

Communicatie tussen autochtone hulpverlener en allochtone cliënt in de GGZ

Een onderzoek naar de ervaringen van autochtone hulpverleners op het gebied van communicatie met
allochtone cliënten



Manon Krol

4V03G

2212784

Afstudeerscriptie

A. Heuver & J. Van Woerkom

Fontys Hogeschool Eindhoven

Sociale Studies

GGZ-agoog

17 juni 2016

56V4G-AFOZ

Samenvatting

De Nederlandse samenleving is de afgelopen 50 jaar flink veranderd. Door de instroom van allochtonen, is Nederland een multiculturele samenleving geworden (Hoffer, 2009). Doordat allochtonen soms noodgedwongen moesten vluchten uit hun vaderland, hebben zij mogelijk veel traumatische gebeurtenissen meegemaakt. De kans is dan ook groot dat zij te maken krijgen met hulpinstantie zoals de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Uit onderzoek van Zevenbergen (2010) blijkt dat vraag en aanbod niet aansluiten op de praktijk. De reguliere GGZ werkt nog teveel vanuit de ik-cultuur, wat niet aansluit bij de wij-cultuur waarin de meeste allochtonen leven. Hierdoor ontstaat een belemmering in de behandeling, wat te maken heeft met communicatie, maar vooral ook met de culturele verschillen.

Om meer te weten te komen over de ervaringen van autochtone hulpverleners op het gebied van communicatie met de allochtone cliënt, zijn er interviews afgenomen binnen GGZ-instelling X. De interviews zijn semigestructureerd waarbij de topiclijst als rode draad heeft gefungeerd. Doordat er geen vaste vragen waren, was het mogelijk om dieper op bepaalde onderwerpen in te gaan. Uit deze interviews zijn de resultaten van het onderzoek gekomen, met daarbij de conclusie.

Uit de conclusie komt naar voren dat er problemen worden ervaren op het gebied van communicatie. Er kan geconcludeerd worden dat er meer kennis en verdieping nodig is bij autochtone hulpverlener, om beter aan te sluiten bij de waarden en normen van de allochtone cliënt. Dit zal mogelijk tot gevolg hebben dat vraag en aanbod beter aansluiten bij de wensen van de allochtone cliënt. Aan de hand van de conclusie zijn er aanbevelingen gedaan voor GGZ-instelling X om de communicatie te optimaliseren. Een eerste aanbeveling is voor de hulpverlener als individu. Door te werken met het TOPOI-model van Hoffman (2009), kan de hulpverlener zich voorbereiden op de culturele verschillen die zich voor kunnen doen tijdens het gesprek. Een tweede aanbeveling is om vanuit de organisatie meer cursussen te geven over interculturele communicatie. Hierdoor krijgen hulpverleners basiskennis over verschillende culturen. Een derde aanbeveling is om het thema bespreekbaar te maken tijdens teambijeenkomsten, thema genaamd. Deze vinden vier keer per jaar plaats, waarbij alle disciplines aanwezig zijn. Door er dan aandacht aan te besteden, worden mensen zich bewust van het probleem en kunnen zij als team een passende oplossing ontwikkelen gekeken naar de toekomst.

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek van de opleiding Sociale Studies. Dit onderzoek is de afsluiting van mijn vierjarige opleiding Bachelor of Social Work aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven. In het voorwoord leest u de aanleiding van het onderzoek. Ik zal kort terugblikken op mijn eigen onderzoeksproces en ik zal van de gelegenheid gebruik maken om de mensen die een bijdrage geleverd hebben aan mijn onderzoek te bedanken.

Tijdens het derde jaar van mijn opleiding heb ik stagegelopen in een GGZ-instelling. De afdeling waarop ik werkzaam was, was de deeltijdbehandeling licht verstandelijke beperking met een psychiatrische stoornis (LVB-P). Hierbij begeleiden we cliënten vanuit de herstelvisie van Anthony om ze voor te bereiden op de terugkeer in de maatschappij. Tijdens deze stage heb ik een aantal keren met allochtone cliënten gewerkt. Omdat ik coördinator was van bepaalde cliënten, was ik nog meer betrokken bij het behandelproces. Een aantal keren heb ik samen met collega's overleg gehad over hoe we het beste met deze cliënten om konden gaan, omdat we zagen dat er vaak sprake was van miscommunicatie. We kwamen erachter dat we te weinig kennis hadden van andere culturen en de behandeling vaak daarop stagneerde. Door deze ervaring heb ik gekozen voor het thema communicatie tussen autochtone hulpverlener en allochtone cliënt. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de ervaringen die autochtone hulpverleners hebben op het gebied van communicatie met de allochtone cliënt.

Het afgelopen half jaar ben ik intensief bezig geweest met het afstudeeronderzoek. Ik ben nagegaan welke problemen er spelen op verschillende niveaus. Ik heb veel geleerd over hoe de gezondheidszorg voor allochtonen op dit moment is en waar er nog verbeterpunten liggen. Wat duidelijk naar voren kwam, was dat de communicatie een obstakel vormt binnen de huidige behandeling. Door middel van het toepassen van theorieën ben ik gaan kijken wat de huidige hulpverlener helpt om de communicatie met allochtone cliënten te optimaliseren. Door dit onderzoek ben ik erachter gekomen dat autochtone hulpverleners te weinig kennis hebben over verschillende culturen en dat daar nog verbeterpunten liggen.

Ik zou graag nog een aantal mensen willen bedanken die aan mijn onderzoek hebben bijgedragen. Ten eerste wil ik mijn stagebegeleidster Toos bedanken. Tijdens het afstuderen stond ze altijd voor me klaar om te helpen, feedback te geven of samen over bepaalde zaken te brainstormen. Het heeft me veel geholpen en veel steun gebracht. Ook wil ik graag mijn vriend bedanken. Ook hij stond altijd voor me klaar, gaf me feedback en heb ik ook erg veel steun aan gehad gedurende het afgelopen half jaar. Degene die ik ook graag wil bedanken zijn de respondenten die hebben meegewerkt aan de interviews. Mede door hun openheid en het delen van hun ervaringen, zijn de resultaten uit dit onderzoek tot stand gekomen. Tot slot wil ik graag mijn onderzoeksdocenten bedanken voor de

lessen en de feedback die ze gedurende het proces aan me hebben gegeven. Hierdoor kon ik weer verder met het onderzoek wat heeft geleid tot onderstaand onderzoek.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inleiding	7
<i>Leeswijzer</i>	8
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	10
1.1 <i>Probleemanalyse</i>	10
1.2 <i>Probleemstelling</i>	14
1.2.1 Verificatie	14
1.3 <i>Onderzoeksdoelstelling</i>	14
1.4 <i>Vraagstelling</i>	15
1.5 <i>Deelvragen</i>	15
1.6 <i>Begripsafbakening</i>	15
Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader	16
2.1 <i>Theoretisch Kader</i>	16
2.1.1 Theorie van Hoffman: de TOPOI-methode	16
2.1.2 Theorie van Pinto: de piramide van Pinto	18
2.1.3 Theorie van Hofstede: Individualisme-Collectivisme	19
2.1.4 Theorie van Kleinman	20
Hoofdstuk 3: Methodologie	22
3.1 <i>Onderzoekspopulatie en steekproef</i>	22
3.1.1 Onderzoekspopulatie	22
3.1.2 Steekproef	22
3.2 <i>Dataverzamelingsmethode</i>	23
3.3 <i>Meetinstrument</i>	24

3.4 Data-analyse	25
Hoofdstuk 4: Resultaten	26
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	34
5.1 Conclusie	34
5.2 Aanbevelingen	37
5.2.1 Aanbevelingen voor GGZ-instelling X	37
Autochtone hulpverleners	37
Organisatie in het algemeen	37
Teams binnen GGZ-instelling X	38
5.2.2 Aanbevelingen voor de wetenschap	38
Vervolgonderzoek	38
Hoofdstuk 6: Discussie	40
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	40
6.2 Sterkte- zwakteanalyse	41
6.2.1 Aandachtspunten	41
6.2.2 Sterke punten	41
6.3 Betrouwbaarheid en validiteit	41
6.3.1 Betrouwbaarheid	42
6.3.2. Validiteit	42
Bibliografie	44
Bijlagen	47
Bijlage 1: Het TOPOI-model	47
Bijlage 2: Topiclijst	49
Bijlage 3: Codeboom	52
Bijlage 4: Voorbeeldformulier informed consent	55

Inleiding

Een Marokkaanse man komt voor het eerst in aanraking met de GGZ. Tijdens het intakegesprek is hij samen met zijn vriendin, aangezien meneer zelf beperkt Nederlands spreekt. Sinds een tijd heeft meneer nergens meer zin in en is erg agressief, waar vooral zijn vriendin last van heeft. Van de huisarts heeft hij het advies gekregen om hulp te zoeken bij de GGZ. Tijdens het gesprek is meneer erg achterdochtig, snapt weinig van wat er gezegd wordt en snapt niet waarom hij dit gesprek heeft, hij is toch niet ziek? Uiteindelijk begint meneer aan zijn behandeling, wat erg moeizaam verloopt aangezien hij slecht Nederlands spreekt. Na een aantal weken komt meneer niet meer opdagen.

De afgelopen 50 jaar is er een gestage stroom van allochtonen die zich willen vestigen in Nederland, waardoor het een multiculturele samenleving is geworden. De laatste paar jaar is dit door de vluchtelingencrisis alleen nog maar meer geworden. Deze mensen maken vaak veel traumatische gebeurtenissen mee en moeten hun vertrouwde omgeving achterlaten. Hierdoor is de kans groter dat zij te maken krijgen met hulpinstanties zoals de GGZ (Kortmann, 2010).

Uit de praktijk blijkt dat de GGZ niet aansluit op de vraag van allochtone cliënten. Dit komt omdat de GGZ werkt vanuit de multidisciplinaire richtlijn, die vooral gericht is op de Nederlandse cultuur. Dit zorgt ervoor dat er problemen ervaren worden bij de behandeling van allochtone cliënten (Farmer, 2014). Doordat allochtonen andere waarden en normen hebben vanuit de culturele achtergrond, zorgt dat ervoor dat er miscommunicatie kan ontstaan. Als communiceren niet mogelijk is, zal een behandeling ook niet mogelijk zijn.

Naar aanleiding van het feit dat er steeds meer allochtonen naar Nederland komen, is het van belang dat er gekeken wordt naar hoe de communicatie met allochtone cliënten in de GGZ nu verloopt en mogelijk geoptimaliseerd kan worden. Door er nu onderzoek naar te doen, zullen we mogelijke problemen in de toekomst voor zijn. Dit onderzoek richt zich op autochtone hulpverleners die werkzaam zijn binnen GGZ-instelling X, die ervaring hebben met het werken met allochtone cliënten.

Het onderzoek is aan de ene kant bedoeld om meer kennis en inzicht op te doen over de ervaringen van autochtone hulpverleners over het communiceren met allochtone cliënten. Aan de andere kant wordt er gekeken naar wat hulpverleners nodig hebben om de communicatie met allochtone cliënten te optimaliseren. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is om aanbevelingen te doen waarmee de hulpverleners aan de slag kunnen in de praktijk, om ervoor te zorgen dat de geboden zorg voor allochtone cliënten, beter aansluit dan voorheen.

Om de privacy en anonimiteit van de instelling te waarborgen, is er gekozen om geen namen te noemen. In dit onderzoek zal er gesproken worden over GGZ-instelling X en autochtone hulpverleners.

Leeswijzer



Onderstaand een korte omschrijving over wat er in de verschillende hoofdstukken te vinden is.

Hoofdstuk 1 bevat de context en de probleemschets van het onderzoek. Het hoofdstuk heeft zes paragrafen. In de eerste paragraaf is de probleemanalyse te lezen, waarin duidelijk wordt hoe het probleem zich op macro-, meso-, en microniveau afspeelt. Vervolgens wordt in de probleemstelling beknopt het probleem beschreven met de verificatie uit de praktijk. In de derde paragraaf is de doelstelling te vinden, waarin het doel van het onderzoek helder in beeld wordt gebracht en wat het onderzoek op gaat leveren. Vervolgens wordt de hoofdvraag van het onderzoek beschreven, met daarbij behorende deelvragen die antwoord geven op de hoofdvraag. Tot slot is de begripsafbakening te vinden in paragraaf zes. De begrippen die zijn beschreven zijn terug te vinden in de hoofdvraag en deelvragen.

Hoofdstuk 2 bevat het theoretisch kader. Hierin wordt het onderwerp vanuit verschillende theorieën onderbouwd.

Hoofdstuk 3 bevat de methodes die gebruikt zijn voor de dataverzameling. Beginnend met de onderzoekspopulatie, waar de steekproef uit voortvloeit. Hierin wordt beschreven aan welke kenmerken respondenten moeten voldoen om deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens wordt de dataverzamelmethode door middel van literatuur onderbouwd. Tot slot worden de meetinstrumenten die gebruikt zijn beschreven. In de bijlagen zijn de topiclijst en de codeboom te vinden.

Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van het onderzoek. Deze worden in verband gebracht met de theorieën en worden onderbouwd met citaten vanuit de interviews.

Hoofdstuk 5 bevat de conclusie en aanbevelingen die zijn voortgevloeid vanuit de interviews. In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag.

Hoofdstuk 6 bevat de discussie. Er wordt een kritische analyse gegeven, wat tot resultaat heeft dat de resultaten van het onderzoek op waarde geschat kunnen worden.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

1.1 Probleemanalyse

De culturele samenstelling van de Nederlandse bevolking is aan het veranderen en cliënten uit een andere cultuur vinden steeds beter hun weg naar de GGZ. Toch blijkt uit onderzoek van Kaya (2013) dat zij minder lang de behandeling voortzetten in vergelijking met autochtone cliënten. Dit onderzoek vanuit de GGZ richt zich op de vraag of de verandering van de culturele achtergrond van de cliënten binnen de GGZ ook andere eisen stelt ten aanzien van de behandeling, met name gericht op de communicatie. Culturele verschillen uiten zich op het gebied van communicatie. Hierbij gaat het om verbale communicatie, maar ook om non-verbale communicatie. Mensen met een andere culturele achtergrond hebben een ander beeld van ziekte en leven in een collectivistische cultuur. Dit kan leiden tot onvoldoende vertrouwen tussen hulpverlener en cliënt, wat een reden kan zijn tot stagnatie van de behandeling (May, 2011). In onderstaand stuk wordt het probleem op macro-, meso-, en microniveau beschreven. Op macroniveau wordt er gekeken naar hoe de zorg in Nederland is geregeld voor allochtonen en cijfers over het stijgende aantal allochtonen in Nederland. Op mesoniveau wordt er gekeken naar wat er al gedaan is binnen verschillende GGZ-instellingen om interculturele toepassingen door te voeren. Op microniveau is te lezen hoe de communicatie op dit moment verloopt tussen hulpverlener en allochtone cliënt.

Uit de praktijk blijkt dat het een en ander ontbreekt aan de toegankelijkheid van de zorg voor allochtone cliënten. Uit onderzoek van Zevenbergen (2010) blijkt dat vraag en aanbod in de praktijk niet op elkaar aansluiten, omdat de therapie niet aansluit op de hulpvraag van de allochtone cliënt. In de hulpverlening in Nederland staat ontplooiing van het individu centraal, terwijl allochtonen meer waarde hechten aan een groepsidentiteit. Mede hierdoor zou de vorm van behandeling niet aansluiten bij de familiegerichte visie en levensstijl van mensen met een andere culturele achtergrond (Vollebergh, 2002). De behandeling van allochtone cliënten stagneert hierdoor eerder in vergelijking met de behandeling van autochtone cliënten (Kaya, 2013). Nog een reden die Kaya (2013) hiervoor geeft is dat de therapie niet aansluit op de hulpvraag, de cliënten minder gericht zijn op het oplossen van problemen in het heden, zichzelf minder op de voorgrond willen zetten en dus niet lang over zichzelf willen praten en de lichamelijke klachten die ze vooral hebben niet willen zien als gevolg van psychische klachten.

