

“Het is niet mijn cultuur, dat is best lastig”

Een onderzoek naar de communicatie tussen verpleegkundigen
en patiënten in de psychiatrie

Universiteit Utrecht
Masterthesis Interculturele Communicatie
Begeleider: Ludwien Meeuwesen
Tweede lezer: Jan D. ten Thije

Tessa Guijt
3795888
tessaguijt@hotmail.com

Academisch jaar 2012/2013

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van mijn afstudeerproject van de master Interculturele Communicatie. Deze masterthesis vloeit voort uit een onderzoeksstage binnen psychiatrische kliniek GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat in Amsterdam.

Graag wil ik van deze mogelijkheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken.

Allereerst bedank ik mijn scriptiebegeleider Ludwien Meeuwesen voor haar inzichten, kennis en enthousiasme. Daarnaast wil ik Jan ten Thije bedanken voor het optreden als tweede lezer.

Ook bedank ik Sally Timmermans voor de mogelijkheid om mijn onderzoek uit te voeren binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat. Tenslotte wil ik mijn vriend en familie bedanken voor hun input en steun.

Tessa Guijt, april 2013

Samenvatting

Het doel van dit afstudeerproject is om kwalitatief onderzoek te doen naar de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat, een psychiatrische kliniek in Amsterdam West. In de kliniek worden veel allochtone patiënten behandeld, terwijl het merendeel van de behandelaars van autochtone afkomst is. Er is hier dus sprake van transculturele psychiatrie. Het is interessant om te onderzoeken hoe de communicatie tussen de allochtone patiënten en autochtone behandelaars verloopt en tegen welke communicatiebarrières hierbij wordt aangelopen. Omdat patiënten binnen de kliniek een psychiatrische stoornis hebben, is er vaak wanorde in hun hoofd, waardoor hun gedachtegang of taaluitingen moeilijk te volgen kunnen zijn. Hierdoor kan de communicatie nog eens extra bemoeilijkt worden.

Om erachter te komen hoe de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten op Locatie Bocholtstraat precies verloopt, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Hoe communiceren verpleegkundigen en patiënten in de intramurale, transculturele psychiatrie binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat en hoe gaan zij om met eventuele problemen in deze communicatie

Tijdens het onderzoek binnen Locatie Bocholtstraat zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Allereerst zijn de beleidsstromen binnen de organisatie onderzocht op het gebied van omgaan met verschillende culturen en het gebruik van tolken. Daarnaast is door middel van participerende observatie de interactie tussen verpleegkundigen en patiënten op de open afdeling in kaart gebracht. In totaal zijn er 38 gesprekken en 28 overleggen en overdrachten geobserveerd. Tenslotte zijn 10 interviews met verpleegkundigen afgenomen, 2 interviews met artsen gehouden en hebben 6 patiënten een vragenlijst ingevuld.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat geen interculturalisatiebeleid meer wordt gevoerd en dat er weinig aandacht is voor interculturaliteit vanuit het management. Er kan daarom niet gesproken worden over intercultureel management. Wel zien verpleegkundigen elke patiënt als een uniek persoon met culturele en sociale kenmerken, waardoor toch kenmerken van de individualiseringsvariant van de differentiebenadering van intercultureel management (Glastra, 1999) binnen de kliniek te vinden zijn.

Er zijn geen officiële beleidsdocumenten over het gebruik van tolken binnen Locatie Bocholtstraat, waardoor onduidelijkheid bestaat omtrent het inzetten van een tolk. Er wordt weinig gebruik gemaakt van tolken. Wanneer er wel gebruik wordt gemaakt van een tolk gaan er verscheidene dingen mis: de tolken worden niet vooraf geïnformeerd over de gesprekssituatie, een informele tolk neemt vaak de rol van gesprekspartner op zich, en de gesprekspartners richten zich tijdens het gesprek tot de tolk in plaats van tot elkaar.

Binnen de transculturele psychiatrie kunnen verpleegkundigen en patiënten met verschillende culturele achtergronden op een andere manier tegen een psychiatrische ziekte aankijken. Uit de data van dit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen op Locatie Bocholtstraat zich wel bewust zijn van de verschillende culturele achtergronden van patiënten, maar dat zij

zich niet altijd bewust zijn van de gevolgen hiervan (zoals een verschil in normen, waarden en religie). Doordat de verpleegkundigen meer gefocust zijn op de psyche van de patiënt, kunnen zij eventuele talige of culturele barrières over het hoofd zien, waardoor miscommunicatie kan ontstaan.

Aan de hand van de onderzoeksresultaten kunnen verschillende aanbevelingen worden gegeven. Ten eerste zal vanuit het management van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat meer aandacht besteed moeten worden aan interculturalisatie om de communicatie te bevorderen, bijvoorbeeld in de vorm van cursussen. Het is van belang dat medewerkers binnen de organisatie interculturele competenties ontwikkelen, zodat eventuele talige of culturele barrières makkelijker overbrugd kunnen worden. Daarnaast kan een duidelijker tolkenbeleid ertoe leiden dat met name verpleegkundigen sneller overgaan tot het inschakelen van een tolk. Cursussen over hoe om te gaan met tolken tijdens een gesprek kunnen ervoor zorgen dat de tolk optimaal wordt benut en de informatieoverdracht tussen patiënt en behandelaar zo betrouwbaar mogelijk wordt.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
2. Interculturele communicatie in de transculturele psychiatrie	9
2.1 Communicatie	9
2.1.1 <i>Interpersoonlijke communicatie: inhouds- en betrekkingniveau</i>	9
2.1.2 <i>Non-verbale boodschap</i>	10
2.1.3 <i>Interculturele communicatie</i>	11
2.1.4 <i>Verschil tussen interpersoonlijke en interculturele communicatie</i>	12
2.2 Communicatiebarrières	13
2.2.1 <i>Interpersoonlijke barrières</i>	13
2.2.2 <i>Interculturele barrières</i>	13
2.2.3 <i>Talige barrière</i>	15
2.2.4 <i>Gebruik van tolken</i>	15
2.3 Psychiatrische setting	17
2.3.1 <i>Psychiatrie</i>	17
2.3.2 <i>Opnames</i>	18
2.3.3 <i>Diagnose en DSM</i>	19
2.3.4 <i>Ziektebeelden</i>	20
2.4 Communicatiebarrières in de psychiatrie	21
2.4.1 <i>Interpersoonlijke barrières in de psychiatrie</i>	22
2.4.2 <i>Interculturele barrières in de psychiatrie</i>	22
2.4.3 <i>Talige barrières in de psychiatrie</i>	24
2.4.4 <i>Gebruik van tolken in de psychiatrie</i>	25
2.5 Intercultureel management	25
2.6 Conclusie	27
3. GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat	29
3.1 Bedrijfsstructuur GGZ inGeest.....	29
3.2 Locatie Bocholtstraat.....	30
3.2.1 <i>Afdelingen binnen Locatie Bocholtstraat</i>	30
3.3 Conclusie.....	31
4. Methode	32
4.1 Onderzoeksstrategieën.....	32
4.2 In kaart brengen beleid GGZ inGeest.....	33
4.3 Observaties	33
4.3.1 <i>Bijwonen van MTO, weekendoverleg en overdracht van verpleging</i>	35
4.4 Interviews	35
4.4.1 <i>Interviews met verpleegkundigen</i>	35
4.4.2 <i>Interviews met artsen</i>	37

4.5 Vragenlijst aan patiënten	37
4.6 Data-analyse	37
4.7 Betrouwbaarheid en validiteit.....	39
5. Resultaten.....	40
5.1 Beleid binnen GGZ inGeest	40
5.1.1 Interculturalisatiebeleid GGZ inGeest	40
5.1.2 Beleid rondom het gebruik van tolken.....	41
5.2 Observaties	42
5.2.1 Spontane interactie.....	42
5.2.2 Geplande interactie	45
5.3 Observaties MTO, weekendoverleg en overdracht van verpleging.....	49
5.3.1 MultiTeamOverleg (MTO).....	49
5.3.2 Weekendbesprekingen	50
5.3.3 Overdracht van verpleging op de open afdeling	50
5.4 Interviews met verpleegkundigen.....	51
5.4.1 Culturele verschillen	51
5.4.2 Talige verschillen	52
5.4.3 Gebruiken van tolken.....	53
5.4.4 Interpersoonlijk niveau.....	54
5.4.5 Cursus en scholing	55
5.5 Interviews met artsen.....	56
5.5.1 Criteria voor het inschakelen van tolken.....	56
5.5.2 Soorten tolken.....	57
5.5.3 Verpleegkundigen en tolken	57
5.6 Vragenlijst patiënten.....	58
5.7 Conclusie.....	58
6. Discussie/conclusie.....	60
6.1 Beantwoording onderzoeksvraag en theoretische reflectie	60
6.2 Methodische reflectie	61
6.3 Aanbevelingen.....	62
6.4 Reactie van GGZ inGeest - Locatie Bocholtstraat	63
Bibliografie.....	64
Bijlagen.....	68
Bijlage I: Organogram GGZ inGeest	68
Bijlage II: Toestemmingsformulier voor opnemen gesprekken	69
Bijlage III: Vragenlijst voor interviews met verpleegkundigen	70
Bijlage IV: Vragenlijst voor interviews met artsen.....	72
Bijlage V: Vragenlijst voor patiënten.....	73
Bijlage VI: Reactie van Sally Timmermans, manager van GGZ inGeest - Locatie Bocholtstraat....	77

1. Inleiding

Door de toenemende migratie neemt het aantal allochtone patiënten dat een beroep doet op de zorg toe. In de communicatie tussen vaak autochtone hulpverleners en deze allochtone patiënten kunnen verschillende communicatiebarrières ontstaan, waardoor de communicatie moeizaam verloopt of zelfs miscommunicatie kan ontstaan. Het kan voorkomen dat hulpverlener en patiënt vanuit hun verschillende culturele achtergronden een andere visie hebben op bepaalde ziekten, zoals psychiatrische stoornissen. Binnen veel niet-westerse culturen zijn psychiatrische stoornissen een taboe, waardoor patiënten deze klachten niet snel zullen presenteren bij de huisarts. Om de interculturele communicatie in deze medische conversatie toch te laten slagen, is het van belang dat de hulpverlener zich bewust is van culturele verschillen en verschillen in normen en waarden. Ook religie en het taalniveau van allochtone patiënten kunnen van invloed zijn op de communicatie, en de hulpverlener dient hier dan ook op in te spelen.

Wanneer hulpverlener en patiënt binnen de psychiatrie verschillende culturele achtergronden hebben, wordt gesproken over transculturele psychiatrie (Kortmann, 2004). Patiënten met een psychiatrische stoornis hebben vaak door hun ziekte wanorde in hun hoofd, waardoor hun gedachtegang of taaluitingen moeilijk te volgen kunnen zijn. In het geval van transculturele psychiatrie kunnen hier nog communicatiebarrières bovenop komen, waardoor de communicatie extra wordt bemoeilijkt.

Van transculturele psychiatrie is ook sprake binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat. Dit is een psychiatrische kliniek in Amsterdam West, waar patiënten (tijdelijk) woonachtig zijn, maar ook onder behandeling kunnen staan terwijl zij thuis wonen. In de kliniek worden veel allochtone patiënten behandeld, terwijl het merendeel van de behandelaars van autochtone afkomst zijn. Het is daarom interessant te onderzoeken hoe de communicatie tussen de allochtone patiënten en autochtone behandelaars verloopt, en tegen welke communicatiebarrières wordt aangelopen. Het onderzoek voor deze scriptie heeft plaatsgevonden op de open afdeling van de kliniek, waar patiënten zitten die vrijwillig of gedwongen onder behandeling staan. In tegenstelling tot de gesloten afdeling van GGZ inGeest – locatie Bocholtstraat hebben de patiënten op de open afdeling geen gesloten deur nodig, omdat zij geen acuut gevaar zijn voor zichzelf en de samenleving. De patiënten op de open afdeling hebben verschillende culturele achtergronden. Zo zijn er naast autochtone patiënten ook patiënten van Turkse, Marokkaanse Surinaamse of Chinese afkomst op de open afdeling.

Binnen GGZ inGeest is een tijdlang een interculturalisatiebeleid gevoerd, waarmee is geprobeerd om de voorzieningen in de psychiatrische klinieken toegankelijker te maken voor zowel allochtone als autochtone zorgvragers, en waarbij iedereen een gelijkwaardige kwaliteit van zorg aangeboden zou krijgen (RVZ, 2002). Tegenwoordig is er echter geen centraal geregeld interculturalisatiebeleid meer binnen GGZ inGeest, en daarmee minder aandacht voor interculturaliteit binnen de organisatie. Het is daarom interessant om te onderzoeken hoe men binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat probeert om succesvolle interculturele communicatie tot stand te brengen, ondanks dat er geen centraal geregeld interculturalisatiebeleid meer is. De vraag voor de literatuurstudie in deze scriptie luidt:

Hoe verloopt de communicatie in de transculturele psychiatrie en welke barrières kunnen zich hierbij voordoen?

De vraag voor het empirisch onderzoek van deze scriptie is:

Hoe communiceren verpleegkundigen en patiënten in de intramurale, transculturele psychiatrie binnen GGZ inGeest – Locatie Bochooltstraat en hoe gaan zij om met eventuele problemen in deze communicatie?

Om adequaat antwoord op deze vragen te kunnen geven, zal ik in hoofdstuk 2 de literatuur over dit onderwerp bespreken en hierbij een relatie leggen tussen mijn onderzoeksvraag en de literatuur. Allereerst zal ik uitleggen wat interculturele communicatie precies is, en vervolgens zal ik ingaan op interpersoonlijke, interculturele en talige barrières in de communicatie. Daarna zal ik de branche van de psychiatrie bespreken, waarbij ik zal ingaan op vrijwillige en gedwongen opname, de werkwijze binnen de psychiatrie en een aantal psychiatrische stoornissen beschrijven. Vervolgens zal ik aangeven hoe communicatiebarrières van invloed kunnen zijn binnen de psychiatrie, en tot besluit van hoofdstuk 2 zal ik benaderingen van intercultureel management bespreken. In hoofdstuk 3 zal ik een beschrijving geven van de onderzoekslocatie, GGZ inGeest – Locatie Bochooltstraat in Amsterdam West, om vervolgens in hoofdstuk 4 de onderzoeksmethoden van het empirisch deel te beschrijven. Hoofdstuk 5 bevat de resultaten van het onderzoek, waarna deze in hoofdstuk 6 teruggekoppeld zullen worden aan de theorie.

2. Interculturele communicatie in de transculturele psychiatrie

Dit hoofdstuk biedt een theoretische verdieping van interculturele communicatie in de transculturele psychiatrie. Een aantal vragen worden in dit hoofdstuk beantwoord, zoals wat is interpersoonlijke communicatie? Wat is interculturele communicatie? Tegen welke communicatiebarrières kan worden opgelopen? Hierbij wordt ook ingegaan op managementstrategieën: hoe kan het management het beste omgaan met interculturaliteit binnen de organisatie?

Daarnaast wordt de vraag beantwoord wat psychiatrie precies is, met daarbij aansluitend de vraag hoe communicatiebarrières van toepassing zijn in de psychiatrie. Een samenvatting en beantwoording van de literatuurvraag van dit onderzoek zullen het hoofdstuk afsluiten.

2.1 Communicatie

2.1.1 Interpersoonlijke communicatie: inhouds- en betrekkingniveau

Communicatie is in het algemeen onder te verdelen in twee niveaus: het inhoudsniveau en het betrekkingniveau (Watzlawick et al., 1970). Communicatie op inhoudsniveau gaat om het overdragen van informatie en de inhoud van het bericht. Het is bij het inhoudsniveau dus belangrijk wát er gezegd wordt. Het betrekkingniveau van communicatie kijkt daarentegen naar hoe iets gezegd wordt, en daarmee naar de manier waarop de boodschap moet worden opgevat. Het betrekkingniveau van communicatie zegt dus iets over de verhoudingen tussen de gesprekspartners. Het inhouds- en betrekkingniveau zijn beiden altijd in de communicatie aanwezig, en hebben een onderlinge wisselwerking (Watzlawick et al., 1970). Wanneer de inhoud van de boodschap wordt aangegeven met woorden, wordt de betrekking duidelijk gemaakt door middel van non-verbale communicatie. Deze boodschappen worden namelijk geuit door non-verbale signalen, zoals lichaamshouding, stemintonatie en gebaren.

Zoals gemeld, het betrekkingniveau van communicatie geeft dus aan hoe de ontvanger de inhoud van een boodschap moet opvatten, en hoe de zender van de boodschap zichzelf ziet ten opzichte van zijn ontvanger. Het gaat dus om de achterliggende boodschap en de relationele kant van de communicatie. Echter, doordat het betrekkingniveau vaak door middel van non-verbaal gedrag wordt geuit, kunnen makkelijk problemen en conflicten ontstaan. In §2.1.2 zal uitgebreid aandacht worden besteed aan het non-verbale aspect van communicatie.

Om ervoor te zorgen dat communicatie goed verloopt, is het binnen een relatie belangrijk om de bedoelingen en verhoudingen van de onderlinge communicatie duidelijk te krijgen. Dit kan men bewerkstelligen door metacommunicatie, het praten over het praten (Watzlawick et al., 1970). Op deze manier kunnen conflicten worden opgelost. In metacommunicatie zijn inhoudsniveau en betrekkingniveau van communicatie dus nauw met elkaar verbonden.

Omdat men bij het betrekkingniveau van communicatie kijkt naar hoe iets gezegd wordt en welke non-verbale uitingen hierbij een rol spelen, zijn er verschillende soorten

betrekkingsniveau te onderscheiden. Watzlawick et al. (1970) maken onderscheid in de positie van de verschillende gesprekspartners ten opzichte van elkaar. Zij doen dit door middel van complementaire en symmetrische betrekkingen. Bij complementaire betrekkingen neemt de ene gesprekspartner een superieure positie in en de andere een ondergeschikte. Bij symmetrische betrekkingen beschouwen de gesprekspartners elkaar als gelijken.

Bos (1991) maakt juist onderscheid in het soort informatie dat speelt op betrekkingsniveau of interpersoonlijk niveau. De eerste is informatie over de mate waarin de ene gesprekspartner het gedrag van de ander wel of niet leuk vindt, en heeft hiermee de vorm van een oordeel. De tweede soort informatie is informatie over spelregels die men voor de onderlinge relatie wil laten gelden en hoe men de relatie wil organiseren, en hiermee heeft dit de vorm van een voorschrift. Bos (1991) geeft aan dat informatie over de relatie binnen communicatie voornamelijk wordt uitgewisseld door middel van lichaamstaal, en dat men samen probeert te komen tot een ‘gebruiksaanwijzing’ voor hun relatie. Om tot deze onderlinge overeenstemming te komen, moet uitgezocht worden wat elke gesprekspartner van de ander wil, hoe zij met elkaar omgaan, wie de baas is, en wat wel of niet acceptabel is (Bos, 1991). Bos (1991) en Watzlawick et al. (1970) hebben in hun verschillende benaderingen een duidelijk raakvlak. Beide geven aan dat de gesprekspartners onderling moeten onderzoeken wat de onderlinge verhoudingen zijn, en wat hiermee wel of niet acceptabel is binnen de relatie.

2.1.2 Non-verbale boodschap

Naast de verbale boodschap bij communicatie speelt ook de non-verbale boodschap een grote rol. Boodschappen die in woordtaal (verbaal) worden uitgedrukt kunnen soms pas echt overkomen als de lichaamstaal een bijbehorend gevoel of bijbehorende boodschap uitdrukt (Bos, 1991). Deze non-verbale boodschap is, zoals gemeld, onderdeel van het betrekkingsniveau van communicatie (Watzlawick et al., 1970). Een belangrijke vorm van non-verbale communicatie is lichaamstaal, waarmee sociale en relationele berichten kunnen worden uitgedrukt. Een non-verbale boodschap kan bestaan uit beweging en positie van het lichaam, spreektempo, toonhoogte, gezichtsuitdrukking en lichamelijke nabijheid (Blondis & Jackson, 1978). Door middel van lichaamshouding kan iemand laten zien hoe hij de ander ziet en wat voor relatie hij met de gesprekspartner wil; men kan zich openstellen voor, afsluiten of juist afwenden van de gesprekspartner (Bos, 1991).

Zoals aangegeven in §2.1.1 kan de non-verbale kant van communicatie makkelijk voor problemen of conflicten in de communicatie zorgen. Het is voor zowel zender als ontvanger soms moeilijk om lichaamstaal over te brengen en te begrijpen. Lichaamstaal kan namelijk erg subtiel zijn, waardoor een boodschap niet altijd goed begrepen wordt (Bos, 1991).

Hoewel de non-verbale kant van communicatie de verbale kant kan verduidelijken, is het niet altijd controleerbaar (Ferraro, 2006). Wanneer iemand iets niet kwijt wil of niet durft te zeggen, kan de boodschap door middel van non-verbale communicatie onbewust alsnog worden geuit (Bos, 1991). Deze oncontroleerbare eigenschap van non-verbale communicatie kan zorgen voor een discrepantie tussen de verbale en non-verbale boodschap van de zender. Het is voor de ontvanger van de boodschap dan lastiger om te begrijpen welke boodschap de zender uitzendt. Bos (1991) geeft aan dat men het beste vanuit de non-verbale kant van de

communicatie af kan leiden wat een zender met zijn uitspraak bedoelt. Daarmee zegt hij dat de verbale boodschap in principe ondergeschikt is aan de non-verbale boodschap, omdat de non-verbale boodschap oncontroleerbaar is en dus de ‘ware boodschap’ zou weergeven. Hoewel ik het met Bos (1991) eens ben dat de non-verbale kant van communicatie van groot belang is bij het overbrengen van de boodschap, denk ik niet dat de verbale kant ondergeschikt is. Bepaalde informatie, zoals het geven van (praktische) informatie, wordt verbaal overgebracht, en non-verbale communicatie speelt hierbij een kleine rol. Bij meer persoonlijke boodschappen is juist de non-verbale boodschap van de zender van belang, en hierbij is de verbale boodschap ondergeschikt. Er is dus een wisselwerking tussen een verbale en non-verbale boodschap, waarbij in de ene situatie de verbale kant belangrijker is, en in de andere situatie de non-verbale kant bij het bepalen van de precieze boodschap van de zender.

