geschoren worden met klanten in andere sectoren als bijvoorbeeld de retailsector of horecasector. De patiënt kiest doorgaans niet om in contact te komen met een zorgorganisatie, in tegenstelling tot klanten in andere sectoren die goederen of diensten kopen. Verder is de zorgsector extra gevoelig aan etnische diversiteit. Twee belangrijke kenmerken worden onderscheiden van het werk van verpleegkundigen die relevant zijn in het thema van diversiteit. Eerst, medisch en paramedisch ziekenhuiswerk betekent langdurige interactie, communicatie en responsiviteit voor patiënten in situaties van fysieke nabijheid en zelfs intimiteit. Ten tweede, de specifieke culturele betekenis van het lichaam bij geboorte, ziekte en dood (Scheper-Hughes & Locke, 1987). Maar de patiënt waarmee een verpleegkundige vandaag te maken krijgt, is niet meer de Belg van 40 jaar terug. Migratieontwikkelingen vallen samen met ingrijpende demografische veranderingen, resulterend in meer cultureel diverse patiëntenpopulatie (Ingebretsen en Nergård, 2007), met nieuwe eisen aan verpleegkundigen tot gevolg (Debesay et al., 2014). In deze sector dienen zowel diversiteitsmanagementpraktijken voor personeelsleden als voor patiënten ontwikkeld te worden.

1.4. Uitdagingen rondom multiculturele zorgverlening

Onze samenleving, en dus ook de zorgsector, wordt aldoor diverser. Deze sociale tendens weerspiegelt zich op dezelfde wijze binnen de zorgvoorzieningen. De zorgvoorzieningen worden zo op hun manier uitgedaagd om intercultureel te werken. Die uitdagingen zijn veelvuldig en complex.

De rode draad doorheen de literatuur van multiculturele hulpverlening is communicatie (Olthuis 2001; Ang 2007). Dat geldt vanzelfsprekend voor elke vorm van hulpverlening (dus ook binnen een autochtone setting), maar verloopt veel lastiger wanneer het een zorgontvanger betreft die het Nederlands niet of onvoldoende beheerst (Ferrant 2007). Vaak gaat het bij problemen in de communicatie om meer dan onbegrip door taalverschillen. Communicatie tussen mensen speelt zich immers af op twee niveaus: het inhoudsniveau en het betrekkingniveau (Olthuis 2001; Hoffman 1996). Op het eerste niveau ligt het zwaartepunt op de inhoud van de boodschap. Een boodschap wordt dan overgebracht door middel van de min of meer afgesproken betekenissen, binnen een sociaal verband van woorden, gebaren, leertekens, pictogrammen (Hoffman 1996). Op dit niveau speelt het gebrek aan beheersing van de taal een belangrijke rol. Vooral personen met een migratieachtergrond van de eerste generatie zijn vaak de Nederlandse taal niet machtig of kennen enkel de noodzakelijkheden die aan hun werk gerelateerd zijn (Talloen 2007). Door de taalbarrière kan de hulpontvanger er niet zeker van zijn of zijn klachten en bezorgdheden correct worden begrepen. Evenwel kan de hulpverlener eraan twijfelen of afspraken, uitleg of adviezen wel duidelijk worden begrepen en opgevolgd. Het tweede niveau beklemtoont dat er bij het communiceren van de boodschap vele impliciete, non-verbale en meerduidige zaken een rol spelen. Dit betrekkingniveau van communicatie speelt een fundamentele rol bij het creëren van een cultuurgevoelige gezondheidszorg. Het gaat dan niet zodanig om de inhoud van de communicatie, maar wel om de manier waarop die plaatsvindt.

Naast taalkundige eigenschappen beschrijft de literatuur ook enkele culturele eigenschappen die komen kijken in de multiculturele hulpverlening. Ten eerste kan de ziektebeleving sterk variëren naargelang de cultuur. Zo is er de mogelijke interpretatie van ziekte en gezondheid als een betekenisvol aspect binnen het leven van personen met een migratieachtergrond, al dan niet direct of indirect, meer of minder verbonden aan de wil van God (Vassart 2005). Ook wordt in andere culturen wel eens het onderscheid gemaakt tussen ziekten met natuurlijke en met bovennatuurlijke oorzaak. Wanneer hulpverleners hier geen oog voor hebben, kan dat de oorzaak zijn van misverstanden en conflicten. Ten tweede spelen in enkele culturen de schroom een belangrijke rol

in het sociale gedrag (Guillaume 2008). Wanneer door zorgverleners geen rekening wordt gehouden met dit gevoel, kunnen op diagnostisch en therapeutisch gebied problemen voorkomen. Hierdoor is het voor hulpverleners voornamelijk om voldoende in overleg te treden, heldere informatie te geven, eventueel geleidelijk verloopend onderzoek aan te bieden (Vassart 2005). Om religieuze redenen kan het ook zijn dat de zorgontvanger verzoekt om behandeld te worden door een zorgverlener van hetzelfde geslacht. In bepaalde religies is de leefwereld van mannen en vrouwen sterk gescheiden, zelfs in die mate dat een man en een vrouw die geen familie of goede bekenden zijn, elkaar niet mogen aanraken. Het is dus een mogelijkheid dat ook in de hulpverlening de zorgontvanger kan verzoeken om door iemand van hetzelfde geslacht te worden verzorgd. Guillaume (2008) omschrijft nog een bijkomend gegeven waarmee zorgverleners best rekening houden, de ramadanperiode oftewel de jaarlijkse vastenmaand, een periode van vasten, bezinning en sociale contacten. Gedurende deze periode moeten moslims zich tussen zonsopgang en zonsondergang onthouden van voedsel, drank, tabak en seksuele betrekkingen. Na zonsondergang mag er wel worden gegeten, meestal in familieverband of onder vrienden. Moslimpatiënten kunnen worden ontslagen van de ramadan om gezondheidsredenen.

Naast culturele verschillen die met de behandeling te maken hebben, is het in vele culturen en religies dat het bezoeken van zieken als een sociale of religieuze verplichting wordt beschouwd. De wijze waarop personen met een migratieachtergrond omgaan met zieke mensen komt niet altijd overeen met de gewoonten en gebruiken in de Belgische ziekenhuizen. Wat ook vaak een struikelblok vormt is de maaltijdzorg. Het maaltijdgebeuren heeft een belangrijke sociale, psychologische en religieuze betekenis (Gastmans & Vanlaere 2005). In het geval van zorgverlening komt het voor dat artsen een dieet voorschrijven dat moeilijk te vertalen is naar de eigen eetgewoonten van personen met een migratieachtergrond. Wanneer de patiënt de voedingsadviezen afwijst, kunnen twee problemen voorkomen (Vlaamse Liga tegen Kanker 2007). Ten eerste kan dit de oorzaak zijn van discussies tussen zorgverlener en patiënt, die de noodzakelijke vertrouwensrelatie aantasten. Ten tweede kunnen bepaalde voedingsmiddelen de effectiviteit van de medische behandeling in gevaar brengen. Ten slotte is er bij iedere religie grote verscheidenheid in de manier waarop die wordt beleefd en gepraktiseerd. Voor hulpverleners is het belangrijk te weten in welke mate religie belangrijk is voor de zorgontvanger en na te gaan hoe hiermee rekening kan worden gehouden (Foblets & Martiniello 2005).

Zorgorganisaties kunnen deze bovengenoemde problemen managen door het implementeren van diversiteitsmanagementpraktijken.

1.5. Praktijken in de zorgsector

De literatuur biedt inzicht in de manieren waarop zorgorganisaties omgaan met divers personeel en diverse patiënten. Eén van de aspecten waar auteurs aandacht aan besteden, is de praktijken op het gebied van communicatie. Uit de literatuur blijkt dat communicatie het grootste struikelblok is inzake multiculturele zorgverlening (Olthuis 2001; Ang 2007). In medische omgevingen worden de negatieve effecten van taalbarrières verzacht door het aanbieden van professionele tolkdiensten. Zowel de patiënt als de arts kunnen in hun moedertaal spreken en een professionele medische tolk kan in realtime vertalen. In Europese landen is de toegang tot dergelijke tolkdiensten niet consistent (Kluge et al. 2012), dit is afhankelijk van nationaal beleid in plaats van internationaal of Europees recht (Phelan, 2012). Helaas is toegang tot professionele tolkdiensten niet voldoende voor regelmatig gebruik: uit onderzoek blijkt dat gezondheidsmedewerkers een voorkeur geven aan ad hoc (niet-professionele, ongetrainde) tolken, zelfs als er brede tolkdiensten beschikbaar zijn (Gerrish et al. 2004) en zelfs wanneer medisch personeel weet dat ad hoc-tolken de kwaliteit van de zorg in gevaar brengen en de veiligheid van de patiënt in gevaar kunnen brengen (Gray et al., 2011). Uit een Noorse studie blijkt (Kale & Syed, 2010) dat meer dan de helft van de ondervraagde artsen en verpleegkundigen ad-hoc tolken vaak gebruikten om de communicatie te vergemakkelijken (Kale & Syed, 2010). De gebruikelijke praktijk om tweetalig gezondheidspersoneel te gebruiken wordt ook niet aanbevolen, omdat de werknemers geen getrainde tolken zijn (Matthews et al., 2000). In Zweden geven patiënten met een migratieachtergrond doorgaans de voorkeur aan een professionele tolk (Hadziabdic et al., 2009; Akhavan et al., 2015), maar zij zijn geneigd om familieleden te accepteren die voor hen tolken, vooral in noodsituaties wanneer een professionele tolk niet beschikbaar is (Hadziabdic et al., 2009). Uit onderzoek in Noorwegen bleek dat 33% van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg meldden dat ze zonder tolk met de patiënt probeerden te communiceren, dat 38% familieleden of kennissen gebruikte en 12% een werknemer probeerde te vinden die de taal van de patiënt sprak (Kale & Syed, 2010). Waarom er niet altijd geopteerd

wordt voor een professionele tolk blijkt uit interviews met Noorse beroepsbeoefenaren: in de gezondheidszorg gaf slechts 4% aan financiële redenen te geven voor het niet bestellen van een tolk; vaker bestelden ze er geen, omdat ze vonden dat het tijdrovend en onpraktisch was (26%) of ze hadden zelf slechte toegang tot de diensten (21%)(Kale & Syed, 2010).

Naast taalkundige praktijken beschrijft de literatuur ook enkele culturele praktijken die komen kijken in de multiculturele hulpverlening. Er is heel wat minder literatuur beschikbaar over hoe zorginstellingen hiermee omgaan. De literatuur onthult wel verschillende culturele modellen, beoordelingsinstrumenten, kaders en initiatieven die gezondheidswerkers cultureel competent kunnen maken. Het oudste model werd in 1955 ontwikkeld door Dr. Leininger. Dr. Leininger's model van transculturele zorgdiversiteit en universaliteit probeert een theorie van zorg te vestigen zoals die wordt waargenomen door individuen, culturen en verpleegkundigen om mensen te kunnen verzorgen van verschillende culturele groepen (Leininger & McFarland, 2006). Papadopoulos (2004-2011) ontwikkelde een model voor het onderwijzen en opleiden van professionals in de gezondheidszorg. Cultureel competente zorgverlening is volgens Papadopoulos (2006, p.14) dan ook: "Het bezitten van de kwaliteit om effectieve en compassievolle zorg te verlenen, met inachtneming van de culturele gewoontes, gedragingen en behoeftes van mensen.". Moed, ethisch bewustzijn en reflectie op het eigen handelen zijn voorwaarden voor cultureel competente zorgverlening (Papadopoulos, 2004-2011). Verder blijkt uit de literatuur dat vaak met professionele tussenpersonen wordt gewerkt om culturele verschillen onder patiënten te managen. Experts blijken het er overigens over eens te zijn dat het inzetten van intermediairs één van de belangrijkste strategieën is om de zorgverlening aan patiënten met een migratieachtergrond te verbeteren (Devillé et al., 2011). Een intermediair wordt ook wel een intercultureel bemiddelaar genoemd. Naast het overbruggen van de taal- en sociaal-cultuurbarrière is het faciliteren van de therapeutische relatie tussen hulpverlener en patiënt een belangrijke dimensie van interculturele bemiddeling. Interculturele bemiddeling zal er, aldus Chiarenza (geciteerd in Pöckhacker, 2008), ook toe bijdragen dat organisaties in hun geheel de dienstverlening voor patiënten met een migratieachtergrond beter toesnijden op hun behoeften. Ondanks deze literatuur, tonen verschillende Deense onderzoeken aan dat zorgprofessionals onvoldoende middelen, onderwijs en culturele competenties hebben bij de zorg voor patiënten met een migratieachtergrond. (Michaelis, Kristiansen, & Norredam, 2015; A. S. Nielsen, Krasnik, Michaelsen, Norredam, & Torres, 2008; B. Nielsen & Birkelund, 2009).

1.6. Hiaat in de literatuur

Literatuur aangaande diversiteitsmanagement in de zorgsector focust zich enerzijds op de meer cultureel diverse patiëntenpopulatie (Ingebretsen & Nergård, 2007), met nieuwe eisen aan verpleegkundigen als gevolg (Debesay, Harsløf, Rechel & vike, 2014) en op diversiteitsmanagementpraktijken om aan deze eisen tegemoet te komen (Olthuis 2001; Ang 2007). Anderzijds ligt de focus op hoe etnische diversiteit in het personeelsbestand gemanaged wordt. Er kan gesteld worden dat de zorgliteratuur nog niet voldoende aandacht heeft besteed aan het tegelijk bestuderen van personeels- en patiëntendiversiteitsmanagement. Bijkomend kunnen de bevindingen van de algemene diversiteitsmanagementliteratuur niet zomaar toegepast worden op een zorgcontext.

Om deze hiaat in de literatuur op te vullen, zal deze masterproef gebruik maken van de eerder vernoemde 'resource dependence theory' (Ortlieb & Sieben, 2013). De veronderstelling uit de 'resource dependence theory' is dat werknemers met een bepaald sociaal-demografisch profiel, bijvoorbeeld een bepaalde culturele achtergrond of moedertaal, vaardigheden en inzichten in de organisatie brengen om klanten met soortgelijke culturele en taalkundige kenmerken beter te kunnen bereiken en bedienen. In de zorgcontext betekent het managen van diversiteit dat de zorgorganisatie de etnisch-culturele verschillen bewust inzet ten voordele van de zorgontvangers, de medewerkers en de zorgvoorziening in haar geheel. Vooreerst heeft het invloed op de kwaliteit van zorg. Een divers personeelsbestand biedt niet alleen meer kennis over culturele en individuele verschillen en invalshoeken, maar biedt vooral een waaier aan perspectieven en vaardigheden om met die verschillen om te gaan (Berdai, Haûser & van Buggenhout, 2009). Hierdoor wordt ook de bredere zorgcultuur binnen de organisatie beïnvloed. Het is makkelijker aan te sluiten bij de noden van de zorgontvangers en van de hulpverleners, het is positief voor de arbeidsmotivatie van de hulpverleners en het kan leiden tot betere verhoudingen tussen alle betrokkenen. Tegelijk heeft eerder onderzoek ook aangetoond dat etniciteit, als een van de factoren die mee de persoonlijkheid van de zorgverlener vormen, een begrensde invloed heeft op de zorgrelatie. Het geheel aan ervaringen, de vriendelijkheid van de hulpverleners, de professionaliteit van de zorgverlening en de

mogelijkheid tot communicatie en dialoog zijn veel belangrijker voor de zorgrelatie (Berdai et al. 2009; Wellens & Declercq, 2006). Kortom, het gaat om de complementariteit van diverse fundamentele zorgkwaliteiten.

De onderzoeksvraag die in deze masterproef centraal staat is: "Hoe gaat een ziekenhuis om met diversiteit in het personeelsbestand én patiëntenbestand?". Deze centrale vraag wordt opgesplitst in drie delen. Ten eerste wordt onderzocht hoe een ziekenhuis omgaat met diverse personeelsleden. Dit vormt een antwoord op de deelvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met etnische diversiteit in haar personeelsbestand?". Ten tweede wordt de focus verlegd van de diverse personeelsleden naar de diverse patiënten. Hier wordt een antwoord geformuleerd op de tweede deelvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met de toenemende diversiteit onder de patiënten?". Bij het beantwoorden van deze deelvragen zal er gefocust worden op hoeverre het gebruik van divers personeel als 'resource' een rol speelt in de manier waarop diversiteit binnen het patiëntenbestand gemanaged wordt. Die 'resources' komen voort uit de 'resource dependence theory' van Ortlieb en Sieben (2013) die stelt dat diverse personeelsleden vaardigheden hebben die als kritiek kunnen worden beschouwd in de werking van een organisatie. Deze focus wordt beschouwd al een derde deelvraag.

Concreet zal de masterproef door middel van interviews en documentanalyse een case study doorvoeren in een ziekenhuis. Om een getrouw beeld te verkrijgen van het diversiteitsbeleid binnen het ziekenhuis is het noodzakelijk om zowel de visie van het management te achterhalen als de visie van het personeel op de werkvloer, voornamelijk dan van de zorgverleners. Er werden zowel Belgische als niet-Belgische personen geïnterviewd. De visie op het beleid moet immers van beide kanten bekeken worden.

2. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van het empirisch gedeelte toegelicht. In de eerste plaats wordt de algemene methodologie besproken en worden de redenen gegeven waarom er voor dit type onderzoek is gekozen. Hier wordt ook de organisatie voorgesteld waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, gevolgd door een bespreking van de dienst waarbinnen de interviews werden afgenomen. In de tweede plaats worden het interviewproces en de respondenten besproken. Tot slot wordt het verwerken van de interviews toegelicht in het interview-analyse proces. Ter ondersteuning van de interviews zal er ook een documentanalyse worden uitgevoerd.

2.1. Beschrijving en verantwoording case study

De keuze van de case heeft een belangrijke impact op manier waarop een onderzoeksvraag beantwoord wordt (Yin, 2003). Het is de onderzoeksvraag die mee bepaalt welke methode en welke case geselecteerd worden (Klenke, 2016). Zoals in de literatuur besproken werd, is multiculturele zorg een gevoelig en complex thema (i.e. langdurige interactie, communicatie, responsiviteit patiënten, fysieke nabijheid en intimiteit) (Sekaran & Bougie, 2009). Dat vormt de reden waarom dit onderzoek gebruik maakt van een single case study. In deze masterproef wordt onderzocht hoe het diversiteitsbeleid van een specifiek ziekenhuis uitmond en vooral de manier waarop dat wordt gedaan. Een case study houdt in dat men in de werkelijkheid, het echte leven, gaat onderzoeken hoe een bepaalde problematiek zich voordoet waardoor het mogelijk is om na te gaan wat de werkelijke aspecten zijn (Sekaran & Bougie, 2009). Met een case study zou men dus de complexiteit van het onderwerp moeten kunnen vatten (Stake, 1995; Sekaran & Bougie, 2009). In dit onderzoek zal de case study plaatsvinden binnen één dienst van één ziekenhuis waardoor men spreekt van een single case study. Bij een single case study gaat men naar één bepaald geval kijken met als doel het verschijnsel te bestuderen binnen zijn specifieke omstandigheden (Sekaran & Bougie, 2009). Dit moet dus de mogelijkheid geven om tot de kern van de zaak te kunnen doortrachten en aan alle aspecten voldoende aandacht te schenken. Om trachten een antwoord te vinden op de verschillende deelvragen en de centrale onderzoeksvraag is geopteerd voor de kwalitatieve onderzoeksmethode. Dit type onderzoek is gericht op vraagstellingen waarbij kwantificering ofwel niet zinvol is voor de beantwoording ofwel (voorlopig) onmogelijk is. In tegenstelling tot kwantitatief onderzoek worden bij kwalitatief onderzoek relatief weinig mensen onderzocht, is de informatieverzameling open en flexibel en werkt de analyse met de alledaagse taal waarbij de onderzoeksgegevens niet worden omgezet in een numerieke taal (Maso & Smaling, 1998). Om trachten een antwoord te vinden op de verschillende deelvragen en de centrale onderzoeksvraag is er gekeken in welke verschillende gedaanten diversiteit en diversiteitsmanagementpraktijken kunnen optreden, de verschillende standpunten van waaruit deze feiten worden waargenomen en de context waarin de feiten voorkomen (Philipsen & Vernooij-Dassen, 2007). Mensen worden in een sociale context en gebeurtenissen in een historie geplaatst, en er is oog voor dagelijkse praktijken van de organisatie, wat mogelijk maakt een goed antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen van deze masterproef.