Er is al lang, zeker de afgelopen 50 jaar, een gestage stroom van allochtonen die zich in Nederland willen vestigen, waardoor de totale bevolking is gestegen. Nederland is hierdoor een multiculturele en multireligieuze samenleving geworden (Hoffer, 2009). Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2016) blijkt dat Nederland op 1 januari 2010 1.858.294 inwoners met een niet-Westerse achtergrond telde. Op 1 januari 2016 telde Nederland 2.097.105 inwoners met een niet-Westerse achtergrond. Volgens een schatting zouden er in 2050 4.8 miljoen allochtonen zijn, waarvan

2.7 miljoen met een niet-Westerse achtergrond. Gezien de stijgende cijfers is het van belang dat er gekeken wordt naar de zorg voor allochtone cliënten (Nicolaas, Wobma, & Ooijevaar, 2010).

Uit een artikel van EenVandaag (2008) blijkt dat allochtonen een grotere kans hebben om een psychische stoornis te ontwikkelen. Twee tot zes procent van de allochtonen ontwikkelt een psychotische stoornis, in vergelijking met één procent bij autochtonen. Daarbij is migratie een van de meest vergeten life events van een allochtoon (Kortmann, 2010). Het kan zijn dat allochtonen noodgedwongen moeten vluchten uit hun vaderland, waardoor ze door verlieservaringen en andere oorzaken een verhoogde kans hebben om een psychische stoornis te ontwikkelen. Hierdoor zijn zij de maatschappelijke status die zij in hun eigen land hadden verloren. Het blijkt ook dat de kinderen van allochtonen die in Nederland geboren zijn, een grotere kans hebben om een psychische stoornis te ontwikkelen (GGZ Nieuws, 2014). Dit komt mede doordat zij opgroeien in twee verschillende culturen en hier een weg in moeten vinden, omdat ze van beide kanten onder druk gezet worden (Kortmann, 2010). Hoewel er steeds meer inzicht komt in de relatie tussen cultuur, migratie en psyche, worden er tijdens de behandeling nog verschillende barrières ervaren bij allochtone cliënten. Die barrières bevinden zich op het gebied van taal, verschil in beleving van ziekte, het gebruik maken van zorg en therapietrouw. (GGZ Connect, 2016) Gekeken naar de toekomst is het van belang dat de zorg aansluit bij de behoefte van de allochtone cliënt (Acherrat-Stitou, 2009).

Het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal kan ervoor zorgen dat allochtonen met een niet-Westerse achtergrond geen professionele hulp gaan zoeken wanneer het nodig is (Zhou, 2015). Wat volgens de Leeuw (2008) ook een barrière kan zijn voor allochtone cliënten om hulp te gaan zoeken, is dat er onder een groot deel van de allochtone bevolking nog een taboe rust op psychische klachten en de hulp die iemand daarvoor nodig heeft. Uit het onderzoek van Bekker en Mens-Verhulst (2008) is gebleken dat niet in alle gevallen psychische stoornissen hetzelfde van aard zijn. Zo is bij de persoonlijkheidsstoornis bekend dat deze cultuurgevoelig is. Het is de vraag of bepaald gedrag en belevingen van allochtone cliënten gezien moeten worden als psychisch gestoord, of als begrepen en geaccepteerd binnen de cultuur van die cliënt. Er zijn niet-Westerse stoornissen zoals subtypen van angststoornissen en bezetenheid die niet in de reguliere GGZ worden behandeld. Gezien de inhoudelijke verschillen, moet er rekening gehouden worden met de achtergrond van de cliënt. Als er geen rekening wordt gehouden met de culturele achtergrond, spreekt de behandeling de cliënt minder aan en zal de therapietrouw verminderen (Kortmann, 2010). Doordat er een taboe rust op het vragen van psychische hulp, probeert men hun problemen in hun eigen omgeving op te lossen. Ook zouden zij twijfelen over de effectiviteit van een behandeling bij de GGZ, omdat de kwaliteit te kort zou schieten. Hiermee wordt bedoeld dat het behandelprogramma en de denkwijzen niet aansluiten op die van allochtone cliënten (TVCN, 2014).

De huidige behandeling binnen de GGZ is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn met als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In de richtlijnen wordt er weinig rekening gehouden met de multiculturele bevolking die Nederland op dit moment heeft. Hierdoor ontstaat er bij de hulpverleners

onduidelijkheid en weten zij niet hoe ze met deze cultuurverschillen moeten werken (Farmer, 2014). Binnen verschillende GGZ-instellingen is er de afgelopen jaren gewerkt aan een betere samenwerking tussen cliënt en hulpverlener. Zo wordt er bijvoorbeeld een cultuurintensief aanbod opgesteld, er wordt gezocht naar deskundig allochtoon personeel, er wordt onderzoek gedaan en er worden samenwerkingen aangegaan met organisaties waar allochtonen bij zijn aangesloten (May, 2011). Ook zijn er cultuur sensitieve tests ontwikkeld zodat de diagnostiek beter aansluit op de culturele achtergrond van de cliënt (Kwidama, 2016). Toch blijkt dat dit nog niet voldoende is om de behandeling zo aan te passen dat er minder uitval is van allochtone cliënten (May, 2011).

In de Randstad is op sommige locaties de instroom van allochtone cliënten meer dan vijftig procent (Kindermans, 2006). Vanuit dit feit wordt dus duidelijk dat het voor hulpverleners van belang is dat zij weten hoe ze om moeten gaan met cliënten uit andere culturen. Bekker en Mens-Verhulst (2008) hebben onderzoek gedaan naar hoe therapeuten omgaan met de herkomst, sekse en de cultuurverschillen van allochtone cliënten. Daaruit kwam naar voren dat allochtonen andere accenten leggen op hun klachten. Ze leggen vooral de nadruk op lichamelijke klachten. Allochtone mannen ervaren een psychische stoornis als falen, waardoor ze bijvoorbeeld een depressie niet kunnen accepteren (Bekker & Mens-Verhulst, 2008). Mensen uit de Westerse cultuur kunnen het verschuilen achter lichamelijke problemen opvatten als gemakzucht, maar voor mensen uit een andere cultuur is het een vorm van zichzelf sterk houden, omdat psychische ziekte in hun cultuur gezien wordt als zwakte. Deze verschillen in opvattingen kunnen zorgen voor problemen binnen een behandeling (Kolkman, 2009).

Uit onderzoek van Kaya (2013) blijkt dat mensen zich vaak niet bewust zijn van hun eigen culturele achtergrond, laat staan in dat van mensen uit een andere cultuur. Op het moment dat er weinig of geen rekening wordt gehouden met de cultuur van de ander, ontstaan er misverstanden en verloopt de communicatie niet zoals gewenst. Binnen iedere organisatie komen er cultuurverschillen voor. Elke keer als je in contact komt met iemand uit een andere cultuur, speelt cultuurbewustzijn mee. Als iemand dan alleen van zijn eigen gewoonten en gedachten uitgaat, ontstaan er misverstanden, zoals elkaar niet begrijpen en dat er daardoor mogelijk een verkeerde diagnose wordt gegeven. Het is de makkelijkste weg voor mensen om ervan uit te gaan dat iedereen hetzelfde denkt als hij of zij zelf doet. Ook gaan mensen ervan uit dat anderen dezelfde waarden en normen hebben en aan dezelfde zaken waarde hechten. Het risico dat hierin schuilt is dat je elkaar niet begrijpt of dat de gesprekspartner niet op je aansluit.

Veel allochtone cliënten hebben een verkeerd beeld van de GGZ, blijkt uit het onderzoek van Bekker en Mens-Verhulst (2008). Ze hebben geen idee wat ze te wachten staat en denken vaak dat therapeuten huisartsen zijn die ze gaan helpen met medicatie. Ruim de helft van de hulpverleners die ondervraagd zijn in het onderzoek van Bekker en Mens-Verhulst (2008), geven aan regelmatig conflicten te hebben met allochtone cliënten. Dit komt doordat cliënten zich schamen en niet over hun probleem willen praten, wat zorgt voor een belemmering in de therapie. Uit onderzoek van Smedley,

Adrienne & Stith (2003) blijkt ook dat hulpverleners communicatieproblemen bij cliënten met een andere culturele achtergrond ervaren. Tevens blijkt dat de hulpverlening aan allochtonen als belastend wordt ervaren. Communicatieproblemen ontstaan door taal- en cultuurverschillen, die als gevolg kunnen hebben dat de effectiviteit van de gekozen behandeling niet geheel tot uiting komt. De communicatieproblemen hebben ook een nadelige invloed op therapietrouw, aangezien allochtone cliënten vaak niet begrijpen wat er gezegd wordt en andersom.

Als er met een tolk gewerkt moet worden, ervaren therapeuten dit als minder persoonlijk omdat er minder oogcontact gemaakt wordt en er gepraat wordt via de tolk. Ook als de afkomst van iemand niet wordt erkend, kan dit gevolgen hebben voor de diagnostiek en behandeling van een cliënt uit een andere cultuur. De cliënt heeft na gesprekken met zijn behandelaar nog vragen die hij niet kan stellen in verband met de andere cultuur. Hierdoor worden achterliggende hulpvragen niet gezien en behandeld (Kaya, 2013).

Ook hebben allochtonen baat bij alternatieve geneeswijzen (Hoffer, 2010). Zo is de Islamitische cliënt vertrouwd met djinns die een grote rol spelen in hun cultuur spelen. Djinns zijn onzichtbare wezens aan wie goddelijke verplichtingen zijn opgedragen (Vraag Islam, 2016). Iemand die hindoeïstisch is, heeft als overtuiging dat als je bij iemand anders dan je familie hulp gaat zoeken, je hiermee de familie beledigt (Kindermans, 2006). Uit onderzoek van Hoffer (2010) blijkt dat er weinig tot nooit met deze alternatieve geneeswijzen gewerkt wordt. Volgens Hoffer hoeven therapeuten niet in alternatieve geneeswijzen te geloven, maar is het wel belangrijk dat zij inzien dat cliënten uit een andere cultuur dit als helpend ervaren. Door niet te werken met deze alternatieve geneeswijzen, kan het zijn dat een cliënt zich niet begrepen voelt.

Uit het onderzoek van Kortmann (2010) blijkt dat er ook vaak wantrouwen aanwezig is in een therapeutische relatie tussen een autochtone hulpverlener en een allochtone cliënt. Een allochtone cliënt krijgt vaak te maken met een autochtone hulpverlener die werkt in de reguliere GGZ en gebruik maakt van de reguliere behandeling. Dit zorgt ervoor dat een behandeling niet loopt zoals gewenst is. Om een behandeling te laten slagen, is het belangrijk dat er vertrouwen is tussen hulpverlener en cliënt. Als er een vertrouwensrelatie opgebouwd moet worden, moet een hulpverlener kennis hebben van de manier waarop de cliënt in de wereld staat en hoe die persoon dingen ziet. Als iemand geen kennis hiervan heeft, ontstaat er onbekendheid wat kan leiden tot een gebrek aan invoelend vermogen. Wanneer er wantrouwen is van een van de kanten, zal een behandeling mogelijk voortijdig afgebroken worden.

Wat ook een reden kan zijn dat de behandeling stagneert, is de communicatie tussen twee partijen. Op het moment dat iemand om hulp vraagt door naar de GGZ te komen, is het van belang dat de communicatie goed verloopt. Je moet elkaar kunnen verstaan en ook begrijpen als je hulp wil krijgen, maar ook als je hulp wil verlenen. Soms is het bij een gesprek met een autochtone cliënt voor een hulpverlener al moeilijk om te begrijpen wat diegene precies bedoelt, laat staan wanneer de cliënt uit

een andere cultuur komt en een andere moedertaal heeft. Bij interculturele communicatie is de non-verbale boodschap nog belangrijker dan bij communicatie waarbij de gesprekspartners dezelfde moedertaal hebben. Doordat de gesprekspartners bij interculturele communicatie mogelijk niet dezelfde taal spreken en de non-verbale communicatie een andere betekenis kan hebben, is de kans groot dat er sprake is van miscommunicatie (Guijt, 2013).

1.2 Probleemstelling

Uit de probleemanalyse komt naar voren dat er een discrepantie is tussen vraag en aanbod in de psychische zorg voor allochtone cliënten. Er is al lang, zeker de afgelopen 50 jaar, een gestage stroom van allochtonen die zich in Nederland vestigen. Uit de probleemanalyse blijkt dat zij ook gevoeliger zijn voor een psychische stoornis en hulp nodig hebben van de GGZ. Gezien de grote instroom van vluchtelingen in 2015 en 2016, zullen er mogelijk ook meer vluchtelingen naar de GGZ komen. Uit de probleemanalyse komt ook naar voren dat de communicatie tussen de autochtone hulpverlener en de allochtone cliënt een probleem vormt binnen de behandeling. Het is belangrijk om te onderzoeken hoe de communicatie nu ervaren wordt en of het wenselijk is dat er interculturele aanpassingen gedaan moeten worden.

1.2.1 Verificatie

De verificatie vanuit de praktijk is gedaan door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige die werkzaam is op een afdeling voor niet aangeboren hersenletsel binnen GGZ-instelling X. Hij heeft omschreven hoe hij dit probleem in de praktijk ervaart aan de hand van onderstaande uitspraken.

“Het maakt het toch wel lastig om om goed hulpverlenerschap te verlenen aan allochtone cliënten, omdat juist in de communicatie veel dingen fout gaan of misverstanden ontstaan. Het is eigenlijk wel mijn grootste ervaring, zeker bij het merendeel van de Turkse mensen, dat in het algemeen de taalvaardigheid slecht is. Plus mijn ervaring is ook, dat als mensen van allochtone afkomst ziek worden, gaan ze sneller terug naar hun basis, waarin ze hun eigen taal wat meer naar voren brengen en blijkbaar minder de nieuwe taal eigen zijn.”

“Ik zie in ieder geval wel, met name bij de allochtonen, ziek zijn is eigenlijk een soort van schande, dat mag niet, dat mag niet bestaan. In ieder geval niet voor de buitenwereld, wel in het klein in het eigen kringetje, daar wordt het wel geuit, maar daarbuiten niet dus is het een schaamte.”

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Door het beantwoorden van de hoofdvraag, wordt onderstaande doelstelling bereikt:

Aan de hand van dit onderzoek wordt kennis en inzicht verkregen over hoe de communicatie met de allochtone cliënt op dit moment ervaren wordt door autochtone hulpverlener die werkzaam is in de GGZ. Op basis van deze ervaringen worden handvaten en aanbevelingen voor de hulpverlener geformuleerd over hoe de communicatie met een allochtone cliënt geoptimaliseerd kan worden.

1.4 Vraagstelling

Naar aanleiding van de probleemanalyse en probleemstelling is de volgende hoofdvraag tot stand gekomen:

Hoe ervaren autochtone hulpverleners in de GGZ de communicatie met allochtone cliënten?

Het onderzoek is een eenzijdig onderzoek, aangezien alleen de autochtone hulpverlener wordt benaderd. Er is bewust gekozen voor een eenzijdig onderzoek, omdat er al meer onderzoek is gedaan naar de ervaring van de allochtone cliënt op het gebied van de geboden behandeling en communicatie.

1.5 Deelvragen

Om de hoofdvraag te beantwoorden, zijn de volgende 3 deelvragen opgesteld:

1. Ervaren autochtone hulpverleners verschillen in communicatie tussen autochtone cliënten en allochtone cliënten?
2. Welke belemmeringen ervaren hulpverleners in de communicatie met allochtone cliënten?
3. Wat hebben hulpverleners nodig om de communicatie met een allochtone cliënt te optimaliseren?