2.1.3 Interculturele communicatie

Al vanaf de geboorte wordt mensen door hun omgeving verteld wie of wat ze zijn. Dit verhaal vormt mede de identiteit en bepaalt het gevoel van wie we zijn. Vanuit de eigen identiteit zien we de wereld in een bepaald perspectief, waarin we voor onszelf bepalen wat normaal is en wat niet, wat acceptabel is en wat niet en wat echt is en wat niet. Wie mensen denken te zijn, wordt dan ook beïnvloed door waar en wanneer mensen leven (Holliday et al., 2010). Doordat ieder mens een ‘ethnocentrische reflex’ heeft waarbij hij de neiging heeft anderen te beschouwen vanuit zijn eigen culturele of sociale achtergrond, kan miscommunicatie ontstaan door verwarring en irritatie. Ook kan men door het ethnocentrische reflex de ander verkeerd begrijpen of interpreteren, wat ook tot miscommunicatie kan leiden. Wanneer in een gesprek beide gesprekspartners hun eigen normen en waarden beter vinden dan die van de ander, kan dit een vertrouwensband in de weg staan (Kortmann, 2004).

Iemands eigen identiteit wordt naar andere mensen uitgezonden door middel van signalen, zoals accent en woordgebruik. Andere mensen interpreteren en reageren op deze signalen aan de hand van de semiotiek, ook wel tekenleer. Hierbij kijkt men hoe de betekenissen van signalen binnen een culturele groep worden overgebracht. De manier waarop mensen communiceren, zoals spreek- en luistergedrag en communicatiestijlen verschilt niet alleen per persoon, maar verschilt ook op cultureel niveau (Shadid, 2000). Wanneer er communicatie is tussen twee of meer mensen die uit andere culturen komen en/of andere talen spreken, is er sprake van interculturele communicatie. Wanneer men zich in interculturele communicatie niet bewust is van culturele verschillen en de invloed van de culturele achtergrond op iemands normen, waarden en verwachtingspatronen kan miscommunicatie ontstaan (Ferraro, 2006).

Zoals aangegeven heeft elke cultuur zijn eigen tekenleer, maar daarnaast heeft elke cultuur zijn eigen concept van culturele modellen (Holliday et al., 2010). Culturele modellen zijn abstracte concepten van vaardigheden, kennis, normen, waarden, perceptie, emotionele status, etc. die voor mensen de ‘juiste’ manieren van gedragen in bepaalde situaties weergeven. Ieder individu bepaalt voor zichzelf wat zijn culturele modellen zijn, en daarmee zijn ideeën over bepaalde concepten (Holliday et al., 2010). Culturele modellen zijn concepten die niet op een specifieke situatie slaan, maar per situatie moeten worden aangepast. Zodra de situatie zich voordoet, kan een cultureel model aan de betreffende situatie

worden aangepast (Kronenfeld, 2008). Mensen interpreteren tekens soms op een verkeerde manier wanneer ze te maken hebben met interculturele communicatie. Ze gebruiken hun eigen culturele tekenleer om een teken uit een andere cultuur te begrijpen, waardoor interpretatiefouten ontstaan. Hierdoor kunnen twee tekenleren met elkaar botsen en kunnen misverstanden of miscommunicaties ontstaan (Holliday et al., 2010).

In interculturele communicatie speelt ook de gezamenlijke kennis die twee of meer mensen delen een grote rol. Er zijn twee soorten gemeenschappelijke achtergronden, namelijk de persoonlijke gemeenschappelijke achtergrond welke is gebaseerd op gezamenlijke ervaringen en overtuigingen die twee individuen delen of hebben gedeeld, en de algemene gemeenschappelijke achtergrond welke is gebaseerd op de kennis die twee individuen hebben aan de hand van culturele gemeenschappen waar ze toe behoren (Littlewood, 2001). Tussen de persoonlijke en algemene gemeenschappelijke achtergronden is altijd een soort interactie, en hierbij komt cultureel bewustzijn van de gesprekspartners aan het licht. Cultureel bewustzijn bestaat uit drie niveaus, waarbij het eerste niveau de mate is waarin men zich bewust is van het feit dat iemand anders is dan hemzelf. Bij het tweede niveau heeft men meer kennis over de gemeenschappelijke achtergrond tussen de eigen cultuur en die van de ander. Deze kennis wordt vergaard door wat men meemaakt en alles waarmee men in aanraking komt, en hierdoor ontstaat bewustwording over het feit dat er bepaalde conventies gelden in verschillende culturen, zoals voor het groeten van iemand. Het laatste niveau van cultureel bewustzijn bevat bewustwording van specifieke conventies in andere culturen, en het feit dat men zich daaraan aanpast (Littlewood, 2001).

2.1.4 Verschil tussen interpersoonlijke en interculturele communicatie

Alle communicatie tussen twee of meer gesprekspartners is interpersoonlijke communicatie, waarbij een persoon de zender is van de boodschap en de ander(en) de ontvanger(s) van de boodschap. Door ruis in de communicatie kan een boodschap anders overkomen dan deze door de zender is bedoeld (Muylle, 2008). Een oorzaak van deze ruis kan zijn dat elk mens vanuit zijn eigen referentiekader naar de wereld kijkt, en het referentiekader van de ontvanger niet overeenkomt met die van de zender.

Interculturele communicatie is eigenlijk interpersoonlijke communicatie waarbij de gesprekspartners niet tot dezelfde etnische, sociale, socio-economische of culturele groep behoren. Om interculturele communicatie succesvol te laten verlopen, is het belangrijk dat de gesprekspartners interculturele competenties opbouwen (Byram, 1997). Binnen interculturele communicatie moet altijd rekening gehouden worden met de (sociale) context waarin communicatie plaatsvindt. Hierbij spelen ook non-verbale aspecten een belangrijke rol. Het omgaan met talige en culturele diversiteit is een basiscompetentie die elke burger nodig heeft om optimaal te functioneren in de internationaal georganiseerde samenleving (Ten Thije & Deen, 2009). Er zijn volgens Byram (2007) verschillende voorwaarden waaraan voldaan moet worden wil er een succesvolle interculturele interactie tot stand komen, zoals kennis van de andere cultuur, attitudes ten opzichte van de andere cultuur, en de vaardigheid om te kunnen interpreteren en te relativiseren. Deze vaardigheden zorgen voor een transculturele of interculturele attitude, waarbij men bereid is om zich aan te passen aan de gesprekspartner en niet uit gaat van bepaalde verwachtingen of stereotypen. Met deze attitude probeert men een

gelijkwaardige positie van alle gesprekspartners na te streven (Van Endt-Meijling, 2003).

Voor mij is een transculturele of interculturele attitude een vaardigheid waarbij men zich bewust is van het feit dat er culturele verschillen kunnen zijn en dat de gesprekspartners verschillende normen en waarden kunnen hebben. Door zich bewust te zijn van mogelijke verschillen hoeven de gesprekspartners elkaars cultuur niet volledig te kennen, maar kunnen mogelijke verschillen ondervangen worden door het besef dat ieders cultuur anders is.

2.2 Communicatiebarrières

2.2.1 Interpersoonlijke barrières

De wisselwerking tussen iemands verbale en non-verbale boodschap is nog belangrijker in interculturele communicatie dan in communicatie waarin de gesprekspartners elkaars taal spreken. Vaak spreken gesprekspartners bij interculturele communicatie niet vloeiend dezelfde taal, waardoor het verbale aspect van de communicatie mis kan lopen en er sprake is van een interpersoonlijke barrière. De non-verbale boodschap moet dan de verbale boodschap ondersteunen om te voorkomen dat er verwarring en miscommunicatie ontstaat. De stelling van Bos (1991) dat men het beste op de non-verbale boodschap van de zender kan letten, zoals weergegeven in §2.1.2, lijkt daarmee in het geval van interculturele communicatie beter van toepassing te zijn dan op communicatie in het algemeen.

Hoewel de non-verbale boodschap een belangrijk gegeven kan zijn in interculturele communicatie waarbij de gesprekspartners niet dezelfde taal vloeiend spreken, kan het ook voor verwarring zorgen binnen de communicatie. Non-verbale communicatie kan namelijk per taal en cultuur verschillen. Dit betekent dat in interculturele communicatie een non-verbale boodschap van de zender door de ontvanger anders kan worden geïnterpreteerd dan deze is bedoeld. Zo wordt het bijvoorbeeld in de ene cultuur als beleefd ervaren om elkaar aan te kijken tijdens een gesprek, terwijl het in een andere cultuur juist onbeleefd is. Door dit onderlinge verschil kunnen gesprekspartners elkaar onbeleefd vinden, omdat zij niet op de hoogte zijn van de non-verbale regels van een andere cultuur. Om een succesvolle interculturele communicatie tot stand te brengen, is het daarom van belang dat de gesprekspartners zich bewust zijn van de verschillen tussen culturen op het gebied van non-verbale communicatie. Wanneer men zich hiervan bewust is, kan men de boodschap beter interpreteren en begrijpen (Ferraro, 2006).

2.2.2 Interculturele barrières

Een tweede barrière in communicatie kan een interculturele barrière zijn. Iedereen wordt onbewust beïnvloed door zijn/haar cultuur. Iedere cultuur heeft zijn eigen culturele domeinen; elke cultuur vormt zijn eigen meningen over de unieke manier van denken en doen binnen die cultuur (Spradley, 1980). Hiermee bepaalt cultuur hoe men denkt over gezondheid, ziekte, communicatie en verwachtingen van ziekenzorg (Kleinman, 1980). In gevallen van interculturele communicatie kunnen de verschillen tussen culturele domeinen van verschillende culturen leiden tot miscommunicatie.

Door de toenemende globalisatie is er steeds meer contact tussen verschillende

culturen. Tussen deze verschillende culturen kunnen echter grote verschillen bestaan, zoals normen, waarden, gebruiken en religie (culturele domeinen). In interculturele communicatie is er vaak onwetendheid over de cultuur van de gesprekspartner, waardoor uitingen of gedragingen verkeerd kunnen worden geïnterpreteerd. Om tot succesvolle communicatie te komen is het echter niet nodig om precies de cultuur van de gesprekspartner te kennen. Het is onmogelijk om de normen en waarden van alle culturen ter wereld te kennen. Wel is het van belang dat men zich in interculturele communicatie bewust is van het feit dat er culturele verschillen zijn. Het is belangrijk om te beseffen dat men niet alles van een andere cultuur kan weten. Door deze kennis kan men openstaan voor andere culturen zonder vooroordelen. Daarnaast is kennis van de eigen culturele achtergrond belangrijk om onderlinge culturele verschillen in het perspectief van de eigen cultuur te kunnen zien.

Er zijn binnen interculturele communicatie verschillende oorzaken op cultureel niveau aan te wijzen voor het verkeerd interpreteren van een boodschap. Een eerste oorzaak kan het verschil tussen individualistische en collectivistische culturen zijn, zoals Hofstede (1980) deze heeft geformuleerd. In individualistische culturen zorgen mensen alleen voor zichzelf en hun gezin, en hebben zij hierdoor veel keuzevrijheid. In collectivistische samenlevingen leven mensen in hechte gemeenschappen waarin de hele familie een rol speelt, maar waar het individu een deel van de eigen autonomie moet opgeven om bij de groep te kunnen horen (Hofstede, 1995). De verschillen tussen individualistische en collectivistische culturen hangen samen met machtsafstand. In collectivistische culturen is vaak sprake van een grote machtsafstand, wat aangeeft dat er grote machts- en statusverschillen worden geaccepteerd. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in respect en gehoorzaamheid aan ouderen. De grote machtsafstand maakt dat er ook een duidelijke hiërarchie is in onderlinge relaties binnen collectivistische samenlevingen. Binnen individualistische culturen wordt vaak een gelijke verdeling van de macht nagestreefd, en hierdoor is sprake van een kleinere machtsafstand (Huiberts et al., 2002).

Het verschil tussen culturen kan van invloed zijn op normen, waarden en gedragingen. Dit kan hiermee de tweede oorzaak van verkeerd interpreteren zijn. Elke cultuur geeft op een eigen manier uiting aan persoonlijke gevoelens en gedachten. Binnen collectivistische culturen zijn trots en familie-eer belangrijke factoren om emoties niet de vrije loop te laten. Het doen en laten van de individu is binnen deze samenlevingen vaak bepalend voor de status van de hele familie binnen de gemeenschap (Thys & Gomperts, 2009). De beperkte uiting van emoties kan door mensen uit individualistische samenlevingen verkeerd worden geïnterpreteerd, omdat het binnen deze samenlevingen veel normaler is om emoties juist wel te uiten.

Een derde oorzaak van verkeerde interpretaties kan voortkomen uit een andere man-vrouwverhouding. Binnen niet-westerse culturen is de positie van de vrouw vaak ondergeschikt aan die van de man, en er is hierdoor een scheidslijn tussen man en vrouw (Netteb, 2005). Door het meer traditionele rollenpatroon tussen man en vrouw neemt in niet-westerse culturen de man vaker de leiding in een gesprek en bij beslissingen. De vrouw houdt zich tijdens gesprekken op de achtergrond en mengt zich niet of nauwelijks in het gesprek.

Een vierde oorzaak voor verkeerde interpretaties kan worden gevonden in het volgende. Wanneer men vanuit een statische visie naar cultuur kijkt, zal men niet inzien

welke verschillen er tussen de culturen zijn en minder snel stappen ondernemen om deze te overbruggen (Bartels, 2003). Om de gesprekspartner bij interculturele communicatie echter goed in te kunnen schatten is een meer dynamische visie op cultuur vereist, waarbij aandacht wordt gegeven aan culturele verschillen en overeenkomsten. Cultuur wordt hierbij benaderd als een gegeven dat gevormd is door persoonlijke en situationele ervaringen (Shadid, 1998). In een dynamische visie op cultuur houdt men rekening met het feit dat iemands achtergrond per persoon kan verschillen, en dat men nooit alle culturen tot in detail kan kennen. In een dynamische visie op cultuur wordt er een transculturele of interculturele houding aangenomen, waarbij gesprekspartners zich bewust zijn van het feit dat er onderlinge verschillen zijn en hierop proberen in te spelen om miscommunicatie te voorkomen.

2.2.3 Talige barrière

Naast de interpersoonlijke en interculturele barrière kan er in communicatie ook sprake zijn van een talige barrière. Van een talige barrière is sprake wanneer de gesprekspartners niet beide eenzelfde taal vloeiend spreken, waardoor er moet worden gecommuniceerd in een taal die een of meerdere gesprekspartners niet geheel machtig is. Dit kan ervoor zorgen dat de gesprekspartners zich niet kunnen uitdrukken zoals ze zouden willen, waardoor miscommunicatie kan ontstaan. Niet zelden proberen mensen in het geval van een taalbarrière door middel van grootste gebaren of theatrale vertoning zichzelf duidelijk te maken. Dit wordt al gauw als een cultureel verschil opgemerkt, terwijl een verklaring vaak ligt in het onvermogen om zich goed uit te drukken in de taal van de gesprekspartner.

Manieren waarop mensen zich uitdrukken zijn vaak cultureel bepaald. Dit kan ervoor zorgen dat er problemen in de communicatie kunnen ontstaan, en hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Allereerst kunnen problemen ontstaan wanneer woorden of zinnen verkeerd worden uitgesproken, waardoor de gesprekspartners elkaar niet goed verstaan of verkeerd begrijpen (Meeuwesen & Twilt, 2011). Ook kunnen onverwacht gebruik van intonatie, ritme of de melodie van de officiële taal zorgen voor miscommunicatie. De ontvanger van de boodschap verwacht deze spreekwijze niet en kan moeite hebben om de boodschap te begrijpen (Meeuwesen & Twilt, 2011). Communicatieproblemen op grammaticaal niveau kunnen ontstaan wanneer zinnen te lang of ingewikkeld zijn. Vaak bevatten deze zinsconstructies teveel informatie, waardoor er een teveel aan informatie ontstaat bij de ontvanger van de boodschap. Korte zinnen zijn echter ook niet altijd een oplossing voor communicatieproblemen op grammaticaal niveau, omdat hiermee snel informatie achterwege wordt gelaten (Appel, 2004).

Een talige barrière kan ook bestaan op pragmatisch niveau. Hierbij gaat het om de relatie tussen de taaluitingen en degene die de taaluitingen doet; de manier waarop we met elkaar praten en wat voor zinnen we daarbij gebruiken, wordt bijvoorbeeld bepaald door onze culturele achtergrond (Appel, 2004). Hierbij gaat het om zaken als hoe begint een gesprek, wat zijn de beleefdheidsformules en hoe wordt een gesprek afgesloten. Iemands cultuur is ook van invloed op de regels voor verschillende taalhandelingen in verbaal gedrag. De opbouw van een verhaal kan per cultuur verschillen (top-down of bottom-up), maar zo ook de manier waarop een verzoek gedaan kan worden (direct of indirect), de manier van sollicitatiegesprekken voeren (hoe persoonlijk of feitelijk is men), de manier van

complimenten geven en de manier van vragen beantwoorden.

2.2.4 Gebruik van tolken

Wanneer er in de communicatie een taalbarrière overbrugd moet worden, is het gebruik van een tolk in veel gevallen wenselijk (Bot, 1998). Volgens de Van Dale is een tolk ‘iemand die voor mensen die elkaar niet verstaan, het gesprokene sprekend vertaalt’. Een tolk is hiermee een hulpmiddel voor twee gesprekspartners die elkaars taal niet spreken of begrijpen (Knapp-Potthoff & Knapp, 1986). Een tolk kan zijn taak echter op twee manieren vervullen. Allereerst kan een tolk de uitingen van de ene gesprekspartner vertalen in de taal van de andere gesprekspartner zonder zelf bij de interactie betrokken te raken. De tolk fungeert hierbij als een vertaalmachine (Bot, 1998). Knapp-Potthoff & Knapp (1986) onderscheiden eenzelfde functie voor de tolk, en noemen dit de professionele tolk. Een tolk kan echter ook meer vrijheid nemen bij het vertalen van de uitingen door zelf initiatief te nemen. De tolk wordt bij deze variant een deelnemende partij binnen de conversatie die het gat tussen de twee sprekers overbrugt (Bot, 1998). Knapp-Potthoff & Knapp (1986) onderscheiden een soortgelijke functie voor de tolk. De non-professionele tolk vertaalt niet alleen de uitingen van de sprekers, maar verduidelijkt de uitingen en introduceert soms ook nieuwe onderwerpen in het gesprek. Tolken kunnen ook gescheiden worden in de categorieën formele en informele tolk. Een formele tolk is opgeleid om te tolken en lijkt op de professionele tolk, zoals Knapp-Potthoff & Knapp (1986) deze ook beschrijven. Een informele tolk is niet opgeleid tot tolk, en is vaak een bekende van een van de gesprekspartners. Doordat informele tolken geen officiële opleiding hebben om te tolken, kunnen zij soms – net als de non-professionele tolk (Knapp-Potthoff & Knapp, 1986) – fungeren als derde gesprekspartner of extra informatie in het gesprek toevoegen.

Hoewel een tolk een taalbarrière tussen gesprekspartners moet overbruggen, kan er ook met de aanwezigheid van een tolk miscommunicatie plaatsvinden (Meeuwesen & Twilt, 2011). Wanneer in een gesprek meerdere talen worden gesproken, wordt de conversatie een proces waarbij meerdere mentale en cognitieve stappen moeten worden bewandeld om de gesprekspartner te kunnen begrijpen (House & Rehbein, 2004). De vertaling van een tolk is namelijk een interpretatieproces van een boodschap door de tolk (Jansen, 1995). Ieder mens wordt door zijn eigen cultuur en ervaringen gevormd, en laat zich leiden door sociale en culturele conventies. Een boodschap wordt altijd vanuit persoonlijke kennis, uitingen, verwachtingen en verhoudingen geïnterpreteerd. De conventies van de tolk kunnen overeenkomen met die van de gesprekspartners, maar kunnen hier ook van verschillen, waardoor de tolk een andere interpretatie aan een te vertalen boodschap meegeeft dan de zender bedoelt. Een tolk kan hierdoor geen neutrale vertaling leveren (Bot, 1998). Daar komt bij dat binnen een taal geen eenduidige relatie tussen woord en betekenis ontstaat. Een vertaler of tolk moet daarom altijd een keuze maken tussen een aantal mogelijke vertalingen van een woord. Een vertaling is pas accuraat wanneer de woorden in de doeltaal dezelfde reactie oproepen als de woorden in de brontaal doen (Hale, 1997). Het is de taak van de tolk om de boodschap van de zender op zo’n manier te vertalen dat deze qua inhoud hetzelfde is in de brontaal (de taal van de zender van de boodschap) als in de doeltaal (de taal van de ontvanger van de boodschap). Een vertaling van de tolk is daarmee vaak niet een letterlijke

vertaling van de zin van de zender van de boodschap, maar een vertaling van de inhoudelijke boodschap van de zender (Bot, 1998). Een tolk moet dus goed begrijpen wat een spreker binnen een bepaalde context bedoelt (Bot, 1998).