In deze masterproef is er gekozen om bij het empirische gedeelte van het onderzoek de focus te leggen op een ziekenhuis gevestigd in een regio die gekenmerkt is door etnische diversiteit. Het onderzoek is uitgevoerd op één afdeling van het ziekenhuis. Op deze afdeling verblijven de patiënten gemiddeld voor een langere periode waardoor er meer interactie ontstaat tussen verpleegkundigen en patiënten wat voor dit onderzoek een belangrijk criteria is. Deze keuzes worden hieronder nader toegelicht.

2.1.1. Ziekenhuis

Bij de keuze van het ziekenhuis is het van belang dat er etnische diversiteit waarneembaar is. Er moet met andere woorden een voldoende aandeel personen met een migratieachtergrond tewerkgesteld zijn en een groot deel van de patiënten die er behandeld worden horen van andere origine te zijn. Om die reden is er gekozen om de case study uit te voeren in een ziekenhuis gelegen in een regio die bekend staat om zijn etnische diversiteit. Het onderzoek focust op één bepaalde afdeling binnen het ziekenhuis. De patiënten op deze afdeling zijn gemiddeld tachtig jaar en vertonen een meervoudig ziektebeeld. Essentieel is dus een samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, diëtisten en desgewenst logopedisten. Vanzelfsprekend moeten ook de huisarts, de thuisverpleegkundige en zeker ook de familie bij de gestelde problematiek worden betrokken. De gemiddelde opnameduur op de afdeling waar het onderzoek doorging is langer in vergelijking met andere diensten in het ziekenhuis, hierdoor ontstaat er meer interactie tussen

patiënt en verpleegkundige. Deze interactie wordt versterkt doordat de patiënt op deze afdeling vaak totaal afhankelijk is van het verplegend personeel. Deze afdeling wordt ook gekenmerkt door het vele bezoek en het frequent voorkomen van een overlijden. Al deze elementen maken dat deze afdeling interessant is in het kader van mijn onderzoek rond etnische diversiteit in het ziekenhuis en het managen daarvan.

2.1.2. Contactlegging

Via informeel contact met de personeelsdirecteur van het ziekenhuis, ben ik in contact gekomen met de directie-assistent Personeels- en financiële zaken. Het thema 'multiculturele zorgverlening' is niet een onderwerp welke volledig neutraal is. Het onderwerp ligt bij sommige ziekenhuizen zeer gevoelig. Ook het onderzochte ziekenhuis is er bewust mee bezig welke maatregelen en voorzieningen ze nemen en wat dit voor een boodschap naar de samenleving geeft. Om die reden heeft het ethisch comité van het ziekenhuis een goedkeuringsattest moeten geven voor het onderzoek. Via de directie-assistent heb ik de contactgegevens kunnen krijgen van de managers/leidinggevenden die geschikt en bereid waren voor deelname aan mijn onderzoek. Via een hoofdverpleegkundige ben ik in contact gekomen met verpleegkundigen die gepast waren voor deelname aan het onderzoek.

Om een getrouw beeld te geven van het diversiteitsbeleid binnen het ziekenhuis is het noodzakelijk om zowel de visie van het management te achterhalen als de visie van het personeel op de werkvloer en dan vooral van de zorgverleners. Er werden zowel Belgische als niet-Belgische werknemers geïnterviewd. De visie op het beleid moet immers van beide kanten bekeken worden.

2.2. Interviewproces

In deze masterproef werd geopteerd voor individuele interviews, een vorm van kwalitatieve onderzoeksmethodes. Met behulp van deze techniek krijgt men een inzicht in de context van een probleem en de belevings- en ervaringswereld van bepaalde personen. Op deze manier kan men het standpunt van de individu ten opzichte van een bepaald probleem achterhalen. Er bestaan drie vormen van interviews: het ongestructureerde, het semigestructureerde en het gestructureerde interview (Migchelbrink, 2006:205). Voor deze studie werden er 17 semigestructureerde diepte-interviews afgenomen. Volgens Gill, Stewart, Treasure en Chadwick (2008) leveren interviews in vergelijking met kwantitatieve methoden diepere inzichten op in het sociaal fenomeen. De interviews bestonden uit open vragen die de respondenten de kans en ruimte gaven om hun ervaringen en verhalen in eigen woorden te vertellen. Dit zorgde ervoor dat ze niet gedwongen werden om bepaalde ervaringen mee te delen. Er werd getracht om de respondenten zo veel mogelijk op hun gemak te stellen zodat ze zich comfortabel voelden om hun persoonlijke ervaringen te delen. Dit werd bijvoorbeeld gedaan door de respondent voorafgaand aan het interview door middel van het informatieblad en het informed consent document duidelijk te maken hoe hun anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de informatie die ze zullen delen gewaarborgd worden. Ook werden de interviews afgenomen in een rustige ruimte waarin de respondent en onderzoeker niet gestoord konden worden, en werden tijdens het interview eerst minder gevoelige vragen gesteld om een vertrouwensband op te bouwen met de respondent, zodat die zich meer op zijn of haar gemak zou voelen om wat later tijdens het interview meer gevoelige informatie te delen. De structuur van de interviews werd op voorhand vastgelegd met behulp van een interviewleidraad die men in de bijlage kan terugvinden. Om een zo breed mogelijk beeld te verkrijgen van de visie op diversiteit en het managen daarvan binnen het ziekenhuis, werden drie verschillende interviewleidraden opgesteld. Eén voor het management, één voor verpleegkundigen met een migratieachtergrond en één voor verpleegkundigen van Belgische origine. In de interviewleidraden werden volgende thema's opgenomen: het diversiteitsbeleid, de diversiteit binnen de dienst, de evaluatie van het beleid, het welbevinden van de werknemer en de relatie met de patiënten, welzijn op het werk, verpleegkundigen en patiënten van andere origine. Bij het selecteren van de respondenten is het doel om een zo heterogeen mogelijke onderzoeksgroep te verkrijgen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van theoretical sampling (Glaser & Strauss, 1967). Doelgericht werden nieuwe respondenten gezocht om eerdere bevindingen te verifiëren, te verfijnen of te falsificeren (Popper, 1959). 'Saturation' speelt hierbij een grote rol: de informatie is 'verzadigd' wanneer geen nieuwe feiten meer naar voren komen. Daarom is heterogeniteit in opvattingen of gedragingen zo belangrijk. In plaats van de vraag of elke subpopulatie wel evenredig in de steekproef is vertegenwoordigd, gaat het er bij dit onderzoek om of degenen die niet geïnterviewd zijn of konden worden, inhoudelijk afwijken van de wel geïnterviewden. Er werden vijf managers geïnterviewd, acht verpleegkundigen met een migratieachtergrond en vier verpleegkundigen van Belgische origine (zie kader). Een aandachtspunt van secundair belang bij het selecteren van verpleegkundigen is het verwezenlijken

van een evenredige verdeling tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke respondenten. 71% van de respondenten in het onderzoek is vrouwelijk, dit om de reden dat het personeelsbestand in het ziekenhuis voor 78,1% uit vrouwen bestaat.

Een interview duurde gemiddeld één uur lang en werd tijdens de diensturen van de respondent afgenomen, dit gebeurde steeds binnen het ziekenhuis. Het interview werd met toestemming van de respondent opgenomen en vervolgens getranscribeerd.

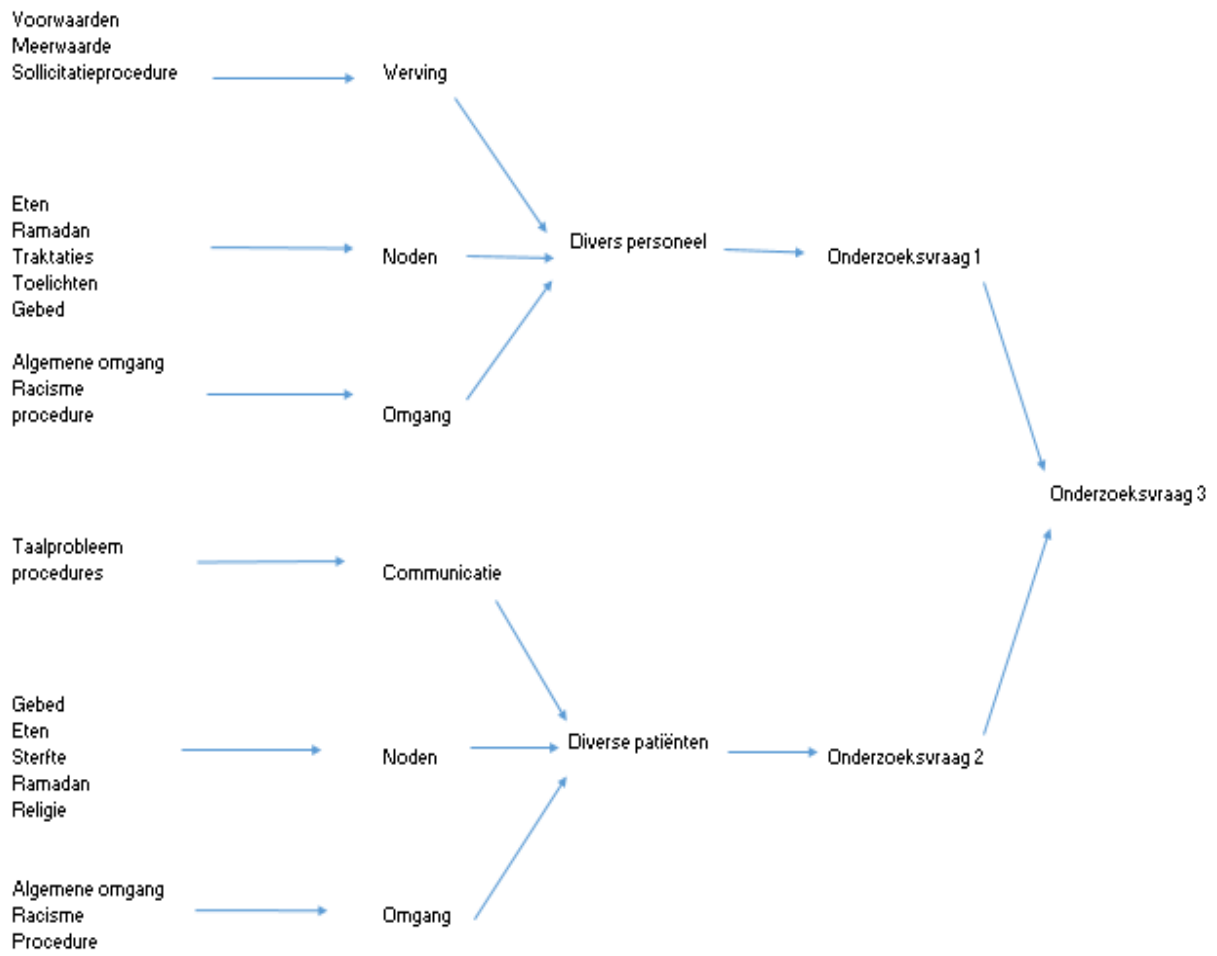
Functie	Etnische achtergrond	Geslacht	Leeftijd
Manager: 5 (29%)	Etnische meerderheid: 8 (47%)	Vrouw: 12 (71%)	20-29: 4 (24%) 30-39: 5 (29%)
Verpleegkundige: 12 (71%)	Etnische minderheid: 9 (53%)	Man: 5 (29%)	40-49: 4 (24%) 50-59: 4 (24%)

2.3. Interview-analyse proces

De opgenomen interviews werden in een eerste stap van de dataverwerking gedetailleerd getranscribeerd. Een tweede stap in de dataverwerking vormde de codering, waarbij alle uitspraken rond hetzelfde thema verzameld werden. Bij het gebruik van thema's of categorieën om de data te analyseren zijn twee 'uiterste' manieren te onderscheiden: inductief, waarbij er van tevoren niet bekend is naar welke thema's of categorieën wordt gezocht en deductief, waarbij gewerkt wordt met categorieën die voor de dataverzameling al waren vastgesteld (Pope, Ziebland & Mays, 2000). De keuze is afhankelijk van het doel van het onderzoek. Vaak wordt een tussenvorm gebruikt, waarbij aan de start van het onderzoek met een lijst van thema's wordt begonnen, die na de eerste analyse zal worden aangevuld met thema's die uit de analyse naar voren komen. Ook in de analyse van deze masterproef werden de interviews geanalyseerd aan de hand van een tussenvorm. Vanuit de feiten en uitspraken uit de interviews, werden verbanden gelegd met de thema's die in de literatuur voorkwamen. Deze verbanden hebben vorm gekregen aan de hand van een codeboom, die een antwoord formuleert op de centrale onderzoeksvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met diversiteit in het personeelsbestand én patiëntenbestand?". In eerste instantie werden alle uitspraken die te maken hebben met 'divers personeel' gegroepeerd. Uit de interviews zagen we dat diversiteit onder het personeel van het ziekenhuis zich manifesteert op grond van werving, noden en omgang, deze vormden de 'codes van twee orde'. In een dieper niveau van analyse werden de 'codes van eerste orde' gevormd, deze geven de kern van de citaten weer omtrent de diversiteitsmanagementpraktijken die het ziekenhuis hanteert inzake omgang, noden en omgang. Dit luik van de codeboom formuleert een antwoord op de eerste deelvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met etnische diversiteit in haar personeelsbestand?". In tweede instantie werden alle uitspraken die te maken hebben met 'diverse patiënten' gegroepeerd. Uit de analyse bleek dat het ziekenhuis op drie thema's inzet namelijk communicatie, noden en omgang. Deze thema's werden dieper geanalyseerd om zo tot de kern van de citaten te komen, de 'codes van eerste orde'. Dit tweede luik van de codeboom formuleert een antwoord op de deelvraag "Hoe gaat een ziekenhuis om met de toenemende diversiteit onder de patiënten?". Deze twee luiken werden gezamenlijk gebruikt om een antwoord te formuleren op de derde deelvraag "In hoeverre worden personeelsleden met een migratieachtergrond ingezet om te voldoen aan de noden van patiënten van andere origine?".

2.4. Documentanalyse

De tweede fase van de dataverzameling bestond uit een documentanalyse. De beleidsdocumenten die gebruikt werden voor het onderzoek waren allemaal raadpleegbaar op het intranet van het ziekenhuis. In verband met anonimiteit is er voor gekozen om alleen het soort documentatie weer te geven en geen verdere informatie zoals datum of auteur. Met beleidsdocumenten bedoelen we teksten van beleidsmakers (managers binnen het ziekenhuis) waarin de visie en de centrale doelstellingen van het uit te voeren beleid neergeschreven staan. Documenten zoals charters, interne reglementen en codes alsook themaspecifieke beleidsplannen weerhouden we voor deze documentsanalyse. De systematische lezing gebeurt aan de hand van een reeks zoektermen, die op basis van de literatuurstudie werden geselecteerd. Als zoektermen weerhouden we 'diversiteit' – 'etniciteit' – 'cultuur' – 'werving' – 'respect' – 'tolken' – 'racisme' – 'omgang'. Aan de hand van de zoektermen werden deze beleidsdocumenten op systematische wijze gescreend. Tekstfragmenten die een zoekterm bevatten, werden verzameld en geordend. Per beleidsdocument werd vervolgens de inhoud van het/de tekstfragment(en) voorzien van een code. Deze codes vormen samen met de codes uit het interview-analyse proces de basis van de analyse.



3. Analyse

Dit hoofdstuk bevat de analyse op basis waarvan de gecodeerde uitspraken uit de interviews en gecodeerde stukken tekst uit beleidsdocumenten aan elkaar verbonden werden in een codeboom. Met het oog op de beantwoording van de hoofdvraag van deze masterproef, die luidt 'Hoe gaat een ziekenhuis om met diversiteit in het personeelsbestand én patiëntenbestand?', focuste de coderingsanalyse op twee grote luiken, namelijk het personeelsluik en het patiëntenluik. De structuur van deze analyse zal afgestemd worden op beide luiken en zal bijgevolg antwoord geven op respectievelijk twee deelvragen. In het eerste deel van deze analyse zal een antwoord gegeven worden op de vraag: "Hoe gaat een ziekenhuis om met etnische diversiteit in haar personeelsbestand?". Het tweede deel van deze analyse gaat verder in op de vraag: "Hoe gaat een ziekenhuis om met de toenemende diversiteit onder patiënten?".

3.1. Diversiteit in het personeelsbestand

Dit eerste onderdeel van de analyse gaat dieper in op hoe het ziekenhuis omgaat met diversiteit in het personeelsbestand, dit zal gebeuren in drie rubrieken. Uit de data is gebleken dat het ziekenhuis diversiteitsmanagementpraktijken voor personeel ontwikkelt op vlak van werving, noden en omgang.

3.1.1. Werving

Één van de zaken waar het ziekenhuis aandacht aan besteedt om de diversiteit in het personeelsbestand te managen, is het wervingsproces. Het wervingsproces in het ziekenhuis moet garant staan voor het vinden van competente medewerkers vanaf 18 jaar die beantwoorden aan het vooropgestelde functieprofiel. De job toewijzing is gebaseerd op competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) en indien nodig de vereiste wervingsdiploma's. Uit het document 'policy werving en selectie' blijkt dat:

Het ziekenhuis streeft naar de indienstname van gemotiveerde en professionele medewerkers met de juiste competenties voor de te begeven functie. De basisgedachte van de 'juiste man/vrouw op de juiste plaats' staat hierbij centraal. Er worden dezelfde kansen gegeven aan alloctonen, minderheidsgroepen,... Alle functies zijn toegankelijk voor mannen, vrouwen en transgenders. Voor alle functies zijn er gelijke kansen voor alle geslachten. (Policy werving en selectie, p.1)

Uit het policy werving en selectie document blijkt dat het ziekenhuis zich openstelt voor personeelsleden met een migratieachtergrond. Door de ligging van het ziekenhuis in een historisch migratiegebied is er veel aanbod van personen met een migratieachtergrond op de arbeidsmarkt.

"We laten iedereen toe en wij hebben graag dat we mensen hebben van een andere origine, omdat wij ook veel van die patiënten hebben. En we hebben er gewoon veel die hier komen ook he, dat is ook normaal he, ze wonen hier, ze gaan hier naar school, ze lopen hier stage, ze studeren hier af, en ze willen bij ons komen werken, dus dat zijn gewoon de mensen die hier in onze omgeving wonen, en dus hebben wij veel aanbod daarvan."
(Manager)

Als openbaar ziekenhuis hanteert de organisatie twee absolute basisstellingen, met betrekking tot etnische diversiteit, die voldaan dienen te worden alvorens tewerkgesteld te kunnen worden in het ziekenhuis. Ten eerste moet de persoon de Nederlandse taal machtig zijn omdat binnen het ziekenhuis alle communicatie in het Nederlands verloopt en alle (beleids)documenten in het Nederlands zijn opgemaakt. Daarnaast dient het diploma erkend te zijn in Vlaanderen. Een buitenlands diploma moet verplicht passeren bij NARIC, een instantie die buitenlandse diploma's verifiert. Wanneer bij een sollicitatie wordt bevonden dat de persoon de Nederlandse taal niet voldoende machtig is, wordt deze persoon niet per direct afgeschreven.