1.6 Begripsafbakening

Communicatie: Elke boodschap die de ene persoon naar een ander persoon uitzendt. Dit kan verbaal, non-verbaal of met pictogrammen zijn (Reframe, 2016).

Allochtone cliënten: cliënten met een andere culturele achtergrond. Het gaat in het onderzoek om mensen van de eerste en tweede generatie. De eerste generatie zijn mensen die in het buitenland geboren zijn, en van wie ten minste een ouder in het buitenland is geboren. De tweede generatie zijn mensen die in Nederland zijn geboren, van wie ten minste een ouder in het buitenland is geboren (CBS, 2016a).

Hulpverleners: Verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers, agogen, vaktherapeuten en trajectbegeleiders die in de GGZ werkzaam zijn. Zij werken allemaal op een open afdeling, gesloten afdeling, een ambulante behandeling of een vorm van dagbesteding.

Autochtonen: Iemand van wie beide ouders in Nederland zijn geboren, ongeacht of de persoon zelf ook in Nederland is geboren (CBS, 2016b). In het onderzoek gaat het om hulpverleners van wie beide ouders in Nederland geboren zijn.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg. In dit onderzoek gaat het over GGZ-instellingen in Nederland.

Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader

2.1 Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk worden vier verschillende theorieën beschreven die aansluiten bij de hoofdvraag: hoe ervaren autochtone hulpverleners in de GGZ de communicatie met allochtone cliënten? De theorieën die beschreven zullen worden zijn:

- Theorie van Hoffman (2009): de theorie gaat ervan uit dat communicatie en gedrag alleen begrepen kunnen worden als er gekeken wordt naar het hele systeem.
- Theorie van Pinto (2010): structuurentheorie. Tot welke structuur iemand behoort (F-structuur of G-structuur) heeft te maken met welvaart, sociaal milieu, religie en genetisch materiaal.
- Theorie van Hofstede (2014): om mensen uit andere culturen te begrijpen is het belangrijk om je te verdiepen en rekening te houden met de culturele verschillen.
- Theorie van Kleinman (1980): deze theorie gaat ervan uit dat er op verschillende manieren naar ziekte gekeken kan worden, vanuit de professional en vanuit de cliënt.

2.1.1 Theorie van Hoffman: de TOPOI-methode

Als professionals hun cliënten en cliëntsystemen benaderen doen ze dit vaak op een culturaliserende wijze. Dat wil zeggen dat ze in een ontmoeting met iemand met een andere culturele achtergrond, ze de problemen toeschuiven op het anders zijn. Hierdoor nemen professionals een houding aan waarmee ze willen zeggen dat deze mensen zich aan moeten passen omdat ze nu in Nederland zijn. Dit gedrag leidt vaak tot weerstand of juist tot sociaal wenselijk gedrag bij de cliënt. Professionals zijn ook vaak bang om fouten te maken. Om dat te voorkomen, bereiden ze zich vaak voor door feiten en weetjes over de bepaalde cultuur op te zoeken. Door dat te doen, stellen ze de eigen opvattingen en waarden minder centraal en krijgen ze oog voor de andere cultuur. Hierdoor zullen ze minder snel oordelen over opvattingen en waarden uit de andere cultuur.

Om een gesprek kans van slagen te geven, stelt Hoffman (2009) dat het van belang is om te werken met de systeemtheoretische benadering (Hoffman, 2009). De communicatietheorie van Paul Watzlawick (1974) gaat ervan uit de communicatie en het gedrag van een persoon alleen begrepen kan worden in de omgeving waarin de persoon verkeert; collectieven genaamd. Voorbeelden van collectieven zijn gezinnen, families, vriendengroepen, steden, klassen, bedrijven etc. Iedere identiteit

is weer verdeeld in verschillende deelidentiteiten, ook wel de verschillende rollen die een persoon heeft, zoals zus, dochter, moeder, vriendin etc. Elk collectief kenmerkt zich door een eigen cultuur, zoals een familiecultuur, jongerencultuur en religieuze cultuur. Deze verschillende culturen hebben invloed op de communicatie van een persoon, maar ook op de opvattingen en waarden van iemand. De essentie van goede, interculturele zorg volgens Hoffman is dat mensen zich mogen laten zien zoals zij zelf willen, ondanks de verschillen in cultuur (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1974).

Elke communicatie is intercultureel. Binnen Nederland zijn er namelijk ook verschillende culturen, zoals bijvoorbeeld de Roma cultuur. Als je een gesprek hebt met iemand uit een niet-Westerse cultuur, is dat ook gewone communicatie. Er is vaak een misvatting dat interculturele communicatie alleen communicatie met allochtonen is. Hierdoor hebben mensen vaak het gevoel dat ze ineens anders moeten communiceren, omdat het de naam interculturele communicatie heeft gekregen. Professionals zijn dan bang om fouten te maken en vergeten vaak hun communicatieve vaardigheden omdat ze alleen maar bezig zijn met de juiste vorm van communiceren (Hoffman, 2013).

Een middel dat Hoffman hiervoor ontwikkeld heeft, is het TOPOI-model. Het is een methode waarin aandachtspunten en mogelijke interventies naar voren komen, die kunnen worden ingezet tijdens de communicatie. Het TOPOI-model gaat over vijf gebieden in de communicatie waarbij culturele verschillen een rol kunnen spelen:

- Taal: De verbale en non-verbale communicatie van een persoon.
- Ordening: De kijk van een persoon op hetgeen dat er speelt op dat moment.
- Personen: Hoe ziet en ervaart een persoon zichzelf, de ander en de onderliggende relatie.
- Organisatie: Er is invloed van de organisatie op de communicatie tussen professional en cliënt. Veel conflicten zijn niet het gevolg van een culturele aspecten, maar van organisatorische factoren.
- Inzet: De emoties, beweegredenen, behoeften en waarden van een persoon.

Als een professional zich bewust is van de vijf gebieden van TOPOI, kan het diegene helpen om voorbereid te zijn op de verschillen die zich kunnen voordoen binnen de communicatie met een cliënt uit een andere cultuur (Hoffman, 2009). In bijlage 1 is een schematische weergave van de TOPOI-model te vinden.

Uit de probleemanalyse is naar voren gekomen dat er in de communicatie tussen een autochtone hulpverlener en een allochtone cliënt valkuilen liggen om een adequate behandeling te bieden. Volgens de theorie van Hoffman kan dit probleem deels verholpen worden door te werken met het TOPOI-model. Door met het model te werken, is een professional beter voorbereid op een gesprek en kan diegene rekening houden met de culturele achtergrond.

2.1.2 Theorie van Pinto: de piramide van Pinto

Om effectief om te gaan met verschillen tussen mensen, maar met behoud van eigenheid van een persoon, heeft Pinto de structuurentheorie en de Drie Stappen Methode (DSM) ontwikkeld. De kern van de structuurentheorie is dat hij betrekking heeft op regels en codes. De termen fijnmazige structuren (F) en grofmazige structuren (G) worden gebruikt binnen de theorie. De F-structuur staat voor een volle, strakke en gedetailleerde structuur, vol met omgangsregels en communicatieregels tussen mensen. Deze cultuur komt voor in landen zoals bijvoorbeeld Marokko. De G-structuur staat voor ruime en losse regels en codes, zoals in de Verenigde Staten en Nederland. Deze verschillen zijn niet alleen per land, maar kunnen ook tussen regio's en groepen spelen. De benadering van deze theorie kan dus toegepast worden op macro-, meso- en microniveau.

Tot welke structuur iemand behoort, heeft te maken met 4 factoren: welvaart, sociaal milieu, religie en het genetisch materiaal van iedereen. Het verschil tussen mensen zit in de structuur van regels en codes, ondanks dat iedereen gedragsregels en communicatiecodes kent. Bij iedere cultuur zijn deze regels en codes anders.

Om de grote verschillen tussen de F- en G-structuur te doorgronden, heeft Pinto de piramide van Maslow bekeken en hier een aangepaste piramide van gemaakt. De piramide van Maslow is voor mensen met een westerse achtergrond, wat 12% van de wereldbevolking is. Deze piramide geldt dus niet voor mensen uit een andere cultuur met een niet-Westerse achtergrond, die bestaat uit 88% van de wereldbevolking. Daarom is de piramide van Pinto ontwikkeld.



Figuur 1. De verschillen tussen de piramide van Maslow en de piramide van Pinto (Pinto, 2010).

Omdat uit bovenstaande afbeelding blijkt dat de verschillen ver uit elkaar liggen, heeft Pinto de DSM ontwikkeld.

- Stap 1: Cultuurgebonden waarden en normen vaststellen en leren kennen. Welke codes en regels zijn van invloed op het communiceren, handelen en denken.

- Stap 2: Kennis verwerven. Cultuurgebonden waarden, normen en gedragscodes van de ander leren kennen. Eerst wordt er gekeken naar de mening over het gedrag van de ander en daarna komen de feiten. Onderzocht wordt waar het vreemde gedrag of uiting van de ander vandaan komt en wat daar de achtergrond van is.
- Stap 3: Kijken naar hoe er omgegaan kan worden met de verschillen die geconstateerd zijn in de besproken situatie. Er moet gekeken worden naar waar de grenzen van iemand liggen op het gebied van aanpassing en acceptatie. Deze grenzen worden duidelijk gemeld aan de ander op een manier zodat het bij de ander aankomt en begrepen wordt (Pinto, 2010).

De piramide van Pinto en de daarbij behorende DSM sluit goed aan bij de hoofdvraag omdat de theorie gericht is op de interculturele communicatie. Uit de probleemanalyse blijkt dat er problemen zijn op gebied van communicatie. De DSM zou een middel zijn waarmee hulpverleners kunnen werken zodat de communicatie beter gaat verlopen, mocht dit wenselijk zijn. Door te kijken naar de piramide van Pinto wordt helder wat de verschillen zijn tussen autochtone en allochtone cliënten en kan daar tijdens de behandeling rekening mee worden gehouden.

2.1.3 Theorie van Hofstede: Individualisme-Collectivisme

Cultuur wordt door Hofstede omschreven als de collectieve programmering van de geest die de leden van een groep of categorie mensen onderscheidt van de anderen (Hofstede, Hofstede, & Minkov, 2014). Het heeft te maken met onbewuste waarden die wij normaal vinden en voor anderen abnormaal zijn. Om mensen uit andere culturen te kunnen begrijpen, is het belangrijk om je te verdiepen in deze cultuur en rekening te houden met culturele verschillen. Volgens Hofstede leven de meeste mensen in samenlevingen waarin het leven in de groep belangrijker is dan het individu. Samenlevingen waarin de groep belangrijker is, worden collectivistisch genoemd, de wij-cultuur. Mensen die in deze samenleving opgroeien, leren al vanaf de geboorte dat ze deel zijn van een wij-groep (Hofstede, 2011). De wij-cultuur kan worden opgemerkt als een schaamtecultuur. Als iemand uit de wij-cultuur bijvoorbeeld de regels heeft overtreden, zal heel de groep zich hiervoor schamen. Vaak zijn mensen met een niet-Westerse achtergrond opgegroeid in een wij-cultuur (Hofstede et al., 2014). Mensen die in de wij-cultuur leven, zullen psychische problemen vaker voor zichzelf houden, omdat ze anders de samenleving beledigen en zij hierdoor gezichtsverlies ervaren (Zhou, 2015).

Een kleiner deel van de wereldbevolking leeft in een samenleving waarin het individu centraal staat. Dit zijn individualistische samenlevingen, de ik-cultuur. In deze cultuur wordt van iedereen verwacht dat ze voor zichzelf kunnen zorgen. In onderstaande figuur zijn nog een aantal verschillen tussen de ik-cultuur en wij-cultuur beschreven (Hofstede et al., 2014).

Individualisme	Collectivisme
Er wordt van iedereen verwacht dat hij/zij alleen voor zichzelf zorgt en zijn of haar directe familie	Mensen worden geboren in grote families of stammen die hen in ruil voor loyaliteit beschermen
Ik-besef	Wij-besef
Recht op privacy	Belangrijk om ergens bij te horen
Door andere gezien als individuen	Door anderen ingedeeld in in-groep of out-groep
Persoonlijke mening verwacht: een persoon, een stem	Meningen en stemmen bepaald door in-groep
Overtreding van de normen leidt tot schuldgevoelens	Overtreding van normen leidt tot schaamtegevoelens
Het woord 'ik' is onmisbaar	Het woord 'ik' wordt vermeden
Doel van het onderwijs is om te leren: hoe te leren	Doel van het onderwijs is om te leren: hoe te doen
Taak heeft voorrang op relatie	Relatie gaat voor taak

Figuur 2. Verschillen tussen individualistische- en collectivistische samenlevingen (Hofstede, 2011)

De theorie van Hofstede sluit goed aan bij de hoofdvraag en de probleemanalyse omdat uit verschillende onderzoeken blijkt dat er te weinig rekening wordt gehouden met verschillende culturen. Door het schema mee te nemen in de communicatie met een allochtone cliënt, zullen er andere opvattingen ontstaan bij de autochtone hulpverlener. Er zal mogelijk minder sprake zijn van miscommunicatie omdat de achtergrond van de cliënt mee wordt genomen in het gesprek.

2.1.4 Theorie van Kleinman

De theorie van Kleinman omschrijft verschillende verklaringsmodellen die inzichten geven over hoe mensen naar ziekte en gezondheid kijken. Kleinman (1980) omschrijft ziekte als een cultureel fenomeen waarbij bepaalde overtuigingen van de oorzaken van de ziekte worden gekoppeld aan de beleving van symptomen, het werkelijke gedrag, beslissingen bij alternatieve behandelingen, de werkelijke behandeling en de evaluatie van de behandeling. Het is een verklaringsmodel waarbinnen ziekte door drie begrippen kan worden aangeduid. Deze drie begrippen zijn:

- Illness: hiermee wordt de subjectieve ervaring van de zieke persoon bedoeld, in combinatie met de invloed van familie en het sociale netwerk. Cliënten zien ziekte als illness: het is persoonlijk en gebonden aan ervaringen van de cliënt.

- Sickness: hiermee wordt bedoeld hoe mensen omgaan met de ziekte. Het wordt gezien als de manier van het begrijpen van en het omgaan met de ziekte.
- Disease: hiermee worden de biologische en fysieke processen bedoeld en wordt de ziekte vanuit medisch oogpunt benaderd. Professionals kijken vaak vanuit de disease naar de ziekte, die wordt gezien als onpersoonlijk en abstract.

Kleinman maakt op sociaal gebied onderscheid in hoe ziekte wordt ervaren, namelijk populair, professioneel en volksgeloven. Onder populair wordt de familiecontext, sociaal netwerk en gemeenschap verstaan. Onder professioneel wordt het wetenschappelijke deel verstaan, zoals het verstrekken van medicatie. Het wordt vaak aangeduid als westers. Onder volksgeloof worden de niet-professionele genezers verstaan. (Kleinman, 1980)

In Nederland houden professionals vaak een biomedisch model aan, waarin een ziekte wordt gezien als disease. De ziekte is dus onpersoonlijk en abstract. Cliënten zien ziekte vaak als illness, wat inhoudt dat ze ontstaan vanuit levensproblemen en wel persoonlijk zijn. Bij verschillende culturele achtergronden kan het zijn dat er nog andere aspecten meespelen, zoals religie en bijgeloof. Illness wordt gevormd door sociale, persoonlijke en culturele factoren. De waarden en normen die iemand heeft spelen mee in hoe iemand de illness ervaart. Het is belangrijk om rekening te houden met het sociale en culturele aspect, aangezien de ziekte beïnvloed wordt door cognitie, ervaringen van mensen en waardering. De omgeving van de cliënt heeft ook een invloed op de ziekte (Hamont, 2014).