Bührig en Rehbein (2000) nemen aan dat de vertaling van een tolk niet een één-op-éénvertaling is van de uiting in de brontaal in een uiting in de doeltaal. De vertaling van de tolk zou het resultaat zijn van het proces waarin de tolk het gat overbrugt tussen de uitingen in de twee talen. De tolk geeft geen vertaling van de originele boodschap, maar past deze boodschap aan op basis van zijn kennis en achtergrond.

Wanneer men gebruik maakt van een tolk, is het van belang dat de gesprekspartners zich richten tot elkaar en niet tot de tolk. De tolk is enkel een aanwezige partij die de uitingen van beide gesprekspartners vertaalt, maar het is geen participant in het gesprek (Meeuwesen et al., 2011). Dit betekent dat de gesprekspartners er op moeten letten dat zij elkaar blijven aankijken en tegen elkaar praten, en niet richting de tolk kijken of praten tegen de tolk. Uitingen als “Wilt u vragen of...” zijn dan ook niet wenselijk tijdens gesprekken waarbij een tolk aanwezig is.

In §2.4 zullen de hierboven beschreven communicatiebarrières worden toegepast op communicatie in de zorg, met in het bijzonder de psychiatrie.

2.3 Psychiatrische setting

2.3.1 Psychiatrie

Psychiatrie is een wetenschapsgebied dat zich bezighoudt met patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van psychiatrische ziekten. In de psychiatrie wil men klachten en verschijnselen behandelen die te maken hebben met psychiatrische functies, zoals denken, voelen, willen en handelen (Hengeveld & Van Balkom, 2005).

De maatstaven voor normaal menselijk gedrag zijn verbonden aan cultuur, tijdsgeest en normen en waarden. De beschrijving van psychiatrische stoornissen hangt daarom samen met de grens tussen abnormaliteit en stoornis. Abnormaal gedrag is niet automatisch een (psychiatrische) stoornis. Men spreekt pas van een psychiatrische stoornis als het gedrag ook door anderen als storend wordt ervaren, het normale functioneren van de patiënt vermindert én als dit gedrag kan worden geordend binnen het begrippenkader van de psychiatrie (Vandereycken & Deth, 2011). Het definiëren van de grens tussen psychiatrische ziekte en gezondheid is onderdeel van een maatschappelijk proces, dat gekleurd is door de tijd en de plaats waarin het gebeurt. Psychiatrie is dus onderhevig aan waardeoordelen. Psychiatrische ziekten worden gedefinieerd door het niveau van de symptomen die de patiënt heeft. Dit niveau wordt echter bepaald door de cultuur, tijdsgeest en omgeving, waardoor het punt tussen normaal en gestoord door culturele factoren wordt bepaald. In een cultuur waarin assertiviteit een deugd is – zoals in individualistische culturen – , zal men verlegenheid eerder als een sociale fobie aanmerken dan in een cultuur die bescheidenheid hoog waardeert, zoals in collectivistische culturen (Hengeveld & Van Balkom, 2005).

Psychiatrische ziekten worden gekenmerkt door een stoornis in de psychische functies, die gepaard gaan met lijden en/of sociaal disfunctioneren (APA, 2007). 20 tot 25% van de Nederlandse bevolking heeft jaarlijks te maken met psychische klachten, maar slechts een klein percentage (15%) van deze groep komt terecht in de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ) (Vandereycken & Deth, 2011). Wanneer patiënten bij de GGZ komen, kunnen zij met verschillende soorten zorg te maken krijgen. De eerste vorm van zorg is intramurale of klinische zorg, waarbij de behandeling plaatsvindt binnen een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of binnen een psychiatrische kliniek. Extramurale of ambulante zorg is de tweede vorm van zorg; patiënten kunnen hierbij in hun eigen woonomgeving blijven, en bij een psychiatrische polikliniek of via huisbezoeken van ambulante psychiatrische teams de benodigde zorg krijgen zonder te hoeven worden opgenomen (Vandereycken & Deth, 2011).

Wanneer patiënt en hulpverlener binnen de psychiatrie verschillende culturele achtergronden hebben, wordt gesproken over transculturele psychiatrie (Kortmann, 2004). De cultuurverschillen tussen patiënt en hulpverlener kunnen te maken hebben met verschillende opvattingen over individualiteit, gezinsverhoudingen, fysiek geweld, man-vrouwverhoudingen, gezichtsverlies en sociale controle (Kortmann, 2004). Daarnaast kunnen op professioneel vlak ook problemen ontstaan binnen de transculturele psychiatrie. De hulpverlener kan bij het stellen van de diagnose geconfronteerd worden met voor hem vreemde klachten of andere ziekteomschrijvingen. De hulpverlener kan hierdoor van slag raken, en een verkeerde diagnose stellen. Ook kunnen de culturele verschillen ervoor zorgen dat de hulpverlener voorbij gaat aan de invloed die de ziekte heeft op de patiënt en zijn omgeving (Hengeveld & Van Balkom, 2005). Een andere lastigheid binnen de transculturele psychiatrie is dat patiënten en hulpverleners andere oorzaken van de ziekte aanschrijven, of op een andere manier aankijken tegen de behandeling van de ziekte (Kortmann, 2004). Om de hulpverlener te helpen in de transculturele psychiatrie stellen steeds meer bedrijven een interculturalisatiebeleid op. Hiermee spelen ze in op de groeiende zorgvraag van allochtone patiënten. Door middel van interculturalisatie van de gezondheidszorg wordt geprobeerd om de voorzieningen in de gezondheidszorg toegankelijker te maken voor zowel allochtone als autochtone zorgvragers. Dit wordt gedaan door het met respect behandelen van de culturele achtergrond van de patiënt, en iedereen gelijkwaardige kwaliteit van zorg te bieden (RVZ, 2002)

2.3.2 Opnames

De meeste patiënten in psychiatrische ziekenhuizen zijn hier op vrijwillige basis. Deze patiënten hebben zelf gekozen voor een opname, en kunnen er daarom op ieder moment voor kiezen het ziekenhuis weer te verlaten. 15% van de patiënten in psychiatrisch ziekenhuizen is echter onvrijwillig opgenomen. De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrisch Ziekenhuizen (BOPZ) geeft criteria weer voor het onvrijwillig opnemen van patiënten. In Nederland is onvrijwillige opname alleen mogelijk als sprake is van een gevaar-criterium waarbij de patiënt een gevaar kan zijn voor zichzelf of zijn omgeving, dit gevaar voortvloeit uit de psychiatrische ziekte en het gevaar niet op een andere manier anders dan opname af te wenden is. De beoordeling van dit gevaar wordt overgelaten aan een onafhankelijke psychiater, welke niet de behandelend arts van de patiënt in kwestie is. Een patiënt krijgt in

het geval van een onvrijwillige opname altijd een advocaat toegewezen om zich te verdedigen.

Een onvrijwillige opname kan plaatsvinden via een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS). Een RM moet door de officier van justitie worden aangevraagd bij de arrondissementsrechtbank. De onafhankelijke psychiater heeft hiervoor een verklaring afgeleverd, waarin het mogelijke gevaar van de patiënt voor zichzelf of de omgeving wordt omschreven. De rechter kan een machtiging afgeven tussen de zes maanden en twee jaar. Een IBS wordt aangevraagd in spoedeisende gevallen. Nadat de onafhankelijk arts een verklaring heeft afgegeven, kan de burgemeester een IBS uitschrijven. De burgemeester stelt vervolgens de officier van justitie en de inspecteur van de geestelijke gezondheidszorg op de hoogte, waarna de patiënt wordt bezocht door een rechter. De rechter beslist of de IBS wordt bekrachtigd, waarmee deze met drie weken wordt verlengd (Vandereycken & Deth, 2011).

2.3.3 Diagnose en DSM

Ruim een derde van de psychiatrische stoornissen bij patiënten worden door artsen niet herkend, omdat patiënten met psychiatrische klachten vaak lichamelijke klachten presenteren bij het bezoek aan de arts. Ernstige klachten worden meestal wel herkend, waarna de patiënt wordt doorverwezen voor een psychiatrisch onderzoek (Hengeveld & Van Balkom, 2005).

Een anamnese bij psychiatrisch onderzoek is gelijk aan een anamnese bij lichamelijk onderzoek. Allereerst wordt gekeken wat de klachten zijn, hoe die zijn ontstaan en wat de aard van de klachten is. Ook is het van belang te achterhalen of de klachten eerder zijn opgetreden, hoe ernstig deze zijn en in hoeverre de klachten invloed hebben op het dagelijks functioneren van de patiënt. Bij psychiatrisch onderzoek zijn etiologische factoren, zoals erfelijkheid, sociale en lichamelijke oorzaken en levensloop, van belang om te achterhalen (Hengeveld & Van Balkom, 2005).

Tijdens het stellen van de diagnose laat de psychiater zich sturen door de klachten van de patiënt en hoe de presentatie van de klachten is. Door middel van vragen zoals hoe een doorsnee dag er voor de patiënt uit ziet, probeert de psychiater een diagnose te stellen (Hengeveld & Van Balkom, 2005). In de medische wereld worden ziekten en ziekteverschijnselen geordend in categorieën. Bevindingen die bij individuele patiënten worden vastgesteld kunnen op deze manier worden gereduceerd tot een algemene categorie, waardoor de prognose en het beloop makkelijker kunnen worden voorspeld en de behandeling beter kan worden ingesteld (Hengeveld & Van Balkom, 2005).

Al sinds 1900 bestond een classificatiesysteem voor lichamelijke ziekten, maar pas in 1952 publiceerde de American Psychiatric Association (APA) de eerste Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), waarin psychiatrische stoornissen worden geclassificeerd. De DSM is een descriptief classificatiesysteem waarin diagnostische criteria per stoornis worden geëxpliciteerd (APA, 2007)

De huidige DSM, DSM-IV, deelt ziektebeelden in op verschillende assen. As I en as II bevatten psychiatrische stoornissen, die verdeeld zijn in zestien hoofdgroepen. In as I worden de klinische syndromen ondergebracht, waarvan de kernsymptomen en facultatieve symptomen worden beschreven. Per stoornis wordt het minimaal aantal verplichte symptomen genoemd en ook hoelang deze bij de patiënt aanwezig moeten zijn. As II geeft stoornissen in

de persoonlijkheid weer, met ook hierbij een minimaal aantal verplichte symptomen. As III herbergt somatische aandoeningen die van belang zijn bij het gestoord psychisch functioneren of de behandeling van stoornissen. As IV geeft aan of er aanwijzingen zijn voor bepaalde psychosociale spanningsbronnen die van belang zijn voor de diagnose, de behandeling of de prognose. Hierbij kan gedacht worden aan een negatieve levensgebeurtenis, een stress veroorzakende factor in het gezin of andere relaties, etc. De laatste as, as V, dient voor het vastleggen van het oordeel over het globale functioneren met behulp van een Global Assessment of Functioning-score tussen de 0 en 100. Op deze manier kan globale vooruitgang van de betrokkenen worden bijgehouden. Wanneer een persoon 91-100 scoort kan deze uitstekend functioneren, wanneer iemand 1-10 scoort is diegene een voortdurend gevaar voor zichzelf of anderen, is een ernstige suïcidepoging gedaan of is iemand voortdurend niet in staat tot een minimale persoonlijke hygiëne (APA, 2007).

2.3.4 Ziektebeelden

In deze paragraaf zullen kort enkele psychiatrisch ziektebeelden worden beschreven die binnen de onderzoekslocatie van deze scriptie veel voorkomen. Een eerste soort psychiatrische ziekte zijn stemmingsstoornissen. Er zijn twee soorten stemmingsstoornissen te onderscheiden, namelijk unipolaire stemmingsstoornissen, waarbij alleen depressieve episoden voorkomen, en bipolaire stemmingsstoornissen, waarbij zowel depressieve als manische episoden zijn (Hengeveld & Van Balkom, 2005). Bij unipolaire stemmingsstoornissen heeft een patiënt depressieve episoden. Bij matig ernstige of ernstige depressie heeft de patiënt een slechte uiterlijke verzorging en kijkt deze somber. Daarnaast heeft de patiënt wisselende gemoedstoestanden en verliest hij zijn interesse en plezier in dagelijkse bezigheden (Hengeveld & Shudel, 2003). Depressieve patiënten denken op een pessimistische, afkeurende manier over zichzelf, wat ervoor zorgt dat de initiële stemmingsverandering verergert. Patiënten met een depressieve stoornis herinneren zich nare gebeurtenissen gemakkelijker dan leuke dingen (Griez et al., 2003). Een bipolaire stemmingsstoornis kenmerkt zich door een afwisselende verhoogde (manie) en verlaagde (depressie) stemming, en wordt ook wel manisch-depressieve stoornis genoemd. Tijdens manische episodes hebben patiënten vaak een euforische stemming, waarbij zij ook prikkelbaar en snel boos kunnen zijn. De energie overdag neemt toe, evenals het spreektempo en het aantal gebaren dat de patiënt maakt (Griez et al., 2003; Hengeveld & Van Balkom, 2005).

Een tweede psychiatrisch ziektebeeld zijn persoonlijkheidsstoornissen, waarbij patiënten gedurende langere periode inflexibel gedrag vertonen, waardoor ze vastlopen in het contact met anderen en op andere levensgebieden. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben een grotere kans op depressies, angst-, dissociatieve- en eetstoornissen, middelenmisbruik en onverklaarbare lichamelijke klachten (Griez et al., 2003; Hengeveld & Van Balkom, 2005). De meeste voorkomende en bekende persoonlijkheidsstoornis is de borderline persoonlijkheidsstoornis, waarbij de patiënt instabiele relaties heeft, erg impulsief is en een instabiel zelfbeeld heeft. Vaak hebben patiënten met borderline verlatingsangst, een chronisch gevoel van leegte en intense woede (Hengeveld & Van Balkom, 2005).

Psychotische stoornissen zijn een derde soort psychiatrische ziekte, en worden

gekenmerkt door wanen, hallucinaties en/of desorganisatie van het gedrag (Griez et al., 2003). Een eerste soort psychotische stoornis is schizofrenie, een ernstige aandoening, waarbij patiënten zich terugtrekken, zichzelf en het contact met anderen verwaarlozen, sociaal terugtrekgedrag vertonen en vervlakte emoties laten zien (Griez et al., 2003; Hengeveld & Van Balkom, 2005). Veel patiënten met schizofrenie krijgen te maken met wanen. Een waan is een individueel denkbeeld, welke niet past in de (sub)cultuur van de patiënt. De patiënt houdt sterk vast aan de wanen, ook al kan het tegendeel worden bewezen. Daarnaast kan een patiënt ook last krijgen van hallucinaties. Dit zijn zintuigelijke ervaringen, zoals het horen van stemmen. Patiënten met schizofrenie kunnen tevens te maken hebben met formele denkstoornissen, waarbij de patiënt onlogische verbanden legt, de draad van zijn verhaal kwijt raakt, neologismen maakt of in een erger geval dat de gedachtegang van de patiënt niet te volgen is (Griez et al., 2003). Een tweede psychotische stoornis is de schizofreniforme stoornis, welke qua criteria grotendeels overeenkomt met een schizofrene stoornis. De verschijnselen duren bij een schizofreniforme stoornis echter langer dan één, maar korter dan zes maanden. 70% van de patiënten bij wie de diagnose schizofreniforme stoornis wordt gesteld blijkt later alsnog te voldoen aan de criteria voor schizofrenie (Hengeveld & Van Balkom, 2005). Een laatste soort psychotische stoornis is de schizo-affectieve stoornis. Dit is een heterogene groep van aandoeningen met zowel kenmerken van schizofrenie als van een stemmingsstoornis. De patiënt heeft hierbij zowel depressieve en/of manische verschijnselen als last van wanen en hallucinaties (Griez et al., 2003; Hengeveld & Van Balkom, 2005).

Autisme is de laatste psychiatrische ziekte die hier wordt besproken. Patiënten met een autisimestoornis hebben vaak kwalitatieve beperkingen in de sociale interactie (stoornissen in het gebruik van vormen van non-verbaal gedrag, er niet in slagen om met leeftijdsgenoten tot relaties te komen, tekort in het spontaan met anderen delen van plezier) en kwalitatieve beperkingen in communicatie (achterstand of volledige afwezigheid van ontwikkeling van gesproken taal, stereotype en herhaald taalgebruik, beperkingen van het vermogen om een gesprek te beginnen en/of onderhouden). Patiënten met autisme hebben vaak een achterstand of functioneren abnormaal op het gebied van sociale interacties, taal of symbolisch- of fantasiespel vóór het derde levensjaar (Hengeveld & Van Balkom, 2005).

2.4 Communicatiebarrières in de psychiatrie

Iedere cultuur heeft zijn eigen culturele modellen (Holliday et al., 2010), en hiermee ook zijn eigen normen, waarden en denkbeelden wat betreft zorg. Wanneer hulpverlener en patiënt elkaars culturele modellen verkeerd interpreteren kan de communicatie tussen hen worden bemoeilijkt. Vanuit culturele achtergronden zijn verschillende typen relaties te onderscheiden tussen hulpverlener en patiënt. Allochtone patiënten geven vaker dan autochtone patiënten de voorkeur aan een traditioneel rollenpatroon in medische communicatie (Harmsen et al., 2007). In deze traditionele relatie tussen hulpverlener en patiënt leidt de hulpverlener het gesprek en volgt de patiënt (Parsons, 1951). De voorkeur voor een traditioneel patroon is te verklaren vanuit de achtergrond van collectivistische culturen waarbij grote(re) verschillen in hiërarchie zijn dan in individualistische culturen (Hofstede, 1997). In niet-westerse landen is het dan ook minder gebruikelijk om te onderhandelen in medische communicatie dan in westerse landen. Vaak wordt in deze landen opgekeken tegen hulpverleners en stellen patiënten zich

onderdanig op, door het bijvoorbeeld sneller met de behandelaar eens te zijn en minder over de behandeling te discussiëren (Meeuwesen et al., 2006). Medische communicatie in Westerse landen is vaker gebaseerd op het principe van het samen maken van beslissingen en autonomie van de patiënt (Edwards et al., 2003) waarbij hulpverlener en patiënt samen beslissingen nemen en de patiënt minder snel aanneemt wat de hulpverlener zegt of beslist. In communicatie met de patiënt moeten hulpverleners tevens hun gedrag aanpassen aan het verwachtingspatroon wat de patiënt heeft (Kortmann, 2000; Harmsen et al., 2007). Allochtone patiënten zullen eerder verwachten dat de hulpverlener de leiding neemt in het gesprek en oplossingen voor het probleem aandraagt. Zij zijn eerder geneigd direct aan te nemen wat de hulpverlener zegt, terwijl autochtone patiënten eerder hun eigen mening geven en aangeven wanneer zij het niet eens zijn met de hulpverlener. Door traditionele rollenpatronen is de machtsafstand met de hulpverlener voor allochtone patiënten groter dan voor autochtone patiënten. Mijn verwachting is dat uit onderzoeksresultaten eenzelfde beeld naar voren komt, waarin allochtone patiënten zich onderdaniger opstellen en niet tegen de hulpverlener ingaan.

2.4.1 Interpersoonlijke barrières in de psychiatrie

Wanneer gesprekspartners niet dezelfde taal vloeiend spreken, is er sprake van een communicatiebarrière op talig niveau. Non-verbale communicatie, zoals lichaamstaal, kan in die gevallen helpen om de verbale boodschap te verduidelijken (Ferraro, 2006), maar kan ook voor problemen of conflicten in de communicatie zorgen. Non-verbale communicatie kan namelijk, net als verbale communicatie, per cultuur verschillen. Hulpverleners en patiënten dienen zich daarom bewust te zijn van deze verschillen, zodat het onderlinge begrip kan worden bevorderd (Blondis & Jackson, 1978). Hulpverleners dienen zich hierbij flexibel op te stellen, omdat zij de leidende rol hebben in de conversatie ten opzichte van de patiënt.

Wanneer hulpverleners in medische communicatie een transculturele of interculturele attitude aannemen, geven zij aan bereid te zijn zich aan te passen aan de gesprekspartner (Van Endt-Meijling, 2003). Het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt is in medische communicatie van groot belang, maar dit kan worden bemoeilijkt door een cultuurkloof tussen hulpverlener en patiënt (Kortmann, 2004). Belangrijk is daarom dat hulpverleners niet uitgaan van bepaalde verwachtingen of stereotypen, maar juist van een gelijkwaardige positie van alle gesprekspartners (Van Endt-Meijling, 2003). Door middel van de interculturele attitude proberen hulpverleners ernaar te streven een goede band met de gesprekspartners op te bouwen. Door zich aan te passen aan de spreekstijl of het gedrag van de patiënt en/of zijn familie en door hen serieus te nemen, kan de hulpverlener proberen vertrouwen op te wekken (Bos, 1991). De behandeling van de patiënt heeft een grotere kans van slagen wanneer de hulpverlener aansluit bij de cultuur van de patiënt. De hulpverlener moet daarom goed in de gaten houden wat de patiënt zelf als oorzaak van zijn ziekte ziet, en dit afzetten tegen de culturele achtergrond van de patiënt (Kortmann, 2004).