"Dan durven wij ook wel vragen aan euh medewerkers die hier komen solliciteren (...) van eerst een Nederlandse cursus te volgen om zichzelf ook te beschermen en te zorgen dat ze zich comfortabel voelen en dan terug te komen, en daar hebben wij ook wel succesverhalen mee. (...) 'ga iets doen om te zorgen dat je de Nederlandse taal machtig bent en kom gerust terug', dat doen eigenlijk de meeste mensen dan ook wel." (Manager)

Indien al de voorwaarden worden vervuld en de persoon wordt tewerkgesteld in het ziekenhuis, dient hij/zij zich aan de interne regels te houden. In het kader van diversiteit stelt het ziekenhuis dat er binnen de gebouwen, tussen personeelsleden, één taal wordt gesproken. Het Nederlands. Dit staat

zo beschreven in het respect charter, opgesteld door het ziekenhuis, waarin vastgelegd werd wat ze van hun personeelsleden verwachten.

Wij stellen ons vriendelijk op en begroeten elkaar in het gehele ziekenhuis. Wij spreken daarbij de Nederlandse taal. (respect charter)

Verscheidene respondenten vermeldden dat bij het spreken van een andere taal dan het Nederlands, men hierop kan worden aangesproken.

"Als ik soms poetsvrouwen hoor, [vreemde taal] praten met mekaar, (...) durf ik ook wel die opmerking maken." (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

3.1.2. Noden

Een andere zaak waar het ziekenhuis aandacht aan besteedt om de diversiteit in het personeelsbestand te managen, is het (in beperkte mate) tegemoet komen aan bepaalde noden die diversiteit met zich meebrengt. Diversiteit op de werkvloer impliceert ook leren omgaan met verschillen met mensen die anders-zijn. Dit is ook het geval voor het ziekenhuis, die medewerkers van een ander geloof of uit een andere cultuur tewerkstelt. Het ziekenhuis probeert op verschillende manieren tegemoet te komen aan de noden van de andere culturen. Uit de interviews blijkt dat de moslimcultuur vooral andere noden vraagt tegenover de westerse cultuur. De religie – de islam, in de meeste gevallen – vormt vaak de basis van gewoonten, waarden en normen die kunnen botsen met westerse gebruiken.

Een eerste diversiteitsmanagementpraktijk doet zich voor wanneer er werkkleding ter beschikking gesteld wordt, dan moet tijdens de werkzaamheden **enkel** de ter beschikking gestelde werkkleding gedragen worden (arbeidsreglement bijlage VI). Concreet zijn er in het ziekenhuis geen hoofddoeken toegelaten voor personeelsleden die in contact komen met patiënten: het verzorgend personeel, maar ook de administratie, het keukenpersoneel en het schoonmaakpersoneel. Uit de interviews met het management is gebleken dat het ziekenhuis als belangrijkste argument "hygiëne" aanhaalt.

"Als iemand hier binnenkomt voor een sollicitatie met een hoofddoek op, dan geven wij daar wel duiding bij tijdens het sollicitatiegesprek, wij zeggen zo he 'als gij hier graag wilt komen werken, is dat geen probleem, maar wij hebben hier een aantal spelregels, afspraken, en gij kunt hier dus komen werken maar ge gaat moeten voldoen aan die afspraken' als die persoon zich daar niet in kan vinden dan kan die hier ook niet komen werken."
(Manager)

De moslimverpleegkundigen maken hier doorgaans geen probleem van, ze zijn bekend met dit beleid doorheen hun studies en stages in de zorgsector en het specifieke ziekenhuis.

"Ik denk dat veel mensen weten waaraan die beginnen als die hier komen werken. Het mag niet, het is de keuze aan u." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Ten tweede geeft de Koran voorschriften omtrent het gebruik van voedsel. Voedsel kan halal (toegestaan) of haram (niet toegestaan) zijn. In de personeelsrefter wordt geen rekening gehouden met deze voedingsvoorschriften. De personeelsleden hebben wel meerdere keuzemogelijkheden. Wanneer dit voor de moslim-medewerker niet volstaat, moet hij/zij zelf zoeken naar een oplossing.

"Ge hebt hier vegetarisch eten in de refter. Het is wel geen halal eten, als ge eens kip of vlees of vis, of ja ... Ik neem gewoon mijn groenten. Ik weet dat dat hier niet is en ik breng mijn eigen eten mee als het moet. Dat stoort mij niet dat er geen halal is."
(Verpleegkundige, etnische minderheid)

Wanneer er een traktatie plaatsvindt of er wordt buiten het ziekenhuis samengekomen, houden ook de collega's onderling (in beperkte mate) rekening met deze eetvoorschriften, halal wordt echter doorgaans niet voorzien.

"Als wij teambuilding hebben of een feestje ofzo gaan wij er ook rekening mee houden dat we voor euh moslims geen varkensvlees gaan voorzien, dat we ergens iets van vis ofzo of kip gaan voorzien dat zij wel mee kunnen eten." (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

Ten derde voorziet het ziekenhuis diversiteitsmanagementpraktijken omtrent feestdagen. De moslimcultuur heeft feestdagen die in de westerse wereld niet als officiële wettelijke feestdagen

worden beschouwd. Om die reden is het ziekenhuis wettelijk niet verplicht om verlof te verlenen op islamitische feestdagen. Toch vragen moslims vaak verlof om samen te kunnen bidden, familieleden te bezoeken of zelf gasten te ontvangen. Hiervoor is geen algemeen beleid in het ziekenhuis, op dienstniveau worden deze afspraken wel gemaakt.

"Een medewerker die overdag misschien niet eet of drinkt, dat kan, dat mag, geen discussie over, maar natuurlijk de gewone werking gaat door he, het kan zijn dat een leidinggevende daar rekening mee kan houden, maar da is gewoon instantieel, dat is zeker niet gestructureerd nee." (Manager)

Alle diensten in het ziekenhuis werken met een 'wensenboek', dit is een document dat wordt beheerd door de leidinggevende van de dienst. Alle verpleegkundigen kunnen hierin hun wensen noteren, het is aan de leidinggevende om te bepalen hoeveel wensen een persoon mag opnemen en in welke mate hij/zij hier rekening mee houdt. Wensen kunnen onder meer gaan over de shift-verdeling, weekendposten of feestdagen. De moslimverpleegkundigen gaven tijdens de interviews aan dat zij dit beleid zeer appreciëren en dat vooral tijdens de ramadanperiode dit instrument als zeer nuttig wordt ervaren. Die solidariteit werkt ook in de omgekeerde richting. Door verlof toe te staan op islamitische feestdagen zijn moslims vaak bereid om te werken op katholieke feestdagen. Wanneer het 'wensenboek' geen optie is, kan er steeds in dialoog gezocht worden naar een andere mogelijkheid.

"Als ze geen verlof hebben en ze vragen zelf om daar andere verlofstelsel voor te benutten zoals onbetaald verlof, dan bekijken we dat, en dan, daar zijn we eigenlijk redelijk open in, en dat is ook wel belangrijk, dat mensen moeten weten dat dat kan besproken worden, is geen recht altijd he, maar euhm ge moet ook kunnen spreken he van wat kan ik en wat kan ik niet?" (Manager)

Tot slot is er het gebed, in de Islam zijn er dagelijks vijf verplichte gebeden. Om de algemene werking van het ziekenhuis niet te verstoren, is het niet toegelaten om tijdens de werkuren zich af te zonderen om op bepaalde momenten te gaan bidden. Toch probeert het ziekenhuis in beperkte mate rekening te houden met de verschillende religies in het personeelsbestand. Tijdens de pauzes of na de werkuren kan er wel gebeden worden, het ziekenhuis is voorzien van een islamitisch gebedshuis, alsook een Rooms-Katholiek gebedshuis en een lokaal voor niet-gelovigen of voor andere geloofsbelijdenissen. Deze ruimtes kunnen gebruikt worden door de werknemers, de bezoekers en door de patiënten.

"Er is wel een gebedsruimte, dus ge kunt altijd na uw werk u douchen en er naartoe gaan. Dus dat is altijd een optie, maar het is wat ge zelf ook vindt, ik bedoel: mij stoort dat niet en volgens de Islam is het ook niet van: gij werkt dan en ge moet op die uren bidden. Dat is helemaal niet. Dus ge moogt dat altijd inhalen dus er is een grote speling toegestaan. Voor mij is dat: als ge maar gebeden hebt. Ge moet dat niet tijdens uw werk."
(Verpleegkundige, etnische minderheid)

3.1.3. Omgang

Het ziekenhuis besteedt ook aandacht aan de algemene omgang om de diversiteit in het personeelsbestand te managen. In het ziekenhuis is patiëntvriendelijkheid een basiswaarde. Respect is daarbij erg belangrijk. Maar ook tussen de medewerkers en artsen is respectvol omgaan met elkaar cruciaal voor een aangenaam werkklimaat en een goed functioneren. Vandaar werd een charter opgesteld waarin vastgelegd werd wat ze van elkaar verwachten en wat het ziekenhuis verstaat onder 'respectvol'.

In de algemene gedragscode (p.1) van het ziekenhuis is het volgende opgenomen:

Wij zijn een ziekenhuis waar alle beleidsorganen, artsen en medewerkers op een respectvolle wijze en in een sfeer van open communicatie met elkaar samenwerken.

Er wordt ook gerefereerd naar het divers personeelsbestand van het ziekenhuis in de algemene gedragscode (p.1). De aanwezige (culturele) verschillen worden ook expliciet opgenomen.

Je waardeert alle collega's voor hun verdiensten onafhankelijk van hun functie, beroepsgroep, positie in de organisatie, dienst van tewerkstelling,... Eveneens onafhankelijk

van huidskleur, handicap of een ander lichamelijk kenmerk, etnische of sociale afkomst, geloofsovertuiging, geslacht, geaardheid, leeftijd....

Een geïnterviewde manager ervaart zo een cultureel verschil binnen zijn dienst en spreekt de werknemer hierop aan.

"Ik heb binnen mijn diensten iemand met [nationaliteit] roots die ja temperamentvol is en die haar gedacht wel kan zeggen, dat dat soms botst ja, goed, daar hebben we ook een, met die vrouw al een aantal keer een gesprek gehad, van kijk goed 'ge kunt perfect issues hebben, of problemen hebben, maar op die manier zeker in nabij zijn van patiënten, kan er niet geventileerd worden' euh ik probeer dat op een deftige, correcte manier te brengen euh en dan is er veel meer mogelijk in plaats van te roepen en te schreeuwen."
(Manager)

Uit de interviews blijkt dat personen met een migratieachtergrond de omgang doorgaans ervaren als respectvol onder collega's, ongeacht de etniciteit.

"Als ze vragen aan mij: 'zijt ge Belg?'" Dan zeg ik altijd: "Ja, ik ben op papier Belg, maar ik ben nog altijd een [nationaliteit]." En daar hebben alle collega's heel veel respect voor."
(Verpleegkundige, etnische minderheid)

Uiteraard zijn er onder een personeelsbestand van meer dan 3.000 werknemers, personen die moeilijker kunnen omgaan met diversiteit in dat personeelsbestand. Uit de interviewdata bleek dat dit om een kleine groep gaat binnen het ziekenhuis.

"Die {Belgische collega} begint over de soms buitenlanders, maar in het algemeen, bijvoorbeeld over de [nationaliteit] ofzo eeuuh te praten, van beter naar huis."
(Verpleegkundige, etnische minderheid)

Wanneer een medewerker zich gediscrimineerd voelt door een andere medewerker of zich slachtoffer voelt van racisme kan dit altijd gemeld worden aan de leidinggevende.

"Een vrij belangrijk gedeelte in huis, zijn ontwikkelingsgesprekken, dus ontwikkelingsgesprekken, dat is een gesprek tussen werknemer en leidinggevende, waar verschillende dingen aan bod kunnen komen, ook de relatie met medewerkers, of relatie met leidinggevende, het wordt bekeken vanuit een positief groeiverhaal, een ontwikkelingsverhaal, je moet kunnen groeien, ontwikkelen in je job, fouten maken, dus in het kader daarvan zijn er wel gesprekken voorzien om dat eventueel te ondermijnen en als er bepaalde spanningen zouden zijn." (Manager)

In extreme gevallen van racisme of discriminatie kan er intern een klacht worden ingediend. Uit de interviews blijkt dat het zelden tot deze ernst komt.

"Wij hebben hier euh ja ook verschillende mensen instaan voor de personeelsbegeleiding he euh en die worden dan ook gecontacteerd moest dat het geval zijn. (...) Ja als er klacht neergelegd wordt, wordt er bekeken wat de aard van de klacht is he, bij wijze van spreken he, zo hebben we ook mensen die ja misschien aangesproken kunnen worden voor ongewenst seksueel gedrag of activiteiten. Daar hebt ge, we hebben twee personeelsbegeleider, een man en een vrouw, die instaan voor die dingen, dat is logisch, ge moet ergens terecht kunnen he." (Manager)

Deze praktijken laten zien hoe het ziekenhuis omgaat met diversiteit, en wat daarbij wel en niet toegestaan is. Het ziekenhuis wil een organisatie zijn waar iedereen met respect met elkaar omgaat, dit staat dan ook bovenaan in de algemene gedragscode.

3.2. Diversiteit in het patiëntenbestand

Dit tweede deel van de analyse gaat dieper in op hoe het ziekenhuis omgaat met diversiteit in het patiëntenbestand. Patiënten hebben recht op een kwaliteitsvolle behandeling op basis van de tot dan toe beschikbare medische kennis en technologie. Bovendien mag een zorgverstrekker niet discrimineren. Hij/zij moet de morele, culturele en religieuze waarden van de patiënt respecteren. Dit is bepaald bij wet (art. 5 Wet betreffende de rechten van de patiënt 2002). Het ziekenhuis herformuleert dit wetsartikel in vele beleidsdocument als belangrijkste 'missie':

"Wij bieden op een geïntegreerde en patiëntvriendelijke wijze professionele en veilige ziekenhuiszorg aan, aan al wie op het ziekenhuis een beroep wenst te doen, ongeacht zijn / haar godsdienstige, filosofische of politieke overtuiging, ras, huidskleur of geslacht, sociale of culturele herkomst, financiële of maatschappelijke status.." (Algemene gedragscode, p.1)

Uit de data is gebleken dat het ziekenhuis diversiteitsmanagementpraktijken voor patiënten ontwikkelt op vlak van communicatie, noden en omgang.

3.2.1. Communicatie

Een taalbarrière is vaak het eerste waar de verpleegkundigen aan denken in het contact met patiënten met een migratieachtergrond.

Gevolgen van slechte communicatie

De grootste uitdaging in verband met een divers patiëntenbestand is het vlot en duidelijk communiceren, ervaren zij. Taaldrempels staan een kwaliteitsvolle communicatie vaak in de weg. Het is voor het ziekenhuis dan ook niet altijd vanzelfsprekend om in deze context een toegankelijke dienstverlening te garanderen. Ook op managementniveau is men bewust van de gevolgen die een slechte communicatie kan veroorzaken.

"Verpleegkundigen die een zorg moeten leveren bij een anderstalige en die man of vrouw zegt iets, puur gewoon in het contact, ja zij verstaan dat niet, zij pikken dat nie mee op, dus het wordt niet meegenomen in het behandelplan." (Manager)

Niet enkel bij de verpleegkundigen wordt het als lastig ervaren niet verstaan te worden, ook de patiënt zelf ervaart dit als een ongemak wanneer hij of zij zich niet verstaanbaar kan uitdrukken.

"Als ge (patiënt) de taal niet machtig zijt en ge wilt u duidelijk maken en diegene die de boodschap moet ontvangen begrijpt u niet, dat kan soms wel tot frustraties leiden." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

In sommige gevallen kan deze miscommunicatie leiden tot misverstanden. De praktijk die in het ziekenhuis wordt toegepast om miscommunicatie te vermijden, is het overschakelen op een andere taal dan het Nederlands. Wanneer de taalbarrière overbrugt wordt, is doorgaans de situatie ook opgelost.

Taalbarrière overbruggen op de dienst

Om deze misverstanden ten gevolge van miscommunicatie te voorkomen wordt in eerste instantie verwacht van het verplegend personeel dat zij creatief en inventief zijn om zich verstaanbaar uit te drukken.

"Als ik iemand heb van andere origine, dan moet ge het met handen en voeten uitleggen." (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

Verpleegkundigen proberen op allerlei manieren de patiënten te begrijpen en zich verstaanbaar te maken. Tactieken die verpleegkundigen vernoemden in de interviews om met niet-Nederlandstaligen te communiceren waren het visualiseren van de boodschap door middel van tekeningen en pictogrammen of het raadplegen van het internet om vertalingen op te zoeken.

Onderling leren de verpleegkundigen met een migratieachtergrond de collega's enkele korte woorden in hun talen om zich te kunnen behelpen.

"Ze (verpleegkundigen met een migratieachtergrond) kunnen u wel een aantal woorden leren dus dat helpt mij dan wel dat ik de basis eigenlijk wel kan uitleggen aan mijn patiënten, al is het maar in een paar woorden, maar dat helpt u toch wel in de zorg en de patiënten appreciëren dat ook wel dat ge toch een beetje moeite doet om, ja, hun taal ook wel te spreken." (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

Wanneer het op eigen initiatief niet lukt zich verstaanbaar te maken, wordt er vaak in tweede instantie beroep gedaan op de verpleegkundigen met een migratieachtergrond om de communicatie te verzorgen bij patiënten van diezelfde origine. Deze moeten niet noodzakelijk tot de desbetreffende dienst te behoren. Dit wordt erkend als één van de belangrijkste meerwaarden van een divers personeelsbestand.

"Het helpt wel, dat ge weet van, ja maar links boven daar werkt daar ergens ene en die kan [vreemde taal], kunt ge die niet eens effekes roepen?" (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

De verpleegkundigen met een migratieachtergrond zijn doorgaans ook bereid te helpen in zulke situaties.

"Als ze [patiënten met een migratieachtergrond] pijn hebben en ze kunnen zich niet uitdrukken waar ze pijn hebben komen, komen ze, sommige collega's, me wel halen, van 'kunt ge effekes vertalen, waar heeft die pijn?, heeft die nog iets?'. (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Het gebruik van de competenties eigen aan een divers personeel, leidt ook daadwerkelijk tot een betere zorg aan diverse patiënten.

"Die (patiënt met een migratieachtergrond) werd agressief, die wist gewoon niet wat wij kwamen doen, maar dat wisten wij natuurlijk niet. Dus we moesten haar een spuitje geven, ik ging daar naar toe en ik ging haar dat spuitje zetten en dan zei die, liet die zo een [vreemde taal] woordje vallen, ik was zo 'huh' 'gij zijt toch een [nationaliteit]?' 'gij [nationaliteit] he?' 'ja ik [nationaliteit], ikke [nationaliteit]' ik 'ma ge hebt toch een [vreemde taal] woordje gezegd daarnet?' 'ja beetje [nationaliteit] ikke' en toen heb ik in het [vreemde taal] gecommuniceerd met haar, (...) ik zeg 'kijk ik heb u wel een spuitje gezet he, en dat was voor te kalmeren, dat was eigenlijk niet nodig dus'. (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Het derde type praktijken rondom communicatie dat uit het data-analyse proces naar voren is gekomen, is het inschakelen van een kennis of familielid die dezelfde taal spreekt als de patiënt om de communicatie tussen patiënt en zorgverlener te verzorgen. De oudere patiënten van andere origine op de afdeling zijn vaak eerste generatie en zijn gekenmerkt als analfabeet of laaggeschoold.