De theorie sluit aan bij dit onderzoek omdat onder communicatie ook het verschil in ziektebeleving kan vallen. Hulpverlener en cliënt zullen elkaar mogelijk niet begrijpen, aangezien ze beiden op een andere manier naar ziekte kijken. Hierdoor ontstaat miscommunicatie omdat er vanuit verschillende perspectieven naar een ziekte wordt gekeken.

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoekspopulatie beschreven met de steekproef en wordt er uitgelegd hoe de anonimiteit gewaarborgd is. Ook wordt de dataverzamelmethode, het meetinstrument en de data-analyse beschreven.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Om de hoofdvraag te beantwoorden is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij GGZ-instelling X. Hierbij is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethode interviewen. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat er gekeken wordt naar de ervaring die autochtone hulpverleners hebben met de communicatie tussen hulpverlener en allochtone cliënten. Het is hierbij van belang om betekenissen en gedragingen van mensen zo goed mogelijk te begrijpen (Boeije, 2005).

3.1.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle mogelijke onderzoekseenheden (Migchelbrink, 2009). In dit onderzoek bestaat de populatie uit autochtone hulpverleners die werken op een open afdeling, gesloten afdeling of bij een dagbesteding of dagbehandeling binnen GGZ-instelling X. Zij hebben ervaring met het werken met allochtone cliënten. De hulpverleners bestaan uit verpleegkundigen, vaktherapeuten en GGZ-agogen.

3.1.2 Steekproef

Omdat de onderzoekspopulatie erg groot is, wordt er gebruik gemaakt van een steekproef. Een steekproef betekent dat er uit de hele onderzoekspopulatie een selectie wordt gemaakt waar de interviews daadwerkelijk bij worden afgenomen (Verhoeven, 2011). Er is bij dit onderzoek gebruik gemaakt van doelgerichte selectie, wat wil zeggen dat de respondenten moeten voldoen aan bepaalde kenmerken (Boeije, 2005). De steekproef voor dit onderwerp heeft betrekking op 10 hulpverleners die in GGZ-instelling X werken. Zij hebben allemaal ervaring met het werken met allochtone cliënten op een open afdeling, gesloten afdeling, een vorm van dagbesteding of dagbehandeling. Onder cliënt wordt verstaan dat het allochtone cliënten zijn, met een andere moedertaal dan het Nederlands. Onder hulpverleners worden verpleegkundigen, vaktherapeuten en GGZ-agogen verstaan. Het verschil in functie van de hulpverleners is van belang omdat de communicatie bij iedere functie anders kan verlopen. Een vaktherapeut communiceert vaak op een andere manier dan een verpleegkundige. Door verschillende functies bij het onderzoek te betrekken, zullen de conclusies niet direct samenhangen met eigenschappen van een bepaalde functie. De hulpverleners worden niet bij hun naam genoemd en er zal niet genoemd worden voor welke GGZ-instelling ze werkzaam zijn, om zo de anonimiteit en privacy te waarborgen.

De respondenten werden benaderd door middel van een e-mail. Allereerst zijn verschillende teamleiders benaderd om toestemming te vragen voor het afnemen van interviews op een aantal

afdelingen. Na deze goedkeuring, werden werknemers persoonlijk benaderd door middel van een e-mail. Hierin werd vermeld wat het doel was van het onderzoek, wat het doel was van de interviews en hoe ik de privacy heb gewaarborgd. Er is vermeld dat de interviews opgenomen zouden worden door middel van opnameapparatuur in verband met het verwerken van de resultaten. Er is aangegeven dat respondenten op ieder moment mochten stoppen met het interview. Mochten de werknemers akkoord gaan en deelnemen aan het interview, dan werd er tijdens het interview een informed consent getekend zodat op papier akkoord werd gegaan met het afnemen van het interview. In bijlage 4 is een voorbeeldformulier van de informed consent te vinden.

3.2 Dataverzamelingsmethode

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek waarin de dataverzameling plaats heeft gevonden door middel van interviews. Bij een interview richt de interviewer zich op het stellen van vragen over opvattingen, gedragingen en ervaringen over een bepaald onderwerp aan een respondent die ervaring of kennis heeft over het onderwerp (Boeijs, 2005). Er werd gebruik gemaakt van individuele interviews, omdat er hierbij meer mogelijkheden zijn om door te vragen op redeneringen en opvattingen van de respondent. Hierdoor kregen de interviews meer diepgang. De interviews vonden face to face plaats, dus de onderzoeker is naar de respondent toe gegaan. Het voordeel dat hiermee behaald werd, is dat ook de non-verbale communicatie gezien werd en dit meegenomen werd bij de resultaten (Migchelbrink, 2009).

Er is gekozen voor een semigestructureerd interview. Hierbij werd er gebruik gemaakt van open vragen waarbij een aantal vragen al vastliggen, maar er ook ruimte is voor eigen invulling. Er was een mogelijkheid om door te vragen op zaken die als belangrijk gezien werden (Migchelbrink, 2009). Er werd gebruik gemaakt van een topiclijst waarmee de richting van het interview werd aangegeven, maar er was ruimte voor nieuwe inzichten die van belang waren voor de hoofdvraag (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2013). De betrouwbaarheid werd bij een semigestructureerd interview gewaarborgd door middel van het gebruik van opnameapparatuur. Op deze manier werd het interview teruggeluisterd en uitgewerkt. Ook werd de betrouwbaarheid gewaarborgd door de respondenten te interviewen op een bekende en veilige plek voor diegene, namelijk het terrein van de instelling op de afdeling waar de desbetreffende respondent werkzaam is. Hierdoor ontstond er voor de respondent een vertrouwde sfeer.

Gekeken naar de gedragscode van de HBO-raad, is er sprake van ethische verantwoording van de dataverzameling. Dit gaat onder andere over dat de waarden van de respondenten worden gerespecteerd. Op alle interviews die werden afgenomen zijn met de volgende vier zaken rekening gehouden:

- Contactlegging: De onderzoeker introduceerde zichzelf duidelijk en maakte haar rol duidelijk naar de respondent
- Terugkoppeling van de resultaten: De onderzoeker vroeg na ieder interview aan de respondent op welke manier diegene terugkoppeling van het interview wenste te hebben.
- Zorgvuldigheid: De onderzoeker maakte duidelijk dat de respondent anoniem was en hoe de privacy gewaarborgd werd. Hierdoor voelde de respondent zich veilig en kon diegene vrij en eerlijk antwoorden.
- Instemming: De onderzoeker vroeg duidelijk om toestemming voor het opnemen van het interview en om de resultaten te verwerken in het onderzoek. De onderzoeker gaf aan dat de respondent zich op elk moment terug kon trekken uit het interview (HBO-Raad, 2010).

3.3 Meetinstrument

Het meetinstrument dat voor dit onderzoek gebruikt is, is de topiclijst. Een topiclijst is een lijst met onderwerpen die zijn samengesteld om het interview richting te geven. In de topiclijst stonden termen die zeker aan bod moesten komen tijdens het interview, met daaraan een aantal vragen gekoppeld. De respondent kon een eigen betekenis geven aan hetgeen dat gevraagd werd (Verhoeven, 2011). De topiclijst is in bijlage 2 toegevoegd. De topiclijst was opgesteld om de interviews af te nemen en bevatte belangrijke thema's die naar voren waren gekomen uit de hoofdvraag. Het theoretisch kader heeft gediend als handvat waardoor meerdere topics zijn ontstaan.

Tijdens het interview is de onderzoeker begonnen met gestructureerde vragen, zoals de persoonsgegevens van de respondent. Hierbij werd gevraagd naar aantal jaren werkervaring en functie. Vervolgens zijn eerst de algemene topics aan bod gekomen waarna er meer de diepte in werd gegaan. Het afsluiten van het interview werd gedaan worden door het stellen van eenvoudige vragen en vragen vanuit de respondent (Verhoeven, 2011).

De betrouwbaarheid van de topiclijst is gewaarborgd door een proefinterview af te nemen. Hierdoor werd duidelijk welke hiaten er nog waren in de topiclijst zodat deze nog werd aangepast. Om de validiteit te waarborgen werden de hiaten meegenomen bij het opstellen van een nieuwe topiclijst. De topiclijst is een betrouwbaar meetinstrument voor dit onderzoek, omdat er door middel van een aantal onderwerpen gevraagd werd naar de ervaringen van hulpverleners. Omdat er geen vaste vragen waren, was het een open interview waardoor er ingespeeld kon worden op de aspecten die de respondent had aangestipt. Hierdoor werd het een persoonlijker interview en zijn er betrouwbare antwoorden uit voortgekomen.

3.4 Data-analyse

Omdat er gekozen is voor een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews, is de data op methodische wijze geanalyseerd (Verhoeven, 2011). Na de interviews is de verzamelde data uitgeschreven, uiteengegrafeld en verwerkt om structuur aan te brengen. Dit is gedaan door te beginnen met open coderen. Hierbij zijn delen van de transcriptie uiteengegrafeld en zijn de belangrijkste fragmenten in een tabel gezet om er vervolgens een label aan toe te voegen (Verhoeven, 2011). Na het open coderen kwam de stap axiaal coderen, oftewel groeperen. Hierbij werden de labels van het open coderen verdeeld onder hoofdcodes en subcodes, om een helder overzicht te krijgen van wat erop welk gebied relevant is. Hierbij is gezocht naar verbanden tussen labels vanuit de open codering (Boeije, 2005). Vanuit het axiaal coderen is er een codeboom ontstaan die in bijlage 3 te vinden is. De codeboom is gekoppeld aan de deelvragen, waar de conclusies uit zullen volgen. De conclusies bevatten handvaten en aanbevelingen om de communicatie met allochtone cliënten te optimaliseren.

Alle stappen die voorgaand zijn benoemd, zijn één voor één uitgewerkt en uitgeschreven zodat er op een betrouwbare manier duidelijk is geworden wat de inhoud is van de verzamelde data (Verhoeven, 2011).

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die uit de interviews zijn gekomen die bij autochtone hulpverleners werkzaam in GGZ-instelling X zijn afgenomen. De resultaten worden per deelvraag omschreven en is er gebruik gemaakt van citaten uit de interviews. Er wordt een koppeling gemaakt naar het theoretisch kader uit hoofdstuk 2. Hierbij zal worden gekeken of de theorie wordt bevestigd of weerlegd. Tot slot wordt er een antwoord gegeven op de deelvraag.

Deelvraag 1: Ervaren autochtone hulpverleners verschillen in communicatie tussen autochtone cliënten en allochtone cliënten?

Kenmerken communicatie

Alle respondenten werkzaam bij GGZ-instelling X beschrijven communicatie aan de hand van verschillende vormen. De meeste respondenten benoemen verbaal en non-verbaal als de belangrijkste vormen van communicatie. Daarnaast geeft de helft van de respondenten aan ook veel gebruik te maken van schriftelijke communicatie. Een andere vorm van communicatie die respondenten noemen is het gebruik van pictogrammen. De hierboven genoemde vormen van communicatie worden afwisselend gebruikt door de respondenten, afhankelijk van wat het beste aansluit bij de cliënt.

Verschillen in communicatie

Op de vraag of respondenten verschillen ervaren in de communicatie tussen autochtone cliënten en allochtone cliënten, kwamen wisselende reacties. Een groot deel van de respondenten geeft aan dat ze vaker moeten checken of de allochtone cliënt begrepen heeft wat er gezegd of uitgelegd is. Hierbij merken ze een duidelijk verschil vergeleken met de autochtone cliënt. Respondent 7 omschrijft het als volgt: *“Bij een gewone LVB-patiënt ga ik meer checken of mijn verhaal past, en bij de ander ga ik ook checken of de woorden die ik gebruikt heb wel helder zijn. Dus dat zou dan wel een verschil zijn.”*

Ook geeft de helft van de respondenten aan dat zij non-verbale communicatie bij allochtone cliënten lastiger vinden dan bij autochtone cliënten. Dit komt omdat zij andere non-verbale communicatie gebruiken dan autochtone cliënten en hulpverleners. Respondent 4 omschrijft het als volgt: *“Daar merk ik bij allochtone cliënten wel wat problemen omdat onze non-verbale uitingen hoeven niet altijd te kloppen met hun non-verbale begrip over die uiting. Dus dat maakt het weleens lastig.”* Ook ervaart een enkele respondent dat er schriftelijk verschillen zijn. Hiermee wordt bedoeld dat de allochtone cliënt moeilijker kan schrijven dan een autochtone cliënt.

Een deel van de respondenten heeft ervaring met het werken met een tolk. Iedereen geeft aan het fijn te vinden dat er een tolk is, maar niet iedereen ervaart het communiceren met een tolk als prettig. Twee respondenten geven aan dat het lastig is en geven daar als reden voor dat je voornamelijk

feitelijke informatie krijgt en daarom het gesprek oppervlakkig blijft. Respondent 2 omschrijft het als volgt: *“Ik ben blij dat hij erbij zit want anders kan ik helemaal geen gesprek voeren, maar ik vind het wel een lastig gesprek. En dat houdt met name in dat ik het lastig vind om heel concreet door te vragen. Ik wil bepaalde dingen weten en iemand die Nederlands spreekt kan ik gewoon doorvragen over het onderwerp, en met een tolk daar tussenin vind ik dat stuk toch wel heel lastig, dus de informatie die ik krijg uit zo'n intake is veel oppervlakkiger dan wat ik eigenlijk zou willen.”* Een groot deel heeft ervaring met het werken met een familielid als tolk. De meerderheid geeft aan het geen probleem te vinden dat de familie fungeerde als tolk, maar de meesten hebben wel het idee dat er sprake kan zijn van verdraaiing van informatie die de familie geeft. Dit komt omdat ze in een wij-cultuur leven en zich schamen voor bepaalde ziekten, dus zullen zij niet exact vertalen wat de cliënt zegt. Ook vindt de meerderheid dat een tolk ook als taak heeft om de non-verbale communicatie mee te nemen, aangezien deze anders kan zijn dan in de Nederlandse cultuur. Respondent 7 gaf het volgende voorbeeld: *“Wel als bepaalde non-verbale communicatie iets zegt. Ik heb wel ooit op televisie gezien dat dit in het ene land peace is en in het andere land iets anders. Het zou wel fijn zijn dat als een tolk dat weet dat hij dat overbrengt.”*

Een kleiner deel van de respondenten geeft aan geen verschillen te ervaren op het gebied van communicatie met de allochtone cliënt. De reden die zij hiervoor geven is dat alle allochtone cliënten Nederlands spreken, waardoor er van een taalbarrière geen sprake is.

Culturele achtergrond

Met de culturele achtergrond van de cliënt wordt bedoeld wat het land van herkomst is. De respondenten beschrijven een allochtoon als iemand die niet uit Nederland komt of waarvan de ouders niet uit Nederland komen. Zij hebben andere normen en waarden dan iemand uit Nederland. De allochtone cliënten waar de respondenten het in de interviews over hebben, komen voornamelijk uit Marokko en Turkije. Een aantal respondenten geven nog aan vaak meerdere verschillende nationaliteiten op de afdeling te hebben en steeds meer Polen in behandeling te krijgen.