2.4.2 Interculturele barrières in de psychiatrie

Hulpverleners en patiënten kijken ieder op een andere manier tegen ziekte en gezondheid aan. Deze verwachtingen zijn gebaseerd op normen, waarden en kennis van die persoon, en hierdoor kunnen zelfs patiënt en hulpverlener die tot dezelfde sociale en culturele groep

behoren andere denkbeelden hebben over ziekte en gezondheid (Helman, 1994). Bepaalde gedragingen in medische communicatie tussen hulpverlener en patiënt kunnen echter worden toegeschreven aan de culturele achtergrond van de gesprekspartner, zoals de beleving van ziekte, het uiten van pijn en zelfpresentatie van de allochtone patiënt. In deze paragraaf zullen deze gedragingen stuk voor stuk worden besproken.

Naast dat allochtone patiënten vaak een voorkeur hebben voor een traditioneel rollenpatroon tussen hulpverlener en patiënt, hebben zij ook inhoudelijk een meer traditioneel beeld van gezondheid. Patiënten uit niet-westerse culturen geloven vaak dat de goden ziekte en gezondheid bepalen. Hierdoor gaan allochtone patiënten ervan uit dat zij iets verkeerd gedaan hebben, waardoor zij middels een ziekte zijn gestraft door de goden (Netteb, 2005). Als gevolg van deze overtuiging is de ziektebeleving van allochtone patiënten vaak passief; ze geloven dat hun lot is bezegeld en dat alleen de goden ervoor kunnen zorgen dat zij genezen.

De passieve ziektebeleving van veel allochtone patiënten komt ook voort uit de hiërarchie die vaak in collectivistische culturen heerst. Hulpverleners hebben binnen deze culturen een bepaald gezag, waardoor de patiënten verwachten dat de hulpverlener het allemaal beter weet. De individualistische cultuur in Nederland zorgt ervoor dat patiënten juist op gelijkwaardig niveau met de hulpverlener kunnen communiceren. De denkbeelden tussen autochtone hulpverleners en allochtone patiënten kunnen door deze verschillen met elkaar botsen; allochtone patiënten en hun familie verwachten dat de hulpverleners de patiënt beter zullen maken middels medicatie, terwijl de autochtone hulpverlener verwacht dat de patiënt zelf actief aan zijn herstel zal werken. Wanneer allochtone patiënten zich niet herkennen in de denkbeelden van de hulpverlener, kan de patiënt afzien van verdere hulpverlening (Kortmann, 2000; Hoffer, 2009). Om allochtone patiënten goed te kunnen inschatten is dus een meer dynamische visie op cultuur vereist, waarbij hulpverleners inzien dat zowel allochtone als autochtone burgers verschillende culturen met elkaar combineren en hier veranderingen in aanbrengen (Bartels, 2003).

De manier waarop patiënten hun ziekte beleven, kan ook beïnvloed worden door het taboe dat in voornamelijk collectivistische culturen rust op psychiatrische stoornissen. Door dit taboe wordt een grote druk uitgeoefend op de familie van de patiënt, omdat de status en eer van de familie kan worden aangetast. Binnen de directe familie van de patiënt raakt het taboe vaak snel op de achtergrond, omdat men de noodzaak van de behandeling en eventuele opname inziet. Als gevolg van de sociale druk zullen families uit collectivistische culturen sneller proberen een opname te beëindigen om de patiënt zo snel mogelijk thuis te krijgen (Netteb, 2005).

Cultuurverschillen kunnen zich in medische communicatie ook uiten door middel van de presentatie van klachten. Psychische klachten worden door allochtone patiënten vaak geuit door overmatig somatiseren. Dit is mede verklaarbaar door het taboe dat in veel niet-westerse landen rust op psychiatrische stoornissen. Lichamelijke klachten worden namelijk wel geaccepteerd binnen niet-westerse culturen, waardoor het voor de patiënt makkelijker is om aan te geven dat hij lichamelijk ziek is dan dat de ziekte psychisch is. Hierdoor ontstaat het risico dat hulpverleners de psychische klachten over het hoofd zien en hierdoor een onjuiste diagnose stellen (Thys & Gomperts, 2009).

Naast het somatiseren van psychische klachten is ook de uiting van pijn sociaal en

cultureel bepaald (Helman, 1994). Vanuit westers oogpunt kunnen klachten van niet-westerse allochtonen als heftig worden ingeschat, omdat de hulpverlener niet bekend is met culturele factoren die het gedrag beïnvloeden. Dit kan ervoor zorgen dat verkeerde diagnoses gesteld worden (Thys & Gomperts, 2009).

Zoals eerder beschreven, hebben patiënten met een Turkse of Marrokaanse achtergrond vaak een passieve ziektebeleving. Enerzijds wordt deze veroorzaakt door de religieuze denkbeelden van de patiënt. Anderzijds zorgt ook het traditionele rollenpatroon in medische conversatie voor een passieve houding, omdat de patiënt vanuit hun cultuur respect hebben voor hulpverleners. Allochtone patiënten zullen hierdoor vaker afwachtend zijn, omdat hulpverleners het in hun ogen beter weten. Zij stellen zich daarom sneller onderdanig op, en zijn het vaker met de hulpverlener eens. Patiënten en hun familieleden verwachten hierbij dat de hulpverleners de gezondheidsproblemen snel kunnen oplossen door medicatie uit te schrijven. Voor patiënten en hun familie is het soms moeilijk te begrijpen dat medicatie niet aanslaat en voor langere tijd moet worden opgenomen (Netteb, 2005).

Voor allochtone patiënten kan het tijdens medische gesprekken moeilijk zijn om hun privé- en gezinsleven te bespreken. Bepaalde zaken, zoals privé- en gezinsleven worden met de zogenoemde *ingroup*, een sociale groep waarmee men zich identificeert, besproken. De outgroup staat verder van de gemeenschap af, en het bespreken van privé- en gezinsleven is gevoelig voor de eer en schande van de familie (Van Dijk, 1989). Er wordt gekozen vanuit een collectivistisch perspectief en het doen en laten van een familielid is bepalend voor de prestige van de familie in de gemeenschap (Thys & Gomperts, 2009). Migranten vinden het vaak moeilijk om met een buitenstaander, iemand uit de outgroup, over hun eigen moeilijkheden te praten (Van Dijk, 1989). Dit kan nog eens verergerd worden ten opzichte van een autochtone buitenstaander, zoals een hulpverlener (Thys & Gomperts, 2009).

2.4.3 Talige barrières in de psychiatrie

Zoals eerder dit hoofdstuk is aangegeven, is het van belang dat er een goede (vertrouwens)band ontstaat tussen hulpverleners en patiënten. Naast culturele verschillen, kan ook een taalbarrière het opbouwen van zo een vertrouwensband bemoeilijken (Flores, 2005). Culturele en talige barrières kunnen beiden de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg beïnvloeden, omdat mensen gedrag en uitingen interpreteren in termen van hun eigen cultuur (Van Dijk, 1989). Dit zorgt ervoor dat miscommunicatie ontstaat en hulpverlener en patiënt elkaar niet altijd goed kunnen begrijpen (Meeuwesen & Twilt, 2011).

Doordat een groot gedeelte van de allochtone patiënten minder vloeiend Nederlands spreekt dan autochtone patiënten is er minder sociale interactie in het contact tussen Nederlandse hulpverleners en allochtone patiënten (Van Wieringen et al., 2002). Ook zouden hulpverleners minder vriendelijk, minder bezorgd en korter van stof zijn in het contact met allochtone patiënten, waardoor deze groep patiënten het contact met de hulpverlener als minder warm of vriendelijk zou kunnen ervaren (Meeuwesen et al., 2006). Patiënten met een andere culturele achtergrond dan die van hun artsen evalueren de door hen ontvangen zorg daarnaast minder positief vergeleken met patiënten die dezelfde culturele achtergrond hebben als hun behandelaar. Dit zou grotendeels te wijten zijn aan communicatieproblemen (Harmsen et al., 2008).

2.4.4 Gebruik van tolken in de psychiatrie

Omdat medische communicatie negatief kan worden beïnvloed door een taalbarrière, is het van belang deze te overbruggen door middel van een tolk (Bot, 1998). Juist in de zorg is het van belang dat hulpverlener en patiënt elkaar goed begrijpen en dat er een vertrouwensband ontstaat, omdat dit de ziektebehandeling ten goede kan komen (Meeuwesen & Twilt, 2011). Door het gebruik van een tolk kan zowel de inhoud als de structuur van het gesprek voor hulpverlener en patiënt duidelijker worden (Bot, 1998). De tolk heeft in medische communicatie niet alleen de rol van het overbrengen van informatie, maar ook van het overbrengen van vertrouwen en wederzijds respect in het gesprek. Een nadeel aan het gebruik van een tolk is dat het spontane verloop van het gesprek tussen hulpverlener en patiënt wordt beïnvloed (Bot, 1998).

Zoals in § 2.2.4 besproken is er een onderscheid te maken tussen formele en informele tolken. In de zorg is het van groot belang dat patiënt en hulpverlener elkaar goed begrijpen. Om een juiste diagnose te stellen is het daarom belangrijk dat een tolk een zo letterlijk mogelijke vertaling geeft van de klachten van de patiënt. Wanneer een tolk extra informatie of een eigen interpretatie in de vertaling van de klachten van de patiënt zou toevoegen, kan een hulpverlener een verkeerde diagnose stellen of behandeling starten. Om deze reden wordt er in de zorg voorkeur gegeven aan het gebruik van formele tolken. Een nadeel van een formele tolk is dat een patiënt deze kan afwijzen wegens een gebrek aan vertrouwen in de tolk. Een formele tolk staat immers verder van de patiënt af en kan hierdoor als afstandelijk ervaren worden. Ook kunnen patiënten de tolk als verlengstuk van de hulpverlener gaan zien (Meeuwesen et al., 2011). Patiënten kiezen daarom vaak eerder voor een informele tolk in de vorm van een familielid of vriend.

Bij het gebruik van een informele tolk in medische communicatie moet de hulpverlener altijd eerst informeren naar de relatie tussen tolk en patiënt, en de ervaring van de informele tolk met het tolken. De informele tolk moet niet te nauw betrokken zijn bij het gespreksonderwerp, en het is van belang goed in te schatten of de informele tolk inderdaad voldoende Nederlands spreekt om bij het gesprek te kunnen tolken (Meeuwesen et al., 2011). Wanneer tijdens het gesprek alsnog blijkt dat de informele tolk beter niet kan tolken, moet de hulpverlener het gesprek voortzetten in het bijzijn van een professionele tolk of tolkentelefoon (Meeuwesen et al., 2011). Wanneer in medische communicatie gevoelige onderwerpen moeten worden besproken, wordt een professionele tolk over het algemeen verkozen boven een informele tolk. In tegenstelling tot een informele tolk is een professionele tolk niet persoonlijk betrokken en kan hierdoor objectiever zijn in het gesprek (Meeuwesen et al., 2011).

2.5 Intercultureel management

In het kader van deze scriptie is het interessant om te bekijken hoe vanuit het bestuur van de onderzoeksorganisatie medewerkers en patiënten met verschillende culturele achtergronden worden behandeld, en dus wat het intercultureel management binnen de organisatie is.

Wanneer in een organisatie medewerkers en patiënten met verschillende culturele

achtergronden met elkaar moeten samenwerken, kan miscommunicatie ontstaan. Deze miscommunicatie kan onder andere ontstaan door gebrek aan gemeenschappelijke kennis en gemeenschappelijke achtergronden (Claes, 2009).

Het besturen van culturele diversiteit binnen en buiten een organisatie wordt intercultureel management genoemd. Door intercultureel management kan de positie van de organisatie worden versterkt en de kracht van de organisatie worden vergroot (Glastra, 1999). Glastra (1999) onderscheidt een aantal benaderingen van intercultureel management, waarbij hij laat zien op welke manier etnische minderheden binnen een organisatie kunnen participeren. De deficitbenadering kijkt naar de achterstanden die allochtone werkzoekenden hebben in algemene en beroepskwalificaties en probeert deze achterstanden door middel van bijscholing en loopbaanbegeleiding weg te werken.

Binnen de discriminatiebenadering is een opsplitsing te maken tussen de vooroordeelvariant waarbij wordt getracht de heersende vooroordelen weg te nemen middels cursussen en klachtenprocedures, en de systeemvariant waarbij wordt geprobeerd achterstelling van allochtone werknemers te voorkomen door de gang van zaken in de arbeidsorganisaties ter discussie te stellen.

Als derde benadering noemt Glastra (1999) de differentiebenadering, welke in Nederland het meest wordt gebruikt op het gebied van intercultureel management. Binnen deze benadering wordt vooral gewezen op culturele verschillen en het gebrek aan erkenning hiervan in intercultureel contact, wat kan leiden tot een cultuurshock. Als oplossing voor interactieproblemen wordt voornamelijk gewezen naar kennis van de culturele achtergronden en gewoonten van ‘de ander’ en culturele empathie. De differentiebenadering geeft aan dat persoonlijke conflicten in een multiculturele gemeenschap gedepersonaliseerd moeten worden naar het culturele niveau, omdat hier de eigenlijke oorzaak van het conflict kan liggen. Op deze manier hoeft het niet langer als conflict benaderd te worden, maar als leerervaring (Glastra, 1999). De differentiebenadering kan worden opgedeeld in de culturaliseringsvariant en de individualiseringsvariant. De culturaliseringsvariant probeert om vanuit individuen een collectieve eenheid te scheppen en bewustwording van de eigen en andere cultuur te creëren door te wijzen op overeenkomsten en verschillen tussen culturen. Conflicten tussen individuen en groepen worden hiermee teruggebracht tot collectieve cultuurverschillen. De individualiseringsvariant, ook wel ‘management of diversity’ genoemd, ziet individuen juist los van hun cultuur en als unieke personen die elk hun eigen sociale en culturele kenmerken hebben. Conflicten tussen individuen en groepen worden van de collectieve elementen ontdaan en herleid tot individuele verschillen.

Binnen de differentiebenadering probeert men zich dus niet te focussen op misverstanden die al zijn ontstaan, maar op het voorkomen van misverstanden. Om dit te bewerkstelligen kan het management ervoor kiezen te zorgen dat medewerkers meer kennis krijgen over het omgaan met verschillende culturele achtergronden, en zodoende interculturele competenties kunnen ontwikkelen (Ten Thije & Deen, 2009; Van Endt-Meijling, 2003; Byram, 2007). Hierbij leren de medewerkers omgaan met talige en culturele verschillen, zodat ze weten hoe ze zich moeten opstellen in situaties waarin ze niet weten wat de specifieke communicatieconventies van de gesprekspartner zijn (Ten Thije & Deen, 2009). Ik denk dat het creëren van een cultureel bewustzijn (Littlewood, 2001) of interculturele

attitude (Van Endt-Meijling, 2003) bij medewerkers van groot belang is binnen een organisatie waarin verschillende culturen met elkaar in aanraking komen. Medewerkers hoeven geen kennis over de verschillen tussen alle culturen te kennen, maar moeten zich wel bewust zijn van de mogelijke verschillen tussen zichzelf en hun gesprekspartner. Wanneer medewerkers kunnen inspelen op culturele verschillen en weten hoe ze hiermee om moeten gaan, kunnen eventuele misverstanden worden voorkomen en zal de communicatie soepeler verlopen.

Het management van een organisatie kan dus kiezen uit verschillende soorten benaderingen van intercultureel management. Welke benadering een managementteam kiest, is afhankelijk van de visie en het doel van het bedrijf. Zoals gezegd wordt in Nederland de voorkeur gegeven aan de differentiebenadering, en ik ben daarom benieuwd of deze benadering ook binnen de onderzoekslocatie van deze scriptie, GGZ inGeest – Locatie Bochtstraat in Amsterdam West, wordt gehanteerd.

2.6 Conclusie

De vraag voor het literatuuronderzoek, zoals deze in de inleiding is weergegeven, luidde: Hoe verloopt de communicatie in de transculturele psychiatrie en welke barrières kunnen zich hierbij voordoen? In deze theoretische bespreking is deze vraag beantwoord aan de hand van deelvragen, zoals wat is interpersoonlijke en interculturele communicatie, wat is de psychiatrie, tegen welke communicatiebarrières kan worden aangelopen en hoe kan het management van een organisatie hierop inspelen.

Interpersoonlijke communicatie behelst alle communicatie tussen twee of meer gesprekspartners, en hierbij is onderscheid te maken tussen communicatie op inhoudsniveau (wat wordt er gezegd) en communicatie op betrekingsniveau (hoe wordt iets gezegd) (Watzlawick et al., 1970). Ook bij interculturele communicatie is sprake van interpersoonlijke communicatie, omdat twee of meer mensen met elkaar communiceren, alleen behoren de gesprekspartners hierbij niet tot dezelfde etnische, sociale, socio-economische of culturele groep. Hiermee is interculturele communicatie dus een beperkter begrip dan interpersoonlijke communicatie. In communicatie kan tegen verschillende barrières worden aangelopen, zoals interpersoonlijke, culturele en talige barrières. Bij interpersoonlijke barrières kunnen misverstanden ontstaan omdat de ene gesprekspartner de uiting of lichaamstaal van de andere gesprekspartner verkeerd interpreteert. Miscommunicatie op cultureel gebied kan ontstaan doordat de gesprekspartners verschillende normen, waarden en gebruiken hebben; zo is het in de ene cultuur beleefd om elkaar aan te kijken tijdens een gesprek, maar in een andere cultuur is het juist een teken van respect om elkaar niet aan te kijken. De talige communicatiebarrière ontstaat wanneer gesprekspartners niet dezelfde taal vloeiend spreken, waardoor er niet voldoende wederzijds begrip kan ontstaan. Om interculturele communicatie succesvol te laten verlopen, kunnen gesprekspartners interculturele competenties (Ten Thije & Deen, 2009; Van Endt-Meijling, 2003; Byram, 2007) opbouwen door onder andere cultureel bewustzijn te ontwikkelen (Littlewood, 2001). Hierbij zijn gesprekspartner zich bewust van het feit dat er culturele verschillen aanwezig kunnen zijn interculturele communicatie, en proberen zij hierop in te spelen zodat miscommunicatie minder snel kan ontstaan.

Binnen de psychiatrie wil men klachten en verschijnselen behandelen die te maken

hebben met psychiatrische functies, zoals denken, voelen, willen en handelen. Psychiatrische ziekten worden hierbij gekenmerkt door een stoornis in deze psychische functies en gaan gepaard met lijden en sociaal disfunctioneren (Griez et al., 2003; Hengeveld & Van Balkom, 2005). Er is sprake van transculturele psychiatrie als patiënt en hulpverlener verschillende culturele achtergronden hebben. De eerder besproken communicatiebarrières kunnen in transculturele psychiatrie een grote rol spelen, omdat de psychiatrische ziekte het spreken en functioneren van patiënten kan beïnvloeden. In geval van talige barrières is het in de psychiatrie van belang een tolk in te schakelen, omdat patiënten door de wanorde in hun hoofd moeite kunnen hebben met spreken van Nederlands.

Wanneer sprake is van culturele diversiteit binnen een organisatie kan het management verschillende strategieën kiezen. Zo worden de deficit-, discriminatie- en differentiebenadering (Glastra, 1999) onderscheiden, waarvan de differentiebenadering binnen Nederland het meest wordt gebruikt. Binnen deze benadering probeert men zich niet te focussen op misverstanden die al zijn ontstaan, maar op het voorkomen van misverstanden door ervoor te zorgen dat medewerkers meer kennis krijgen over het omgaan met verschillende culturele achtergronden en zodoende interculturele competenties opbouwen.

3. GGZ inGeest – Locatie Bochtstraat

Het onderzoek voor deze scriptie heeft plaatsgevonden binnen een psychiatrische kliniek in Amsterdam West. De kliniek is onderdeel van GGZ inGeest, een organisatie die psychiatrische hulp biedt aan jeugd, volwassenen en ouderen. De organisatie is begin 2007 ontstaan uit een fusie tussen GGZ Buitenamstel en De Geestgronden en wil voornamelijk toegankelijke en gespecialiseerde zorg aanbieden die aansluit op de behoeften, wensen en verwachtingen van de patiënten, hun naasten en de samenleving. Door middel van de geboden zorg hoopt GGZ inGeest de geestelijke gezondheid van patiënten te kunnen bevorderen, en daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren. Betrokkenheid en persoonlijke aandacht voor de patiënt wordt door GGZ inGeest hoog in het vaandel gedragen.

In 2008 is GGZ inGeest een fusie- en integratietraject ingegaan met het VUmc, omdat mensen met psychische klachten vaak ook lichamelijke gezondheidsproblemen blijken te hebben, en andersom. Door deze nog lopende fusie kunnen GGZ inGeest en VUmc de psychiatrie combineren met somatische zorg, en versterken beide partijen elkaar in het academisch onderzoek en de opleiding psychiatrie.

GGZ inGeest heeft 21 locaties in Amsterdam, Amstelveen, Hoofddorp, Haarlem en Bennebroek. In totaal staan ruim 30.000 patiënten onder behandeling, waarbij de hulp divers is: van crisisopvang tot langdurige behandeling, van een gesprek met psycholoog/psychiater tot een zelfhulpcursus via internet.

3.1 Bedrijfsstructuur GGZ inGeest

Het hoogste orgaan binnen GGZ inGeest is de Raad van toezicht. Deze heeft de directe leiding over het algemeen bestuur, waarbinnen ook het dagelijks bestuur valt. Het algemeen bestuur stuurt verschillende raden aan, zoals de verpleegkundige adviesraad, de ondernemingsraad, familieraad en cliëntenraad. Ook staat het algemeen bestuur boven de verschillende zorgtakken binnen GGZ inGeest. Zo heeft GGZ inGeest aandacht voor jeugd- en jongerenzorg, volwassenenzorg en ouderenzorg, maar daarnaast vallen ook twee suborganisaties onder GGZ inGeest, te weten Prezens (organisatie waar nieuwe ambulante patiënten als eerste worden aangemeld) en Actenz (activiteitszorg).