"Vaak door de kinderen wordt de informatie, ja, ook de dokter communiceert echt door met de kinderen heen, door de familie heen." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Wanneer de familie op het moment dat de verpleegkundige de patiënt niet begrijpt, niet aanwezig is in het ziekenhuis, komt het voor dat de verpleegkundige op eigen initiatief de familie telefonisch om hulp vraagt. Zo heeft een respondent om één uur in de nacht de familie van een [nationaliteit] patiënt opgebeld:

"Ik heb gewoon de dochter opgebeld, ik heb gezegd 'sorry mevrouw maar uw moeder heeft al vijf, zes keer gebeld en ik kan niet begrijpen voor wat het is, wilt ge ze alsjeblieft eventjes te woord staan', heeft die gebeld en het was gewoon voor een slaappilleke te krijgen." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Taalbarrière overbruggen via een tolk

Wanneer de eerstelijnszorgers, met andere woorden de verpleegkundigen en de familie die rechtstreeks contact hebben met de patiënt, het taalprobleem niet kunnen oplossen, kan de verpleegkundige indien hij/zij dit nodig vindt om alzo goede hulpverlening te kunnen bieden, een tolk inschakelen tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis. In tegenstelling tot de andere bovengenoemde diversiteitsmanagementpraktijken rond communicatie, is dit een 'officiële' praktijk die op hoger niveau is georganiseerd. Het ziekenhuis stelt dat medewerkers verantwoordelijk zijn voor goede zorgverlening, dus ook voor het inschakelen van een tolk indien nodig en gewenst/gevraagd door de patiënt. De verpleegkundige kan met deze vraag terecht bij de dienst patiëntenbegeleiding waar interculturele bemiddelaars worden tewerkgesteld, deze worden beschouwd als brugfiguren tussen hulpverlener en patiënten (van andere origine). Naast het puur vertalen, doen zij ook aan cultuur vertalen, wat etnische diverse medewerkers officieus ook doen. Onder cultureel vertalen wordt het volgende verstaan:

"Op vlak van rituelen, rituele wassing, repatriëringen, daar is soms de bemiddelaar ook nodig, om die dingen toe te lichten aan de hulpverleners, vaak is ook nodig om uit te leggen aan de familie, hoe het ziekenhuis werkt, wat de regels zijn van het ziekenhuis." (Manager)

Uit het data-analyse proces blijkt dat verpleegkundigen het inschakelen van de intercultureel bemiddelaar voor het oplossen van het taalprobleem als laatste optie beschouwen, ze proberen het

doorgaans 'officieus' op eigen initiatief op te lossen. Als voornaamste reden blijkt dat ze het inschakelen van een intercultureel bemiddelaar als te tijdrovend ervaren. Voor formele onderzoeken en gesprekken is het echter verplicht de officiële procedure te volgen indien er een communicatieprobleem optreedt.

Voor verscheidene talen kan een intercultureel bemiddelaar uit het ziekenhuis ingeschakeld worden als tolk.

"We hebben in huis: de talen Italiaans, Turks, Marokkaans en standaard Arabisch, eigenlijk de drie gemeenschappen worden hier vertegenwoordigd, de Italiaanse gemeenschap, de Turkse en de Marokkaanse." (Manager)

Wanneer het gaat om formele contacten tussen patiënt en zorgverlener, bijvoorbeeld psychiatrische gesprekken, slechtnieuwsgesprekken en bepaalde onderzoeken; dient de intercultureel bemiddelaar te worden gecontacteerd door de verpleegkundige, hij/zij mag in deze situaties zelf niet instaan voor het tolken. Dit om de reden een zo waarheidsgetrouw resultaat te bekomen:

"Geheugentesten zijn altijd het beste met een tolk, omdat die heel objectief zijn, als je de familie laat tolken, ja, die gaan misschien helpen, die gaan misschien voorzeggen, ja die gaan gewoon, ja euh, het antwoord geven, het juiste antwoord geven in plaats van het foute antwoord, en dan hebt ge kans dat ge geen juiste score krijgt." (Manager)

Wanneer er een andere taal nodig is dan het Italiaans, Turks, Marokkaans of standaard Arabisch heeft de intercultureel bemiddelaar de bevoegdheden om een externe tolk aan te vragen. Er bestaan drie soorten tolken die het ziekenhuis kan inschakelen namelijk een tolk ter plaatse, een tolk via het internet en een telefonische tolk. Het ziekenhuis kiest ervoor om zoveel als mogelijk, de tolk liefelijk aanwezig te hebben. De tolk die in persoon aanwezig is legt doorgaans makkelijker contact met de patiënt. De patiënten kunnen hun uitlatingen met gebaren en gezichtsuitdrukkingen kracht bij zetten, met andere woorden is de non-verbale informatie naast de verbale informatie ook zeer belangrijk in het tolkproces. Maar dit is niet altijd mogelijk omwille van de beschikbaarheid van de tolk.

"De visie in het ziekenhuis is nog altijd liefelijke aanwezigheid, dus wij proberen een tolk te vinden, wij gaan in eerste instantie opteren voor een sociaal tolk, dat zijn gecertificeerde tolken die werken voor een tolkdienst, die komen dan effectief hier tolken op dat uurtje en dan gaan ze weer door." (Manager)

Sociaal tolken is het overbrengen van mondelinge boodschappen van een bron- naar een doeltaal op volledige en getrouwe wijze, zonder of met een minimum van eigen inbreng en dit in een sociale context. De sociale context verwijst naar het werkingsgebied, namelijk algemene maatschappelijke voorzieningen van niet commerciële, politieke of godsdienstige aard. Sociale tolken zijn fysiek aanwezig bij het gesprek en tolken consecutief. Dit houdt in dat zij korte boodschappen in hun geheel beluisteren en dan pas tolken, meestal met behulp van aantekeningen.

Als er via die weg geen tolk beschikbaar is, raadpleegt de intercultureel bemiddelaar een lijst met kandidaat-tolken die door het ziekenhuis zelf opgesteld is.

"Wijzelf hebben een lijst van externe tolken, een beetje soort vrijwilligers, aspirant-tolken zijn, of vrijwilligers-tolken, die krijgen dan een forfaitaire vergoeding en die komen dan ook tolken, we hebben zo verschillende mensen, die we door heel wat jaren hebben gecontacteerd en hebben we zo een lijst gecreëerd." (Manager)

De interculturele bemiddelaars maken soms in dringende situaties ook gebruik van het divers personeelsbestand van het ziekenhuis, wat aantoonde dat de scheidingslijn tussen de verschillende praktijken (formeel en informeel) niet altijd zuiver is. De dienst van de interculturele bemiddelaars heeft een lijst opgemaakt van personeelsleden die zich vrijwillig willen engageren om in te staan als tolk indien nog. Deze optie wordt echter wel zoveel mogelijk vermeden omdat verpleegkundigen niet zijn opgeleid om te tolken en ze de toestemming moeten krijgen van hun hoofdverpleegkundige om de eigen dienst te mogen verlaten.

"De hulpverlener moet ook goed weten 'wie heb ik als tolk naast mijn bed, wie neem ik als tolk? Is dat een dokter? Is dat een poetsvrouw? Is dat een verpleegkundige? Of is dat een

bemiddelaar of is dat een externe tolk?'. Bij iedere persoon kunnen er gevolgen zijn, de minste gevolgen heb je bij een professionele tolk, die opgeleid is om te tolken, die weet wat tolken is, die objectief is, die eigenlijk ook beroepsgeheim heeft, dat hebben vrienden en familie niet, als ge een buurvrouw laat tolken, die hebben geen beroepsgeheim, de poetsvrouw misschien omdat die in het ziekenhuis werkt, zal die een soort morele gedeelde beroepsgeheim hebben." (Manager)

Sinds kort werkt het ziekenhuis soms ook op afstand, via de beveiligde beeldbelsoftware *Google Hangout* van de FOD. Het stapt hierbij wel af van hun visie van lijfelijke aanwezigheid. Het ziekenhuis ziet het 'tolken op afstand' veeleer als een aanvulling dan als een vervanging van de traditionele bijstand.

"Dat zijn allemaal intercultureel bemiddelaars over heel België eigenlijk, die vanuit de laptop vanop afstand tolken, he, dan hebt ge een soort Skype-systeem, he (...) natuurlijk proberen wij dat te implementeren, waardoor wij dat lijfelijk aanwezigheid af en toe opzij schuiven, om dat project natuurlijk naar boven te halen, het is een kosteloos project, het kost ook niks aan het ziekenhuis, dat is ook iets waar wij onmiddellijk 20 talen ter beschikking hebben, als die online zijn, kunnen we die gewoon boeken, en de meerwaarde is dat dat ook bemiddelaars zijn die ook cultuur kunnen tolken, het zijn niet gewone tolken, dat is wel een van de meerwaarde van het project." (Manager)

Een laatste mogelijkheid voor de intercultureel bemiddelaar is het raadplegen van de tolktelefoon. De tolktelefoon verschaft telefonische tolkhulp aan dienst- en hulpverlenende organisaties onder Vlaamse bevoegdheid. Er wordt gewerkt met gecertificeerde sociale tolken.

"Zelfstandige mensen die dan telefonisch tolken, het voordeel is ge hebt snel een tolk, maar het is telefonisch dus een nadeel dat ge die niet ziet, de lichaamstaal valt volledig weg, 'tolken op afstand' zie je de tolk nog op het scherm, wat daar wegvalt vanuit het bemiddelingswerk, is de begeleidingfunctie, dat valt weg, ge kunt die mensen niet meer begeleiden naar medische beeldvorming en daar verder helpen of dan moeten ze u de laptop naar daar brengen, dat gebeurt soms, bij mij hebben ze ook al gelopen in Gent met de laptop dus euh en dan was ik hier aan zitten, en ik zag ze lopen, 'en nu gaan we naar de dokter, en we gaan nu naar daar'. " (Manager)

Communicatie is het grootste struikelblok dat een divers patiëntenbestand met zich meebrengt. Op dit vlak levert het ziekenhuis dan ook heel wat inspanningen om dit struikelblok aan te pakken. Het raadplegen van een tolk (intern of extern) is geen kost die aan de patiënt wordt doorgerekend.

Taalbarrière in geschreven communicatie

Niet enkel de verbale communicatie vormt een struikelblok, ook de geschreven communicatie zoals brochures, informatieborden etc. kan leiden tot misverstanden:

"De patiënt was bij de dokter en de volgende, die [nationaliteit] patiënt, wacht aan de streep maar die liep altijd voorbij die streep. Ja, dat kan je op vanalles steken, maar het hing op de deur dat je niet voorbij de streep mocht komen. Maar die mens kon geen Nederlands lezen dat je niet voorbij de streep mocht komen. Maar een rode streep heeft sowieso, denk ik, een betekenis van misschien moet ik achter die streep blijven." (Manager)

In vergelijking met de inspanningen die er op het gebied van mondelinge communicatie worden geleverd, wordt er weinig gedaan op het vlak van schriftelijke communicatie. Het ziekenhuis geeft als voornaamste reden dat het praktisch niet haalbaar is alle talen te voorzien. Na het geval met de [nationaliteit] patiënt heeft het ziekenhuis de informatie ook in het [vreemde taal] voorzien. Na reacties van de [nationaliteit] gemeenschap kiest het ziekenhuis er bewust voor de affiches, brochures, informatieborden en andere geschreven dragers van informatie enkel in de Nederlandse taal te voorzien.

"Wij kregen de [nationaliteit] gemeenschap over ons want die voelden zich gekleineerd want nu stond daar iets in het [vreemde taal] maar ze konden het noch in het [vreemde taal], noch in het Nederlands lezen. Ja, vanaf toen hebben we ook gezegd, als we de juiste taalwetten erbij nemen, mogen we het enkel in het Nederlands afficheren. Dus ge zult hier

in huis ook geen affiches in geen andere taal vinden. Zelfs niet in het Frans.”
(Manager)

Uit de interviews blijkt dat patiënten van andere origine hier creatief en inventief mee omgaan:

“Heel veel mensen die nemen brochures mee en die laten die vaak door de kinderen thuis lezen, op zich is dat ook integratiebevorderend he, mensen die de Nederlandse taal aan het leren zijn en die krijgen een brochure mee, ik heb heel veel nieuwkomers, dan zeggen ik 'aahja ma dat is goed, ik ga dat ook kunnen vertalen met Google Translate, en dan heb ik toch ook een beetje zelf gelezen en wat ik niet versta zal ik gewoon laten vertalen, dat is ook een beetje integratiebevorderend, mensen doen dan meer moeite om dingen te lezen of te laten lezen.” (Manager)

De patiënten kunnen ook steeds bij de dienst patiëntenbegeleiding terecht, waar de interculturele bemiddelaars indien beschikbaar, kunnen bijstaan om de nodige uitleg te geven en om de brochures indien nodig te vertalen.

3.2.2. Noden

Diversiteit in het patiëntenbestand impliceert ook het leren omgaan met mensen die anders-zijn. Uit de interviews blijkt dat de moslimcultuur vooral andere noden vraagt tegenover de westerse cultuur. Zo zijn bij de ondervraagde verpleegkundigen de moslimpatiënten bekend om hun terughoudendheid om bepaalde medische onderzoeken te ondergaan die zij als 'gênant' ervaren. Verder blijkt dat ze verzoeken voor een veralgemeende beschikbaarheid van voeding die is aangepast aan hun geloof. Verder wensen zij een beroep te kunnen doen op een islamitisch geestelijk raadsman. De invloed van het religieus gebeuren zoals het gebed en de ramadan zijn ook gevoeligheden waar het ziekenhuis mee geconfronteerd wordt.

Op het vlak van voedsel besteedt het ziekenhuis weinig aandacht aan de noden van diverse patiënten. Het ziekenhuis gaat net zoals in de personeelsrefter ook bij de patiënten niet in op het aanbieden van halal maaltijden, wel zijn er ook hier meerdere keuzemogelijkheden. Vaak hebben de moslimpatiënten, als gevolg van het niet aanbieden halal voedsel, geen vertrouwen in de keuken van het ziekenhuis en nemen ze geen risico om haram voedsel te eten.

“Meestal vinden die mensen dat ook nog niet genoeg en laten ze mee van thuis eten brengen. En dat mag dan ook van ons.” (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

In tegenstelling tot het gebrek aan aandacht voor diverse noden op het gebied van voedsel, wordt er wel aandacht besteed aan de verschillende religies die door het divers patiëntenbestand worden beleden. Voor elk erkend geloof is er een persoon die het ziekenhuis kan contacteren om zijn religie te komen vertegenwoordigen.

“Wat de Italiaanse gemeenschap betreft, we hebben ook een procedure daarrond met de pastorale dienst, als er nood is om een gesprek te hebben met iemand van de Italiaanse kerk, kunnen we de Italiaanse priester laten komen dus opzich, en ook vanuit de Islamitische kant zijn er ook wel wat contacten met de moskeeën om een imam te laten komen, indien nodig zijn die contacten er wel, op vraag van de patiënt kunnen die dingen geregeld worden.”
(Manager)

Ten derde is er het gebed, in de Islam zijn er dagelijks vijf verplichte gebeden. Op de afdeling merken de verpleegkundigen dat de moslimpatiënten vaak niet meer bidden omwille van hun medische toestand. Wanneer ze wel wensen de bidden kunnen ze gebruik maken van het Islamitische gebedshuis binnen het ziekenhuis, meestal wordt er echter gebeden in de kamer. Uit de data-analyse blijkt dat de verpleegkundigen hier dan ook rekening mee houden:

“Ik klop en de patiënt is aan het bidden dus ik kom seffens... geen probleem. Als ge dan een kwartiertje later ofzo teruggaat, die appreciëren dat ook wel dat ge hun de privacy geeft die ze nodig hebben.” (Verpleegkundige, etnische minderheid)

In uitzonderlijke gevallen komt het voor dat het verplegend personeel onverwacht wordt geconfronteerd met dit religieus tafereel.

“Ik had nachten en die man was aan het bidden, zo in het midden van de nacht, maar ik wist niet dat dat een Marokkaan was en ik ging op de kamer, ja om 5 uur of ik weet nie hoe laat

was, en ja euh ik schrok me dood , die zat in het midden van de kamer die was zo (voordoen), omg ik heb toen geschreeuwd ja.” (Verpleegkundige, etnische minderheid)

In tegenstelling tot het grootste deel van het personeelsbestand, gebeurt het dat personeelsleden de algemene werking vooropstellen op het gebed van de patiënt. Een verpleegkundige die ook tot de Islam behoort, die zo een situatie opmerkte, kwam in zo'n geval op voor de patiënt en legde het personeelslid het belang van het gebed uit. Dit is eigenlijk het 'cultuur vertalen', wat de verpleegkundige met een migratieachtergrond overneemt van de intercultureel bemiddelaar:

"Iemand moest bidden terwijl die een onderzoek had en, euh ja, dat ik de mensen van patiëntenvervoer daar euh 10 minuutjes op moeten hebben laten wachten omdat de patiënt aan het bidden was. Dat was effekes ja een discussie, die man die was nog aan bidden en dan om dan te onderbreken, dat gaat niet. Dat moet gewoon afgemaakt worden, dat is iets van 10 minuten.. heb ik gezegd van ja 'kunnen jullie straks terugkomen?' 'ja nee ik sta hier nu, en nu moet ik die patiënt meenemen' 'ja nee, nu is die patiënt aan het bidden, 10 minuutjes" was dat van 'ja dat kan toch niet, en die ligt in een ziekenhuis, en een onderzoek is een onderzoek, als ik die moet meenemen moet ik die maar meenemen, en gaat dat voor?' 'ja dat gaat voor, 10 minuutjes zijn 10 minuutjes, ofwel moet ik zelf brengen'. Maar we hebben na 10 minuten teruggebeld en ze zijn toch weer gekomen.” (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Een belangrijke periode in de Islam is de ramadanperiode, de jaarlijkse vastentijd is voor veel gelovigen de periode waarin ze niet eten, drinken, roken of seksuele betrekkingen hebben na zonsopgang en voor zonsondergang. Op de afdeling wordt er in deze periode niet veel verschil opgemerkt in de omgang met moslimpatiënten.

"Die (moslimpatiënten) willen dat heel graag meedoen maar die mogen, ja, zij moeten echt op vaste tijdstippen hun pilletjes nemen. En dat is gewoon naderhand mogen zij bijvoorbeeld een kleine bijdrage aan de armen geven, dat die mensen kunnen eten en drinken in plaats van zij dan een ganse maand te vasten eigenlijk.” (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Ten vierde is het zo dat ook bij de verzorging diversiteitsmanagementpraktijken worden gesteld, hoofdzakelijk bij het wassen van de moslimpatiënt. De voorkeur van een moslimpatiënt gaat uit naar een zorgverlener van hetzelfde geslacht. Het ziekenhuis probeert hier zoveel als mogelijk rekening mee te houden. Hier speelt ook Belgische wetgeving, de rechten van de patiënt. Eén van de rechten stelt de patiënt in staat vrij te kiezen van een beroepsbeoefenaar en kan zich op elk ogenblik richten tot een andere beroepsbeoefenaar. Die vrije keuze kan evenwel in sommige gevallen beperkt worden door de wet of door de omstandigheden die eigen zijn aan de organisatie van de gezondheidszorgen, zo is het ziekenhuis niet altijd in de mogelijkheid dit recht na te leven. Dit recht is dan ook niet absoluut (art. 6, Wet betreffende de rechten van de patiënt 2002).