Culturele verschillen

Verschillen in communicatie ontstaan niet zomaar. De verschillen die respondenten aangeven en merken in de communicatie, komen voort uit de culturele achtergrond van de cliënt. Op de vraag of de respondenten culturele verschillen zien binnen de behandeling, geeft iedereen daar een bevestigend antwoord op. Wat iedereen als eerste benoemd, is dat de familie heel erg betrokken is bij de behandeling van de cliënt. Een citaat van respondent 5 over hoe hij de betrokkenheid van de familie beschreef: *“Ja goed het valt weleens op dat bijvoorbeeld familie is wat meer betrokken vind ik, ze komen vaak met grote families, ze komen ook allerlei soorten eten brengen, de zorg is dan toch ook wel heel groot, en de betrokkenheid van de naasten, dat vind ik wel een groot verschil met de Nederlandse mensen om het zo maar te zeggen.”*

De meerderheid van de respondenten ervaart de culturele verschillen als een belemmering. Ze geven aan dat ze te weinig kennis hebben van andere culturen en dat ze daarom tegen de culturele verschillen aanlopen. Respondent 3 geeft een voorbeeld van een Afrikaanse cliënt waar door een hulpverlener veel vragen aan worden gesteld: *“Ik weet dat het in Afrika heel onbeleefd is als je iemand heel veel vragen stelt. Dat weet ik omdat ik toevallig een Ghanese zwager heb.”* Respondent 3 weet door dit familielid meer van de Afrikaanse cultuur. Echter voor andere culturen hoeft dit niet zo te zijn. Bij de vraag naar cultuurverschillen geeft respondent 3 aan: *“Ik denk dat we er veel te weinig van weten.”* Dit voorbeeld illustreert dat hulpverleners door gebrek aan culturele kennis gedrag vertonen dat in een andere cultuur als onbeleefd ervaren kan worden.

Wat ook gezien wordt door de respondenten is dat de allochtonen een andere ziektebeleving hebben vergeleken met autochtone cliënten. Hierbij wordt vooral gezien dat de familie van de allochtone cliënt anders naar de ziekte kijkt, omdat de gediagnosticeerde ziekte in hun cultuur niet geaccepteerd wordt of als een schande gezien wordt. Respondent 2 ervaart het als volgt: *“Ik denk wel dat het ook de familie daar omheen dat die anders tegen de stoornis van het familielid aan kunnen kijken dan dat wij dat als GGZ dat doen. Kijk het scheelt natuurlijk wel als een psychische stoornis, als die geaccepteerd is in de cultuur.”*

Een klein deel van de respondenten geeft aan dat de allochtone cliënt sneller met ontslag gaat in vergelijking met de autochtone cliënt. Dit heeft te maken met de cultuur waarin de cliënt is opgegroeid, namelijk de wij-cultuur. Dit zorgt ervoor dat de familie mogelijk de zorg op zich neemt omdat ze dat verantwoordelijkheidsgevoel hebben om voor hun familielid te zorgen.

Koppeling naar theoretisch kader:

De theorie van Kleinman (1980) beschrijft dat iedereen op een andere manier naar ziekte en gezondheid kijkt. Een professional kijkt vanuit de disease naar een ziekte, die als onpersoonlijk wordt gezien. Een cliënt kijkt als illness naar ziekte, wat als persoonlijk en gebonden aan ervaringen gezien wordt. Vanuit de culturele achtergrond van een cliënt, kan er dus anders naar een ziekte gekeken worden dan dat autochtone hulpverleners dat doen. De theorie wordt hiermee bevestigd, aangezien cliënt en hulpverlener anders naar de ziekte kijken en er geen rekening wordt gehouden met de culturele achtergrond waardoor er miscommunicatie kan ontstaan.

In de theorie van Hofstede (2011) wordt onderscheid gemaakt tussen de ik-cultuur en de wij-cultuur. Het verschil tussen deze culturen is dat de wij-cultuur gericht is op de groep in plaats van op het individu zoals bij de ik-cultuur. De wij-cultuur staat bekend als schaamtecultuur, aangezien de hele samenleving zich verantwoordelijk voelt als er iets gebeurt met iemand uit de samenleving. De theorie wordt bevestigd, aangezien duidelijk is geworden dat de verschillen in de ik- en wij-cultuur opgemerkt worden in de praktijk. Respondenten geven aan dat je bij allochtone cliënten de wij-cultuur terugziet en bij autochtone cliënten de ik-cultuur. De wij-cultuur wordt vooral zichtbaar door de schaamte die de

allochtone cliënten ervaren. Om goed te kunnen communiceren is het van belang dat hulpverleners meer kennis hebben over de culture achtergrond.

Antwoord op deelvraag 1:

Door het verschil in culturele achtergrond tussen hulpverlener en allochtone cliënt, wordt de communicatie beperkt. Verschillen die zij ervaren zijn dat ze vaker moeten checken of een cliënt begrepen heeft wat er verteld wordt en dat zij andere non-verbale communicatie waarnemen. Zo zien ze dat de familie veel meer betrokken is bij de behandeling van de cliënt die vaak geen of niet goed Nederlands spreken, waardoor de communicatie met de familie lastig is. Familie heeft vaak een andere kijk op de ziekte omdat deze niet geaccepteerd wordt binnen de culturele afkomst van de cliënt. Dit zorgt ervoor dat er miscommunicatie ontstaat aangezien familie, cliënt en hulpverlening elkaar niet begrijpen.

Deelvraag 2: Welke belemmeringen ervaren hulpverleners in de communicatie met allochtone cliënten?

Belemmeringen communicatie

De respondenten ervaren belemmeringen binnen de communicatie met de allochtone cliënt. Wat duidelijk naar voren komt tijdens de interviews, is dat als de cliënt goed Nederlands spreekt, de communicatie niet anders verloopt dan met een autochtone cliënt. Maar wanneer de cliënt geen of slecht Nederlands spreekt, dit als een grote belemmering ervaren wordt door bijna alle respondenten. Het is dan lastig of soms niet mogelijk om verbaal te communiceren en moet er een andere manier van communiceren gevonden worden. De taalbarrière wordt dus als lastig en voor een enkeling als frustrerend ervaren. Het gevolg hiervan is dat er sprake is van miscommunicatie en dat hulpverlener en cliënt elkaar niet begrijpen. Een deel van de respondenten merkt dit in de praktijk. Respondent 4 omschrijft het als volgt: *“Communicatie bij de doelgroep al lastig is, waar mensen al meerdere communicatiestoornissen kunnen hebben, en dat in combinatie met hun eigen taalvaardigheden die vaak toch ook slecht zijn is mijn ervaring, maakt het toch wel lastig om goed hulpverlenerschap te verlenen, omdat juist in de communicatie veel dingen fout gaan of misverstanden ontstaan.”*

Wat door een aantal respondenten ook opgemerkt wordt, is dat de communicatie met familie lastiger is vergeleken met autochtonen. Vaak zijn de ouders van de cliënt van de tweede of eerste generatie, wat maakt dat ze niet of slecht Nederlands spreken. Dit zorgt voor een belemmering in de communicatie met de familie en dat maakt het lastig om de familie bij de behandeling te betrekken.

Andere gedragsuitingen

De belemmeringen die de respondenten ervaren in de communicatie hebben ook weer te maken met de cultuur van de allochtone cliënt. De respondenten geven aan dat ze ook belemmeringen ervaren in

het gedrag van de allochtone cliënt, dat afkomstig is vanuit de cultuur. Wat bijna alle respondenten benoemen, is dat de allochtone cliënt zich schaamt voor zijn ziekte. Dit kan zorgen voor een belemmering in de behandeling en communicatie, omdat de cliënt dan niet over zijn ziekte wil praten waardoor de problemen die spelen niet opgelost kunnen worden. Vaak vinden ze het ook lastig om om te gaan met het gevoel dat ze hebben. Respondenten geven aan dat ze zien dat allochtone cliënten anders omgaan met hun gevoelens en dat ze vaak wat afstandelijker zijn. Zo zal een Marokkaanse man niet huilen aangezien dat niet hoort in zijn cultuur. Hetgeen dat respondent 4 hierover zegt is het volgende: *“Wat ze voelen is extra lastig, het emotionele is bij allochtonen toch anders om daar uiting aan te geven, omdat dat ook wat beschaamd is, dat doe je niet, je bent, zeker als mannen, Turkse mannen, die zijn toch wat trotser en die willen niet erkennen dat er meer dat er iets aan de hand is en die willen het zelf oplossen of in de familie oplossen dus zijn ze in hun communicatie ook soms wat afstandelijker, of terughoudender. Ze proberen in ieder geval niet altijd het achterste van hun tong te laten zien om toch in ieder geval hun trotsheid te bewaren dat ze beter zijn dan dat misschien het geval is.”*

Wat een aantal respondenten ook aangeeft is dat ze merken dat allochtone cliënten vaak bescheiden zijn en sociaal wenselijke antwoorden geven. Ze zullen minder snel in discussie gaan en ze blijven rustiger als er een vervelende mededeling gedaan wordt. Vaak zeggen ze alles te willen doen aan de problemen die ze ervaren, maar vervolgens zien de respondenten dat ze zich minder goed inzetten voor de behandeling in vergelijking met autochtone cliënten.

Koppeling naar theoretisch kader:

De structuuretheorie van Pinto (2010) omschrijft de F-structuur en de G-structuur. De F-cultuur staat vol met omgangs- en communicatieregels en de G-structuur bestaat uit losse en ruime regels. De allochtone cliënt komt uit een F-structuur, waar strenge communicatieregels gelden, autochtone cliënten komen uit een G-structuur waarin losse regels gelden. Respondenten bevestigen het beeld van de strenge regels van F-structuur wat zich uit in andere gedragingen, zoals de bescheidenheid. Doordat autochtone hulpverleners niet op de hoogte zijn van deze regels, worden allochtone cliënten anders benaderd dan dat ze gewend zijn vanuit hun cultuur, wat zorgt voor een belemmering in de communicatie. Hiermee wordt de theorie bevestigd dat er verschillen zijn in de structuren.

De methode van Hoffman (2009) is gebaseerd op de theorie van Watzlawick (1974). In zijn methode geeft Hoffman aan dat autochtone hulpverleners zich bewust moeten zijn van de volgende aandachtspunten die een rol spelen in de communicatie met een cliënt uit een andere cultuur: taal, ordening, personen, organisatie en inzet. Deze methode bereidt hulpverleners voor op de mogelijke culturele verschillen. Indien hulpverleners zich niet bewust zijn van deze interculturele verschillen en alles vanuit hun eigen cultuur benaderen bestaat het risico dat allochtone cliënten niet begrepen worden of dat zij verkeerd geïnterpreteerd worden. Zo geven respondenten aan dat allochtone cliënten zich anders uiten, op een manier die vanuit hun cultuur normaal is.

Antwoord op deelvraag 2:

Hulpverleners in de GGZ ervaren belemmeringen in de communicatie met allochtone cliënten als zij geen of slecht Nederlands spreken. Spreken de allochtone cliënten goed Nederlands, dan ervaren zij geen belemmeringen in de communicatie. De belemmeringen die zij ervaren, hebben dus te maken met de taalbarrière. Deze taalbarrière is afkomstig uit de culturele achtergrond van de cliënt. Zoals eerder benoemd worden bepaalde ziekten niet geaccepteerd binnen de cultuur van de cliënt en schamen zij zich hiervoor. Zij zullen dan niet gaan praten over hun problemen, maar de respondenten ervaren dat zij afstandelijker zijn, zich niet inzetten voor de behandeling en sociaal wenselijke antwoorden geven. Dit zorgt voor een belemmering, aangezien ze dan niet bezig zijn met hun behandeling. Ook ervaren de respondenten dat allochtonen anders omgaan met hun gevoelens. Door de gebrekkige kennis van de andere culturen, weten de respondenten niet hoe ze hierop in moeten spelen.

Deelvraag 3: Wat hebben hulpverleners nodig om de communicatie met een allochtone cliënt te optimaliseren?

Beperking organisatie

De respondenten liepen tegen een aantal belemmeringen aan binnen de organisatie. Zo geeft de helft van de respondenten aan dat volgens hen de GGZ niet toegankelijk genoeg is voor allochtone cliënten. Redenen die zij daarvoor geven zijn dat de reguliere GGZ nog teveel werkt vanuit de ik-cultuur, terwijl de allochtonen leven in een wij-cultuur. Het zou dus niet voldoende aansluiten op de wensen van de allochtone cliënt. Uit het volgende citaat blijkt dit: *“Ik denk nog een beetje in de ik-wij cultuur, dan zitten wij nog een beetje in de ik-cultuur vast.”*

Een klein deel van de respondenten geeft aan te twijfelen over de toegankelijkheid van de GGZ. Respondent 2 beschrijft zijn twijfel als volgt: *“Kijk het allereerste zou denk ik zijn van zorg dat de patiënt Nederlands praat, dan kan hij gebruik maken van de reguliere GGZ. Maar dan is het inderdaad de vraag van sluit het voldoende aan bij de waarden en normen die ze vanuit hun eigen cultuur meenemen.”* Hierbij komt terug dat de hulpverleners te weinig kennis hebben van de culturele achtergrond van de cliënt en vaak niet de waarden en normen van de cultuur weten.

Verbeterpunten organisatie

Hierboven en bij deelvraag 2 is te lezen dat de respondenten tegen een aantal belemmeringen aanlopen. Wat de respondenten belangrijk vinden om de communicatie met allochtone cliënten te optimaliseren, is dat ze meer kennis en verdieping krijgen over de verschillende culturen. Dit geven bijna alle respondenten aan. Er moeten meer cursussen komen over bijvoorbeeld interculturele

communicatie zodat de basiskennis van de hulpverleners vergroot wordt. Een van de respondenten geeft aan ooit een cursus te hebben gehad en benoemd het volgende tijdens het interview: *“En ik zit nu te denken we hebben toen ik in Amsterdam werkte ook in de GGZ, daar kregen we iedereen een training intercultureel werken van een dag, is natuurlijk ook nog maar een topje, maar dan had je in ieder geval een aantal handvatten wat je wel en niet moet doen. Dat vond ik ook wel een goede.”*

Ook is het grootste deel van de respondenten voor het werken met allochtone hulpverleners zodat er meer diversiteit op de afdelingen komt. De diversiteit kan ervoor zorgen dat allochtone cliënten meer aansluiting vinden bij de hulpverlener wat de communicatie ook ten goede komt.

In een aantal GGZ-instellingen zijn er multiculturele afdelingen. De instelling waarin dit onderzoek is verricht, heeft niet zo'n afdeling. Een aantal respondenten geeft aan dat er meer bekendheid moet komen over deze afdelingen. Hierdoor kan het doorverwijzen naar deze afdelingen makkelijker gaan en kan er betere zorg geleverd worden aan de cliënt.

Belemmeringen behandeling

Op het gebied van behandeling ervaren de respondenten ook een aantal belemmeringen. Ook hier komt weer naar voren dat ze te weinig weten van de andere culturen wat de behandeling belemmert. De normen en waarden van allochtone cliënten zijn vaak anders en daar wordt te weinig rekening mee gehouden en kan niet bij worden aangesloten. Er wordt te weinig stilgestaan bij het feit dat de allochtone cliënten andere waarden en normen hebben en een deel van de respondenten geeft aan zich er niet zo bewust van te zijn. Respondent 2 omschrijft het als volgt: *“Nee maar het is natuurlijk wel een belangrijk item he, we proberen met alles aan te sluiten bij de wens en behoefte van de patiënten, en goed, het zou zomaar kunnen dat we bij allochtone cliënten te weinig bij aansluiten.”*

Sterke punten

De laatste jaren zijn er al veel aanpassingen gedaan op het gebied van interculturele hulpverlening, dus natuurlijk geven respondenten ook aan wat er al goed gaat op dat gebied. Zo geeft de helft van de respondenten aan dat de familie betrokken wordt in de behandeling, dat er aandacht is voor de cliënt, dat er wordt aangesloten bij de behoeftes van de cliënt en dat er educatie wordt gegeven aan de cliënt en aan de familie. Ook geeft een deel van de respondenten aan de GGZ wel toegankelijk genoeg te vinden voor allochtone cliënten, omdat er goed rekening wordt gehouden met de culturele achtergrond. Respondent 1 zegt daar het volgende over: *“Nou ja het motto van de GGZ hier is zorg die je je familie gunt en ik denk dat zij daarin redelijk open staan voor autochtone als allochtone cliënten.”*

Koppeling naar theoretisch kader:

De theorie van Watzlawick (1974) zegt dat je iemand alleen echt kan begrijpen als je kijkt naar zijn hele systeem. Dit vraagt van hulpverleners gedegen kennis van de culturele achtergrond van de cliënt. Respondenten geven aan dat er te weinig kennis is van deze culturen, echter zijn de respondenten zich hier wel van bewust en willen graag deze kennis vergaren. De theorie wordt hiermee bevestigd, want respondenten geven aan dat ze meer kennis en verdieping van de culturele achtergrond moeten hebben om de cliënt echt te begrijpen.