De volwassenenzorg binnen GGZ inGeest is opgedeeld in verschillende circuits in Amsterdam en omstreken. Het onderzoek voor deze scriptie vindt plaats binnen het circuit Sociale psychiatrie Amsterdam Zuid en West. Het organogram van GGZ inGeest is te vinden in bijlage I.

3.1.1 Organisatietypen volgens Mintzberg

Volgens Mintzberg (1989) heeft elke organisatie parameters die de arbeidsverdeling en totstandkoming van de coördinatie binnen het bedrijf bepalen, zoals functiespecificatie, opleiding en decentralisatie. De mate van decentralisatie heeft te maken met de spreiding van de beslissingsmacht binnen een organisatie. Binnen decentralisatie zijn verschillende vormen: er is sprake van centralisatie wanneer de macht binnen de organisatie bij één positie ligt, en er is sprake van decentralisatie wanneer de macht gelijk verdeeld wordt over leden van de organisatie (Mintzberg, 1989). Daarnaast wordt onderscheid gemaakt tussen horizontale en

verticale (de)centralisatie. Wanneer sprake is van het overdragen van macht aan niet-managers is er sprake van horizontale decentralisatie en wanneer de macht uitbesteed wordt aan lijnmanagers lager in de hiërarchie is er sprake van verticale decentralisatie. Het omgekeerde geldt voor horizontale en verticale centralisatie.

GGZ inGeest is volgens Mintzbergs (1989) organisatietypes een professionele organisatie, omdat er binnen de organisatie sprake is van volledige horizontale en verticale decentralisatie van de macht aan de uitvoerende kern. De managers in de verschillende circuits binnen GGZ inGeest hebben van de Raad van toezicht de uitvoerende macht binnen hun circuit gekregen, waardoor decentralisatie van de macht heeft plaatsgevonden.

3.2 Locatie Bocholtstraat

Het circuit Sociale Psychiatrie Zuid en West verleent langdurende zorg aan patiënten met een zware psychische stoornis/ziekte. Binnen dit circuit is zowel een klinisch (intramuraal) als ambulant (extramuraal) aanbod te vinden, waarbij getracht wordt de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te brengen.

Locatie Bocholtstraat en Locatie Walborg zijn de klinische locaties van het circuit Sociale Psychiatrie Amsterdam Zuid en West. Het onderzoek voor deze scriptie vindt plaats binnen dit circuit op de Locatie Bocholtstraat. Deze locatie richt zich op patiënten met een psychiatrische stoornis, soms in combinatie met verslavingsproblematiek of somatische klachten. Bij deze patiënten is, naast de psychiatrische problemen, vaak sprake van problemen of zorgvragen op meerdere levensgebieden, waarbij gedacht kan worden aan wonen, werken, financiën, sociale relaties, gezondheid en zelfzorg. Naast de klinische zorg biedt Locatie Bocholtstraat ook ambulante behandeling.

Binnen Locatie Bocholtstraat kun je spreken van een innovatief organisatietype, omdat er binnen de organisatie sprake is van onderlinge afstemming waardoor multidisciplinaire teams zijn ontstaan (Mintzberg, 1989). De teams van de verschillende afdelingen (open afdeling, gesloten afdeling en de ambulante zorg) hebben door middel van verticale en horizontale selectieve decentralisatie zeggenschap over hun eigen afdeling, maar moeten uiteindelijk wel verantwoording afleggen bij de manager van Locatie Bocholtstraat.

3.2.1 Afdelingen binnen Locatie Bocholtstraat

Locatie Bocholtstraat is op te delen in verschillende afdelingen: een gesloten afdeling, een besloten afdeling, een open afdeling, woonhuizen en appartementen. In totaal kunnen 72 patiënten worden opgenomen in de kliniek. Hieronder zullen de verschillende afdelingen kort worden beschreven.

De gesloten afdeling op locatie Bocholtstraat is een afdeling die bestemd is voor patiënten die een beschermde en gestructureerde omgeving nodig hebben met een gesloten deur. Op deze afdeling wordt een veilige omgeving met regelmaat gecreëerd voor de patiënt en zijn omgeving. Door de gesloten deur wordt de patiënt beperkt in zijn bewegingsvrijheid, maar deze maakt tevens onderdeel uit van de structuur. In overleg met begeleiding kan een patiënt de afdeling al dan niet verlaten.

De besloten of afsluitbare afdeling op locatie Bocholtstraat is een afdeling die bestemd is voor patiënten die een beschermde en gestructureerde omgeving nodig hebben, met zo

nodig een gesloten deur. Op deze afdeling wordt geleerd om de dag in te delen, om te gaan met anderen, en er worden praktische en huishoudelijke vaardigheden ontwikkeld. De afsluitbare afdeling heeft in principe een ‘open deur’, welke alleen ’s nachts wordt afgesloten. De deur kan echter ook dicht gaan wanneer het gedrag van een of meer patiënten als onveilig kan worden bestempeld.

Locatie Bocholtstraat beschikt over drie woonhuizen, waarin ieder 5 patiënten kunnen wonen. De woonhuizen zijn bestemd voor patiënten die in staat zijn om min of meer zelfstandig te functioneren en daarbij de ondersteuning van een groep nodig hebben. Het doel hierbij is het vergroten van de zelfstandigheid van de patiënt, waarmee het woonhuis dient als oefenwoning en als voorbereiding op een verblijf in een woonvorm binnen of buiten de Locatie Bocholtstraat.

De appartementen binnen Locatie Bocholtstraat richten zich op twee groepen patiënten. De eerste groep betreft patiënten die het appartement gebruiken als oefenwoning om zelfstandig te gaan wonen, dan wel in een beschermde woonvorm, en de tweede groep gaat om patiënten die niet in een groep kunnen wonen. Het algemene doel van de appartementen is daarom het vergroten van het zelfstandig functioneren, waarbij wordt aangeleerd om zelf hulp in te schakelen als dat nodig is.

De open afdeling op locatie Bocholtstraat is op te delen in twee stukken: open A en open B. Op beide delen van de afdeling is er een ‘open deur’, wat betekent dat de patiënten veel bewegingsvrijheid hebben. Open A is bedoeld voor patiënten die langdurige psychiatrische begeleiding nodig hebben in een beschermde en gestructureerde omgeving. Op deze afdeling is het doel het welbevinden van de patiënten te bevorderen en/of te handhaven. Hierbij staat het behoud van vaardigheden, en het stabiliseren en voorkomen van achteruitgang van de patiënt centraal. De meeste patiënten op de afdeling Open A hebben ook veel last van somatische klachten naast hun psychiatrische ziekten.

Op de afdeling Open B richt men zich op twee groepen patiënten. De eerste groep bevat patiënten die gedurende een korte periode intensieve begeleiding nodig hebben (kortdurende crisisopvang), en de tweede groep betreft patiënten die psychiatrische begeleiding nodig hebben, die gericht is op het aanleren van vaardigheden en het omgaan met de ziekte. Het doel is hierbij dat de patiënt zo zelfstandig mogelijk kan functioneren. Het onderzoek van deze scriptie vindt plaats op de open afdeling van GGZ inGeest- Locatie Bocholtstraat, met in het bijzonder op de afdeling Open B. Tijdens de onderzoeksperiode was 6 van 10 patiënten op deze afdeling van allochtone afkomst.

3.3 Conclusie

GGZ inGeest is een professionele organisatie voor mensen met psychiatrische problematiek, waarbinnen sprake is van zowel horizontale als verticale decentralisatie van de macht aan de uitvoerende kern. Locatie Bocholtstraat, gelegen in Amsterdam-West, is één van de psychiatrische klinieken binnen GGZ inGeest. Deze kliniek heeft een innovatief organisatietype, omdat multidisciplinaire teams middels verticale en horizontale selectieve decentralisatie zeggenschap hebben over de eigen afdeling. Dit onderzoek is gedaan op de open afdeling van Locatie Bocholtstraat, waar een grote culturele diversiteit onder de patiënten is.

4. Methode

De vraag voor het empirisch onderzoek is als volgt geformuleerd: Hoe communiceren verpleegkundigen en patiënten in de intramurale, transculturele psychiatrie binnen GGZ inGeest-Locatie Bocholtstraat en hoe gaan zij om met eventuele problemen in deze communicatie? Ik ben benieuwd of hulpverleners binnen de onderzoekslocatie van deze scriptie een interculturele attitude hebben ontwikkeld en hun spreekstijl en gedrag aanpassen, en zo ja op welke manier dat gebeurt. Omdat binnen de onderzoekslocatie veel patiënten van allochtone afkomst zijn, verwacht ik dat de hulpverleners manieren hebben ontwikkeld om met cultuurverschillen en communicatiebarrières om te gaan. Naast dat er cultuurverschillen zijn, zal er wellicht ook sprake zijn van taalbarrières op de onderzoekslocatie. Tijdens het onderzoek wil ik achterhalen tegen welke problemen de hulpverleners hierbij aanlopen en hoe zij met deze problemen omgaan: proberen ze de taalbarrière te overbruggen door het gebruik van een andere taal zoals Engels of door gebaren, laten ze het taalprobleem voor wat het is of schakelen zij een tolk in?

4.1 Onderzoeksstrategieën

Om de hoofdvraag te beantwoorden is gedurende twaalf weken een kwalitatief onderzoek uitgevoerd binnen Locatie Bocholtstraat waarbij gebruik is gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, zoals participerende observatie, interviews, vragenlijsten en documentanalyse. Vervolgens is op de verschillende onderzoeksresultaten triangulatie toegepast. Bij triangulatie worden de verschillende data met elkaar vergeleken waarbij verondersteld wordt dat de waarnemingen uit de verschillende onderzoeksmethoden worden herhaald. Tevens wordt door triangulatie de validiteit van het onderzoek vergroot, omdat een bepaalde uitkomst in meerdere onderzoeksmethoden naar voren is gekomen (Boeijs, 2005).

Allereerst zijn beleidsdocumenten geanalyseerd over het tolkenbeleid en interculturalisatiebeleid binnen GGZ inGeest. Vervolgens is door middel van participerende observatie zowel geplande als spontane communicatie geobserveerd, waarbij aandacht is besteed aan de communicatiebarrières zoals beschreven in hoofdstuk 2. Tijdens het onderzoek zijn voornamelijk gesprekken met allochtone patiënten geobserveerd. Doordat in het onderzoek wordt gekeken naar de communicatie met psychiatrisch patiënten zijn echter ook gesprekken met autochtone patiënten geobserveerd als een soort controlegroep. Door de observaties van gesprekken met autochtone patiënten naast de observaties van gesprekken met allochtone patiënten te leggen, kon ik beter onderscheiden welk gedrag en welke uitingen passen bij de communicatie met psychiatrisch patiënten en welk gedrag en welke uitingen veroorzaakt werden door culturele verschillen en/of taalbarrières.

Op basis van de observaties en het literatuuronderzoek zijn interviews gehouden met verpleegkundigen en artsen, waarbij hun kijk op communicatie en communicatiebarrières binnen Locatie Bocholtstraat is besproken. Om ook te onderzoeken hoe patiënten tegen de communicatie met verpleegkundigen aankijken, is hen een vragenlijst voorgelegd over deze communicatie.

Voorafgaand aan het onderzoek is het taalniveau van de allochtone patiënten op de

open afdeling van Locatie Bocholtstraat in kaart gebracht. Aangezien het per persoon verschilt hoe wordt aangekeken tegen iemands taalniveau, is aan de verpleegkundigen hun mening gevraagd over het taalniveau van de patiënt. De verpleegkundigen hebben een lijst met namen van 15 allochtone patiënten van de open afdeling gekregen, en moesten aangeven of zij het taalniveau van de afzonderlijke patiënten goed, matig of slecht vonden. In totaal hebben 15 verpleegkundigen en zorgverleners de lijst ingevuld, en hier is een gemiddelde score per patiënt uit gekomen. In eerste instantie was het ook de bedoeling om aan de patiënt zelf te vragen zijn taalniveau in te schatten. In de praktijk bleek dit echter moeilijk te realiseren, omdat patiënten vanuit achterdocht of verwardheid door hun psychiatrische aandoening niet wilden of konden meewerken aan het onderzoek. Uiteindelijk is alleen aan de 6 patiënten die een vragenlijst hebben ingevuld (zie §4.5) gevraagd om hun eigen taalniveau in te schatten.

4.2 In kaart brengen beleid GGZ inGeest

Om de data van de observaties, interviews en vragenlijsten beter te kunnen analyseren, is een kader nodig van het beleid binnen GGZ inGeest omtrent het omgaan met patiënten (en medewerkers) van verschillende culturele achtergronden. Om deze reden heb ik onderzocht of er binnen GGZ inGeest een beleid is met betrekking tot het omgaan met verschillende culturele achtergronden binnen de organisatie, en zo ja, wat dit beleid precies inhoudt. Om informatie te achterhalen heb ik allereerst gebruik gemaakt van het intranet van GGZ inGeest. Voor aanvullende informatie heb ik contact gezocht met verschillende mensen binnen de organisatie, onder andere met een trainer in communicatiecursussen, de portefeuillehouders van beleid omtrent het omgaan met verschillende culturele achtergronden en de afdeling Communicatie. Ook heb ik binnen Locatie Bocholtstraat verschillende beleidsmappen bekeken, waarin informatie wordt gegeven over de verschillende afdelingen binnen de kliniek en welke procedures gevolgd moeten worden. Als laatste heb ik met verschillende mensen binnen Locatie Bocholtstraat gesproken over beleid omtrent het omgaan met verschillende culturen, zoals met de manager, artsen en verpleegkundigen.

Omdat in mijn onderzoek ook gekeken wordt naar eventuele problemen in de communicatie op talig gebied, heb ik tevens onderzocht wat het beleid is rondom het gebruik van tolken binnen GGZ inGeest, waarbij specifiek binnen Locatie Bocholtstraat. Ook hierbij heb ik informatie proberen te achterhalen via het intranet van GGZ inGeest en door contact te zoeken met de afdeling Communicatie. Omdat er geen officiële beleidsdocumenten te vinden zijn over het gebruik van tolken binnen GGZ inGeest, heb ik informatie achterhaald door gesprekken binnen Locatie Bocholtstraat met de manager, artsen en verpleegkundigen.

4.3 Observaties

Op de afdelingen Open A en Open B is veel (spontane) interactie tussen verpleegkundige en patiënt. Elke dag zijn er verschillende contactmomenten, zoals dagopening, lunch, avondeten en medicatiegiften. Op deze momenten zijn alle patiënten van een afdeling in de keuken of woonkamer aanwezig, evenals een of twee verpleegkundigen. Naast deze contactmomenten worden er ook veel korte gesprekken gevoerd tussen verpleging en patiënten. Hierbij kan gedacht worden aan informeren hoe het met iemand gaat, praktische vragen en het helpen

herinneren aan afspraken. Één-op-ééncontact tussen verpleegkundige en patiënt komt ook voor in de vorm van gesprekken met een persoonlijk begeleider (pb-er). Een pb-er is een verpleegkundige, die een patiënt persoonlijk begeleidt en regelmatig polst hoe het met de patiënt gaat. De pb-er is tevens aanwezig bij gesprekken met arts/behandelaar en patiënt.

Doordat veel gesprekken spontaan ontstaan, is het in het onderzoek niet altijd mogelijk geweest om de gesprekken te observeren. Gesprekken tussen patiënt en zijn/haar pb-er heb ik niet altijd kunnen observeren, omdat de patiënt liever niet had dat er iemand anders bij het gesprek aanwezig was.

In eerste instantie was het de bedoeling om gesprekken tussen patiënt en verpleegkundige op te nemen met audioapparatuur, zodat de gesprekken optimaal konden worden geanalyseerd. Patiënten kregen een korte brief met uitleg over het onderzoek en het doel van het opnemen van gesprekken, en konden op deze manier akkoord gaan met het feit dat gesprekken werden opgenomen (de brief is te vinden in bijlage II). Doordat veel gesprekken echter spontaan verliepen, was het niet mogelijk om deze gesprekken op te nemen. Daarnaast wilden patiënten in veel gevallen niet dat een gesprek werd opgenomen. Dit kan verschillende oorzaken hebben, maar de belangrijkste reden is in de meeste gevallen achterdocht vanuit het psychiatrisch ziektebeeld. Om deze redenen was het niet mogelijk om gesprekken op te nemen. Wel zijn tijdens de gesprekken handmatig notities gemaakt.

Tijdens het observeren van 38 gesprekken tussen verpleegkundige en patiënt is op verschillende factoren gelet. In de gesprekken zijn uitingen als ‘culturele factor’ bestempeld als de culturele achtergrond, culturele gebruiken, verschillen tussen culturen, religie en/of verschil in normen en waarden naar voren kwamen. Zo kan het voorkomen dat patiënten een passieve ziektebeleving hebben, maar dat dit door hulpverleners niet vanuit hun culturele achtergrond wordt gezien (Netteb, 2005) of dat patiënten het vanuit hun culturele achtergrond moeilijk vinden om privé-zaken te bespreken (Van Dijk, 1989). Op de onderzoekslocatie waren bijvoorbeeld verschillende patiënten die halal wilden eten, maar er was niet altijd voldoende hiervan aanwezig. Hierdoor kwam het voor dat patiënten niet-halal moesten eten, terwijl zij dat vanuit hun religie niet wilden. Ook zijn uitingen als ‘culturele factor’ bestempeld als de patiënt sociaal wenselijke antwoorden gaf op vragen van de hulpverlener.

In de gesprekken is uitgegaan van een ‘talige factor’ als de patiënt een beperkte woordenschat had, er in een gesprek veel gebruik werd gemaakt van herhaling, er in het gesprek onduidelijkheid was over wat de gesprekspartners precies bedoelden, of als gesprekspartners langs elkaar heen praatten. Ook is gelet op de grammaticale constructie van de zinnen van de patiënt: laat een patiënt werkwoorden weg, worden er verkeerde vervoegingen van werkwoorden gebruikt, etc. Doordat een taalbarrière de toegankelijkheid van de zorg mogelijk kan beïnvloeden, is het van belang dat hier door zowel patiënt als hulpverlener aandacht aan wordt besteed (Van Dijk, 1989).

Voor de factor ‘interpersoonlijk’ niveau is in de gesprekken gelet op de manier waarop iets gezegd wordt (intonatie, woordkeuze, spreektempo), de machtsafstand tussen verpleegkundigen en patiënten, de fysieke afstand tussen verpleegkundigen en patiënten en/of gezichtsuitdrukkingen. Omdat non-verbale communicatie ook per cultuur kan verschillen, is het belangrijk dat hulpverleners niet vanuit hun eigen verwachtingen het gesprek met de patiënt aangaan (Van Endt-Meijling, 2003). Door op de verschillen in te spelen, kan een

hulpverlener juist vertrouwen wekken bij de patiënt (Bos, 1991), en hier is tijdens het onderzoek ook op gelet.

In de 4 gesprekken met een tolk erbij is onderscheid gemaakt tussen een informele tolk, een tolk via de tolktelefoon, en een professionele tolk. Bij gesprekken met een tolk is gelet op de houding van de gesprekspartners (verpleegkundige en patiënt) ten opzichte van de tolk, de verhouding tussen tolk en patiënt, in hoeverre de tolk neutraal bleef in het gesprek, en op welke wijze de vertaling tot stand kwam (werd er onderling overlegd, vertaalde de tolk alles wat patiënt zei, etc). Het kan namelijk voorkomen dat de (informele) tolk het antwoord met de patiënt bespreekt en vervolgens samenvat voor de behandelaar, waardoor informatie verloren kan gaan.

4.3.1 Bijwonen van MTO, weekendoverleg en overdracht van verpleging

Op verschillende momenten in de week vinden er overleggen en overdrachten plaats op Locatie Bochtstraat. Elke donderdag tussen 10.00 en 11.00uur wordt een MTO (Multi Team Overleg) gehouden van de open afdeling. Tijdens dit MTO zijn verpleegkundigen, artsen, activiteitenbegeleiders en de manager aanwezig. Het doel van het MTO is het bespreken van mededelingen, behandelplannen van patiënten, en belangrijke gebeurtenissen op de afdeling. In totaal zijn 6 MTO's geobserveerd.

Op vrijdag- en maandagochtend vindt een weekendoverleg plaats, waarin de verpleegkundigen van alle afdelingen, artsen en de manager belangrijke mededelingen doen over het weekend. Hierbij wordt het gedrag van patiënten besproken en overlegd hoe kan worden ingegrepen in crisissituaties bij patiënten. In totaal zijn 6 weekendoverleggen geobserveerd.

Naast de weekendoverleggen en MTO's vinden er dagelijks diverse overdrachten plaats tussen de verpleegkundigen van de open afdeling. 's Ochtends om 7.15uur, 's middags om 14.45uur en 's avonds om 22.30uur wisselen de diensten, en bespreken de verpleegkundigen wat er die dag/avond/nacht is gebeurd, welke bijzonderheden er zijn en waar op gelet moet worden tijdens de volgende dienst. In totaal zijn 16 overdrachten geobserveerd.

Tijdens de weekendoverleggen, MTO's en overdrachten van verpleging is geobserveerd of er in de bespreking van patiënten aandacht wordt besteed aan of rekening wordt gehouden met de culturele achtergronden van de verschillende patiënten. Hierbij is bijvoorbeeld gekeken of tijdens het bespreken van een nieuwe patiënt de culturele achtergrond van de patiënt wordt genoemd, of bij problemen met de patiënt wordt gekeken naar de rol van de culturele achtergrond en of er aandacht wordt besteed aan het omgaan met verschillende culturele achtergronden op een afdeling. Daarnaast is geobserveerd of er aandacht wordt besteed aan hoe om te gaan met eventuele problemen in de communicatie door bijvoorbeeld een taalbarrière. Hierbij is gekeken of er binnen de overleggen wordt gesproken over taalbarrières, of er op de taalbarrières wordt ingegaan en of er actie wordt ondernomen wanneer een patiënt een slechte beheersing van het Nederlands heeft.