"Bepaalde religies zeggen bijvoorbeeld dat, euh, een vrouw alleen mag behandeld worden door een vrouw en niet door een man ,euh, nu voor ons is dat onmogelijk om dat te voorzien dus ,euh, wij proberen dat ook dan te duiden dat ,euhm, wij dat niet allee wij kunnen niet, maar de patiënt heeft vrijheid van keuze, nu voor ons is het heel simpel als de patiënt zegt 'ik wil niet dat mijn vrouw behandeld word door een man' ja goed dan is er, euh kijken we wel altijd, we zullen wel altijd kijken is er een mogelijkheid, is er een collega die bij wijze van spreken op die dienst ook werkt, dan zal er wel eventueel geswitcht worden maar het is niet dat wij dat altijd 100 procent kunnen garanderen.” (Manager)

Op de afdeling wordt er zoveel mogelijk op deze vraag ingegaan:

"Bij ons (moslimcultuur) is dat zo dat mannen zich graag door de mannen laten wassen en de vrouwen graag door vrouwen, dus ik heb dat ook gehad dat die mij gewoon weigerde eigenlijk, tjaa dat komt ge dan ook weer tegen, maar dan is het van 'wilt gij (mannelijke collega) die efkes gaan doen?' 'geen probleem'.” (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Soms is het echter niet mogelijk in te gaan op deze vraag.

"We proberen altijd rekening te houden met dat, maar soms is het druk op de afdeling, dan wordt ze niet gewassen of de familie mag komen haar wassen ofzo.” (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Ten slotte is er bij sterfte van een moslimpatiënt een andere procedure die gevolgd dient te worden dan de standaardprocedure.

"Bij een sterftegeval, normaal hebben wij de gewoonte om die patiënt te verzorgen, want ja, vaak hebben die nog een infuus, een blaassonde, zijn die niet meer fris, laat maar zeggen. Dus dan wassen we de mensen, doen we ze ook vaak kleren aan die de familie heeft meegebracht om ze dan toonbaar te maken." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Bij een overlijden van een moslimpatiënt dienen de verpleegkundigen zelf geen zorgen meer te verlenen, enkel de eventuele infuus en pijnpomp worden verwijderd.

"In principe moet het ziekenhuis zelf niks regelen, als een (moslim)patiënt sterft moet de verpleegkundige niks doen van, euh, mensen wassen en dergelijke, de Islamitische patiënten worden gewassen door de gemeenschap zelf, er zijn mensen opgeleid in de moskeeën om de rituele wassingen te doen, en een vrouw moet door een vrouw gewassen worden en een man door een man, dus we hebben ook lijsten van vrijwilligers, vrijwilligers vanuit de moskee die een engagement hebben met het ziekenhuis, dat zij eigenlijk komen de begeleiding doen van de rituele wassing, als er iemand sterft, als er iemand van de Turkse gemeenschap sterft, wordt er een Turkse vrijwilliger gebeld, en als iemand van de Marokkaanse gemeenschap sterft, wordt een Marokkaanse vrijwilliger gebeld. En die komt naar hier en die, er komen ook mensen, de wassers eigenlijk, en die komen dat doen in het mortuarium, en die persoon gaat dat allemaal begeleiden, en zorgen dat dat volgens de procedure gebeurt, dus euh in principe moet het ziekenhuis, heeft de plaats ter beschikking en de vrijwilligers, en de gemeenschap doet het helemaal zelf, dus als verpleegkundige hebt ge daar eigenlijk geen werk aan." (Manager)

3.2.3. Omgang

De algemene gedragscode van het ziekenhuis steunt op drie kerncompetenties, waaronder integriteit. Deze vormen een rode draad in het personeelsbeleid. Het ziekenhuis omschrijft integriteit als volgt:

Integriteit is zich houden aan de normen, de waarden en de omgangsregels die gangbaar zijn binnen de cultuur van ons ziekenhuis. Daarbij staan respect, discretie en non-discriminatie centraal. (Algemene gedragscode, p.2)

Omdat het omgaan met andere culturen niet altijd evident is, zoals reeds besproken bij de onderdelen communicatie en noden, biedt het ziekenhuis opleidingen aan die betrekking hebben op het omgaan met andere culturen in de zorg. Het is de dienst patiëntenbeleiding, meer bepaald de interculturele bemiddelaars die hiervoor het initiatief nemen.

"Als je naar onze interne vormingskalender zou kijken dan komt dat thema daar ook aan bod, dan kun je daar best wel een aantal dingen gaan beluisteren als medewerker om meer notie te hebben daarvan of om, ja, in het brede ook dingen daar rond te vernemen, dat komt zeker als thema aan bod." (Manager)

Vaak wordt op vraag van een dienst een specifiek thema toegelicht omtrent diversiteit in de zorg.

"Dat zijn ook vaak opleidingen op maat, op vraag, bijvoorbeeld de pijnkliniek heeft een opleiding gevraagd over pijn in andere culturen, hoe gaan andere culturen om met pijn, dat hebben ze op andere afdelingen ook al eens gevraagd, van hoe moeten wij werken met een bemiddelaar, we hebben verschillende keren ook trainingen gegeven over omgaan met andere culturen in het algemeen, of over de tolkprocedure." (Manager)

Racistisch gedrag

Ondanks de gedragscode die op papier staat en de opleidingen die van bovenaf worden georganiseerd blijkt uit de data-analyse dat de omgang tussen de verschillende culturen niet altijd als optimaal wordt ervaren. Er is soms sprake van disrespect tussen zorgverlener en patiënt op basis van etnische achtergrond. Dit kan voorkomen in beide richtingen, maar ook tussen patiënten.

Volgend uit de algemene gedragscode geldt er in het ziekenhuis een nultolerantie voor personeelsleden inzake racisme en discriminatie. Wanneer er toch een inbreuk is op deze code, durft het ziekenhuis ook drastisch in te grijpen:

"Wij hebben ooit een klacht gehad over een medewerker, de klacht ging erover dat die medewerker racistisch gedrag had, en dat die medewerker ook racistische uitspraken deed, euhm dat hebben we onderzocht, besproken, nagevraagd, en toen bleek, en dat doen we natuurlijk objectief, daar bewijs voor hadden, want ge moet zomaar niet daar licht overheen gaan, want dat is een gevoelige, dan hebben we die medewerker ook ontslaan, omdat we ervoor staan dat dat niet kan in onze organisatie." (Manager)

Een dergelijke klacht kan de patiënt indienen bij de ombudsdienst van het ziekenhuis.

In de andere richting komt het ook voor, een geïnterviewde verpleegkundige met een migratieachtergrond heeft ooit zo een situatie meegemaakt waarbij een patiënt zich schuldig maakte aan racistische uitspraken:

"Die (Belgische patiënt) vroeg wat mijn naam is, vanwaar ik kwam en toen begon die vanalles te zeggen, 'profiteurs' en vanalles eigenlijk, vanalles uitmaken, ook omwille van mijn godsdienst, ook naar mijn godsdienst toe, en 'ga naar uw eigen land'."
(Verpleegkundige, etnische minderheid)

Deze verpleegkundige, die behoort tot een etnische minderheid, heeft de uitspraken genegeerd en de patiënt verder verzorgd. Haar collega van dezelfde origine overkwam het ook, ze heeft er geen aanstoot aan genomen maar heeft wel de patiënt niet verder verzorgd.

"Ik heb eens een (Belgische) patiënt gehad die zei: "aah nee, gij komt niet aan mij." Dat dat nu nog bestaat hé... (...) Die was niet voor rede vatbaar. Dan heb ik ze gewoon door een andere collega laten verzorgen." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Deze verpleegkundigen hebben geen melding gemaakt van dit gedrag, maar dit betekent niet dat ze niet op de steun van het management kunnen rekenen. Zo heeft een geïnterviewde verpleegkundige in tegenstelling tot haar collega's wel melding gemaakt van racistisch gedrag. Het ziekenhuis heeft toen drastisch ingegrepen. Het management koos ervoor om niet de confrontatie aan te gaan met de patiënt door erover te praten, maar om de twee partijen uit elkaar te halen.

"Ik ging hem (Belgische patiënt) verzorgen en dat was, euhh, van de eerste moment euh 'stomme buitenlander' en die met 'de zwarte haren' (...) ja ik ben toen naar de arts geweest, en ik heb zo gezegd 'dokter ik kan dat nie, ik doe niet moeilijk, ik heb nooit moeilijk gedaan maar die patiënt he die euhh die zegt echt alleen maar racistische uitspraken naar mij toe' ik zei 'ik kan het niet meer' 'hij gaat naar [plaatsnaam] of ik ga klacht indienen, vandaag nog'.. over half uur was hij weg." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Tussen patiënten van verschillende origine kan er ook soms moeilijk met elkaar worden omgegaan, het ziekenhuis gaat niet in op voorkeuren van patiënten omtrent de kamergenoot:

"Die [etnische minderheid] zei "mevrouw, ik wil niet liggen bij een vreemdeling op de kamer".. Ik dacht "allé nu, dat meent ge nu toch niet!" Ik heb daarop geantwoord dat we daar geen rekening mee kunnen houden. Dat moet je en privé kamer, een kamer alleen nemen. (...) Die wilde dus zeggen dat ze niet bij een [nationaliteit] of een [nationaliteit] op de kamer wilde liggen." (Manager)

Ook voor patiënten is er dus geen ruimte voor racisme of discriminatie in het ziekenhuis:

"Ofwel pakt ge uw boeieke bijeen en dan gaat ge maar naar een ander ziekenhuis ofwel legt ge u daar bij neer en stopt ge met dat verhaal." (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

Bezoek

Ten tweede is er niet enkel de omgang met de patiënt, maar ook met het bezoek van de familie. Dat bezoek is doorgaans nadrukkelijker aanwezig bij patiënten van andere origine:

"Belgische families zijn vaak niet zo groot maar euh ja Turkse, Marokkaanse, soms ook Italiaanse families zijn soms enorm groot en die zitten daar soms met 20 man op één klein kamertje." (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

Wanneer het vele bezoek een probleem vormt voor medepatiënten of de patiënt zelf, dan kan het bezoek hierover worden aangesproken. Hiervoor is geen eenduidig beleid in het ziekenhuis, de verpleegkundigen doen dit op eigen initiatief.

Een geïnterviewde Marokkaanse verpleegkundige herkent dit vanuit haar eigen cultuur en durft, wanneer het er rustig aan toe gaat, wat soepeler omgaan met het bezoeken, dat bezoek toelaat tot 20 uur.

"Anderen zullen misschien zeggen van 'neen, het is tijd om naar huis te gaan om acht uur is het bezoeken gedaan en ge moet door'. Maar als ik zie papa is rustig, die is rustig bij die vrouw, een half uurtje meer of minder eh, knijp ik wel een oogje toe, 'blijf maar een half uurke'." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Wanneer zij merkt dat er te veel bezoek is op een kamer durft ze het bezoek aan te spreken:

"Als we zien dat er te veel is, en die man is echt moe, ja, hier is een zaal, groot genoeg, ge kunt ook uw papa naar hier pakken met de rolstoel en hier zitten." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Een collega van dezelfde origine lost het op een andere manier op:

"We kunnen een papier op de deur plakken, hoeveel dat er maximum binnen mag." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Wanneer er op de afdeling een sterfgeval plaatsvond van een imam, een bekend persoon binnen de Moslim gemeenschap, kwam er extreem veel bezoek, in samenspraak met het management is toen een oplossing gezocht:

"Hebben we in overleg met het management een lokaaltje ergens kunnen vrijmaken in het ziekenhuis waar dat eigenlijk iedereen kon gaan zitten en dat ze mekaar wat konden afwisselen om op de kamer aanwezig te zijn." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Wanneer de bezoekers niet gehoorzamen wanneer het bezoeken is afgelopen, heeft de verpleegkundige de optie om na twee verwittigingen de bewaking te bellen ter ondersteuning:

"Die wou maar nie weggaan, heb ik gezegd 'als u niet luistert, ga ik nu de bewaking bellen' 'jaja doe maar' die dacht dat ik dat niet meende, maar ik had echt de bewaking gebeld en ja natuurlijk als die twee mannen afkomen, die struise mannen, gaan ze gelijk niks mee." (Verpleegkundige, etnische minderheid)

Culturele verschillen in visie omtrent levenseinde

Ten slotte hanteert het ziekenhuis ook diversiteitsmanagementpraktijken rondom het DNR-beleid. Zo is euthanasie niet toegestaan in de Islam. De Enige die leven mag scheppen en terugnemen is God. Hij is degene die de mens heeft geschapen en hem weer tot zich roept. Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat in hun ervaring moslimpatiënten nogal eens aangeven dat dat ze specifieke wensen hebben rond het thema van euthanasie. Zo zien de verpleegkundigen bij moslimpatiënten een blijvende hoop tot genezing tot op het laatste moment, zo willen de moslimpatiënten tot op het laatste kiezen voor mogelijke behandelingen. Binnen de afdeling komt vaak het DNR-beleid aan bod, DNR staat voor Do Not Reanimate, ook dit beleid ligt zeer gevoelig bij Moslims, het gaat erom of een patiënt wel of niet gereanimeerd moet worden en anderzijds om een op voorhand besproken beperking of afbouw van medische therapie vast te leggen. De familie wordt steeds betrokken in dit beleid, echter ligt de eindbeslissing bij de behandelende arts.

"We doen niet reanimeren, do not reanimate, die we gebruiken bij heel wat patiënten om te zeggen van kijk: hier stopt het verhaal, krijgt nog antibiotica, krijgt nog wat zuurstof, maar als het hart stilvalt gaan we daarop niet meer pompen en gaan blazen. Dit is dikwijls in die culturen nog onbespreekbaar, zelfs bij Italianen. Of iemand van de familie krijgt het niet over zijn hart om dat mee te helpen beslissen. De dokter zegt hier dikwijls van: wij nemen die beslissing maar die zaken zijn in hun culturen onbespreekbaar, zijn taboes. Als de dokter (...) dit is het verhaal van kijk: ik kom het u vertellen, het gaat over uw papa of over uw mama, wat we eigenlijk nu voorstellen is, we gaan ze niet meer aan de machines gaan hangen op de intensieve als er iets gebeurt. Ah ja, dat is goed. Ja, dat weet ik wel niet, ja maar neen, gij moet dat niet beslissen, wij beslissen dat wel. Maar bij die mensen is dat nog niet voldoende, die gaan daarop gaan antwoorden: neen, dat gaat niet, dat mag niet van

mijn geloof. Gij moet alles blijven doen tot op het laatste. En daar wordt dan rekening mee gehouden.” (Verpleegkundige, etnische meerderheid)

Dat het ziekenhuis ook echt rekening houdt met de mening van de familie blijkt:

*“Die (moslimpatiënt) moest DNR afgetekend worden gezien zijn medisch toestand, maar de familie vond dat niet kunnen 'jullie moeten alles doen, wat er ook gebeurt dat moment' zeiden ze, de dokters hadden het daar moeilijk mee natuurlijk en hebben ze dan iemand van intensieve naar hier gehaald, van kijk 'als uw moeder nog naar intensieve komt, dat gaat niet goed aflopen, die gaat als een plant eruit komen en dit en dat'. Wat dat ze ook hebben gezegd, de familie zei 'nee, jullie gaan ervoor, jullie moeten alles doen, God beslist gewoon wanneer zij zal gaan". Uiteindelijk is die beslissing gevallen en heeft iedereen die beslissing moeten navolgen, geen DNR-beleid {kortom wel reanimeren indien nodig}.”
(Verpleegkundige, etnische minderheid)*

Conclusie

In het eerste deel van deze analyse zagen we hoe het ziekenhuis omgaat met hun divers personeelsbestand, specifiek de verpleegkundigen in dat bestand. In de eerste plaats stelt het ziekenhuis zich open voor personeel van diverse achtergronden, dit betekent niet dat de organisatie doelgericht op zoek gaat naar personen met een migratieachtergrond. Aan personeelsleden met een migratieachtergrond vraagt het ziekenhuis op verschillende vlakken om zich aan te passen, bijvoorbeeld door geen hoofddoek te dragen en Nederlands te leren. De uitingen van diversiteit door het personeel worden tot op bepaalde hoogte gefaciliteerd, maar over het algemeen zijn de diversiteitsmanagementpraktijken naar het personeel toe beperkt (geen halaleten, niet bidden tijdens het werk). In het tweede deel van deze analyse zagen we hoe het ziekenhuis omgaat met hun divers patiëntenbestand. Aan de ene kant doet het ziekenhuis wel moeite om zich aan te passen, en aan de andere kant niet. Op het vlak van voedsel wordt er praktisch niets gedaan, de patiënt moet hierin zelf in zijn noden voorzien. Op vlak van communicatie wordt er wel veel gedaan door het ziekenhuis, er zijn een aantal 'officiële' praktijken, maar aan de andere kant wordt er ook veel door het personeel spontaan gedaan waarbij het eerder van het individu afhankelijk is. Verder wil het ziekenhuis een organisatie zijn waarin er niet wordt gediscrimineerd. Het ongelijk behandelen of achterstellen van een bepaalde groep mensen op welke basis dan ook is verboden in het ziekenhuis en wordt dan ook gesanctioneerd, zowel bij personeel als patiënten.

4. Discussie

In dit hoofdstuk zal voorbijgegaan worden aan de citaten uit de interviews en de tekstfragmenten uit de documentanalyse, om duidelijk te maken hoe de analyse uit het vorige hoofdstuk een bijdrage kan leveren aan de bestaande literatuur. Beginnen doet deze discussie daarom met de bestaande literatuur, namelijk met de 'resource dependence theory', in hoeverre maakt het ziekenhuis gebruik van de 'resources' van het divers personeel om aan de noden van de diverse patiënten te voldoen? En volstaat dit om aan de nieuwe eisen van het divers patiëntenbestand te voldoen? Het zal immers duidelijk worden dat in de gezondheidszorg gebruik gemaakt wordt van de specifieke vaardigheden gerelateerd aan personen met een migratieachtergrond, weliswaar grotendeels voor informele praktijken. Maar er kan gesteld worden dat dat als 'resource' niet voldoende is om volledig in de noden van de patiënten te voorzien. Het ziekenhuis hanteert immers ook formele praktijken, zoals het installeren van een gebedsruimte of het inzetten van de officiële cultuurtolken. Dus in de zorgcontext gaat het verder dan alleen het voordeel van etnisch divers personeel, er is meer nodig. De manier waarop het ziekenhuis omgaat met etnische diversiteit zowel onder personeelsleden en patiënten kent veel gelijkenissen. Er wordt slechts selectief in de noden van patiënten voorzien en dat geldt ook voor het personeel.

In eerste instantie zal er worden ingegaan op de 'resource dependence theory' van Ortlieb en Sieben (2013). De theorie zal worden getoetst aan een specifieke sector, de zorgsector. Het tweede onderdeel gaat verder in op formele praktijken die het ziekenhuis voorziet om in te spelen op de uitdagingen die een divers patiëntenbestand met zich meebrengt. In het laatste onderdeel wordt besproken hoe het ziekenhuis omgaat met diversiteit in haar personeelsbestand.