De theorie van Hofstede (2014) beschrijft dat je mensen uit een andere cultuur kunt begrijpen als je je hebt verdiept in de cultuur en rekening houdt met de culturele verschillen. De meeste mensen leven in de wij-cultuur, waarbij mensen opgroeien in grote samenlevingen, zo ook mensen met een niet-Westerse achtergrond. In Nederland groeien mensen op in de ik-cultuur, waar ook andere waarden en normen bij horen. Vanuit de respondenten wordt aangegeven dat er in de reguliere GGZ nog te veel vanuit de ik-cultuur gewerkt wordt waardoor belemmeringen ervaren worden. Hiermee wordt de theorie van Hofstede bevestigd.

Antwoord op deelvraag 3:

Hulpverleners ervaren nog problemen binnen de communicatie met allochtone cliënten. Uit de interviews is gebleken dat om de communicatie te optimaliseren meer kennis en verdieping van andere culturen nodig is. Er is te weinig kennis van andere culturen waardoor er belemmeringen ontstaan op verschillende gebieden. Door vanuit de GGZ meer cursussen over cultuur aan te bieden, kunnen hulpverleners beter aansluiten bij de behoefte van de allochtone cliënt wat de communicatie ten goede komt. Ook geven zij aan om meer diversiteit op de afdelingen te creëren zodat de drempel voor de allochtone cliënt lager wordt en zij beter aan kunnen sluiten bij de waarden en normen van de allochtone cliënt.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

Naar aanleiding van het resultatenhoofdstuk, zullen in dit hoofdstuk conclusies worden getrokken en worden er aanbevelingen gedaan voor het onderzoek. De conclusies verwijzen naar de hoofdvraag waarbij de verhouding tussen de resultaten en het onderzochte problemen duidelijk wordt. Vervolgens wordt de hoofdvraag beantwoord op basis van de antwoorden die op de deelvragen gegeven zijn. Op basis van de bevindingen worden er aanbevelingen gegeven voor GGZ-instelling X.

5.1 Conclusie

De afgelopen 50 jaar is er een gestage stroom van allochtonen die zich in Nederland willen vestigen. Zij blijken gevoeliger te zijn voor het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis en hebben hulp nodig van de GGZ. Gezien de stijgende lijn van allochtone cliënten in de GGZ, is het belangrijk dat de behandeling ook aansluit op de waarden en normen van allochtonen. Uit de ervaringen van autochtone hulpverleners blijkt dat de communicatie met een allochtone cliënt in GGZ-instelling X nog niet optimaal verloopt wat zorgt voor verschillende belemmeringen.

Een eerste bevinding uit het onderzoek is dat de meeste hulpverleners problemen in de communicatie ervaren zodra de allochtone cliënt geen of slecht Nederlands praat. Wanneer de allochtone cliënt wel Nederlands praat, ervaren zij geen problemen op communicatief gebied, maar wel op cultureel gebied. De meeste respondenten geven aan dat ze geen problemen ervaren, totdat er doorgevraagd wordt. Dan blijkt dat er toch meer problemen ervaren worden dan dat ten eerste gedacht werd. Wat ook mee kan spelen, is dat er bij allochtonen sprake kan zijn van een ander sociaal- en opleidingsprofiel. Dit kan mede zorgen voor een andere communicatie, wat een belemmering in communicatie tot gevolg kan hebben.

De tweede bevinding uit het onderzoek is dat autochtone hulpverleners te weinig kennis hebben van de culturele achtergrond van de cliënt. Zij geven aan dat het zoeken is om op een passende manier aan te sluiten bij de waarden en normen van de cliënt. De toegankelijkheid van de GGZ zou dan ook niet genoeg zijn, omdat er wordt gewerkt vanuit een visie die niet aansluit bij die van allochtone cliënten. De respondenten lijken zich vaak niet bewust van de culturele achtergrond van de cliënt, wat zichtbaar werd door het lange nadenken van de respondenten op vragen die gesteld werden. Dit komt omdat zij er dagelijks mee werken en het voor hen een gewoonte is en er mogelijk niet bij nadenken dat de cultuur een grote rol speelt. Respondenten gaven aan het fijn te vinden om er door middel van een interview erover na te moeten denken, omdat het toch een probleem is, vooral gekeken naar de toekomst, maar dit nog niet zo gezien wordt binnen de GGZ.

De derde bevinding uit het onderzoek is dat autochtone hulpverleners dan ook de behoefte hebben om meer informatie te krijgen over verschillende culturen, door middel van bijvoorbeeld een cursus. Doordat er op dit moment te weinig kennis is van verschillende culturen, lopen hulpverleners vaker

vast in de communicatie met de allochtone cliënt. Het missen van de kennis lijkt een grote belemmering voor de hulpverleners, aangezien het vaak benoemd wordt.

De laatste bevinding uit het onderzoek is dat familie veel meer betrokken is bij de behandeling van de cliënt. Voor hulpverleners kan dit als een belemmering ervaren worden, aangezien ze niet een aanspreekpunt hebben, maar een hele familie. Ook is het vaak zo dat de familie nog van de eerste generatie is en zij slecht tot geen Nederlands spreken. Hierdoor wordt de communicatie bemoeilijkt en kan de familie niet goed bij de behandeling betrokken worden.

Om de hoofdvraag helder te beantwoorden, worden hieronder nogmaals kort de deelvragen met bijbehorende antwoorden beschreven.

Deelvraag 1: Ervaren autochtone hulpverleners verschillen in communicatie tussen autochtone cliënten en allochtone cliënten?

Autochtone hulpverleners ervaren verschillen in communicatie tussen allochtone en autochtone cliënten, zoals:

- Vaker checken of de cliënt iets begrepen heeft en andere non-verbale communicatie.
- Familie is veel meer betrokken bij de behandeling van de allochtone cliënt. Vaak hebben zij een andere kijk op ziekte, wat zorgt voor miscommunicatie met de hulpverlener.

Deelvraag 2: Welke belemmeringen ervaren hulpverleners in de communicatie met allochtone cliënten?

Belemmeringen die hulpverleners ervaren in de communicatie met de allochtone cliënt zijn:

- Taalbarrière: cliënten spreken niet of slecht Nederlands waardoor mondeling communiceren moeilijk of niet mogelijk is.
- Schaamte: doordat een aantal ziekten niet geaccepteerd wordt binnen de cultuur, schaamt de cliënt zich en zal niet gaan praten over zijn problemen.
- Gedrag: cliënten zijn afstandelijker, zetten zich niet in voor de behandeling en geven vaak sociaal wenselijke antwoorden.
- Gevoel: cliënten gaan anders om met hun gevoelens.

Deelvraag 3: Wat hebben hulpverleners nodig om de communicatie met een allochtone cliënt te optimaliseren?

Het volgende is nodig om de communicatie met een allochtone cliënt te optimaliseren:

- Meer kennis en verdieping van verschillende culturen
- Cursussen over culturen

- Meer diversiteit op afdelingen

Door middel van bovenstaande conclusies en de resultaten van de deelvragen kan er antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van het onderzoek die als volgt luidt:

Hoe ervaren autochtone hulpverleners in de GGZ de communicatie met allochtone cliënten?

Autochtone hulpverleners in GGZ-instelling X ervaren de communicatie met allochtone cliënten wisselend. Op verschillende vlakken worden nog belemmeringen ervaren en zijn er zaken die volgens hen moeten gebeuren om de communicatie te optimaliseren.

De hulpverleners ervaren problemen in de communicatie wanneer de cliënt slecht tot geen Nederlands spreekt. De taalbarrière is dan te groot om mondeling te kunnen communiceren waardoor een behandeling beperkt wordt. Spreekt de cliënt wel goed Nederlands, worden er geen problemen ervaren op taalgebied. Echter worden er wel problemen ervaren op cultureel gebied. Hulpverleners geven aan dat ze meer schaamte zien bij allochtone cliënten tijdens de behandeling. Dit komt doordat de ziekte waarmee de cliënt gediagnosticeerd is, soms niet geaccepteerd is binnen de culturele afkomst van de cliënt. De cliënt schaamt zich voor zijn ziekte, wat tot gevolg heeft dat hij niet praat over zijn problemen. Hulpverleners ervaren dit als een belemmering van de behandeling, omdat er zo niet aan het herstelproces gewerkt kan worden.

Er worden ook belemmeringen ervaren in het gedrag dat de allochtone cliënt vertoont en hoe zij met hun gevoel omgaan. Hulpverleners geven aan dat allochtone cliënten afstandelijker zijn, vaak sociaal wenselijke antwoorden geven en zich niet in willen zetten voor de behandeling. Dit kan te maken hebben met de culturele achtergrond van de cliënt en met de waarden en normen die de cliënt heeft. Hulpverleners benoemen dat ze te weinig kennis hebben van verschillende culturele achtergronden, waardoor inspelen op dit gedrag als lastig ervaren wordt.

Volgens de hulpverleners van GGZ-instelling X zijn er een aantal aanpassingen nodig om de communicatie met de allochtone cliënt te optimaliseren. Hulpverleners benoemen dat ze meer kennis en verdieping willen over verschillende culturen door middel van cursussen, zodat ze meer rekening kunnen houden met de culturele achtergrond van de cliënt. Ook geven zij aan meer diversiteit op de afdelingen te willen door meer te werken met allochtone hulpverleners. Hierdoor zou de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtone cliënten vergroot worden.

5.2 Aanbevelingen

Aan de hand van bovengenoemde conclusies kunnen er aanbevelingen worden gedaan op verschillende gebieden.

5.2.1 Aanbevelingen voor GGZ-instelling X

Autochtone hulpverleners

Uit de probleemanalyse blijkt dat autochtone hulpverleners de communicatie met allochtone cliënten als lastig ervaren. Uit de resultaten van dit onderzoek wordt dit bevestigd. Respondenten geven aan dat ze te weinig weten van de verschillende culturen en dat ze dit belemmert in de communicatie met de cliënt. De methode die Hoffman hiervoor heeft ontwikkeld, is de TOPOI-methode. Deze methode gaat uit van vijf aandachtsgebieden die tijdens een gesprek aan de orde zijn. Hierbij worden interventies geboden die kunnen worden ingezet tijdens een gesprek met de cliënt. Door te werken met het schema, zijn hulpverleners beter voorbereid op de verschillen die zich voor kunnen doen binnen de communicatie met een cliënt uit een andere cultuur. Er wordt dan ook aanbevolen om bij een gesprek met een allochtone cliënt, gebruik te maken van het TOPOI-methode. Het schema is in bijlage 1 te vinden.

Organisatie in het algemeen

Uit de probleemanalyse blijkt dat verschillende GGZ-instellingen in Nederland al veel doen aan het optimaliseren van de zorg voor allochtone cliënten. Zo wordt er een cultuurintensief aanbod opgesteld voor de behandeling, er wordt gezocht naar deskundig allochtoon personeel (May, 2011) en tests worden aangepast om de diagnostiek aan te scherpen (Kwidama, 2016). Uit dit onderzoek blijkt dat bij GGZ-instelling X bovenstaande zaken nog niet zijn doorgevoerd en toegepast. Respondenten geven bijvoorbeeld aan meer diversiteit te willen op de werkvloer en dat er te weinig tests beschikbaar zijn voor de juiste diagnostiek. Ook geven respondenten aan dat ze te weinig kennis hebben van verschillende culturen en daarom niet goed aan kunnen sluiten bij de waarden en normen van de allochtone cliënt. Om ervoor te zorgen dat er meer kennis komt van verschillende culturen en GGZ-instelling X toegankelijker is voor allochtone cliënten, wordt aanbevolen om cursussen te geven aan alle teams. Voorbeelden van cursussen kunnen zijn:

- Intercultureel werken van de Parnassia academie: training die gericht is op inzichten in culturele diversiteit. Onderwerpen die tijdens de training behandeld worden zijn onder andere psychiatrische ziektebeelden en cultuur, werken met tolken en interculturalisatie (Parnassia Academie, 2016).
- Training interculturele competenties van Reynaarde: training die zich richt op het leren herkennen en omgaan met cultuurverschillen. Onderwerpen die tijdens deze training aan bod

komen zijn onder andere hoe cultuur beïnvloedt wat we doen, begrijpen van achtergronden van gedrag en het herkennen van eigen vooroordelen (Reynaarde, 2016).

- Training interculturele communicatie van JSO: doel is om handvaten te bieden om de communicatie met cliënten met een andere achtergrond beter te laten verlopen. Onderwerpen die aan bod komen zijn onder andere eigen waarden en normen, cultuurverschillen en overeenkomsten en vaardigheden en interculturalisatie in de praktijk (JSO, 2016).

Door het volgen van bijvoorbeeld een van bovenstaande trainingen, worden er handvaten geboden waardoor hulpverleners meer kennis vergaren en kunnen toepassen in de praktijk. Hiermee zal de communicatie met de allochtone cliënt geoptimaliseerd kunnen worden. De implementatie van deze aanbeveling kan worden gedaan door middel van een deel van het scholingsbudget hiervoor te reserveren. De hierboven genoemde cursussen zijn namelijk best prijzig, maar zijn wel van belang gekeken naar de toekomst. Binnen GGZ-instelling X is er een scholingsbudget waarmee de werknemers bijgeschoold worden. Bepaalde cursussen worden al langer gegeven. Door deze cursussen te verminderen en af te bouwen, komt er budget vrij dat besteed kan worden aan cursussen over interculturele communicatie.

Teams binnen GGZ-instelling X

Binnen GGZ-instelling X hebben alle teams een keer per zes weken werkoverleg. Vier keer per jaar wordt er in plaats van dit werkoverleg een thema gehouden. Als er een themabijeenkomst is, wordt er een onderwerp gekozen waar hulpverleners tegen aanlopen. Het kan zijn dat er dan iemand over dit onderwerp komt vertellen, maar het kan ook zijn dat het team zelf over het onderwerp gaat praten en kijken hoe dat beter kan in de praktijk. Aangezien de werkoverleggen en thema's voor een jaar gepland staan, wordt aanbevolen om eens per jaar bij het thema te kiezen voor interculturele communicatie. Alle leden van de teams zijn hierbij aanwezig omdat de tijd daarvoor gereserveerd is. Hierdoor wordt er in teamverband gekeken naar hoe ze kunnen werken met interculturele communicatie en welke handvaten zij prefereren te gebruiken op de afdeling. Hierbij wordt aanbevolen dat alle disciplines aansluiten, dus ook psychiater, psycholoog en maatschappelijk werker, aangezien iedereen met allochtone cliënten te maken heeft en er binnen het team mee werkt.

5.2.2 Aanbevelingen voor de wetenschap

Vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een GGZ-instelling in Noord-Brabant. Uit de probleemanalyse blijkt dat de instroom van allochtone cliënten in de Randstad meer dan vijftig procent is (Kindermans, 2006). In de Randstad is er dus meer sprake van allochtone cliënten in de GGZ en zij zullen dan mogelijk verder zijn met het optimaliseren van de zorg voor allochtone cliënten in de GGZ en meer ervaring hebben met de communicatie. Er wordt aanbevolen om dit onderzoek in een GGZ-instelling

in de Randstad te doen, om de resultaten te vergelijken en zo mogelijk andere instellingen te kunnen ondersteunen bij het optimaliseren van de zorg.