4.4 Interviews

4.4.1 Interviews met verpleegkundigen

Om de kijk van de verpleging op de communicatie en omgang met patiënten met een andere culturele achtergrond in kaart te brengen, zijn interviews gehouden met 10 verpleegkundigen van de open afdeling van Locatie Bocholtstraat. Het doel van de interviews is het vaststellen of verpleegkundigen zelf vinden dat zij aanlopen tegen culturele of talige barrières, hoe zij hiermee omgaan, en of zij scholing hebben gehad op het gebied van werken met verschillende culturele achtergronden. Voor het opstellen van de interviews is gebruik gemaakt van de richtlijnen voor etnografische interviews, zoals opgesteld door Spradley (1979).

Allereerst zijn vragen gesteld over het werken met verschillende culturele achtergronden. Doordat de kliniek is gevestigd in Amsterdam Nieuw-West hebben veel patiënten binnen de kliniek een andere culturele achtergrond. Dat betekent dat de verpleegkundigen dagelijks meerdere malen contact hebben met patiënten met een andere culturele achtergrond. Om deze reden is besproken tegen welke culturele verschillen verpleegkundigen aanlopen en hoe zij daarmee omgaan.

Omdat binnen Locatie Bocholtstraat een deel van de patiënten matig tot slecht Nederlands spreekt, is tijdens de interviews gevraagd naar tactieken die verpleegkundigen gebruiken in de interactie met patiënten die niet goed Nederlands spreken. Hierbij is ook gevraagd naar het gebruik van tolken.

Ten derde is gevraagd hoe verpleegkundigen de machtsafstand tussen henzelf en de patiënten zien, en of zij hierin verschil merken tussen allochtone en autochtone patiënten. Ook is besproken welke non-verbale uitingen van cultuur en cultuurverschillen de verpleegkundigen opmerken.

Tot slot zijn vragen gesteld over cursussen en scholing die de verpleegkundigen hebben gehad over het omgaan en werken met verschillende culturele achtergronden. Hierbij is ingegaan op kennis die verpleegkundigen tijdens hun opleiding hebben verkregen, en is gevraagd welke aanvullende cursussen betreffende culturele en talige verschillen zij binnen GGZ inGeest hebben gevolgd.

De interviewvragen zijn enerzijds gebaseerd op de literatuur omtrent communicatie met allochtone patiënten en anderzijds op de gedane observaties op de open afdeling van Locatie Bocholtstraat. Zo blijkt uit de literatuur dat wanneer hulpverleners zich bewust zijn van de barrières waar zij tegenaan kunnen lopen, zoals een interpersoonlijke, culturele of talige barrière, miscommunicatie voorkomen kan worden (Ferraro, 2006). Hulpverleners moeten daarom inspelen op de verschillen in normen en waarden met de patiënt (Kortmann, 2004). Tijdens de gedane observaties binnen Locatie Bocholtstraat merkte ik dat niet altijd rekening werd gehouden met de culturele achtergrond van patiënten, en tevens had ik het idee dat de verpleegkundigen zich niet altijd bewust waren van culturele verschillen. In de vragenlijst is daarom zo uitgebreid mogelijk gevraagd naar kennis van en ervaring met communicatiebarrières en hun mening over hoe hiermee om wordt gegaan. De complete vragenlijst is te vinden in bijlage III.

4.4.2 Interviews met artsen

Aanvullend op de 10 interviews met verpleegkundigen zijn 2 interviews afgenomen bij een psychiater en een ggz-psycholoog. Het doel van deze interviews was het beter in kaart brengen van het gebruik van tolken binnen Locatie Bocholtstraat. Tijdens de interviews is besproken wat de criteria van de artsen zijn voor het inschakelen van een tolk, hoe zij aankijken tegen het gebruik van de verschillende soorten tolken en wanneer zij vinden dat een verpleegkundige een tolk kan inschakelen. Voor het opstellen van de interviews is gebruik gemaakt van de richtlijnen voor etnografische interviews, zoals opgesteld door Spradley (1979).

De vragen van deze interviews zijn gebaseerd op zowel mijn observaties van het gebruik van tolken en de antwoorden uit de interviews met verpleegkundigen. Uit de interviews met verpleegkundigen kwam naar voren dat het niet voor iedereen duidelijk was hoe het tolkenbeleid binnen Locatie Bocholtstraat is. Omdat ik tijdens het onderzoek ook geen officiële beleidsdocumenten over dit onderwerp kon vinden, wilde ik – naast van de verpleegkundigen – ook van de artsen horen hoe zij over het inschakelen van een tolk dachten. De complete vragenlijst is te vinden in bijlage IV.

4.5 Vragenlijst aan patiënten

Naast het perspectief van de verpleegkundigen is in het onderzoek ook nagegaan hoe de patiënten op de open afdeling van Locatie Bocholtstraat zelf tegen de communicatie met de verpleging aankijken. Hiervoor is gebruik gemaakt van een vragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 5 algemene vragen naar geslacht, leeftijd en herkomst, en 10 specifieke vragen naar het contact met de verpleging. In totaal hebben 6 patiënten van de afdeling open B deze vragenlijst ingevuld: 2 patiënten die geboren zijn in Nederland met Nederlandse ouders, 2 patiënten die geboren zijn in Nederland met buitenlandse ouders, en 2 patiënten die geboren zijn in het buitenland met buitenlandse ouders.

De vragenlijst is enerzijds gebaseerd op literatuur omtrent communicatie met allochtone patiënten in de zorg en anderzijds op een eerder gedaan onderzoek door Stichting Kwadraad bij een andere locatie van GGZ inGeest, locatie Zuiderpoort (Stichting Kwadraad, 2007). Voor de opzet van de vragen en de manier van vragen stellen is het Eindrapport Zuiderpoort (Stichting Kwadraad, 2007) als leidraad genomen. Omdat in de literatuur door onder andere Bos (1991), Ferraro (2006) en Kortmann (2004) de nadruk wordt gelegd op de rol van de hulpverlener in interculturele communicatie binnen de zorg, wilde ik achterhalen hoe patiënten de rol van de verpleegkundige zien. Dit is gedaan door vragen te stellen over of de patiënt zich begrepen voelt door de verpleegkundige, of de patiënt het gevoel heeft zich te kunnen uiten op cultureel of religieus gebied, en of de patiënt last heeft van een taalbarrière en om die reden vaker een tolk zou willen. De complete vragenlijst is te vinden in bijlage V.

4.6 Data-analyse

Op de onderzoekslocatie is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Hierbinnen kan zowel via een emic als een etic perspectief naar een cultuur worden gekeken; bij een emic perspectief wordt van binnenuit naar een organisatie gekeken, en via een etic perspectief wordt een cultuur van buitenaf bekeken (Boeije, 2005). Ik heb me via een emic

perspectief proberen in te leven in de situatie binnen Locatie Bocholtstraat, om op die manier het gedrag van patiënten en verpleegkundigen te observeren. Dit heb ik gedaan door 12 weken op de open afdeling van Locatie Bocholtstraat mee te lopen en middels participerende observatie (Lucassen & Olde-Hartman, 2007) deel te nemen aan de dagelijkse gang van zaken op de afdeling. Dit betekent dat ik dagen met verpleegkundigen heb meegelopen en heb deelgenomen aan hun dagelijkse bezigheden, waarbij ik observaties heb gedaan. Ook heb ik gesprekken gevoerd met verpleegkundigen in hun kantoor en gesprekken met patiënten gevoerd in de woonkamer op de afdeling. Het doel was om de gebruiken van verpleegkundigen en patiënten op de open afdeling te onderzoeken middels een etnografische studie (Boeije, 2005), en hiervoor zijn uitgebreide notities gemaakt tijdens de observaties en interviews. Er is hierbij dus sprake van een veldonderzoek, omdat ik als onderzoeker deel heb genomen aan het dagelijks leven van de onderzochte groepen en hierbij heb geprobeerd de gewone gang van zaken zo min mogelijk te verstoren (Boeije, 2005).

Met het analyseren van de data is begonnen door de aantekeningen van de observaties en notities van gesprekken te lezen en in groepen in te delen; is er sprake van spontane of geplande interactie, is er sprake van een culturele, talige of interpersoonlijke barrière? Door de notities te coderen, kon een duidelijk overzicht gemaakt worden van verschijnselen die in de verschillende gesprekken naar voren zijn gekomen. Vervolgens is begonnen met het uitschrijven van de opgenomen interviews met verpleegkundigen. Allereerst zijn de interviews per persoon letterlijk getranscribeerd in het programma Exmaralda, en vervolgens zijn de antwoorden per vraag gecategoriseerd. Op deze manier stonden de antwoorden over hetzelfde onderwerp van alle verpleegkundigen bij elkaar en kon begonnen worden met het analyseren van de antwoorden. Wanneer verpleegkundigen eenzelfde antwoord of mening hadden, zijn de antwoorden samengevoegd, zodat een duidelijk overzicht ontstond van de verschillende meningen en antwoorden van de verpleegkundigen.

De interviews met de artsen zijn, evenals de interviews met de verpleegkundigen, opgenomen en vervolgens letterlijk getranscribeerd in Exmaralda. Ook bij deze interviews zijn de antwoorden per categorie bij elkaar gezet, zodat het overzichtelijk gecategoriseerd was.

De vragen voor de interviews met artsen en verpleegkundigen zijn enerzijds gebaseerd op de literatuur en anderzijds op eerder gedane observaties. Op deze manier konden vermoedens van de onderzoeker, over bijvoorbeeld het gebruik van tolken of het omgaan met culturele of talige verschillen door de verpleegkundigen, worden bevestigd of ontkracht. Nadat de interviews waren geanalyseerd, zijn de antwoorden van de interviews met verpleegkundigen vergeleken met de antwoorden van de interviews met de artsen door de antwoorden op vergelijkbare vragen naast elkaar te zetten. Hierbij zijn overeenkomsten en verschillen uitgeschreven. Vervolgens zijn de antwoorden van de interviews met verpleegkundigen en artsen vergeleken met de gedane observaties, waardoor de onderzoeker het principe van constante vergelijking heeft gebruikt: de vragen van de interviews zijn deels gebaseerd op de observaties, en vervolgens worden de antwoorden van de interviews vergeleken met de observaties.

Ook de vragenlijsten aan patiënten zijn deels gebaseerd op de literatuur en deels op observaties van de onderzoeker. De antwoorden zijn per vraag gecategoriseerd, waardoor de

antwoorden van de verschillende patiënten op dezelfde vraag bij elkaar stonden. Hierdoor is een duidelijke vergelijking te maken tussen de verschillende antwoorden en meningen van patiënten. Vervolgens zijn de antwoorden vergeleken met de reeds gedane observaties en de antwoorden op de interviews met verpleegkundigen en artsen.

Concluderend zijn de data van observaties per categorie ingedeeld en gecodeerd. De gedane interviews met verpleegkundigen en artsen zijn getranscribeerd en per categorie ingedeeld, waarna de antwoorden onderling met elkaar zijn vergeleken. Ook de antwoorden op de vragenlijsten aan patiënten zijn gecategoriseerd en onderling vergeleken. Tenslotte is triangulatie toegepast, waarbij de antwoorden op de interviews met artsen, de antwoorden op de interviews met verpleegkundigen, de observaties en de antwoorden op de vragenlijsten aan patiënten onderling met elkaar zijn vergeleken.

4.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt, zoals van observaties, interviews en vragenlijsten. Er is gebruik gemaakt van participerende observatie in een veldonderzoek, waardoor de data zijn opgedaan in natuurlijke situaties. Doordat de data op verschillende manieren zijn geanalyseerd, wordt de kans vergroot dat de uitkomsten elkaar bevestigen. Het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden en het toepassen van triangulatie vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Boeije, 2005).

Daarnaast wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot doordat gewerkt is met transcripties. Hierdoor is het voor anderen mogelijk om de uitkomsten van dit onderzoek te controleren.

Om de validiteit van het onderzoek te kunnen waarborgen, is gebruik gemaakt van reeds bestaande en toegepaste methoden, zoals bij het opstellen van de vragenlijst voor de interviews (Spradley, 1979) en de vragenlijst voor patiënten (Stichting Kwadraad, 2007). Doordat deze onderzoeksmethoden in eerdere onderzoeken tot een valide resultaat hebben geleid, mag worden aangenomen dat dit ook het geval zal zijn in dit onderzoek.

Een valide onderzoeksresultaat wordt tevens verkregen doordat gebruik gemaakt is van verschillende onderzoeksmethoden. Hierbij gaan de methoden uit van dezelfde onderzoeksvraag, waardoor kan worden bevestigd dat in het onderzoek is onderzocht wat in de vraagstelling is geformuleerd.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat worden besproken. Hierbij wordt eerst ingegaan op het beleid binnen GGZ inGeest omtrent het omgaan met verschillende culturele achtergronden en het gebruik van tolken. Vervolgens worden de observaties die gedaan zijn op de open afdeling van Locatie Bocholtstraat besproken, en deze zijn ingedeeld in spontane interactie op de open afdeling, geplande interactie en observaties van MTO, weekendoverleg en overdrachten. Vervolgens zullen de interviews die gedaan zijn met zowel verpleegkundigen als artsen van Locatie Bocholtstraat worden besproken, waarna de resultaten van de vragenlijsten aan patiënten zullen worden uitgewerkt. Tot slot zullen door middel van triangulatie de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken met elkaar verbonden worden.

5.1 Beleid binnen GGZ inGeest

5.1.1 Interculturalisatiebeleid GGZ inGeest

Doordat de Nederlandse samenleving steeds diverser wordt qua culturen en etniciteiten is het belangrijk dat ook de zorg zich aanpast aan deze verandering in de maatschappij en de invloed hiervan op het patiëntenbestand. Uit onderzoek in 2000 (Struijs & Wennink, 2000) blijkt dat GGZ-instellingen met hun zorgaanbod onvoldoende aansluiten bij de hulpvraag van allochtonen, waardoor een groot aantal allochtone patiënten maar eenmalig contact heeft met een ggz-instelling. Daarnaast is er een grote uitval onder allochtone patiënten en komt deze groep patiënten vaak relatief laat in aanraking met de geestelijke gezondheidszorg. De oorzaak hiervoor kan mede gezocht worden in het feit dat het zorgaanbod niet aansluit aan de hulpvraag van de allochtone patiënten.

Het is voor de geestelijke gezondheidszorg dus van belang in te spelen op de maatschappelijke veranderingen. GGZ inGeest heeft om die reden een interculturalisatiebeleid opgezet, met een portefeuillehouder en aandachtsfunctionaris binnen de organisatie. Het streven van het interculturalisatiebeleid is dat de organisatie een afspiegeling zal zijn van de wijk waarin zij opereert, zodat op die manier laagdrempelige zorg kan worden geboden. Die zorg zal geboden worden in de eigen cultuur of taal van patiënten, opdat patiënten de keuze hebben om juist wel of niet een hulpverlener te kiezen die uit hun eigen cultuur komt. Hiermee volgt het management van GGZ inGeest de differentiebenadering van intercultureel management van Glastra (1999). Er wordt een oplossing voor interactieproblemen gezocht door te kijken naar kennis van de culturele achtergronden en gewoonten van ‘de ander’ en culturele empathie. Door middel van de culturaliseringsvariant van de differentiebenadering probeert GGZ inGeest om vanuit individuen een collectieve eenheid te scheppen, en proberen ze interculturele competenties (Ten Thije & Deen, 2009; Van Endt-Meijling, 2003; Byram, 2007) te ontwikkelen door bewustwording van de eigen en de andere cultuur te creëren door te wijzen op overeenkomsten en verschillen tussen de culturen.

Tijdens het onderzoek voor deze scriptie is geprobeerd meer informatie over het interculturalisatiebeleid van GGZ inGeest te achterhalen, maar er blijkt binnen het

management niet langer een portefeuillehouder voor dit beleid te zijn. Het interculturalisatiebeleid van GGZ inGeest zou decentraal in de verschillende zorgcircuits worden belegd, maar in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is, is moeilijk te achterhalen door weinig transparantie binnen de organisatie. Binnen het circuit Sociale Psychiatrie Amsterdam Zuid en West, waar het onderzoek voor deze scriptie plaatsvond, heeft het interculturalisatiebeleid de laatste vijf jaar niet meer op de jaarplannen gestaan.

De afdeling Communicatie van GGZ inGeest besteedt nog wel aandacht aan interculturalisatie door folders en brochures – behalve in het Nederlands – ook in het Engels, Frans, Arabisch en Turks aan te bieden. De klachtenprocedure binnen GGZ inGeest bestaat in het Nederlands en Engels, en er wordt momenteel gewerkt aan een Franse en Turkse versie.

In het kader van het interculturalisatiebeleid wordt sinds november 2004 binnen GGZ inGeest de cursus *Culturele Competentie: werken met verschillen* aangeboden als standaardonderdeel van het introductieprogramma voor nieuwe medewerkers. Deze cursus duurt één dag, en medewerkers leren hier onder andere over andere culturen, hoe cultuur inwerkt op verschillende levensterreinen en leren reflecteren op de eigen culturele achtergrond. Daarnaast wordt kennis over de gevolgen van migratie en de valkuilen in interculturele communicatie bijgebracht.

Binnen de cursus wordt zowel gekeken naar culturele verschillen als naar religieuze verschillen. Daarnaast wordt het thema ‘taal en interculturele communicatie’ besproken, waarbij niet alleen aandacht wordt besteed aan mogelijk gebrekkige taalbeheersing van patiënten, maar ook aan het feit dat intonatie, lichaamstaal en houding verschilt per cultuur.

Na contact met de afdeling Preventie binnen GGZ inGeest blijkt dat de training *Culturele Competentie: werken met verschillen* inderdaad een tijd lang is aangeboden als onderdeel van het introductieprogramma binnen GGZ inGeest. In die tijd werd de cursus vier tot zes keer per jaar aangeboden, afhankelijk van het aantal nieuwe medewerkers. Sinds ongeveer twee jaar is de cursus echter uit het standaardaanbod verdwenen, en wordt hij niet meer gegeven. Het verdwijnen van het centraal geregeld interculturalisatiebeleid is waarschijnlijk een van de redenen waarom de cursus *Culturele Competentie: werken met verschillen* niet meer wordt aangeboden.

5.1.2 *Beleid rondom het gebruik van tolken*

In januari 2012 is door een wetswijziging de vergoeding van tolken binnen de psychiatrie vanuit de regering afgeschaft. Dit betekent dat de kosten voor het gebruik van een tolk nu bij de patiënt zelf komt te liggen. Omdat GGZ inGeest de kosten voor het gebruik van tolken juist niet bij de patiënt neer wil leggen, is een samenwerkingsverband opgezet met Tolkencentrum Nederland. De kosten voor het gebruik van tolken zijn hierdoor binnen GGZ inGeest flink gestegen, met als gevolg dat tolken niet onbeperkt kunnen worden ingezet.

Op de onderzoekslocatie was geen informatie, zoals beleidsdocumenten, te verkrijgen over het gebruik van tolken. De afdeling Communicatie van GGZ inGeest geeft aan: “Indien er tijdens behandelgesprekken een tolk nodig is, wordt deze geregeld. Er wordt tegenwoordig echter eerst gekeken of er misschien iemand van de familie kan tolken, omdat de tolkenvergoeding is stopgezet”. Vanuit de afdeling Communicatie wordt dus het gebruik van informele tolken aangeraden om de kosten van het gebruik van tolken zo laag mogelijk te

houden. Dit is opmerkelijk, want familieleden of vrienden zijn geen opgeleide tolken en hierdoor kan cruciale informatie tijdens een gesprek met de behandelaar verloren gaan. Een ander gevaar van het gebruik van informele tolken is dat de patiënt bepaalde informatie niet geeft, omdat hij niet wil dat de informele tolken (bekende of familie van de patiënt) die informatie te weten komt.

5.2 Observaties

De open afdeling van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat huisvest in totaal 32 patiënten. Van deze patiënten zijn 17 van allochtone afkomst en 15 van autochtone afkomst. Binnen de afdeling open B, waar het grootste gedeelte van het onderzoek heeft plaatsgevonden, zijn 6 van de 10 patiënten van allochtone afkomst.

Om inzicht te krijgen in hoe de verpleging van de open afdeling het taalniveau van de patiënten van de open afdeling zag, is aan het begin van het onderzoek aan de verpleging gevraagd het taalniveau in te schatten. De verpleging vond dat 1 mannelijke patiënt uit Turkije en 1 vrouwelijke patiënt uit Ethiopië slecht Nederlands spraken, en schatte het taalniveau van een mannelijke patiënt uit India in als matig. Het taalniveau van de overige patiënten op de open afdeling werd ingeschat als redelijk tot goed.

Tijdens het onderzoek naar de communicatie tussen verpleegkundigen en allochtone patiënten op de open afdeling van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat zijn verschillende observaties gedaan. De observaties zijn ingedeeld in observaties van spontane interactie op de afdeling en observaties van geplande interactie. Tevens zijn MTO's, weekendoverleggen en overdrachten van verpleegkundigen geobserveerd, maar deze zullen in §5.3 worden besproken.