4.1. Resource dependence theory

De literatuurstudie in deze masterproef begint met de definitie van het begrip *diversity management*. Weliswaar zijn er meerdere definities terug te vinden in de literatuur, in deze masterproef wordt diversiteitsmanagement gezien als een aanpak die unieke competenties naar waarde schat, waardoor er binnen een organisatie een samenwerkingsvoordeel ontstaat, waarvan zowel werkgever als werknemer geniet (Zanoni, 2011). Uit de data-analyse blijkt dat ook het ziekenhuis de unieke capaciteiten die eigen zijn aan verpleegkundigen van personen met een migratieachtergrond sterk waardeert. Verder bouwend op de definitie van Zanoni (2011) komen we bij de theorie van Renate Ortlieb en Barbara Sieben (2013) die personen met een migratieachtergrond 'kritieke bronnen' toeschrijft die voor organisaties een voordeel (kunnen) betekenen. Technisch gezien is het raamwerk gebaseerd op de theorie van afhankelijkheid van hulpbronnen, zoals geëxpliciteerd door Pfeffer en Salancik (1978). Uit het onderzoek blijkt dat deze stelling bevestigd wordt door het ziekenhuis. Het ziekenhuis erkent dat om de zorgverlening voor patiënten van andere origine zo vlot mogelijk te laten verlopen en om aan de behoeften en wensen van deze mensen te voldoen, verpleegkundigen met een migratieachtergrond een positieve invloed hebben. Het ziekenhuis ervaart twee 'kritieke bronnen' die verpleegkundigen met een migratieachtergrond bezitten, namelijk culturele vaardigheden en taalkundige vaardigheden. Wat de culturele vaardigheden betreft blijkt uit de analyse dat deze verpleegkundigen de patiënten van andere origine een vertrouwd gevoel geven, ze begrijpen de cultuur beter waardoor de zorg beter afgestemd kan worden en de omgang met de patiënt vlotter verloopt. Ze zijn ook vertrouwder met, voor etnische meerderheden, ongewone situaties en weten hoe ze met de familie van de patiënt moeten omgaan. Zorgverleners met een migratieachtergrond zijn beter op de hoogte van de behoeften van de patiënt van andere origine en kunnen er dus beter op inspelen. Maar uit het onderzoek blijkt dat het ziekenhuis vooral gebruik maakt van de taalkundige vaardigheden die de diverse verpleegkundigen met zich meebrengen. De literatuur beweert dan ook dat communicatie het grootste struikblok vormt inzake multiculturele zorgverlening (Olthuis 2001; Ang 2007). Een gebrekkige communicatie kan de kwaliteit van de zorg enorm verstoren. Het is voor het ziekenhuis dan ook niet altijd vanzelfsprekend om in deze context een toegankelijke dienstverlening te garanderen. Om de taalbarrière tussen zorgverlener en zorgverstrekker te overbruggen, maakt het ziekenhuis in informele contacten gebruik van de taalkundige vaardigheden van het divers personeelsbestand. Uit een Noorse studie blijkt (Kale & Syed, 2010) dat het onderzochte ziekenhuis in deze masterproef hierin geen uitzondering is, meer dan de helft van de ondervraagde artsen en verpleegkundigen maakt vaak gebruik van verpleegkundigen met een migratieachtergrond om de communicatie te vergemakkelijken (Kale & Syed, 2010). Wel stelt de literatuur dat dit niet altijd de kwaliteitsvolste optie is. De gebruikelijke praktijk om tweetalig gezondheidspersoneel te gebruiken wordt niet aanbevolen, omdat de werknemers geen getrainde tolken zijn (Matthews et al., 2000). Het ziekenhuis onderzocht in deze

masterproef is het daarmee eens en werkt daarom ook met officiële tolken. Wanneer de verpleegkundigen en de familie die rechtstreeks contact hebben met de patiënt, het taalprobleem niet kunnen oplossen, kan de verpleegkundige indien hij/zij dit nodig acht om alzo goede hulpverlening te kunnen bieden, een tolk inschakelen tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis. In Europese landen is de toegang tot dergelijke tolkdiensten niet consistent (Kluge et al. 2012). Dit is afhankelijk van nationaal beleid in plaats van internationaal of Europees recht (Phelan, 2012). In het ziekenhuis is er een dienst 'patiëntenbegeleiding' waar de verpleegkundigen terecht kunnen met hun vraag omtrent taalproblemen, deze dienst stelt interculturele bemiddelaars tewerk die opgeleid zijn om te tolken. Het ziekenhuis stelt dat medewerkers verantwoordelijk zijn voor goede zorgverlening, dus ook voor het inschakelen van een tolk indien nodig en gewenst/gevraagd door de patiënt. Voor Italiaans, Turks, Marokkaans en standaard Arabisch kan een intercultureel bemiddelaar uit het ziekenhuis ingeschakeld worden als tolk. Wanneer er een andere taal nodig is, heeft de intercultureel bemiddelaar de bevoegdheid om een externe tolk aan te vragen. Er bestaan drie soorten tolken die het ziekenhuis kan inschakelen namelijk een tolk ter plaatse, een tolk via het internet en een telefonische tolk. Het ziekenhuis kiest ervoor om zoveel als mogelijk, de tolk liefelijk aanwezig te hebben. Terugkomend op de resource dependence theory, maken ook de interculturele bemiddelaars soms in dringende situaties gebruik van het divers personeelsbestand van het ziekenhuis, wat aantoont dat de scheidingslijn tussen de verschillende praktijken (formeel en informeel) niet altijd zuiver is. Het beroep doen op personeelsleden met een migratieachtergrond via deze weg kan echter niet altijd, bijvoorbeeld als ze op een andere afdeling niet weg kunnen/mogen. In die zin zijn er dus ook beperkingen aan de mate waarin de organisatie gebruik kan maken van de resources die personeelsleden met een migratieachtergrond met zich meebrengen. De dienst van de interculturele bemiddelaars heeft een lijst opgemaakt van personeelsleden met een migratieachtergrond die zich vrijwillig willen engageren om in te staan als tolk indien nog. Deze optie wordt echter wel zoveel mogelijk vermeden omdat, zoals eerder vermeld, verpleegkundigen niet zijn opgeleid om te tolken en ze de toestemming moeten krijgen van hun hoofdverpleegkundige om de eigen dienst te mogen verlaten. Het werken met een professionele tolk is aangeraden bij de formele contacten tussen hulpverlener en patiënt. Echter blijkt uit het Noorse onderzoek dat 33% van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg meldden dat ze zonder tolk met de patiënt probeerden te communiceren, dat 38% familieleden of kennissen gebruikte en 12% een werknemer probeerde te vinden die de taal van de patiënt sprak (Kale & Syed, 2010). Waarom er niet altijd geopteerd wordt voor een professionele tolk blijkt uit interviews met Noorse beroepsbeoefenaren: in de gezondheidszorg gaf slechts 4% aan financiële redenen te geven voor het niet bestellen van een tolk; vaker bestelden ze er geen, omdat ze vonden dat het tijdrovend en onpraktisch was (26%) of ze hadden zelf slechte toegang tot de diensten (21%)(Kale & Syed, 2010). Het gevoerde onderzoek bevestigt de literatuur, er zijn geen kwantitatieve data verzameld tijdens dit onderzoek maar uit de interviews blijkt dat verpleegkundigen het inschakelen van de intercultureel bemiddelaar voor het oplossen van het taalprobleem ook als laatste optie beschouwen, ze proberen het doorgaans 'officieus' op eigen initiatief op te lossen. Als voornaamste reden blijkt dat ze het inschakelen van een intercultureel bemiddelaar als te tijdrovend ervaren. Voor formele onderzoeken en gesprekken is het echter verplicht de officiële procedure te volgen indien er een communicatieprobleem optreedt.

Verder blijkt uit het 'resource dependence theory' van Ortlieb & Sieben (2013) dat organisaties streven naar het hebben van noodzakelijke/kritieke bronnen om competitief te kunnen zijn. Om noodzakelijke bronnen te verwerven is het essentieel om mensen met een migratieachtergrond in dienst te hebben.

Uit het onderzoek blijkt dat het ziekenhuis de meerwaarde van personen met een migratieachtergrond in het personeelsbestand erkent. Echter valt uit de data niet te concluderen dat het ziekenhuis aanwervingscampagnes heeft die uitdrukkelijk gericht zijn op het aanwerven van personen met een migratieachtergrond. Het wervingsproces in het ziekenhuis moet garant staan voor het vinden van competente medewerkers vanaf 18 jaar die beantwoorden aan een vooropgesteld functieprofiel. De job toewijzing is gebaseerd op competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) en indien nodig de vereiste wervingsdiploma's. Het is zo dat het ziekenhuis met andere woorden alle functies toegankelijk stelt voor personen met een migratieachtergrond maar er niet 'naar streeft' deze te laten invullen door personen met een migratieachtergrond, de basisgedachte van de 'juiste man/vrouw op de juiste plaats' staat hierbij centraal. Deze gedachtegang omtrent aanwerving wordt in de literatuur beschreven als 'identity-blind' (Roberson, 2006). Organisaties negeren dan de verschillen die betrekking hebben tot etniciteit, geslacht, leeftijd of levensstijl bij HR-praktijken en zorgen zo voor een HR-besluitvormingsproces gelijk voor ieder individu (Ellis, 1994;

Konrad & Linnehan, 1995). Individuen worden beoordeeld op hun individuele verwezenlijkingen waarbij de groep waartoe je als individu behoort, wordt genegeerd. Dit is volgens deze auteurs de manier om discriminatie te elimineren.

4.2. Resource niet voldoende

Het ziekenhuis doet weliswaar een beroep op personeelsleden met een migratieachtergrond als resource, maar uit het onderzoek blijkt dat dit niet voldoende is om volledig in de noden van de patiënten te voorzien. Reeds werd vermeld dat naast het inzetten van personeelsleden met een migratieachtergrond ook officiële tolken worden tewerkgesteld in het ziekenhuis om het communicatieprobleem op te lossen. Naast de taalkundige noden, kan er in de culturele noden ook niet voldaan worden door een beroep te doen op personeel met een migratieachtergrond. Daarom hanteert het ziekenhuis zowel praktijken die wel en niet gebaseerd zijn op het personeel.

Zo is er bij iedere religie grote verscheidenheid in de manier waarop die wordt beleefd en gepraktiseerd. Voor verpleegkundigen is het belangrijk te weten in welke mate religie belangrijk is voor de patiënt en na te gaan hoe hiermee rekening kan worden gehouden (Foblets & Martiniello 2005). Uit het onderzoek blijkt dat personeelsleden met een migratieachtergrond die andere religies belijden, de patiënten ook beter begrijpen in hun religieuze waarden. Dit begrip volstaat echter niet. Het ziekenhuis hanteert daarom enkele formele praktijken om in deze culturele/religieuze noden te voldoen. Voor elk erkend geloof heeft de organisatie een persoon die zij kan contacteren om de religie te komen vertegenwoordigen. Verder is er het gebed, wanneer patiënten wensen de bidden kunnen ze gebruik maken van het Islamitische gebedshuis binnen het ziekenhuis. De literatuur omschrijft nog een bijkomend gegeven waarmee verpleegkundigen best rekening houden, de ramadanperiode oftewel de jaarlijkse vastenmaand (Guillaume 2008). Uit het onderzoek blijkt dat de ramadanperiode niet echt intensief wordt beleefd op de afdeling, omwille van de gezondheidstoestand van de patiënt.

Daarnaast is het in vele culturen en religies dat het bezoeken van zieken als een sociale of religieuze verplichting wordt beschouwd. De wijze waarop allochtone gemeenschappen omgaan met zieke mensen komt niet altijd overeen met de gewoonten en gebruiken in de Belgische ziekenhuizen. Het onderzoek bevestigt dat het bezoek doorgaans nadrukkelijker aanwezig is bij patiënten van andere origine. Wanneer het vele bezoek een probleem vormt voor medepatiënten of de patiënt zelf, dan kan het bezoek hierover worden aangesproken. Hiervoor is geen eenduidig beleid in het ziekenhuis, de verpleegkundigen doen dit op eigen initiatief. Sommige verpleegkundigen gaan soepeler om met het bezoeker, andere laten het bezoek verplaatsen naar een zaal of hangen een briefje op de deur met een maximaal aantal toegelaten bezoekers. Uit het onderzoek kan niet geconcludeerd worden dat personeelsleden met een migratieachtergrond hierin soepeler zijn.

Verder is het ziekenhuis selectief in welke noden het voorziet, en voor welke andere noden patiënten (en hun familie) zelf moeten zorgen, zoals bijv. halal eten. Het maaltijdgebeuren heeft een belangrijke sociale, psychologische en religieuze betekenis (Gastmans & Vanlaere 2005). Het ziekenhuis kiest ervoor om niet specifiek rekening te houden met de voedingsvoorschriften van de moslimpatiënten. Het ziekenhuis gaat niet in op het aanbieden van halal maaltijden maar er zijn wel meerdere keuzemogelijkheden. Uit de analyse blijkt dat de moslimpatiënten vaak, als gevolg van het niet aanbieden halal voedsel, geen vertrouwen hebben in de keuken van het ziekenhuis en geen risico nemen om haram (verboden) voedsel te eten. Ze laten doorgaans eten van thuis meebrengen.

In tegenstelling tot sommige auteurs die ervan uitgaan dat organisaties graag in de noden van hun klanten (patiënten) willen voorzien omdat dit bijdraagt aan het realiseren van hun eigen doelen, is het dus duidelijk dat het ziekenhuis niet in alle noden voorziet.

4.3. Divers personeelsbestand managen

Hoewel het ziekenhuis duidelijk haar personeel met een migratieachtergrond als resource gebruikt, blijkt uit hun diversiteitsmanagementbeleid naar het personeel toe dat dit beleid slechts gedeeltelijk tegemoetkomt aan de situatie en noden van deze doelgroep.

Ze stellen als openbaar ziekenhuis zelfs enkele voorwaarden, die kunnen botsen met etnische minderheidsgroepen, die voldaan dienen te worden alvorens tewerkgesteld te kunnen worden in de organisatie. Ten eerste moet de persoon de Nederlandse taal machtig zijn, binnen het ziekenhuis verloopt alle communicatie in het Nederlands en zijn alle (beleids)documenten in het Nederlands opgemaakt. Daarnaast dient het diploma erkend te zijn in Vlaanderen. Een buitenlands diploma moet

verplicht passeren bij NARIC, een instantie die buitenlandse diploma's verifiert. Wanneer bij een sollicitatie wordt bevonden dat de persoon de Nederlandse taal niet voldoende machtig is, wordt deze persoon niet per direct afgeschreven. Dit bewijst dan weer dat het ziekenhuis toch wel een open houding heeft ten aanzien van potentieel personeel met een migratieachtergrond. Deze diversiteitsmanagementpraktijk wordt ook beschreven door Vermaut (2016), de auteur beschrijft dat organisaties hun HR-praktijken en – procedures moet herdenken en vernieuwen om zoveel mogelijk discriminatie, stereotypes en bias weg te werken bij het selecteren, aanwerven, evalueren, opleiden en begeleiden van mensen.

Een ander diversiteitsmanagementpraktijk doet zich voor wanneer er werkkleding ter beschikking gesteld wordt. Volgens het intern reglement moet tijdens de werkzaamheden enkel de ter beschikking gestelde werkkleding gedragen worden. Concreet wil dit zeggen dat er in het ziekenhuis geen hoofddoeken toegelaten zijn voor personeelsleden die in contact komen met patiënten: het verzorgend personeel, maar ook de administratie, het keukenpersoneel en het schoonmaakpersoneel. Dit beleid stimuleert de inclusie van divers personeels niet. Uit de interviews met het management is gebleken dat het ziekenhuis als belangrijkste argument "hygiëne" aanhaalt.

Een andere zaak waar het ziekenhuis aandacht aan besteedt om de diversiteit in het personeelsbestand te managen, is het (in beperkte mate) tegemoet komen aan bepaalde noden die diversiteit met zich meebrengt. Diversiteit op de werkvloer impliceert ook leren omgaan met verschillen met mensen die anders-zijn. Dit is ook het geval voor het ziekenhuis, die medewerkers van een ander geloof of uit een andere cultuur tewerkstelt. Het ziekenhuis probeert op verschillende manieren tegemoet te komen aan de noden van de andere culturen.

Ten eerste voorziet het ziekenhuis diversiteitsmanagementpraktijken omtrent feestdagen. De moslimcultuur heeft feestdagen die in de westerse wereld niet als officiële wettelijke feestdagen worden beschouwd. Om die reden is het ziekenhuis wettelijk niet verplicht om verlof te verlenen op islamitische feestdagen. Toch vragen moslims vaak verlof om samen te kunnen bidden, familieleden te bezoeken of zelf gasten te ontvangen. Hiervoor is geen algemeen beleid in het ziekenhuis, maar op dienstniveau worden deze afspraken wel gemaakt. Alle diensten in het ziekenhuis werken met een 'wensenboek', dit is een document dat wordt beheerd door de leidinggevende van de dienst. Alle verpleegkundigen kunnen hierin hun wensen noteren, het is aan de leidinggevende om te bepalen hoeveel wensen een persoon mag opnemen en in welke mate hij/zij hier rekening mee houdt. Wensen kunnen onder meer gaan over de shift-verdeling, weekendposten of feestdagen. De moslimverpleegkundigen gaven tijdens de interviews aan dat zij dit beleid zeer appreciëren en dat vooral tijdens de ramadanperiode dit instrument als zeer nuttig wordt ervaren. Die solidariteit werkt ook in de omgekeerde richting. Door verlof toe te staan op islamitische feestdagen zijn moslims vaak bereid om te werken op katholieke feestdagen. Wanneer het 'wensenboek' geen optie is, kan er steeds in dialoog gezocht worden naar een andere mogelijkheid, zoals onbetaald verlof.

Ten tweede is er het gebed. Om de algemene werking van het ziekenhuis niet te verstoren, laat het ziekenhuis niet toe om zich tijdens de werkuren af te zonderen om op bepaalde momenten te gaan bidden. Toch probeert het ziekenhuis in beperkte mate rekening te houden met de verschillende religies in het personeelsbestand. Tijdens de pauzes of na de werkuren kan er wel gebeden worden, het ziekenhuis is voorzien van een islamitisch gebedshuis, alsook een rooms-katholiek gebedshuis en een lokaal voor niet-gelovigen of voor andere geloofsbelijdenissen. Deze ruimtes kunnen gebruikt worden door de werknemers, de bezoekers en door de patiënten.

Ten derde wordt in de personeelsrefter geen rekening gehouden met de voedingsvoorschriften van de Islam. De personeelsleden hebben wel meerdere keuzemogelijkheden. Wanneer dit voor de moslim-medewerker niet volstaat, moet hij/zij zelf zoeken naar een oplossing.

Tot slot omschrijven auteurs dat trainingen en educatie om de werknemers in een organisatie bekend te maken met de anti-discriminatie wetgeving en om het culturele bewustzijn te verhogen (Vermaut, 2016; Kalev, Dobbin, & Kelly, 2006) een veel geïmplementeerde diversiteitsmanagementpraktijk is. Het heeft als doel om de attitudes en gedragingen van werknemers te veranderen en om vormen van discriminatie en uitsluiting te reduceren. Ook het ziekenhuis voorziet opleidingen die betrekking hebben op het omgaan met andere culturen in de zorg. Het is de dienst patiëntenbeleiding, meer bepaald de interculturele bemiddelaars die hiervoor het initiatief nemen. Vaak wordt op vraag van een dienst een specifiek thema toegelicht omtrent diversiteit in de zorg, bijvoorbeeld pijnbeleving bij andere culturen.

Het ziekenhuis kan dus met een gedeeltelijk inclusief beleid toch personeelsleden met een migratieachtergrond aantrekken, behouden en inzetten om in de noden van diverse patiënten te voorzien.