Nog een aanbeveling voor vervolgonderzoek, is om er een longitudinaal onderzoek van te maken. Op dit moment is het cross-sectioneel, wat betekent dat het op een specifiek moment plaats heeft gevonden. Hierdoor kunnen resultaten beïnvloed worden. Door het op langere termijn uit te voeren, wordt de beïnvloeding van de resultaten verminderd.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk worden de probleemanalyse en de conclusies met elkaar gekoppeld. Er wordt kritisch gekeken naar de praktische bruikbaarheid van het onderzoek voor de praktijk en naar de sterke en zwakke punten van de kwaliteit van het onderzoek. Hiermee worden de resultaten op waarde geschat.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

In de probleemanalyse wordt er op macroniveau gekeken naar hoe de zorg voor allochtone cliënten in de GGZ in Nederland geregeld is. Het blijkt dat vraag en aanbod niet op elkaar aansluiten. De zorg is gericht op de autochtone cliënt en houdt te weinig rekening met andere culturele achtergronden. Dit heeft tot gevolg dat de therapie niet aansluit bij de waarden en normen van de allochtone cliënt en de therapietrouw vermindert. Uit dit onderzoek wordt het bovenstaande bevestigd. Hulpverleners van GGZ-instelling X geven aan dat zij te weinig weten over verschillende culturen, wat zorgt voor een zorgaanbod dat niet goed aansluit bij de allochtone cliënt. Dit heeft tot gevolg dat allochtone cliënten zich minder goed inzetten voor de behandeling.

Op mesoniveau wordt er gekeken naar het huidige beleid dat wordt doorgevoerd binnen GGZ-instellingen in Nederland. Er wordt gewerkt vanuit de multidisciplinaire richtlijn, maar daarin wordt weinig rekening gehouden met de multiculturele bevolking in Nederland. Bij hulpverleners ontstaat er dan onduidelijkheid over hoe zij moeten werken met deze cultuurverschillen. Vanuit het onderzoek wordt dit bevestigd. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat zij de GGZ niet toegankelijk genoeg vinden voor allochtone cliënten. Dit heeft te maken met de onvoldoende kennis die hulpverleners hebben over verschillende culturen en zij dus soms niet weten hoe ze daarmee om moeten gaan.

Op microniveau is er gekeken naar de communicatie tussen autochtone hulpverlener en allochtone cliënt. Uit de probleemanalyse blijkt dat er vaak sprake is van moeilijke communicatie tussen beide partijen. Dit komt doordat cliënten een andere taal spreken en het niet mogelijk is om een gesprek te voeren. Uit de conclusie blijkt dat dit gedeeltelijk bevestigd wordt. Er worden namelijk problemen ervaren wanneer de cliënt geen Nederlands spreekt, maar tegenwoordig spreken veel van de allochtone cliënten wel Nederlands. Er is dan geen probleem meer op communicatief gebied, maar wel op cultureel gebied. Daar worden namelijk meer problemen ervaren door autochtone hulpverleners, omdat er te weinig kennis is over de waarden en normen van allochtone cliënten.

De resultaten geven aan dat de hulpverleners in GGZ-instelling X behoefte hebben aan bijscholing op het gebied van communicatie met allochtone cliënten. Deze behoeften kunnen vervuld worden, door als organisatie cursussen aan te bieden over interculturele communicatie. Doordat de hulpverleners van GGZ-instelling X behoefte hebben aan deze scholing, is het onderzoek voor hen bruikbaar. In het onderzoek worden namelijk aanbevelingen gedaan waarmee ze de ervaren problemen kunnen

aanpakken. Voor andere GGZ-instellingen is het onderzoek minder bruikbaar, aangezien het niet duidelijk is of zij dezelfde problemen ervaren. Daar zullen dan mogelijk ook andere aanbevelingen gedaan worden dan voor GGZ-instelling X.

6.2 Sterkte- zwakteanalyse

Tijdens het maken van dit onderzoek hebben er verschillende factoren een rol gespeeld. Onderstaand worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek beschreven, te beginnen met de zwakke punten, oftewel aandachtspunten.

6.2.1 Aandachtspunten

Voor het onderzoek stond een tijd van vier en een halve maand. Aangezien dit een korte periode is om onderzoek te doen, konden er niet meer mensen geïnterviewd worden. Als er meer tijd was geweest, konden er meerdere instellingen deelnemen aan het onderzoek, zoals bijvoorbeeld locaties in de Randstad. Er zou dan mogelijk een betrouwbaarder beeld komen aangezien de Randstad voorloopt op de geboden zorg voor allochtone cliënten in de GGZ. De resultaten zullen dan beter generaliseerbaar zijn op de gehele populatie. Daarnaast is het onderzoek een cross-sectioneel onderzoek, wat betekent dat de meting op een specifiek moment heeft plaatsgevonden. Toevalligheden kunnen de resultaten beïnvloeden, zoals de beschikbaarheid van medewerkers. Door longitudinaal onderzoek te doen wordt er op langere termijn gemeten wat de ervaringen zijn, waardoor de beïnvloeding van de resultaten verminderd wordt.

6.2.2 Sterke punten

Een sterk punt van het onderzoek is dat de onderzoeker het probleem zelf heeft ervaren in de praktijk en er dus zelf ervaring mee heeft. Het sterke punt hiervan is dat er een relevant onderwerp is gekozen. Door het onderzoek is de visie van de onderzoeker verbreed en er zijn meer inzichten verkregen op het gebied van communicatie met de allochtone cliënt. Nog een sterk punt is dat de respondenten bewuster zijn geworden van het feit dat cultuur toch een grote rol speelt in de behandeling, en dat er meer aandacht aan besteed moet worden. Door het onderzoek zijn hulpverleners in de praktijk aan het denken gezet en kan er mogelijk een ontwikkeling plaatsvinden.

6.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee belangrijke factoren voor de kwaliteit van het onderzoek. Kwalitatief onderzoek heeft vaak voor veel mensen een vage inhoud. Hiermee wordt bedoeld dat lezers vaak niet begrijpen welke stappen de onderzoeker heeft gezet en of de analyse goed is uitgevoerd (Boeije, 2005). Daarom wordt in onderstaand stuk toegelicht hoe de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek zijn gewaarborgd.

6.3.1 Betrouwbaarheid

Verhoeven (2010) omschrijft betrouwbaarheid als de mate waarin een onderzoek herhaald kan worden dat leidt tot dezelfde resultaten, dus zonder toevallige fouten. De onderzoeksresultaten berusten dus niet op toeval. Voorbeelden van toevallige fouten zijn dat iemand het antwoord niet weet op een vraag, iemand niet vrijuit kan praten tijdens het interview of dat de topics verkeerd geformuleerd zijn. De conclusies van het onderzoek moeten inzichtelijk en te controleren zijn. Om ervoor te zorgen dat de betrouwbaarheid verhoogd wordt, is er gebruik gemaakt van drie punten. Deze drie punten omvatten de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Ten eerste was er een proefinterview afgenomen voordat de officiële interviews afgenomen werden. Door een proefinterview af te nemen, kwamen de hiaten naar voren en kon de topiclijst aangepast worden waar dat nodig was (Verhoeven, 2011). Dit proefinterview is afgenomen bij een hulpverlener werkzaam op een open afdeling binnen GGZ-instelling X.

Ten tweede zijn de interviews opgenomen. Het voordeel hiervan was dat de interviewer zich volledig kon richten op de respondent en niet ondertussen behoefde te schrijven. Omdat het opgenomen was, kon het interview op een volledige wijze uitgeschreven worden zodat de resultaten betrouwbaar waren nadat het interview had plaatsgevonden. De uitgeschreven data werd aan de respondenten gepresenteerd zodat zij konden controleren of de juiste informatie onderdeel is geworden van het onderzoek. Zo konden respondenten nog opmerkingen maken over hetgeen dat geschreven was en eventuele fouten aangeven (Verhoeven, 2011).

Vervolgens is alle data uitgeschreven en op verschillende manieren gecodeerd, namelijk open, axiaal en selectief. Deze bestanden zijn allemaal bewaard om eventuele herziening mogelijk te maken. Door de data een aantal keer te doorlopen, zijn de resultaten betrouwbaar aangezien er meerdere malen geanalyseerd is (Verhoeven, 2011).

Tot slot was bij aanvang van de interviews benoemd dat de antwoorden die de respondenten gaven, helemaal anoniem blijven. Er zullen geen namen worden genoemd tijdens het interview. Mocht dit wel gebeuren, dan zou ervoor gezorgd worden dat deze op een betrouwbare manier werden weggewerkt op de opname en in de transcriptie (Verhoeven, 2011).

6.3.2. Validiteit

Validiteit wordt door Verhoeven (2011) omschreven als de geldigheid van het onderzoek. Validiteit betekent dat de resultaten, de verzamelde gegevens, de werkelijkheid die onderzocht is weerspiegelen (Migchelbrink, 2009). Het bepaalt in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische fouten. Een voorbeeld van een systematische fout is het met opzet een verkeerd antwoord geven. Als er een gevoelige vraag wordt gesteld, hebben mensen de neiging om een sociaal wenselijk antwoord te geven: een systematische fout. De twee vormen van validiteit die het belangrijkste zijn, zijn de geldigheid van je meetinstrument en van de onderzoeksgroep. Hoe minder fouten hierin gemaakt worden, hoe betrouwbaarder de resultaten zullen zijn (Verhoeven, 2011).

Het is belangrijk om goed te verantwoorden hoe de onderzoeker aan zijn resultaten is gekomen (Migchelbrink, 2009). In dit onderzoek is de validiteit van de resultaten onder andere gewaarborgd door middel van de verschillende manieren van coderen. Er is gebruikt gemaakt van open codering, waarna de data axiaal is gecodeerd en tot slot selectief. Door de verschillende stappen werd steeds duidelijker welke resultaten van belang waren voor het onderzoek.

Het geven van een presentatie aan relevante derden heeft bijgedragen aan het waarborgen van de validiteit van dit onderzoek. Degenen die aanwezig waren bij de presentatie, waren de respondenten van dit onderzoek. Tijdens de presentie zijn de voorlopige resultaten en aanbevelingen gepresenteerd, en was er ruimte om de respondenten te laten reageren. Hierdoor konden respondenten aangeven of de informatie die zij hadden gegeven, goed is verwerkt in het onderzoek. Dit is later nog aangepast op de gekregen feedback, wat zorgt voor een betrouwbaar en valide onderzoek.

Validiteit bestaat uit interne en externe validiteit. Er wordt gesproken over interne valide resultaten als we in staat zijn om de juiste conclusies te trekken. Hierbij wordt gekeken in hoeverre de onderzoeker de hoofdvraag goed kan beantwoorden. Er wordt een verband beschreven met de probleemanalyse en de conclusies (Verhoeven, 2011). In de discussie is het verband tussen de probleemanalyse en de conclusie te lezen, wat tot stand is gekomen door het theoretisch kader en de vanuit daar opgestelde topiclijst. Hierdoor is de interne validiteit gewaarborgd.

Met externe validiteit wordt de reikwijdte van het onderzoek bedoeld. Hierbij moet de steekproef op een aantal kenmerken lijken op de populatie, want dan zijn de resultaten generaliseerbaar op de populatie (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek is de externe validiteit beperkt, omdat de resultaten niet generaliseerbaar zijn op de gehele populatie. De resultaten zijn geldig voor de respondenten die werkzaam zijn in GGZ-instelling X, aangezien zij de beschreven problemen ervaren. Bij een andere GGZ-instelling kan dit anders zijn, waardoor de resultaten niet geldig zijn voor de hele populatie.

Bibliografie

- Acherratt-Stitou, Z. (2009). Islam en psychiatrie in Nederland , een verkenning. *Psyche En Geloof*, 20(2).
- Baarda, D. B., de Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek, 369. Retrieved from <http://www.bol.com/nl/p/basisboek-kwalitatief-onderzoek/1001004002593584/>
- Bekker, M., & Mens-Verhulst, J. van. (2008). GGZ en Diversiteit : Prevalentie en Zorgkwaliteit Programmeringsstudie “ Etniciteit en gezondheid ” voor ZonMw.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom|Lemma.
- CBS. (2016a). Begrippen. Retrieved February 24, 2016, from <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=284>
- CBS. (2016b). Begrippen. Retrieved February 24, 2016, from <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=g#id=generatie--allochtonen--generatie>
- Farmer, K. (2014). *Comorbiditeit reden voor drop-out?* Universiteit Utrecht.
- GGZ Connect. (2016). Cultuursensitieve GGZ voor migranten en vluchtelingen. Retrieved April 22, 2016, from <http://www.ggz-connect.nl/bericht/5368/studiedag-cultuursensitieve-ggz-voor-migranten-en-vluchtelingen>
- GGZ Nieuws. (2014). Discriminatie verhoogt risico op schizofrenie. Retrieved February 3, 2016, from <http://www.ggznieuws.nl/home/discriminatie-verhoogt-risico-op-schizofrenie/>
- Guijt, T. (2013). “Het is niet mijn cultuur, dat is best lastig.” *Universiteit Utrecht*.
- Hamont, A. van. (2014). *Consequenties van niet-biomedische verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid op de relatie tussen patiënten en medische professionals*. Wageningen.
- HBO-Raad. (2010). Gedragscode praktijkgericht onderzoek. *Vereniging van Hogescholen*.
- Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders*. Assen: Van Gorcum.

- Hoffer, C. (2010). Zijn allochtone GGZ cliënten nog in beeld ? *Zorgvragers Organisatie Midden Holland*.
- Hoffman, E. (2009). Niet culturen, maar mensen ontmoeten elkaar. *Intercultureel Vakmanschap*, (1), 1–5. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Hoffman, E. (2013). *Interculturele gespreksvoering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Retrieved from <http://assortiment.bsl.nl/files/2ee2808d-bcdc-4396-8c4d-53860e7b1660/9789036802949proefhoofdstuk.pdf>
- Hofstede, G. (2011). *Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context*. Universiteit Maastricht en Tilburg. Maastricht. Retrieved from <http://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=orpc>
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2014). *Allemaal andersdenkenden*. Amsterdam: Business Contact.
- JSO. (2016). Interculturele communicatie.
- Kaya, F. (2013). Cultuursensitiviteit op de werkvloer. *O&O Fonds GGZ*.
- Kindermans, G. (2006). Op zoek naar een Multi-culturele DSM, (november), 618–620.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=ZRVbw6-UyucC&pgis=1>
- Kolkman, J. (2009). Mannen van Marokkaanse afkomst met depressieve klachten, kandidaat voor PMT?, 1–11.
- Kortmann, F. (2010). *Transculturele psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Kwidama, E. (2016). “Antillianen krijgen vaker verkeerde diagnose door culturele bias.” Retrieved April 22, 2016, from <http://caribischnetwerk.ntr.nl/2016/01/24/antillianen-krijgen-vaker-verkeerde-diagnose-door-culturele-bias/>
- May, R. (2011). Interculturalisatie van de forensische psychiatrie. Utrecht. Retrieved from http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/forensische_psychiatrie_en_interculturalisatie_rf_may2011_extern..pdf

Migchelbrink, F. G. H. M. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
Retrieved from <https://books.google.nl/books?id=5uXIAAAACAAJ>

Nicolaas, H., Wobma, E., & Ooijevaar, J. (2010). Demografie van (niet-westerse) allochtonen in Nederland. Retrieved April 21, 2016, from <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/240E5858-D04D-47EA-9C22-AB8E9297E2D2/0/2010k4b15p22art.pdf>

Parnassia Academie. (2016). Intercultureel werken.

Pinto, D. (2010). Pinto theorie en methode. Retrieved March 2, 2016, from <http://www.davidpinto.nl/theorie.php>

Reframe. (2016). Definitie interculturele communicatie.

Reynaarde. (2016). Training Interculturele competenties.

TVCN. (2014). Allochtonen en de geestelijke gezondheidszorg. Retrieved February 4, 2016, from <http://www.tvcn.nl/nl/blog/2014/2/11/allochtonen-en-de-geestelijke-gezondheidszorg/>

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom|Lemma.