5.2.1 Spontane interactie

Spontane interactie tussen verpleegkundigen en allochtone patiënten op de open afdeling van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat vindt grotendeels plaats op en rond de afdeling. In de meeste gevallen gaat het om korte gesprekken over het eten, de medicatie of alledaagse onderwerpen. Opvallend is dat verpleegkundigen in gesprek met allochtone patiënten vaak harder, langzamer en/of simpeler gaan praten dan tegen autochtone patiënten. Hieronder zullen voorbeelden van spontane interactie tussen verpleegkundigen en allochtone patiënten op de open afdeling worden besproken.

Voorbeeld 1

Op 12 maart 2012 vond 's morgens een kort gesprek plaats tussen een verpleegkundige en een patiënt van Turkse afkomst. De Turkse patiënt is pas sinds een paar dagen op de afdeling en spreekt slecht Nederlands. Omdat de patiënt niet aanwezig was bij de dagopening wil de verpleegkundige even weten hoe het met hem gaat.

V = verpleegkundige

P = patiënt

V: *Goedemorgen meneer (naam patiënt)*

P: *Goedemorgen*

V: *Goed geslapen?*

P: *Ja ja*

V: *Ik ben Wilma, weet u nog?*

P: (patiënt noemt eigen naam)

V: *Heeft u al ontbeten?*

P: *Ja graag*

V: *Gaat u zo even ontbijten dan?*

P: *Ja ja*

V: *Ik zal zo even nieuwe sigaretten voor u pakken. Of heeft u nog?*

Patiënt pakt een pakje sigaretten en biedt zijn laatste sigaret aan de verpleegkundige aan

V: *Nee die is voor u. Ik zal even nieuwe pakken. Ik ben zo terug*

Verpleegkundige pakt sigaretten uit het kantoor

V: *Kijkt u eens. Gaat u zo dan ontbijten?*

S: *Ja ja ik begrijpen*

In bovenstaand gesprek spreekt de verpleegkundige met erg luide stem en op kinderlijke toon tegen de patiënt. De manier van praten van de verpleegkundige komt overeen met de manier waarop mensen soms tegen oude, dove mensen praten. De verpleegkundige slaat waarschijnlijk onbewust deze toon aan tegen de patiënt om ervoor te zorgen dat de patiënt haar zo goed mogelijk kan verstaan. De patiënt is echter niet doof, maar spreekt wel slecht Nederlands. Het is dus niet nodig om op luide toon tegen de patiënt te praten, want hierdoor begrijpt hij het Nederlands niet beter dan als er op normale toon wordt gesproken.

De verpleegkundige probeert in voorbeeld 1 bewust gerichte vragen te stellen, zoals ‘*Heeft u al ontbeten?*’. Hiermee wordt het gesprek zo simpel mogelijk gehouden, waardoor de kans groter is dat de patiënt haar begrijpt. Dat de patiënt echt niet begrijpt wat ze bedoelt, blijkt uit het antwoord ‘*Ja graag*’. Blijkbaar denkt de patiënt dat de verpleegkundige voorstelt om te gaan ontbijten, en snapt hij niet dat de vraag is of hij dit al heeft gedaan. Eenzelfde miscommunicatie vindt later in het gesprek plaats, wanneer de verpleegkundige vraagt of de patiënt nog sigaretten heeft. De patiënt denkt dat de verpleegkundige om een sigaret vraagt en biedt haar daarom een sigaret aan.

Omdat voorbeeld 1 een kort gesprek is over dagelijkse dingen zoals ontbijt en sigaretten, wordt in dit geval door de verpleegkundige geen gebruik gemaakt van een tolk. Het is in deze situatie voldoende om gebaren en simpele woorden te gebruiken.

Voorbeeld 2

Op 4 april 2012 vindt een kort gesprek plaats tussen een verpleegkundige en een patiënt van Ethiopische afkomst. Er was een afspraak ingepland met de behandelaar, omdat de patiënt haar medicijnen niet had ingenomen. De afspraak werd echter verschoven naar de volgende dag, en in onderstaand gesprek licht de verpleegkundige de patiënt hierover in. In het gesprek worden namen genoemd van de artsen, deze zijn vervangen door ‘arts Tabibi’ en ‘arts Meijer’.

V = verpleegkundige

P = patiënt

V: *Sorry dat het zo lang duurde. Arts Tabibi vindt dat het toch beter is als u eerst met arts Meijer praat.*

P: *Wie?*

V: *Arts Meijer, arts Meijer uw behandelaar*

P: *Oh oh, ok..*

V: *Ja arts Tabibi zei dat u beter eerst met uw eigen behandelaar kunt praten. Morgen is die er*

P: *Arts Tabibi?*

V: *Ja dat is de psychiater*

P: *Oh oh de psychiater*

V: *Ja. Maar ik zal zo kijken wanneer we morgen een afspraak kunnen inplannen*

P: *Hoe laat?*

V: *Weet ik niet, moeten we eerst in agenda kijken*

Verpleegkundige beeldt met haar handen de woorden ‘agenda’ en ‘kijken’ uit.

P: *Oh oh ok*

V: *Ik zal zo gelijk voor u kijken in de agenda, dan geef ik u een briefje*

P: *Ja ok. Tabibi is wel een moeilijke naam.. is zij moslima?*

V: *Wat zeg je?*

P: *Is zij moslima?*

V: *Eh ja ik denk het wel*

P: *Oh ja moeilijke naam*

In bovenstaand gesprek gebruikt de verpleegkundige in het begin vrij lange zinnen, zoals ‘Arts Tabibi vindt dat het toch beter is als u eerst met arts Meijer praat’. Uit het gesprek blijkt echter dat de patiënt de zin niet snapt, en dit wordt mede veroorzaakt doordat de patiënt niet weet wie ‘arts Meijer’ en ‘arts Tabibi’ zijn. De patiënt verblijft al langere tijd binnen Locatie Bocholtstraat, waardoor de verpleegkundige ervanuit ging dat de patiënt de artsen kende. Door het niet innemen van de medicatie kan het zijn dat de patiënt dusdanig verward was dat zij de namen van de artsen is vergeten. Wanneer in het begin van het gesprek duidelijk wordt dat de patiënt niet goed begrijpt wat de bedoeling is, schakelt de verpleegkundige over op korte, simpele zinnen, zoals ‘Weet ik niet, moeten we eerst in agenda kijken’. Door de woorden ‘agenda’ en ‘kijken’ uit te beelden, probeert de verpleegkundige haar woorden kracht bij te zetten in de hoop dat de patiënt haar nu beter begrijpt.

Anders dan de verpleegkundige uit voorbeeld 1 gebruikt de verpleegkundige uit voorbeeld 2 geen luide, kinderlijke toon wanneer zij tegen de patiënt spreekt. De verpleegkundige spreekt op normale toon tegen de patiënt en ze gebruikt in eerste instantie ook lange zinnen. Pas wanneer ze merkt dat de patiënt haar niet goed begrijpt, schakelt de verpleegkundige over op korte zinnen met simpelere woorden. Hierdoor moet de verpleegkundige veel uitleggen en wordt het gesprek ingewikkeld voor de patiënt. Door de

agenda erbij te pakken, had de patiënt gelijk gesnapt wat de bedoeling was en had de verwarring kunnen worden voorkomen.

Omdat voorbeeld 2 een kort gesprek is over het maken van een nieuwe afspraak met de arts is het niet nodig om in dit geval een tolk in te schakelen. De patiënt krijgt van de verpleging altijd een briefje met daarop de datum en tijd van haar nieuwe afspraak, en dit zal ook na dit gesprek gebeuren. Verpleegkundige en patiënt begrijpen elkaar dan niet helemaal in voorbeeld 2, maar door middel van gebaren en het gebruik van het briefje wordt ervoor gezorgd dat ze elkaar toch begrijpen. Hoewel in dit gesprek geen tolk nodig was, is het opvallend dat in gesprekken tussen verpleegkundigen en deze patiënt nooit een tolk wordt ingeschakeld, en in gesprekken met een behandelaar erbij soms een tolk wordt ingeschakeld. Aan het begin van het onderzoek is het taalniveau van de patiënt echter als slecht ingeschat door de verpleegkundigen, waarmee duidelijk wordt aangegeven dat er sprake is van een taalbarrière. Wanneer de verpleging in bepaalde gesprekken met deze patiënt een tolk zou inschakelen, zou meer informatie naar voren kunnen komen.

Aan het eind van het gesprek vraagt de patiënt aan de verpleegkundige ‘*Is zij moslima?*’ over arts Tabibi. In een ander geobserveerd gesprek spreekt de patiënt ook over ‘*ja..oorlog..moslim*’. Blijkbaar is de patiënt erg op moslims gefocust, want zij komt hier in meerdere gesprekken op terug. De verpleging springt hier echter niet op in, terwijl dit wellicht wel informatie over de patiënt naar voren zou kunnen brengen.

5.2.2 Geplande interactie

Geplande interactie tussen verpleegkundigen en allochtone patiënten op de open afdeling van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat vindt enerzijds plaats op de afdeling, zoals tijdens de dagopening in de huiskamer van de afdeling open B of tijdens pb-gesprekken op de kamer van een patiënt. Anderzijds vindt geplande interactie met een behandelaar, tolk en/of familie erbij plaats in gespreksruimtes binnen Locatie Bocholtstraat. Hieronder zullen voorbeelden van geplande interactie tussen verpleegkundigen en allochtone patiënten op de open afdeling worden besproken.

Voorbeeld 3

Tijdens de dagopening op de afdeling open B wordt elke morgen een rondvraag gedaan onder de patiënten. Hierbij wordt gevraagd hoe de patiënten hebben geslapen, wat hun plannen zijn voor de dag en of ze nog mededelingen hebben. In onderstaand gesprek wordt aan een Ethiopische patiënt gevraagd hoe zij de sfeer in de groep vindt.

V = verpleegkundige

P = patiënt

V: *En u, mevrouw (naam patiënt)?*

P: *Hm?*

V: *Hoe vindt u de sfeer in de groep?*

P: *Ja ja*

V: *Goed?*

P: *Ja ja*

In bovenstaande gesprek probeert de verpleegkundige zo goed mogelijk met de Ethiopische patiënt te communiceren. Het taalniveau van deze patiënt is door de verpleging ingeschat als slecht, en in de communicatie richting de patiënt is te merken dat de verpleging zo simpel mogelijk wil communiceren. Zo gebruikt de verpleging makkelijke woorden en korte zinnen.

Opvallend is dat de verpleging een aantal tactieken gebruikt om het gesprek met de patiënt makkelijker te laten verlopen. Allereerst legt de verpleging in voorbeeld 3 de patiënt het antwoord op de vraag in de mond, ‘*Hoe vindt u de sfeer?*’ ‘*Goed?*’, waarmee zij een suggestieve vraag stellen. Hierdoor is het voor de patiënt makkelijker om bevestigend te antwoorden, maar er wordt niet achterhaald of de patiënt de sfeer in de groep inderdaad goed vindt. Het is zelfs de vraag of de patiënt het woord ‘sfeer’ wel begrijpt, want uit de antwoorden van de patiënt blijkt eerder dat de patiënt het niet goed begrijpt. De tweede tactiek van de verpleging is om de antwoorden van de patiënt te herhalen en samen te vatten, zoals uit andere geobserveerde gesprekken blijkt: ‘*oh dus u gaat een beetje winkelen?*’ en ‘*oke dus u gaat overdag weg en slaapt hier?*’. Door de antwoorden te herhalen, vergewist de verpleging zich ervan de patiënt goed te hebben begrepen. Als derde maakt de verpleging soms de zinnen van de patiënt af. De patiënt zegt ‘*en ik wil een wasje in de...*’, waarop de verpleging zegt ‘*was doen?*’. Ook deze tactiek gebruikt de verpleging om het gesprek makkelijker te laten verlopen.

Voorbeeld 4

Tijdens een aantal observaties van geplande interactie tussen verpleegkundigen en allochtone patiënten werd gebruik gemaakt van een tolk. Tijdens deze gesprekken was altijd een behandelaar aanwezig, en in sommige gevallen ook de familie.

Op 16 april 2012 wordt een familiegesprek gevoerd met een patiënt van Marokkaanse afkomst. Tijdens een familiegesprek wordt de familie van de patiënt bijgepraat over de stand van zaken. Bij het gesprek waren de oude behandelaar, de nieuwe behandelaar, de verpleegkundige, de ouders van de patiënt, de zus van de patiënt en de patiënt zelf aanwezig. Omdat de ouders van de patiënt slecht Nederlands spreken, is een tolkentelefoon aangevraagd. Het is echter niet gelukt om de tolkentelefoon te gebruiken, omdat er geen tolk aanwezig was die het specifieke taalgebied van de familie vertegenwoordigde. Omdat de volwassen zus van de patiënt vloeiend Nederlands sprak, is ervoor gekozen de zus te laten tolken voor haar moeder. De vader verstond het Nederlands wel, maar sprak zelf gebrekkig Nederlands. Hoewel de zus van de patiënt de rol van informele tolk op zich had genomen, vertaalde zij slechts korte zinnen richting haar moeder. De zus van de patiënt was voornamelijk gesprekspartner in het gesprek in plaats van informele tolk.

In het gesprek komt duidelijk naar voren dat binnen de familie een traditioneel rollenpatroon is, waarbij de man het woord neemt en de vrouw op de achtergrond blijft. De patiënt is de oudste zoon van de familie, en de vader van de patiënt benadrukt meerdere malen dat hij het eerst heel goed deed op school. De behandelaar gaf in het gesprek aan dat er wellicht ook sprake is van schaamte, omdat de patiënt de verwachtingen van zijn familie niet heeft kunnen waarmaken. De patiënt zelf en zijn moeder waren stil tijdens het gesprek en lieten voornamelijk vader en zus het woord doen.

Omdat de patiënt rond zijn twaalfde levensjaar naar Nederland is gekomen, beheerst hij de Nederlandse taal niet vloeiend. Het zou daarom effectiever geweest zijn voor het gesprek als er wel een tolk aanwezig was geweest. Op die manier hadden zowel de patiënt als zijn ouders zich waarschijnlijk beter kunnen uitdrukken.

Voorbeeld 5

Van dezelfde Marokkaanse patiënt zijn tijdens het onderzoek verschillende pb-gesprekken geobserveerd tussen hemzelf en zijn persoonlijk begeleider (pb-er). Het pb-gesprek op 29 maart 2012 begint doordat de verpleegkundige aan de patiënt vraagt hoe het gaat. In eerste instantie vertelt de patiënt dat het goed gaat, maar als zij later in het gesprek doorvraagt gebeurt het volgende.

V = verpleegkundige

P = patiënt

V: *Dus ik kan hieruit concluderen dat het wel goed met je gaat*

P: *Nou ja een beetje*

V: *Een beetje?*

P: *Soms ben ik wel druk in mijn hoofd*

V: *O maar als ik je zo hoor, lijkt dat niet zo*

P: *Ja ik ben soms druk in mijn hoofd*

V: *En wat bedoel je daar precies mee?*

P: *Ja met mijn gedachten ergens anders*

V: *Ok en wat gebeurt er dan?*

P: *Ik kan me niet concentreren. Gisteren wilde ik voetbal kijken, maar dat lukte niet. Toen ben ik op bed gaan liggen, niet om te slapen, maar gewoon liggen*

(...)

V: *Maar je kunt je dus niet goed concentreren op het tv kijken. Waar denk je dan aan?*

P: *Ja het is gewoon druk in mijn hoofd, een beetje afwezig*

(...)

P: *Ja ja maar ik rook ook meer hier*

V: *Hoe komt dat?*

P: *Ik heb veel stress*

V: *O? Maar u zei net dat het wel goed ging*

P: *Ja maar wel stress, en daarom rook ik meer*

V: *Oh en hoe komt dat?*

P: *Weet ik niet*

V: *Moet u misschien nog een beetje wennen?*

P: *Ja dat wel*

V: *Ok, nou dat snap ik wel inderdaad*

In bovenstaand gesprek kan de patiënt niet goed duidelijk maken wat ‘druk in zijn hoofd’ precies inhoudt. De verpleegkundige probeert dit op meerdere manieren uit te vragen, maar de patiënt blijft terugkomen op ‘druk in mijn hoofd’. Het kan zijn dat de patiënt niet voldoende

het Nederlands beheerst om zich goed te kunnen uitdrukken, en dat hij het daarom moeilijk vindt om te vertellen wat er precies aan de hand is. Anderzijds kan het zo zijn dat de drukte in het hoofd van de patiënt er ook voor kan zorgen dat hij zich niet goed kan uitdrukken. Waarschijnlijk spelen dus zowel de psychiatrische ziekte als de niet volledige beheersing van het Nederlands een rol. Door een tolk in te schakelen zou de verpleegkundige kunnen nagaan of de patiënt zich wel beter kan uitdrukken in zijn moedertaal. Wanneer dit het geval is, zal de patiënt zijn problemen beter onder woorden kunnen brengen, en kan de behandeling hierop worden aangepast. Wanneer de patiënt zich niet beter kan uitdrukken in zijn moedertaal dan in het Nederlands, dan is de moeite met uitdrukken te wijten aan de psychiatrische ziekte van de patiënt.

De Marokkaanse patiënt geeft in het begin van voorbeeld 5 aan dat alles goed met hem gaat, maar gaandeweg het gesprek komt de verpleegkundige erachter dat het toch niet helemaal goed gaat. Zo ervaart de patiënt stress en drukte in zijn hoofd. Het kan een cultureel verschijnsel zijn dat de patiënt in eerste instantie aangeeft dat alles goed gaat, omdat hij beleefd wil zijn en zich wellicht schaamt voor zijn ziekte.

In de geobserveerde pb-gesprekken met de Marokkaanse patiënt komen bovenstaande patronen meerdere malen naar voren. Na de gesprekken heb ik aan de verpleegkundige aangegeven dat ik het idee had dat de patiënt geen volledige beheersing van het Nederlands heeft, omdat de communicatie oppervlakkig blijft en de patiënt sommige woorden niet begrijpt of niet kan reproduceren. Daarbij komt dat de patiënt in zijn twaalfde levensjaar naar Nederland is gekomen, waardoor hij het Nederlands pas op latere leeftijd heeft leren spreken. De verpleegkundige reageerde verbaasd en had zelf het idee dat de patiënt het Nederlands wel volledig machtig is. Zij gaf de psychiatrische aandoening van de patiënt als reden voor de soms moeilijke of verwarde communicatie met de patiënt. Daarbij gaf de verpleegkundige tevens aan dat ze patiënten door haar vak eigenlijk altijd gelijk vanuit de psyche bekijkt en moeilijke communicatie of verwarring hier vaak aan wijt. Dit betekent dat de verpleegkundige minder aandacht heeft voor een mogelijke culturele of talige barrière, omdat zij teveel gefocust is op de psychiatrische aandoening van de patiënt. Om te bekijken of de patiënt in dit geval het Nederlands niet goed machtig is of zich niet goed kan uitdrukken door zijn psychiatrische ziekte zou het hulpzaam zijn om eens een pb-gesprek te voeren met behulp van een tolk.

Voorbeeld 6

Psychische klachten kunnen door allochtone patiënten ook worden geuit door overmatig somatiseren. Vaak is dit te verklaren vanuit het taboe dat in veel niet-westerse landen rust op psychiatrische stoornissen, waardoor het voor de patiënt makkelijker is om aan te geven dat hij lichamelijk ziek is dan dat hij psychisch ziek is (Thys & Gomperts, 2009). Uit observaties van gesprekken komt inderdaad naar voren dat patiënten hun psychiatrische klachten soms somatiseren.

Een patiënt van Turkse afkomst heeft een evaluatie gesprek met zijn behandelaar en verpleegkundige over het zelfstandig innemen van zijn medicatie.

B = behandelaar

V = verpleegkundige

P = patiënt

B: *Hoe kunnen wij weten dat het minder goed met u gaat?*

P: *Ja dan krijg ik stijve nek en meer pijn. Toen met het busongeluk was ik daarna teruggevallen en duurde toen lang voordat ik weer opknapte*

B: *Maar hoe kunnen wij aan u merken als het minder gaat, als u omvalt?*

P: *Veel pijn en stijve nek. Toen met het busongeluk was ik wel vier meter naar voren gevallen*

B: *Ik bedoel als u psychisch minder gaat*

P: *O psychisch... Dan ga ik me minder goed verzorgen, minder eten en ben ik meer op mijn kamer of weg*

B: *Dus u trekt u meer terug?*

P: *Ja ja*

B: *En krijgt u ook lichamelijke klachten?*

P: *Meer pijn door de stress. En wat geprikkeld*

(...)

B: *Wat is uw psychische beeld, weet u dat?*

P: *Nou ze zeiden dat ik schizofreen was, maar toen ik wegging bij de vorige opname stopte ik met de medicijnen*

B: *En weet u welke medicijnen u krijgt?*

P: *Ja (naam medicijn), en (naam medicijn) voor de pijn*

B: *Maar (naam medicijn) is een antipsychoticum, ik noem het een soort gedachtelijm zodat de gedachten bij elkaar blijven*

P: *Ja maar daar heb ik geen last van, vooral pijn in mijn nek en stijfheid*

In bovenstaand gesprek en op de open afdeling geeft de patiënt aan last te hebben van stijfheid en een zere nek. De patiënt heeft in het verleden lichamelijk letsel opgelopen en heeft hier nog steeds last van. De patiënt erkent echter niet dat hij ook last heeft van schizofrenie (*‘ja maar daar heb ik geen last van’*), en hij somatiseert daarom (wellicht onbewust) zijn psychische klachten. De behandelaar heeft dit door, maar praat met de patiënt mee zodat hij uiteindelijk wel de informatie krijgt die hij wil hebben; hoe kan hij aan de patiënt zien dat het minder goed met hem gaat.