5. Conclusie

Om een volledig antwoord op de onderzoeksvragen te kunnen geven, ging deze masterproef op zoek naar literatuur die niet alleen een diversiteitsperspectief voor ogen heeft, maar ook in bijzonder de relatie tussen zowel werknemers met een migratieachtergrond als klanten met een migratieachtergrond blootlegt. Deze focus zou immers diepere inzichten geven in de manier waarop zorginstellingen omgaan met diversiteit in de context van multiculturele zorgverlening. Zodoende werd gekozen voor de 'resource dependence theory' van Ortlieb en Sieben 2013, eerder geëxpliciteerd door Pfeffer en Salancik (1978), die stelt dat diverse personeelsleden vaardigheden hebben die als kritiek kunnen worden beschouwd in de werking van een organisatie. Deze masterproef koos er echter voor om deze theorie aan te passen naar de context van de gezondheidszorg, omdat de zorgsector net extra gevoelig is aan etnische diversiteit. In de zorgsector spreken we niet over klanten maar over patiënten. Patiënten kunnen niet zomaar over één kam geschoren worden met klanten in andere sectoren als bijvoorbeeld de retailsector of horecasector. Twee belangrijke kenmerken worden onderscheiden van het werk van verpleegkundigen die relevant zijn in het thema van diversiteit. Eerst, medisch en paramedisch ziekenhuiswerk betekent langdurige interactie, communicatie en responsiviteit voor patiënten in situaties van fysieke nabijheid en zelfs intimiteit. Ten tweede, de specifieke culturele betekenis van het lichaam bij geboorte, ziekte en dood (Scheper-Hughes & Locke, 1987).

De casestudie, bestaande uit interviews en een documentenanalyse, werd uitgevoerd in een ziekenhuis gevestigd in een regio die gekenmerkt is door aanwezigheid van etnische diversiteit. Het onderzoek vond plaats op één afdeling van het ziekenhuis. De gemiddelde opnameduur op deze afdeling is langer in vergelijking met andere diensten in het ziekenhuis, hierdoor ontstaat er meer interactie tussen patiënt en verpleegkundige. Deze interactie wordt versterkt doordat de patiënt op deze afdeling vaak totaal afhankelijk is van het verplegend personeel. Deze afdeling wordt ook gekenmerkt door het vele bezoek en het frequent voorkomen van een overlijden. Om een getrouw beeld te verkrijgen van het diversiteitsbeleid binnen het ziekenhuis is het noodzakelijk om zowel de visie van het management te achterhalen als de visie van het personeel op de werkvloer en dan vooral van de zorgverleners. Er werden zowel Belgische als niet-Belgische personeelsleden geïnterviewd. De visie op het beleid moet immers van beide kanten bekeken worden.

In de analyse van deze masterproef werden de gecodeerde resultaten uit de interviews en documenten opgedeeld in een codeboom, waarbij de vertakkingen telkens het antwoord gaven op een deelvraag:

1. De resource dependence theory stelt dat diverse personeelsleden beter kunnen voorzien in de noden van diverse klanten en dat organisaties bijgevolg streven naar het in dienst hebben van deze doelgroep. Uit de data-analyse blijkt dat het ziekenhuis inderdaad een beroep doet op verpleegkundigen met een migratieachtergrond als resource, maar dat dit niet voldoende is om in de noden van diverse patiënten te voorzien. Ze hebben immers ook formele praktijken, zoals het installeren van een gebedsruimte en de officiële cultuurtolken om aan de eisen te voldoen van diverse patiënten. We kunnen dus vaststellen dat het in de zorgcontext verder gaat dan alleen het voordeel van etnisch divers personeel, er is meer nodig.
2. Verder is het ziekenhuis selectief in welke noden het voorziet. Zo komen we bij de eerste en tweede deelvraag, namelijk 'Hoe gaat een ziekenhuis om met etnische diversiteit in haar personeelsbestand?' en 'Hoe gaat een ziekenhuis om met de toenemende diversiteit onder de patiënten?', deze kunnen samen worden beantwoord omdat het gevoerde beleid van het ziekenhuis omtrent diverse personeelsleden en diverse patiënten zeer veel gelijkenissen vertoont. Er wordt slechts selectief in de noden van patiënten voorzien en dat geldt ook voor het personeel. De uitingen van diversiteit door het personeel worden tot op bepaalde hoogte gefaciliteerd, maar over het algemeen zijn de diversiteitsmanagementpraktijken naar het personeel toe beperkt. Zo is er wel veel keuzemogelijkheid qua eten maar is er geen halaleten of is er wel een gebedsruimte maar is er geen mogelijkheid om tijdens de werkuren te bidden. Ook in verband met het divers patiëntenbestand, doet het ziekenhuis aan de ene kant wel moeite om zich aan te passen en aan de andere kant niet. Op het vlak van voedsel wordt er praktisch niets gedaan, de patiënt moet hierin zelf in zijn noden voorzien. Op vlak van communicatie wordt er wel veel gedaan door het ziekenhuis. Er zijn een aantal 'officiële' praktijken, zo stelt het ziekenhuis interculturele bemiddelaars tewerk die veelal instaan als tolk. Verder wil het ziekenhuis een organisatie zijn waarin er niet wordt gediscrimineerd. Het ongelijk behandelen of

achterstellen van een bepaalde groep mensen op welke basis dan ook is verboden in het ziekenhuis en wordt dan ook gesanctioneerd, zowel bij personeel als patiënten.

Er kan gesteld worden dat organisaties graag gebruik maken van divers personeel om hun klanten/patiënten beter te kunnen dienen, maar dat dat niet wil zeggen dat automatisch het algemene welzijn van het personeel 100% gegarandeerd wordt (want er zijn ook praktijken die als niet-diversiteitsvriendelijk kunnen worden geïnterpreteerd).

5.1 Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Het onderzoek heeft zich enkel gefocust op personen met een migratieachtergrond in het algemeen. Deze aanpak kent beperkingen. Het opzet van dit onderzoek laat niet toe aandacht te hebben voor de specificiteit van bepaalde herkomstgroepen. In de beschrijving van de positie van personen met buitenlandse herkomst beperken we ons tot een algemeen beeld, in de analyse wordt enkel het onderscheid gemaakt tussen etnische meerderheid (Belg) of etnische minderheid. Hierbij is er dus geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende nationaliteiten onder de groep personen met een migratieachtergrond zoals bijvoorbeeld Italianen of Turken. Verder bevatte de steekproef van het onderzoek wel respondenten van alle leeftijden maar is hier in de analyse geen aandacht aan besteed. Ook is er in de analyse geen onderscheid gemaakt tussen man en vrouw. Toekomstig onderzoek zou dus in eerste instantie een onderscheid kunnen maken tussen hoe jongere en oudere personen met een migratieachtergrond de multiculturele zorgverlening ervaren en managen. In tweede instantie zou men ook een onderscheid kunnen maken tussen de verschillende nationaliteiten en analyseren of er hiertussen verschillen optreden bij het managen van diversiteit in de zorg. In derde instantie zou men ook het verschil tussen mannen en vrouwen kunnen aantonen.

Vervolgens zijn er drie belangrijke actoren rond het zorgkundige aspect in het ziekenhuis. Management, verplegend personeel en patiënt. In het onderzoek werden enkel managers en verpleegkundigen geïnterviewd, en niet de patiënten zelf. Gezien de beperkte tijd die er beschikbaar is voor het uitvoeren van het onderzoek en omwille van het privacybeleid van het ziekenhuis was het niet mogelijk om ook voldoende patiënten te interviewen zodat er een goed inzicht verkregen kon worden in hun ervaringen. Daarom is ervoor gekozen om alleen managers en verpleegkundigen bij het onderzoek te betrekken. In volgende studies is het aangeraden ook de derde partij te bevragen.

Daarnaast is er enkel data verzameld in een Belgisch ziekenhuis gelegen in een historisch migratiegebied en is daardoor gekenmerkt door een hoge mate aan etnische diversiteit. Toekomstig onderzoek zou dus rekening kunnen houden met ziekenhuizen gelegen in andere regio's in België waar etnische diversiteit niet sterk aanwezig is. Deze zou men dan met elkaar kunnen vergelijken.

Tot slot kunnen we ons de vraag stellen in welke mate de antwoorden van de respondenten volledig overeenstemmen met wat ze eigenlijk echt voelen. Tijdens de data verzameling bleek dat multiculturele zorgverlening niet een onderwerp is welke volledig neutraal is. Het onderwerp ligt bij sommige respondenten zeer gevoelig. Ziekenhuizen zijn er bewust mee bezig welke maatregelen en voorzieningen ze nemen en wat dit voor een boodschap naar de samenleving geeft. Het is dan ook mogelijk dat er ondanks dat er gegarandeerde anonimiteit is afgesproken, bij sommige interviews toch sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven die mogelijk de resultaten beïnvloeden. Echter is voorafgaand aan de interviews door middel van een informatieblad en een informed consent document duidelijk gemaakt aan de respondenten hoe hun anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de informatie die ze delen gewaarborgd zou worden.

Bronnenlijst

- Akhavan, S., & Tillgren, P. (2015). Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study. *International journal for equity in health, 14*(1), 65.
- Al Ariss, A., Vassilopoulou, J., Özbilgin, M. F., & Game, A. (2013). Understanding career experiences of skilled minority ethnic workers in France and Germany. *The International Journal of Human Resource Management, 24*(6), 1236-1256.
- Ang, W. (2007). Werken met allochtonen: culturele sensitiviteit in de klinische praktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde, 63*(12), 556.
- Berdaï, S., Haüser, E. & Van Buggenhout, M. (2009). *Veelkleurige Zorg. Over de invloed van de herkomst van zorgverleners op hun relatie met bewoners van woon- en zorgcentra.* Antwerpen: de8
- Bhopal, R. (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology & Community Health, 58*(6), 441-445.
- Bleich, M. R. (2017). Reducing Stereotyping When Developing Leaders. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 48*(11), 492-493.
- Bogaert, S., & Vloeberghs, D. (2005). Differentiated and individualized personnel management: Diversity management in Belgium. *European Management Journal, 23*(4), 483-493.
- Bonacich, E. (1972). A theory of ethnic antagonism: The split labor market. *American sociological review, 547-559.*
- Brief, A. P., Umphress, E. E., Dietz, J., Burrows, J. W., Butz, R. M., & Scholten, L. (2005). Community matters: Realistic group conflict theory and the impact of diversity. *Academy of Management Journal, 48*(5), 830-844.
- Bush, V. D., & Ingram, T. N. (2001). Building and Assessing Cultural Diversity Skills:: Implications for Sales Training. *Industrial Marketing Management, 30*(1), 65-76.
- Byrne, D. E. (1971). *The attraction paradigm* (Vol. 11). Academic Pr..
- Cox Jr, T. (1991). The multicultural organization. *Academy of Management Perspectives, 5*(2), 34-47.
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal of advanced nursing, 70*(9), 2107-2116.
- Dench, S., Hurstfield, J., Hill, D., & Akroyd, K. (2006). *Employers' Use of Migrant Labour: Summary Report.* London: Home Office.
- Devillé, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., ...& Riera, R. P. (2011). Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health, 11*(1), 699.
- Doorewaard, J. A. C. M., & de Nijs, W. F. (1998). *Organisatieontwikkeling en human resource management.* Utrecht: Lemma.
- Doyen, G., Janssens, M., & Lamberts, M. (2002). *Diversiteitsmanagement in de praktijk.* Hoger Instituut voor de Arbeid.
- Edelman, L. B. (1990). Legal environments and organizational governance: The expansion of due process in the American workplace. *American journal of Sociology, 95*(6), 1401-1440.
- Ellis, C. (1994). Diverse approaches to managing diversity. *Human Resource Management, 33*(1),

79-109.

- Ely, R. J., & Thomas, D. A. (1996). Making differences matter: A new paradigm for managing diversity. *Harvard Business Review*, 74(5), 79-90.
- Ely, R. J., & Thomas, D. A. (2001). Cultural diversity at work: The effects of diversity perspectives on work group processes and outcomes. *Administrative science quarterly*, 46(2), 229-273.
- Fellini, I., Ferro, A., & Fullin, G. (2007). Recruitment processes and labour mobility: the construction industry in Europe. *Work, employment and society*, 21(2), 277-298.
- Ferrant L (2007). Knelpunten in de interculturele gezondheidszorg. *Clinical News Kliniek Sint-Jan* 25; 6: 8-14.
- Fields, D. L., Goodman, J. S., & Blum, T. C. (2005). Human resource dependence and organizational demography: A study of minority employment in private sector companies. *Journal of Management*, 31(2), 167-185.
- Foblets, M. C., & Martiniello, M. (2005). De actieve publieke uiting van religieuze en levensbeschouwelijke overtuigingen.
- Foster, C., & Harris, L. (2005). Easy to say, difficult to do: diversity management in retail. *Human Resource Management Journal*, 15(3), 4-17.
- Gastmans, C., & Vanlaere, L. (2005). *Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen*. Davidsfonds; Leuven.
- Gentry, J. W., Jun, S., & Tansuhai, P. (1995). Consumer acculturation processes and cultural conflict: how generalizable is a North American model for marketing globally?. *Journal of Business Research*, 32(2), 129-139.
- Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A., & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health & social care in the community*, 12(5), 407-413.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British dental journal*, 204(6), 291.
- Gorman, E. H. (2005). Gender stereotypes, same-gender preferences, and organizational variation in the hiring of women: Evidence from law firms. *American Sociological Review*, 70(4), 702-728.
- Gray, B., Stanley, J., Stubbe, M., & Hilder, J. (2011). Communication difficulties with limited English proficiency patients: clinician perceptions of clinical risk and patterns of use of interpreters. *NZ Med J*, 124(1342), 23-38.
- Guillaume M (2008). *Zorgverleners en moslims: duel of duo?* Brussel: El Kalima Christelijk Centrum voor Relaties met de Islam, in het bijzonder pp. 15-17.
- Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56(4), 461-469.
- Hale, C. R. (2002). Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights and the politics of identity in Guatemala. *Journal of latin american studies*, 34(3), 485-524.
- Hamde, K., Janssens, M., Van Laer, K., Wählin, N., & Zanoni, P. (2011). 10 Diversity and Diversity Management in Business and Organisation Studies. *Diversity Research and Policy: A Multidisciplinary Exploration*, 159.
- Harrison, D. A., Price, K. H., Gavin, J. H., & Florey, A. T. (2002). Time, teams, and task

- performance: Changing effects of surface-and deep-level diversity on Group functioning. *Academy of management journal*, 45(5), 1029-1045.
- Heath, A., & Cheung, S. Y. (2007, January). The comparative study of ethnic minority disadvantage. In *PROCEEDINGS-BRITISH ACADEMY* (Vol. 137, p. 1). OXFORD UNIVERSITY PRESS INC..
- Heilman, M. E. (1995). Sex stereotypes and their effects in the workplace: What we know and what we don't know. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10(4), 3.
- Heslin, P. A., Bell, M. P., & Fletcher, P. O. (2012). The devil without and within: A conceptual model of social cognitive processes whereby discrimination leads stigmatized minorities to become discouraged workers. *Journal of Organizational Behavior*, 33(6), 840-862.
- Hobman, E. V., Bordia, P., & Gallois, C. (2004). Perceived dissimilarity and work Group involvement: The moderating effects of group openness to diversity. *Group & Organization Management*, 29(5), 560-587.
- Hoffman, E. (1996). Het zijn mensen die elkaar ontmoeten, en niet culturen. *Handboek interculturele zorg. De Tijdstroom: Utrecht*.
- Ingebretsen, R., & Nergård, T. B. (2007). Eldre med innvandrerbakgrunn. *Tilpasning av pleie og omsorgstilbudet. NOVA rapport*, 13(07).
- Iov, C. (2006). Gypsies as vulnerable population in the context of international health research. *Revista Romana de Bioetica*, 4(1).
- Janssen, M. (2002). *Methodiek intercultureel personeelsmanagement*. Nelissen.
- Janssens, M. (2001). *Meerstemmigheid: organiseren met verschil*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Janssens, M. (2002). Kritische succesfactoren van een diversiteitsbeleid. *Trivisi: Administratie Werkgelegenheid*..
- Janssens, M., & Zanoni, P. (2005). Many diversities for many services: Theorizing diversity (management) in service companies. *Human relations*, 58(3), 311-340.
- Johnston, W. B. (1987). *Workforce Two-Thousand: Work and Workers for the Twenty-First Century*. Government Printing Office.
- Jost, J. T., Banaji, M. R., & Nosek, B. A. (2004). A decade of system justification theory: Accumulated evidence of conscious and unconscious bolstering of the status quo. *Political psychology*, 25(6), 881-919.
- Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient education and counseling*, 81(2), 187-191.
- Kalev, A., Dobbin, F., & Kelly, E. (2006). Best practices or best guesses? Assessing the efficacy of corporate affirmative action and diversity policies. *American sociological review*, 71(4), 589-617.
- Kandola, R. S., & Fullerton, J. (1998). *Diversity in action: Managing the mosaic*. CIPD Publishing.
- Kivisto, P., & Croll, P. R. (2012). *Race and ethnicity: The basics*. Routledge.
- Kleinpenning, G., & Hagendoorn, L. (1993). Forms of racism and the cumulative dimension of ethnic attitudes. *Social psychology quarterly*.
- Klenke, K. (2016). *Qualitative research in the study of leadership*. Emerald Group Publishing Limited.
- Kluge, U., Bogic, M., Devillé, W., Greacen, T., Dauvrin, M., Dias, S., ...& Riera, R. P. (2012). Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *European psychiatry*, 27, S56-S62.