Vollebergh, W. (2002). Gemiste kansen. *Faculteit Sociale Wetenschappen*.

Vraag Islam. (2016). Djinn. Retrieved February 8, 2016, from <http://www.vraagislam.nl/het-onwaarneembare/djinn/>

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1974). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie door (Boek)* - *Managementboek.nl*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Zhou, J. (2015). "Ik ben niet gek!" *Universiteit Utrecht*, 1–43.

Bijlagen

Bijlage 1: Het TOPOI-model

Het TOPOI-model

Analyse: Wat kun je je afvragen?	Interventies: Wat kan je doen?
Taal <i>Betekenenissen van de verbale en non-verbale taal</i> ▪ In wiens taal spreekt ieder (dominantie van de eigen taal)? ▪ Wat is de betekenis van wat ieder zegt? ▪ Wat betekenen ieders lichaamstaal en non-verbale taal? ▪ Wat zijn de interpretaties van elkaars woorden en gedrag? ▪ Wat is de invloed van ieders omgeving op wat ieder zegt, doet en van elkaar begrijpt?	Taal <i>Betekenenissen van de verbale en non-verbale taal</i> ▪ De woorden en de non-verbale taal waarnemen met alle zintuigen. ▪ Betekenenissen onderzoeken ofwel navragen. ▪ Betekenenissen uitleggen. ▪ Feedback geven. ▪ Feedback vragen. ▪ Onderzoeken wat de invloed is van ieders omgeving op de betekenisgeving.
Ordering <i>Zienswijze en logica</i> ▪ Wat is ieders kijk en logica? ▪ Wat is ieders invalshoek, belang of loyaliteit? ▪ Wat is ieders referentiekader; waarden en normen? ▪ Wat is gemeenschappelijk? ▪ Wat zijn de verschillen? ▪ Wat is de invloed van ieders omgeving op ieders zienswijze en logica?	Ordering <i>Zienswijze en logica</i> ▪ Vragen naar de zienswijze/logica van de ander. ▪ Actief luisteren (erkennen). ▪ Inleven en invoelen. ▪ Betekenenissen onderzoeken/navragen. ▪ De eigen zienswijze/logica toelichten. ▪ Het gemeenschappelijke voorop zetten. ▪ Onderzoeken wat de invloed is van ieders omgeving op de zienswijze/logica.
Personen <i>Identiteit en betrekking</i> ▪ Wie, in welke rollen, is men voor zichzelf? ▪ Wie, in welke rollen is ieder voor de ander? ▪ Hoe zijn in dit opzicht de wederzijdse verwachtingen? ▪ Hoe ziet ieder de onderlinge relatie? ▪ Wat is de invloed van ieders omgeving op wie men voor elkaar en voor zichzelf is?	Personen <i>Identiteit en betrekking</i> ▪ Onderzoeken vanuit welke rollen (als wie) en verwachtingen de ander spreekt. ▪ Actief luisteren. ▪ Inleven en invoelen. ▪ Jezelf afvragen en/of uitleggen vanuit welke rollen/verwachtingen je zelf spreekt. ▪ Onderzoeken hoe ieder de onderlinge relatie ziet. ▪ Onderzoeken wat de invloed is van ieders omgeving op hoe een ieder zichzelf en de ander ziet.

Analyse: Wat kun je je afvragen?	Interventies: Wat kan je doen?
Organisatie <i>Regelingen en machtsrelaties</i> ▪ Wat is de invloed van de eigen organisatie; machtsposities, plaats van het gesprek, functie, verantwoordelijkheden, beschikbare tijd, de agenda, de doelen, regels, afspraken, procedures etc.? ▪ Wat is de invloed van de organisatie van de ander; machtsrelaties, tijdoriëntatie, kennis en beeld van de organisatie, procedures, regels etc.? ▪ Wat is de invloed van de communicatie van de 'organisatie' in ieders ruime omgeving; machtsposities, rechtsposities, procedures, beschikbare voorzieningen en middelen, omgangsvormen, wet en regelgeving etc.?	Organisatie <i>Regelingen en machtsrelaties</i> ▪ Rekening houden met de machtsrelaties. ▪ De eigen 'organisatie' uitleggen. ▪ De eigen 'organisatie' anders regelen. ▪ De 'organisatie' van de ander onderzoeken en erkennen. ▪ De invloed van de 'regelingen' en de machtsrelaties in de ruimere omgeving op de communicatie.
Inzet <i>Motieven of beweegredenen</i> ▪ Wat zijn ieders motieven; beweegredenen, behoeften, angsten, wensen? ▪ Waar doet ieder zijn/haar best voor? ▪ Wat ziet ieder van elkaars onderliggende motieven? ▪ Wat ziet ieder van de ander waar hij/zij zijn/haar best voor doet? ▪ Wat ziet ieders omgeving als 'zijn best doen' en welke invloed heeft dit? ▪ Hoe laat een ieder elkaar merken dat hij/zij ziet dat de ander zijn/haar best doet? ▪ Voelt ieder zich gezien/erkend in zijn/haar motieven of beweegredenen? ▪ Voelt ieder zich gezien/erkend in hoe hij/zij zijn/haar best doet? ▪ Ziet ieder het onderscheid tussen bedoelingen en effecten van hoe hij/zij zijn/haar best doet?	Inzet <i>Motieven of beweegredenen</i> ▪ Onderzoeken (erkennend vragen) wat de onderliggende motieven zijn van de ander. ▪ Erkennen van de onderliggende motieven van de ander. ▪ Onderzoeken waar de ander zijn best voor doet. ▪ Inleven en invoelen in waar de ander zijn best voor doet. ▪ Laten merken, zeggen dat men de inzet van de ander ziet. ▪ Onderzoeken wat de ander als erkenning ervaart. ▪ Vragen waar en van wie de ander erkenning voelt. ▪ Onderzoeken wat de invloed is van de omgeving op 'zijn best doen'. ▪ Uitleggen waar men zelf zijn best voor doet. ▪ (Laten) kijken naar de effecten van hoe ieder zijn best doet. ▪ (Laten) werken met de effecten van de communicatie.

Bijlage 2: Topiclijst

Onderzoeksdoelstelling:

Door het beantwoorden van de hoofdvraag, wordt onderstaande doelstelling bereikt:

Aan de hand van dit onderzoek wordt kennis en inzicht verzameld over de ervaringen wat betreft de communicatie met allochtone cliënten binnen de GGZ. Het onderzoek is gericht op de communicatie tussen hulpverlener en de allochtone cliënt vanuit het oogpunt van de hulpverlener. Op basis van ervaringen worden handvaten en aanbevelingen voor de hulpverlener geformuleerd over hoe de communicatie met een allochtone cliënt geoptimaliseerd kan worden.

Vraagstelling:

Hoe ervaren autochtone hulpverleners in de GGZ de communicatie met allochtone cliënten?

Deelvragen:

Om de hoofdvraag te beantwoorden, zijn de volgende 3 deelvragen opgesteld:

1. Ervaren autochtone hulpverleners verschillen in communicatie met autochtone cliënten dan met allochtone cliënten?
 2. Welke belemmeringen ervaren hulpverleners in de communicatie met allochtone cliënten?
 3. Wat hebben hulpverleners nodig om de communicatie met een allochtone cliënt te optimaliseren?
-

Introductie:

Om te beginnen wil ik u bedanken dat u tijd vrij heeft kunnen maken voor dit interview. Mijn naam is Manon Krol en ik studeer aan de Fontys Hogeschool in Eindhoven, waar ik de opleiding Sociale Studies volg. Dit interview is onderdeel van mijn afstudeeronderzoek naar de communicatie tussen autochtone hulpverlener en allochtone cliënt.

Het interview zal anoniem blijven om zo uw privacy te waarborgen. Het interview zal opgenomen worden aan de hand van opnameapparatuur, zodat ik het later terug kan luisteren en uit kan werken aan de hand van de opname.

Heeft u verder vooraf nog vragen?

Dan gaan we nu beginnen met het interview.

Kenmerken van respondent:

- Kennismaking
- Functie
- Aantal jaren werkervaring

Allochtone cliënten:

- Omschrijving in eigen woorden
 - Wat is een allochtone cliënt volgens u?
- Veel of weinig ervaring met het werken met allochtone cliënten
- Algemene ervaringen
 - Hoe zijn de ervaringen in het algemeen over het werken met een allochtone cliënt?
 - Loopt u aan tegen culturele verschillen?
 - Zo ja, welke verschillen?
 - Hoe gaat u er mee om als u tegen culturele verschillen aanloopt?
 - Merkt u iets van de ik- en wij-cultuur tijdens het werk?
 - Zo ja, hoe?
 - Voorbeelden?
- Toegankelijkheid
 - Is de GGZ volgens u toegankelijk genoeg voor allochtone cliënten?
 - Zo ja, waarom?
 - Zo nee, waarom niet? Wat zou er moeten veranderen?
- Stagneren van behandeling
 - Heeft u het idee dat de behandeling van allochtone cliënten sneller stagneert in vergelijking met autochtone cliënten?
 - Zo ja, hoe komt dat denkt u?
 - Speelt communicatie hier een rol in?
- Hoe speelt bijgeloof een rol in behandeling?
 - Wat vindt u van bijgeloof en hoe gaat u hiermee om?
 - Heeft u ervaring met een cliënt die bijgelovig was?
 - Ziet u een verschil in ziektebeelden tussen verschillende culturen?

Communicatie tussen autochtone hulpverlener en allochtone cliënt:

- Huidige manier van communiceren
 - Wat is communicatie volgens u?
 - Hoe ervaart u de communicatie op dit moment?
 - Taal: verbaal en non-verbaal

- Ervaart u verschillen in de communicatie tussen autochtone cliënten en allochtone cliënten? Zo ja, welke verschillen?
- Ervaart u vaker wantrouwen bij allochtone cliënten bij aanvang van behandeling?
- Hoe kijkt u aan tegen het inzetten van een tolk tijdens een behandelcontact?
- Vormen taalbelemmeringen een probleem dat het wenselijk is dat er een tolk ingezet wordt?
- Zo ja, welke rol zou een tolk dan aan moeten nemen? Non-verbaal oppikken of alleen verbaal?
- Zou de tolk een familielid of vriend van de cliënt mogen zijn?
- Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?
- Wat gaat goed?
 - Gekeken naar de huidige communicatie, wat gaat er goed?
 - Voorbeelden?
- Belemmeringen
 - Waar loopt u tegenaan tijdens de communicatie met een allochtone cliënt?
 - Spreken de meesten goed Nederlands?
 - Zo nee, hoe gaat u hier mee om?
- Verbeterpunten
 - Wat is er nog nodig om de communicatie met een allochtone cliënt te optimaliseren volgens u?
 - Waarom?
 - Wie en wat is daarvoor nodig?
 - Denkt u dat allochtone hulpverleners beter met allochtone cliënten kunnen werken?

Afsluiting:

- Vragen vanuit respondent

Bijlage 3: Codeboom

Hoofdcodes	Subcode	Label
Communicatie	Positieve ervaringen	+ Goede ervaringen op het gebied van communicatie 8
		+ Cliënten spreken goed Nederlands 9
		+ Verbale communicatie gaat goed 1
		+ Geen belemmeringen op het gebied van communicatie 5
	Vormen van communicatie	+ Verbaal 9
		+ Non-verbaal 9
		+ Schriftelijk 5
		+ Lichamelijk 2
		+ Pictogrammen 4
	Belemmeringen	- Gebrekkig Nederlands 7
		- Communicatie met familie is lastiger 2
		- Frustrerend 1
		- Lastig communiceren 9
		- Elkaar niet snappen 3
		- Taalbarrière is lastig 7
		- Er is sprake van miscommunicatie 2
		- Communicatie gaat moeizaam 2
	Verschillen in communicatie	+ Vaker nachecken van het gevraagde 6
		- Ander non-verbaal gedrag 5
		+ Schriftelijk zijn er verschillen 1
	Tolk	- Feitelijke informatie 4
		- Lastig 2
		- Verdraaiing van hetgeen dat er gezegd wordt bij een tolk als familielid 6
		+ Familie als tolk is fijn 5
		- Voorkeur aan tolk i.p.v. tolkentelefoon 2
		+ Fijn dat de tolk er is 10
		+ Tolk moet non-verbale communicatie checken 7
Cultuur	Culturele verschillen	- Andere ziektebeleving 5
		- Eerder ontslag 3
		- Stooris is niet geaccepteerd in cultuur
		- Hulpverleners stellen teveel vragen 2

		- Er is te weinig kennis van andere culturen 8
		+ Betrokken familie 14
		+ Culturele verschillen vormen geen belemmering 5
	Culturele achtergrond	+ Afkomstig uit Marokko 5
		+ Allochtoon als iemand niet Nederlands is 8
		+ Andere normen en waarden 5
		+ Afkomstig uit Turkije 5
		+ Verschillende nationaliteiten 2
	Andere gedragsuitingen	- Schamen voor ziekte 9
		+ Bescheiden 6
		- Niet inzetten voor behandeling 5
		- Omgaan met gevoel is anders 5 (huilen)
		- Afstandelijk 2
		- Sociaal wenselijke antwoorden en gedrag 2
		- Agressief 2
		- Denigrerend 2
		- Later/ te laat hulp vragen 2
	Invloed van religie	- Niet veel te maken met bijgeloof 4
		+ Wel te maken met bijgeloof 3
		- Niet te maken met geloof 1
		+ Wel te maken met geloof 3
		+ 5x bidden
		+ Halal vlees 2
		+ Koran lezen 3
		+ Deelnemen aan de Ramadan 2
Organisatie	Beperkingen	- GGZ is niet toegankelijk genoeg 5
		- Twijfel over of GGZ toegankelijk genoeg is 3
		- Te weinig gericht op oplossingen
		- Te veel productiegericht i.p.v. cliëntgericht
	Verbeterpunten	+ Er moet meer bekendheid komen over een multiculturele afdeling 2
		+ Cursussen voor hulpverleners 4
		+ Meer diversiteit op de afdeling 2
		+ Gebruik maken van ervaringsdeskundigen 3
		+ Meer kennis/verdieping over culturen 9
		+ Onderdeel in teambesprekingen 2
		+ Inzetten allochtone hulpverleners 9

	Sterke punten	+ GGZ is toegankelijk genoeg voor allochtone cliënten 3
		+ Er wordt goed gekeken naar culturele verschillen
		+ Informatie is beschikbaar in andere talen
		+ GGZ staat open voor hulpmiddelen
Behandeling	Ervaringen	- Behandeling moet worden aangepast aan de cultuur 3
		+ Geen problemen in de behandeling 5
		+ Behandeling stagneert niet eerder 3
		- Het is ingewikkeld 7
		+ Familie vormt geen belemmering 2
		+ Geen sprake van wantrouwen 2
		+ het is een uitdaging
		+ Verrijking van het werk
	Belemmeringen	- Niet bewust van andere cultuur 6
		- Familie moet meer betrokken worden
		- Te weinig aansluiten bij de cultuur 2
		- Verwachtingen liggen anders
	Sterke punten	+ Familie wordt betrokken 5
		+ Er is aandacht voor de cliënt 2
		+ Er wordt aangesloten bij de cliënt 2
		+ Cultuurverschillen worden bespreekbaar gemaakt
		+ Er wordt educatie gegeven

Toestemmingsformulier interview

Hierbij geef ik toestemming voor deelname aan een interview. Ik geef toestemming voor het opnemen van het interview. Hiervan wordt een verslag gemaakt ten behoeve van een afstudeerscriptie. Deze gegevens zullen te allen tijde vertrouwelijk behandeld worden. De namen worden geanonimiseerd.

Eindhoven,

2016

Dhr. / Mevr.

Student:

Naam:

Handtekening: _____