- Knack. (2019, 14 januari). 'De multiculturele samenleving is geen angstwekkend, maar een hoopvol en te beheersen verhaal'. Geraadpleegd van <https://www.knack.be/nieuws/belgie/de-multiculturele-samenleving-is-geen-angstwekkend-maar-een-hoopvol-en-te-beheersen-verhaal/article-opinion-1415831.html>
- Konrad, A. M., & Linnehan, F. (1995). Formalized HRM structures: coordinating equal employment opportunity or concealing organizational practices?. *Academy of Management Journal*, 38(3), 787-820.
- Kossek, E. E., Lobel, S. A., & Brown, J. (2006). Human resource strategies to manage workforce diversity. *Handbook of workplace diversity*, 53-74.
- Lazarsfeld, P. F., & Merton, R. K. (1954). Friendship as a social process: A substantive and methodological analysis. *Freedom and control in modern society*, 18(1), 18-66.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Lemm, K., & Banaji, M. R. (1999). Unconscious attitudes and beliefs about women and men. In *Wahrnehmung und herstellung von Geschlecht* (pp. 215-235). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leonard, J. S. (1984). The impact of affirmative action on employment. *Journal of Labor Economics*, 2(4), 439-463.
- MacKenzie, R., & Forde, C. (2009). The rhetoric of the good worker versus the realities of employers' use and the experiences of migrant workers. *Work, employment and society*, 23(1), 142-159.
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Mathieu, J., Maynard, M. T., Rapp, T., & Gilson, L. (2008). Team effectiveness 1997-2007: A review of recent advancements and a glimpse into the future. *Journal of management*, 34(3), 410-476.
- Matthews, C., Johnson, M., & Noble, C. (2000). Bilingual health communicators: role delineation issues. *Australian Health Review*, 23(3), 104-112.
- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern racism scale.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.
- Michaëlis, C., Kristiansen, M., & Norredam, M. (2015). Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: a qualitative study. *BMJ open*, 5(7), e008075.
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. SWP.
- Moriarty, E., Wickham, J., Krings, T., Salamonska, J., & Bobek, A. (2012). 'Taking on almost everyone?' Migrant and employer recruitment strategies in a booming labour market. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(9), 1871-1887.
- Moss, P., & Tilly, C. (1996). "Soft" skills and race: An investigation of black men's employment problems. *Work and Occupations*, 23(3), 252-276.
- Nielsen, A. S., Krasnik, A., Michaelsen, J. J., Nørredam, M. L., & Torres, A. M. (2008). Hospital staff's different attitudes and experiences with regard to immigrant patients. *Ugeskrift for læger*, 170(7), 541-544.
- Nielsen, B., & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system—a

- qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(3), 431-437.
- Nkomo, S. M., & Cox, T. (1990). Factors affecting the upward mobility of black managers in private sector organizations. *The Review of Black Political Economy*, 18(3), 39-57.
- Ogbonna, E., & Harris, L. C. (2006). The dynamics of employee relationships in an ethnically diverse workforce. *Human relations*, 59(3), 379-407.
- Olthuis G (2001). Multiculturele gezondheidszorg. Een kwestie van beleid en vaardigheid. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 11(1), 3-8.
- Operario, D., & Fiske, S. T. (1998). Racism equals power plus prejudice: A social psychological equation for racial oppression.
- Ortlieb, R., & Sieben, B. (2013). Diversity strategies and business logic: why do companies employ ethnic minorities?. *Group & Organization Management*, 38(4), 480-511.
- Papadopoulos, I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners*, 7-24.
- Papadopoulos, I., Tilki, M., & Lees, S. (2004). Promoting cultural competence in health care through a research based intervention in the UK. *Diversity in Health and Social Care*, 1(2), 107-115.
- Papadopoulos, I., Zorba, A., Koulouglioti, C., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., ...& González-Gil, T. (2016). International study on nurses' views and experiences of compassion. *International nursing review*, 63(3), 395-405.
- Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative social work*, 1(3), 261-283.
- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European journal of social psychology*, 25(1), 57-75.
- Phelan, M. (2012). Medical interpreting and the law in the European Union. *European journal of health law*, 19(4), 333-353.
- Philipsen, H., & Vernooy-Dassen, M. (2004). Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend. *Huisarts en wetenschap*, 47(10), 288-292.
- Pierik, R. (2003). Yvonne Donders, Towards a Right to Cultural Identity? Antwerp, Intersentia, 2002, 422 pp., *Leiden Journal of International Law*, 16(3), 639-649.
- Pochhacker, F. (2008). Interpreting as mediation. *Benjamins Translation Library*, 76, 9.
- Rafferty, A. (2012). Ethnic penalties in graduate level over-education, unemployment and wages: evidence from Britain. *Work, employment and society*, 26(6), 987-1006.
- Richard, O. C. (2000). Racial diversity, business strategy, and firm performance: A resource-based view. *Academy of management journal*, 43(2), 164-177.
- Roberson, Q. M. (2006). Disentangling the meanings of diversity and inclusion in organizations. *Group & Organization Management*, 31(2), 212-236.
- Roberson, Q. M., & Park, H. J. (2007). Examining the link between diversity and firm performance: The effects of diversity reputation and leader racial diversity. *Group & Organization Management*, 32(5), 548-568.
- Robinson, G., & Dechant, K. (1997). Building a business case for diversity. *Academy of Management Perspectives*, 11(3), 21-31.0

- Rodriguez, N. (2004). "Workers Wanted" Employer Recruitment of Immigrant Labor. *Work and Occupations*, 31(4), 453-473.
- Rosenbaum, M. S., & Montoya, D. Y. (2007). Am I welcome here? Exploring how ethnic consumers assess their place identity. *Journal of Business Research*, 60(3), 206-214.
- Sanchez, J. I., & Brock, P. (1996). Outcomes of perceived discrimination among Hispanic employees: is diversity management a luxury or a necessity?. *Academy of Management Journal*, 39(3), 704-719.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*, 1(1), 6-41.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*, 1(1), 6-41.
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2009). *Research Methods for Business: A Skill-Building Approach* (New York: West Sussex).
- Shaeffer, R. G. (1973). *Nondiscrimination in Employment: Changing Perspectives, 1963-1972*. The Conference Board, Inc., 845 Third Avenue, New York, NY 10022.
- Shore, L. M., Chung-Herrera, B. G., Dean, M. A., Ehrhart, K. H., Jung, D. I., Randel, A. E., & Singh, G. (2009). Diversity in organizations: where are we now and where are we going?. *Human resource management review*, 19(2), 117-133.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Sturm, S. (2001). Second generation employment discrimination: A structural approach. *Colum. L. Rev.*, 101, 458.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The Social Identity Theory of Inter-Group Behavior, in S. Worchel and L.W. Austin (eds.), *Psychology of Intergroup Relations*. Nelson-Hall: Chicago.
- Talbot-Allan, L. (1996). Powering up the strategic process. *CMA Magazine*, 70(2), 3-3.
- Talloon D (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Basil Blackwell.
- Van de Voorde, M. & Hellinckx, L. (2004). *Reizen in diversiteitsland: handleiding voor diversiteitsplannen*. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Departement Economie, Werkgelegenheid, Binnenlandse Aangelegenheden en Landbouw. Administratie Werkgelegenheid.
- Van Laer, K., & Janssens, M. (2011). Ethnic minority professionals' experiences with subtle discrimination in the workplace. *Human Relations*, 64(9), 1203-1227.
- Van Laer, K., & Zanoni, P. (2018). Individualisering en flexibilisering als antwoord op het probleem van ongelijke kansen? Een kritische analyse.
- Vassart, C. (Ed.). (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*. Koning Boudewijnstichting.
- Vermaut, H. D., *Diversiteitspraktijken in kleine en middelgrote ondernemingen: The business case for diversity*. Antwerpen: Steunpunt Gelijke kansenbeleid.
- Vlaamse Liga tegen Kanker (2007). Allochtonen en kanker. *Gids voor hulpverleners*. Brussel, in het bijzonder de hoofdstukken over taal en communicatie en over lichaamstaal in de zorgverlening, 11-23.

- Weber, M. (1978). Sociological categories of economic action. *Economy and Society*, 1, 63-211.
- Wellens, N., & Declercq, A. (2006). De ontwikkeling van een vormingsprogramma over de zorg voor allochtone ouderen in rusthuizen en rust-en verzorgingstehuizen. Wet betreffende de rechten van de patiënt 2002. Geraadpleegd op 3 augustus 2019.
- Winterle, M. J. (1992). Work Force Diversity: Corporate Challenges, Corporate Responses. Conference Board.
- Yang, Y., & Konrad, A. M. (2011). Diversity and organizational innovation: The role of employee involvement. *Journal of Organizational Behavior*, 32(8), 1062-1083.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research design and methods*. Thousand Oaks (3rd Ed). CA: Sage.
- Zanoni, P. (2011). Diversity in the lean automobile factory: doing class through gender, disability and age. *Organization*, 18(1), 105-127.
- Zanoni, P., & Janssens, M. (2004). Deconstructing difference: The rhetoric of human resource managers' diversity discourses. *Organization studies*, 25(1), 55-74.

Bijlagen

Interviewleidraad managers

Inleidende vragen

- Kan u iets vertellen over uw achtergrond: wat is uw leeftijd, welke opleiding heeft u gevolgd, hoe bent u bij de organisatie terecht gekomen?
- Wat is uw functie binnen het ziekenhuis? Omschrijven hoe een typische werkdag er voor u uitziet? Welke taken doet u hier?

De afdeling

- Kan u iets vertellen over de afdeling? Wat gebeurt hier?
- Welke functieprofielen vinden we terug op deze afdelingen? Wat zijn hun taken?
- Zijn bepaalde groepen ondervertegenwoordigd in bepaalde profielen? Hoe komt dit volgens u?
- Heeft u een idee hoeveel werknemers van andere etnische origine er werken op de afdeling en in het ziekenhuis?
- Waarop baseert u uw vorige antwoorden over werknemers van andere etnische origine? Heeft het ziekenhuis zelf een definitie hiervoor?

Aanwerving

- Kunt u vertellen hoe het aanwervingsproces van nieuwe medewerkers verloopt?
- Welke kanalen worden er gebruikt om mensen aan te werven? (Via de website van het ziekenhuis? In de krant?)
- Wat zijn volgens u de belangrijkste uitdagingen in het aanwerven van personeel?
- Worden er bepaalde initiatieven genomen om personen van andere origine aan te trekken? Waarom? Hoe zijn die initiatieven tot stand gekomen? Hebben ze het gewenste effect? Hoe verloopt de selectieprocedure voor nieuwe werknemers?
 - Doorvragen naar verschillende stappen, vragen naar voorbeelden
- Zijn er zaken waarop er speciaal wordt gelet bij personen van andere etnische origine?
 - Doorvragen naar verschillende stappen, vragen naar voorbeelden

Diversiteitsbeleid

- Wat zijn de belangrijkste uitdagingen wat betreft etnische diversiteit in het personeelsbestand? Hoe wordt er met die uitdagingen omgegaan?
- Welke initiatieven worden er genomen? Hoe zijn die tot stand gekomen? Hoe werd er op die initiatieven gereageerd? Hebben die het gewenste effect?
- (Welke voorschriften bestaan er rond het hoofddoekenbeleid?)
- (Zijn er halalmaaltijden beschikbaar in de personeelsrefter?)

Welzijn op het werk

- Hoe zorgt u ervoor dat uw werknemers tevreden zijn en blijven? Welke initiatieven worden er genomen op dat vlak?
- Welke rol speelt etnische diversiteit in die initiatieven?
- Hoe zou u de werksfeer op de afdeling beschrijven?
- Hoe is de relatie tussen de werknemers onderling?
- Hebben er zich wel eens spanningen voorgedaan tussen personeelsleden? Voorbeeld?
- Welke rol speelt etnische diversiteit daarbij? Voorbeeld? Hoe opgelost? Frequent? Officiële procedures?
- Is er weleens sprake geweest van discriminatie? Wat gebeurde er precies? Hoe werd het incident opgelost? Zijn daar standaard procedures voor?

Zorgverlening aan personen met een migratieachtergrond

- Heeft u een idee hoe het patiëntenbestand wat etnische achtergrond betreft er ongeveer uitziet? Hebben er sterke veranderingen voorgedaan?
- Heeft het ziekenhuis op die veranderingen moeten inspelen? Hoe?
- Welke initiatieven worden er ondernomen? Hoe zijn die tot stand gekomen? Wat is het effect?
- Zijn er officiële procedures voorhande? Of gebruikt het personeel daar zelf hun eigen inzicht/creativiteit voor om op situaties in te spelen? Voorbeelden?
- Hoe verloopt de communicatie met anderstalige patiënten? Welke maatregelen worden genomen om de communicatie optimaal te laten verlopen?
- Hoe wordt er omgegaan met religieuze verschillen?
- Hoe wordt er in de voeding rekening gehouden met de noden van andere origines?
- Zijn er nog andere manieren waarop de organisatie aandacht besteed aan diversiteit?
- Wat vindt u van de manier hoe uw organisatie dit aanpakt? Wat kan beter?
- Hoe hebben jullie jullie personeel op de hoogte gebracht over de invoering van een diversiteitsplan inzake etnische minderheden?
Hoe waren de reacties
- Hoe waren de reacties van het personeel op dit soort beleid? Welke reacties? Heeft het personeel goed meegewerkt aan de verschillende acties die jullie hebben doorgevoerd?
- Welke veranderingen heeft u opgemerkt sinds het doorvoeren van het diversiteitsbeleid bij de werknemers van andere origine?
- Wat zijn factoren die u als belemmerend ondervonden hebt bij het integreren van het beleid?
- Hebben er zich wel eens spanningen voorgedaan tussen patiënten en personeel van andere achtergronden? Voorbeelden?
- Hebben er zich wel eens spanningen voorgedaan tussen patiënten van andere origine en het personeel? Voorbeelden?

Afsluitende vraag

- Heeft u zelf nog enkele aanvullingen of opmerkingen rond dit thema? Zijn er nog zaken waarvan u denkt dat ze relevant zijn voor het onderzoek die nog niet vermeld zijn tijdens dit interview?

Interviewleidraad etnische meerderheid

Achtergrond

- Kan u kort iets over uzelf vertellen? (leeftijd, opleiding, gezinssituatie)
- Is dit uw eerste baan? (Indien nee: wat heeft u hiervoor gedaan? Waarom bent u van baan veranderd? Vindt u deze baan beter dan uw vorige? Waarom?)
- Waarom heeft u voor een beroep in de zorgsector gekozen?
- Hoe bent u bij het ziekenhuis terecht gekomen? Waarom heeft u voor het ziekenhuis gekozen?
- Hoelang werkt u al voor het ziekenhuis?

Werkzaamheden

- Wat houdt de job van verpleegkundige juist in?
- Hoe ziet er een typische werkdag uit voor u?
- Wat vindt u leuk aan uw baan? En wat vindt u minder leuk?
- Wat zijn de belangrijkste uitdagingen waar u tegenaan loopt? Kunt u daar een voorbeeld van geven?

Welzijn op het werk

- Hoe zou u de werksfeer op de afdeling omschrijven?
- Hoe zou u uw band met uw collega's omschrijven? Waarom? Kunt u daar een voorbeeld van geven?
- Kunt u iets over uw collega's vertellen? Zijn ze oud/jong, zijn er veel mannen of juist meer vrouwen, wat is hun achtergrond? Indien er 1 groep onder- of oververtegenwoordigd is: waarom denkt u dat dat zo is? .
- Met welke collega's heeft u de beste band? Waarom?
- Zijn er ook collega's met wie het contact wat stroever verloopt? Waarom is dat?

Verpleegkundigen van andere origine

- Hoe is de relatie met collega's van andere origine? Hoe komt dat?
- Welke rol speelt hun achtergrond op het werk en in de organisatie?
- Wordt er op een bepaalde manier rekening gehouden met de achtergrond van uw collega's op het werk? Op welke manier? Kunt u daar een voorbeeld van geven?
- Welke initiatieven worden er ondernomen op dat vlak? Wat vindt u van die initiatieven?
- Hoe zou u uw relatie met uw manager omschrijven? Waarom? Zijn er weleens conflicten geweest? Welke? Kent u eventuele oorzaken? Hoe wordt hier mee omgegaan?
- Zijn er soms communicatieproblemen met collega's? Hoe worden deze opgelost?
- Heeft u zich weleens gediscrimineerd gevoeld op het werk? Kunt u daar wat meer over vertellen?

Patiënten van andere origine

- Kunt u iets over uw patiënten vertellen? Wat is doorgaans hun leeftijd, geslacht, origine?
- Hoe is uw relatie met uw patiënten?
- Wat zijn de uitdagingen die bij het behandelen van de patiënten komen kijken? Hoe gaat u met die uitdagingen om?
- Wat is de rol van etniciteit in die uitdagingen?
- Zijn er soms problemen met communicatie naar patiënten toe? Hoe wordt dit opgelost?
- Zijn er soms problemen tijdens de behandeling van een patiënt die te maken hebben met culturele verschillen?
- Wat vindt u van de manier waarop de organisatie omgaat met patiënten van andere origine? Wat kan er beter volgens u?

Afsluitende vraag

- Heeft u zelf nog enkele aanvullingen of opmerkingen rond dit thema? Zijn er nog zaken waarvan u denkt dat ze relevant zijn voor het onderzoek die nog niet vermeld zijn tijdens dit interview?

Interviewleidraad etnische minderheid

Achtergrond

- Kan u kort iets over uzelf vertellen? (leeftijd, opleiding, van waar uw familie afkomstig is)
- Indien niet in België geboren: Hoe lang bent u al in België? Waarom bent u naar België gekomen?
- Is dit uw eerste baan? (Indien nee: wat heeft u hiervoor gedaan? Waarom bent u van baan veranderd? Vindt u deze baan beter dan uw vorige? Waarom?)
- Waarom heeft u voor een beroep in de zorgsector gekozen?
- Hoe bent u bij het ziekenhuis terecht gekomen? Waarom heeft u voor het ziekenhuis gekozen?
- Hoelang werkt u al voor het ziekenhuis?

Werkzaamheden

- Wat houdt de job van verpleegkundige juist in?
- Hoe ziet er een typische werkdag uit voor u?
- Wat vindt u leuk aan uw baan? En wat vindt u minder leuk?
- Wat zijn de belangrijkste uitdagingen waar u tegenaan loopt? Kunt u daar een voorbeeld van geven?

Verpleegkundigen van andere origine

- Welke rol speelt uw etnische achtergrond volgens u op het werk? Komt die weleens van pas?
- Zijn er zaken waarvan u denkt dat u ze anders aanpakt dan iemand van Belgische origine? Ja, zoals?
- Heeft u het gevoel dat de organisatie uw etnische achtergrond kan waarderen? Waarom? (Denkt u dat u door uw achtergrond van toegevoegde waarde kan zijn? Op welke manier?)
- Wordt er op een bepaalde manier rekening gehouden met uw achtergrond op het werk? Op welke manier? Kunt u daar een voorbeeld van geven?
- Welke initiatieven worden er ondernomen op dat vlak? Wat vindt u van die initiatieven?
- Heeft u ook weleens een situatie meegemaakt waarin u het gevoel had dat u uw origine niet tot uiting kon laten komen? Kunt u daar een voorbeeld van geven? Waarom?
- Heeft u weleens het gevoel gehad dat uw etnische achtergrond op het werk niet werd gewaardeerd? Kunt u daar een voorbeeld van geven? Waarom?

Welzijn op het werk

- Hoe zou u de werksfeer op de afdeling omschrijven?
- Hoe zou u uw band met uw collega's omschrijven? Waarom? Kunt u daar een voorbeeld van geven?
- Kunt u iets over uw collega's vertellen? Zijn ze oud/jong, zijn er veel mannen of juist meer vrouwen, wat is hun achtergrond? Indien er 1 groep onder- of oververtegenwoordigd is: waarom denkt u dat dat zo is?
- Met welke collega's heeft u de beste band? Waarom?
- Zijn er ook collega's met wie het contact wat stroever verloopt? Waarom is dat?
- Hoe zou u uw relatie met uw manager omschrijven? Waarom? Zijn er weleens conflicten geweest? Welke? Kent u eventuele oorzaken? Hoe wordt hier mee omgegaan?
- Zijn er soms communicatieproblemen met collega's? Hoe worden deze opgelost?
- Heeft u zich weleens gediscrimineerd gevoeld op het werk? Kunt u daar wat meer over vertellen?

Patiënten van andere origine

- Kunt u iets over uw patiënten vertellen? Wat is doorgaans hun leeftijd, geslacht, origine?
- Hoe is uw relatie met uw patiënten?
- Wat zijn de uitdagingen die bij het behandelen van de patiënten komen kijken? Hoe gaat u met die uitdagingen om?
- Wat is de rol van etniciteit in die uitdagingen?
- Denkt u dat uw origine een rol speelt in de manier waarop u zorg verleent aan Belgische patiënten? En aan patiënten van andere origine?
- Zijn er soms problemen met communicatie naar patiënten toe? Hoe wordt dit opgelost?
- Zijn er soms problemen tijdens de behandeling van een patiënt die te maken hebben met culturele verschillen?
- Wat vindt u van de manier waarop de organisatie omgaat met patiënten van andere origine? Wat kan er beter volgens u?

Afsluitende vraag

- Heeft u zelf nog enkele aanvullingen of opmerkingen rond dit thema? Zijn er nog zaken waarvan u denkt dat ze relevant zijn voor het onderzoek die nog niet vermeld zijn tijdens dit interview?