5.3 Observaties MTO, weekendoverleg en overdracht van verpleging

5.3.1 MultiTeamOverleg (MTO)

Elke donderdag vindt een MTO plaats, waarin bijzonderheden en gebeurtenissen van de afgelopen week door alle teams worden besproken. Tijdens het onderzoek zijn in totaal 8 MTO's geobserveerd. Tijdens deze MTO's werd vaak niet ingegaan op de culturele achtergrond van patiënten of werden vaak geen eventuele talige problemen besproken. In twee gevallen kwam een culturele of talige barrière wel naar voren.

Op 8 maart 2012 wordt de situatie van een (Turkse/Marokkaanse) patiënt besproken. De familie van de patiënt wil graag dat zij thuis komt wonen, en de behandelaars vragen zich

tijdens het MTO af waarom de familie dit wil. Er wordt geopperd dat het kan zijn dat de familie van de patiënt het huis uit moet als de patiënt niet meer thuis woont, omdat de familie dan inkomen misloopt. Er wordt hierbij geen aandacht besteed aan de culturele achtergrond van de patiënt. Vanuit de culturele achtergrond van de patiënt kan het namelijk ook zo zijn dat de familie schaamte voelt ten opzichte van de ziekte van de patiënt. Dit kan ook een verklaring zijn waarom de familie de patiënt snel thuis wil hebben.

Op 12 april 2012 wordt besproken dat een patiënt van de open afdeling een terugval heeft. Er wordt besloten dat de verpleging moet nagaan of de patiënt stemmen hoort of niet. De patiënt in kwestie spreekt echter slecht Nederlands, waardoor het op de afdeling moeilijk is om lange gesprekken met de patiënt te voeren. Tijdens het MTO wordt echter geen aandacht besteed aan het feit dat de patiënt slecht Nederlands spreekt, en dat dit het nagaan of patiënt stemmen hoort kan bemoeilijken. Opmerkelijk hierbij is dat de verpleging het taalniveau van deze patiënt eerder als slecht heeft ingeschat, maar in dit geval dus niet aangeeft een tolk nodig te hebben.

5.3.2 Weekendbesprekingen

Elke maandag en vrijdag vindt een weekendbespreking plaats. Op vrijdag worden bijzonderheden voor het weekend doorgenomen en op maandag wordt besproken hoe het weekend is verlopen. Tijdens het onderzoek zijn in totaal 9 weekendbesprekingen geobserveerd. Tijdens deze besprekingen werden verschillende patiënten en gebeurtenissen besproken, waarbij geen enkele keer in werd gegaan op de culturele achtergrond van een patiënt. Hierbij maakte het niet uit of een patiënt nieuw op de afdeling kwam en werd doorgesproken, of dat de patiënt al langere tijd binnen Locatie Bochtstraat verbleef.

Eenmaal werd er wel gesproken over een talige barrière. Een nieuwe patiënt op de afdeling Open B sprak weinig tot geen Nederlands, waardoor het voor de verpleegkundigen moeilijk was om met deze patiënt te communiceren. Ook hield de patiënt zich niet aan afspraken, waarschijnlijk omdat patiënt en verpleegkundigen elkaar hierin niet begrepen. Tijdens het weekendoverleg van 12 maart 2012 werd door de verpleging van de open afdeling aangegeven dat het moeilijk is om met de betreffende patiënt te communiceren. In het verdere verloop van het gesprek wordt hier niet verder op ingegaan, er wordt enkel instemmend geknikt dat het inderdaad lastig is dat de patiënt geen Nederlands spreekt. Er wordt dus aangegeven dat er sprake is van een taalbarrière, maar hier wordt verder niet op ingegaan en er wordt geen oplossing voor het probleem gezocht.

5.3.3 Overdracht van verpleging op de open afdeling

Elke werkdag vinden overdrachten tussen de verpleegkundigen plaats bij wisseling van diensten. Tijdens deze overdrachten worden verschillende patiënten en gebeurtenissen besproken van de afgelopen dienst. Ook wordt verteld waar op gelet moet worden tijdens de komende dienst. In totaal zijn 24 overdrachten van de verpleging van de open afdeling geobserveerd. In geen van deze overdrachten werd aandacht besteed aan de culturele achtergrond van patiënten, behalve wanneer werd verteld dat een nieuwe patiënt halal eet. Ook werd soms bij nieuwe patiënten verteld dat het gaat om een ‘*Turkse meneer*’. Over talige problemen wordt nooit gesproken.

5.4 Interviews met verpleegkundigen

De 15 verpleegkundigen die zijn geïnterviewd zijn variërend tussen 4 maanden en 14 jaar in dienst binnen Locatie Bochooltstraat. Het grootste gedeelte van de verpleegkundigen is 5 jaar of langer in dienst, de verpleegkundigen die het kortst in dienst zijn (4 maanden en 2,5jaar) hebben lange tijd stage gelopen en een afstudeertraject gevolgd binnen de kliniek.

5.4.1 Culturele verschillen

De meeste verpleegkundigen op de open afdeling zijn vrouwelijk, en tijdens de interviews geven zij aan veel tegen culturele verschillen aan te lopen in de verhouding man-vrouw. Zes verpleegkundigen geven aan mee te maken dat mensen hen geen hand willen geven:

“Ik had het nog nooit meegemaakt, en ik vond het heel raar dat iemand mij geen hand wilde geven. Als vrouw voel je je daarin toch een beetje beledigd, want je bent aan het werk en je wilt je gewoon aan iemand voorstellen en informatie geven”

De verschillen in de verhouding man-vrouw komen ook naar voren uit het feit dat allochtone mannen soms geen depot (een spuit met medicatie) willen krijgen van vrouwen, of dat vrouwelijke verpleegkundigen opmerkingen krijgen over het niet dragen van een hoofddoek.

Een viertal verpleegkundigen merkt op dat psychische ziekten binnen voornamelijk de Turkse en Marokkaanse cultuur niet begrepen wordt en als taboe wordt gezien. Ook vinden ze dat allochtone patiënten vaak op een andere manier tegen ziekte en genezing aankijken, doordat zij bijvoorbeeld denken dat bidden of goede kruidenbaden helpen bij de genezing.

Ook wordt vaak gedacht dat genezing op een andere manier kan worden bewerkstelligd:

“Zij denken vaak dat genezing ligt in het trouwen en kinderen krijgen. Ik zeg niet dat het bij iedereen zo is, maar ik heb echt een tendens gezien de afgelopen tien jaar, het gebeurt toch wel vaak”

Dat cultuurverschillen ook in gedrag ten opzichte van de verpleegkundige of behandelaar tot uiting kan komen, werd opgemerkt door verschillende verpleegkundigen. Een verpleegkundige zegt hierover:

“Ik heb ooit meegemaakt dat de vader van een cliënt naar me toe kwam, omdat hij graag wilde dat de patiënt met verlof ging. Door de taalbarrière kon hij niet duidelijk maken wat hij wilde, dus ging hij mijn handen zoenen om te smeken of zijn dochter met verlof kon. Ik schrok ervan. Ik begreep het echter wel, dat je je in zijn cultuur nederig opstelt door iemands hand te zoenen”

Uit het citaat blijkt dat de verpleegkundige schrikt van de situatie en niet goed weet hoe hij hiermee om moet gaan. Hij schuift het zoenen van zijn hand op de culturele achtergrond van de vader van de patiënt, maar kan dit niet onderbouwen. Het lijkt erop dat hij het handelen van de vader van de patiënt niet kan verklaren vanuit zijn eigen (culturele) achtergrond, en het daarom als cultureel bestempeld.

Hoewel de verpleegkundigen veel cultuurverschillen weten te benoemen waar ze tegenaan lopen, blijken ze niet altijd stil te staan bij de betekenis die culturele waarden kunnen hebben:

“Ik ben pb-er geweest van een Turkse meneer. Ik vond eigenlijk altijd dat hij heel erg bemoederd werd, en dat de ontferming van de moeder over haar zoon erg ver ging. Ik dacht altijd ‘goh, dat is wel een beetje een moederskindje’. Later kwam ik er via een klinische les

van een oud-leerling achter dat de Turkse cultuur toch meer een wij-cultuur is. Hier in het vrije westen hebben we natuurlijk een erg geïndividualiseerde cultuur, en willen we onafhankelijk zijn van anderen. In de Turkse cultuur ligt het toch allemaal anders, dus dat die familie er wat meer bovenop zit, hoort meer bij die cultuur. En als je er met die ogen naar kijkt, verandert zo 'n casus ook weer”

Wanneer wordt gevraagd of patiënten klachten somatiseren en of hierbij een verschil is tussen patiënten van allochtone of autochtone afkomst, geeft het merendeel van de verpleegkundigen aan te denken dat veel patiënten somatiseren. Ze weten niet of ze een verschil zien in somatisatie bij allochtone of autochtone patiënten, maar er wordt wel opgemerkt dat het voor mensen uit een andere cultuur waarschijnlijk makkelijker is om te somatiseren, omdat ze hun psychische klachten niet kunnen of mogen uiten.

Een viertal verpleegkundigen geeft aan dat het soms moeilijk is om te weten of een voorval vanuit een ziektebeeld kan worden verklaard of vanuit iemands culturele achtergrond. Een verpleegkundige geeft het volgende voorbeeld:

“We hebben een Surinaamse patiënt gehad. Ik heb geleerd dat Surinaamse mensen hun tas nooit de op grond zetten, want dat brengt ongeluk. Dus de vrouw had haar tas op de stoel staan. Toen de arts binnenkwam, zette hij de tas op de grond om op te stoel te gaan zitten. De Surinaamse vrouw maakte een opmerking over dat de tas niet op de grond mocht, waarop de arts dacht dat de vrouw wellicht een psychotisch idee had over de tas. Het bleek dus iets cultureels te zijn, maar dit is soms heel moeilijk in te schatten”

5.4.2 Talige verschillen

Alle verpleegkundigen proberen de patiënt hen te laten begrijpen door middel van herhalen en het gebruik van simpele woorden en korte zinnen. Acht verpleegkundigen geven aan in een later gesprek met de patiënt op het onderwerp terug te komen of te vragen of de patiënt hen heeft begrepen. Een verpleegkundige geeft aan:

“Ook in het geval van een taalbarrière kun je vaak gewoon een gesprek voeren, maar soms zijn het heel kleine nuances waaruit je kunt halen hoe het met iemand gaat en of iemand psychotisch is”

Overschakelen op een andere taal, zoals Engels, Frans of Duits, is voor vier verpleegkundigen een tactiek om de taalbarrière te overbruggen. Daarnaast geven vijf verpleegkundigen aan gebaren (‘handen en voeten’) te gebruiken, en twee verpleegkundigen geven aan hulp van collega’s met een andere culturele achtergrond in te schakelen.

Vier verpleegkundigen geven aan dat psychiatrisch patiënten soms ook niet goed Nederlands spreken door de chaos in hun hoofd. Een verpleegkundige zegt hierover: *“Ik denk dat we hier in de psychiatrie wel goed zijn in het begrijpen van mensen die voor anderen totaal onduidelijk zijn. Meestal begrijp ik daarom wel wat mensen willen zeggen. Laatst hadden we een meneer die totaal geen Nederlands sprak, en probeer ik een beetje met handen en voeten te communiceren en gok ik maar wat: ‘waarschijnlijk heeft hij het hierover’. Maar dat ervaar ik wel als behoorlijk lastig”*

Geen van de verpleegkundige denkt dat in het geval van een taalbarrière bovenstaande tactieken helemaal sluitend zijn. De verpleegkundigen geven daarom aan lang niet altijd het

idee te hebben dat ze elkaar begrijpen:

“Mensen knikken vaak ‘ja’, maar ik heb het idee dat ze vaak een beetje sociaal wenselijk ‘ja’ knikken dat ze het hebben begrepen, terwijl ze het helemaal niet hebben begrepen. Dat kun je natuurlijk wel heel snel checken, en dan blijkt dat het kwartje helemaal niet is gevallen”

Ondanks de taalbarrière gaan de verpleegkundigen wel altijd het gesprek aan, en kiezen ze er dus niet voor om dan maar niet met die patiënt te communiceren.

5.4.3 Gebruik van tolken

Ondanks dat er in sommige gevallen sprake is van een taalbarrière geven de meeste verpleegkundigen aan alleen een tolk in te schakelen bij officiële behandelgesprekken waarbij een behandelaar aanwezig is. Afhankelijk van het aantal patiënten waarbij sprake is van een taalbarrière, gebruiken de meeste verpleegkundigen zo’n vijf keer per jaar een tolk. Ik vind dat er weinig gebruik wordt gemaakt van een tolk, zeker omdat een groot gedeelte van de patiënten binnen Locatie Bocholtstraat van allochtone afkomst is. Er is echter ook onduidelijkheid over de nieuwe regels omtrent het inschakelen van een tolk:

“Ik heb begrepen dat we dat door financiële omstandigheden niet zelf mogen gaan regelen, maar dat dat via het secretariaat geregeld moet worden. Ik weet niet precies hoe het zit”.

Uit dit citaat blijkt dat de verpleegkundige niet op de hoogte is van de regels rondom het gebruik van tolken, maar ook dat hij er niet voldoende bij stil staat om uit te zoeken hoe het precies zit. Juist door deze onduidelijkheid en onwetendheid worden tolken niet altijd ingeschakeld. Daarnaast wordt het inschakelen van een tolk sinds januari 2012 niet meer vergoed door de overheid, en hierdoor is het inschakelen van een tolk een grotere stap geworden.

“In de alledaagse omgang ga ik niet een tolk bellen, dat is toch teveel gedoe. En ik weet ook niet of het de bedoeling is dat we dat zo laagdrempelig doen”

In het geval van een taalbarrière geven vier verpleegkundigen aan te wachten met het bespreken van bepaalde onderwerpen met de patiënt tot er een gesprek met een behandelaar plaatsvindt. Het merendeel van de verpleegkundigen vindt ook dat het in het dagelijks contact vaak niet nodig is om een tolk in te schakelen.

De meeste verpleegkundigen hebben door de jaren heen zowel een professionele tolk, een tolktelefoon als een informele tolk gebruikt. Het meest wordt echter gebruik gemaakt van een informele tolk. Hoewel de meeste verpleegkundigen de voorkeur geven aan een professionele ‘live’ tolk zijn ze ook te spreken over de tolktelefoon. De voor- en nadelen van professionele tolk en tolktelefoon worden in het volgende citaat genoemd:

“Ik vind een live tolk wel prettig, omdat die ook kan observeren hoe een persoon erbij zit, en soms na het gesprek nog nuttige informatie kan geven over hoe de familie met elkaar omging en dergelijke. Een telefoon is wel laagdrempeliger en is makkelijk te gebruiken en sneller geregeld. Sommige tolken komen iets te laat, en de tolktelefoon bel je gewoon. Beide hebben dus voordelen, maar ik vind een tolk in levende lijve altijd wel prettig”

Hoewel er tijdens het onderzoek verschillende gesprekken met een informele tolk werden geobserveerd, geven alle verpleegkundigen aan geen voorkeur te geven aan het gebruik van een informele tolk. Een drietal verpleegkundigen geeft aan nare ervaringen te

hebben bij het gebruiken van een informele tolk, waarbij de informele tolk informatie achterhield of waarbij de tolk onderling in de eigen taal overlegde wat hij voor antwoord zou geven. Deze verpleegkundigen zouden hierdoor liever geen gebruik meer maken van een informele tolk. Zes verpleegkundigen geven echter aan dat het vaak een samenloop van omstandigheden is waardoor de familie tolkt, bijvoorbeeld wanneer de familie van de patiënt onverwacht slecht Nederlands spreekt of als er geen tolk beschikbaar is. Twee verpleegkundigen geven aan het gebruik van een informele tolk minder kwalijk te vinden als de patiënt zelf wel Nederlands spreekt, maar alleen de familie niet.

Een verpleegkundige benoemt een positief punt over het gebruik van informele tolken: *“Soms heeft het niet eens met een taalbarrière te maken, maar met het feit dat sommige patiënten sowieso wat onduidelijk zijn. Als familie ze dan wat beter kent, begrijpen ze toch iets meer van zo iemand”*

Dit citaat sluit aan bij de literatuur van onder andere Meeuwesen et al. (2011) en Bot (1998), waarin wordt aangegeven dat formele tolken soms door patiënten als verlengstuk van de hulpverlener worden gezien, waardoor patiënten de formele tolk niet vertrouwen. Doordat met familie of vrienden al een vertrouwensband bestaat, is het in sommige gevallen fijner voor de patiënt om familie of vrienden te laten tolken.

5.4.4 Interpersoonlijk niveau

Er zit een verschil in hoe verpleegkundige de machtsafstand tussen henzelf en de patiënten zien. Een verpleegkundige vertelt dat haar omgang met patiënten verschilt. Ze bepaalt haar houding op basis van het ziektebeeld van de patiënt en de band die ze met de patiënt heeft. Afhankelijk hiervan kiest zij ervoor om dichtbij te komen of juist afstand te bewaren.

Een andere verpleegkundige ziet zichzelf meer als een soort bemiddelaar, en hij vindt dat je alle patiënten op dezelfde manier moet behandelen:

“Ik vind een professionele houding zeer belangrijk ten opzichte van te patiënt. Je moet niet te dichtbij komen, maar ook niet te ver weg zijn. Er moet een bepaald vertrouwen zijn tussen een pb-er en zijn cliënt, er moet een brug gebouwd kunnen worden tussen A en B, want zonder die brug bereik je niets. Als je te dichtbij komt, verlies je het overzicht en ben je niet professioneel. Als je te ver bent, ben je te afstandelijk en heb je ook niet het overzicht om iets te kunnen bereiken met de cliënt”

Vier verpleegkundigen geven aan dat er eigenlijk geen verschil tussen allochtone en autochtone patiënten te merken is op het gebied van machtsafstand. Volgens een van hen zijn patiënten continu bezig om de verhoudingen tussen hen zelf en de verpleging af te tasten, en spelen hierbij culturele achtergronden geen rol. Een tweede verpleegkundige zegt dat het moeilijk is om in te schatten of het gedrag van patiënten cultureel bepaald is of voortkomt uit psychische gesteldheid:

“Je bepaalt eigenlijk gevoelsmatig en vanuit de kennis die je hebt hoe dichtbij je kunt komen. Soms moet je juist ook bewust afstand nemen, en dat kan net zo goed bij autochtone patiënten zijn, maar daar heb ik nu nog geen ervaringen mee”

Drie verpleegkundigen merken dat allochtone patiënten in vergelijking tot autochtone patiënten meer respect hebben voor artsen, waarbij ze ervan uitgaan dat de dokter alles weet en het idee hebben dat de dokter weet wat goed is. Een andere verpleegkundige vindt echter

dat artsen is het algemeen veel aanzien hebben en er geen verschil is tussen hoe allochtone en autochtone patiënten tegen artsen aankijken. Wel merkt deze verpleegkundige op dat allochtone patiënten en hun familie soms minder vertrouwen hebben in jonge vrouwelijke arts-assistenten die als behandelaar optreden, omdat ze de ‘echte dokter’ willen.

Wanneer gevraagd wordt naar miscommunicatie op non-verbaal niveau geven verschillende vrouwelijke verpleegkundigen aan dat ze allochtone mannen vaak geen hand mogen geven. Zes verpleegkundigen vertellen dat je allochtone patiënten niet altijd lang aan kunt kijken of dat je niet direct kunt zijn. Een drietal verpleegkundigen schetst het beeld van een groep patiënten die een aantal jaar geleden op de afdeling open B zat. De groep bestond uit jonge Marokkaanse mannen.

“Zij gedroegen zich heel macho, door hun lichaamstaal met brede armen. (...) Het was frappant dat het bij die groep jongens allemaal hetzelfde was, maar ik weet niet of het nu te maken had met culturele achtergrond, of met het feit dat ze jong zijn en stoer en sterk willen zijn”

De groep jongens wilde niet luisteren of niets aannemen van vrouwelijke verpleegkundigen, maar dit was ingewikkeld omdat de meeste verpleegkundigen vrouwelijk zijn. Er is in die tijd tijdelijk een ‘multicultigroep’ opgericht, waarin dit onderwerp naar voren kwam en problemen konden worden besproken. Het bestaan van deze groep was echter van korte duur, want toen er een aantal van de patiënten vertrokken was, was het probleem er niet meer en raakte het op de achtergrond.

5.4.5 *Cursus en scholing*

Alle verpleegkundigen geven aan tijdens hun opleiding tot verpleegkundige een aantal lessen te hebben gehad over het omgaan met verschillende culturen. Het was echter slechts globale theorie en niet heel uitgebreid. Voor de meeste verpleegkundigen is het ook al jaren geleden dat ze de opleiding deden.

Binnen GGZ inGeest hebben 7 verpleegkundigen diverse workshops en klinische lessen gehad. De verpleegkundigen die het kortst binnen Locatie Bocholtstraat werken (respectievelijk 2,5jaar en 4 maanden) hebben geen cursus, workshop op klinische les gehad.

Geen van de geïnterviewde verpleegkundigen heeft over de cursus ‘Culturele competentie: werken met verschillen’ binnen GGZ inGeest gehoord of deze cursus gevolgd. Aangezien de cursus in 2004 is ontwikkeld, is het logisch dat de verpleegkundigen die langer dan 8 jaar in dienst zijn deze cursus niet tijdens hun introductie aangeboden hebben gekregen. De cursus is aan deze verpleegkundigen echter ook niet als aanvullende cursus aangeboden. Ook de verpleegkundigen die na 2004 in dienst zijn getreden binnen Locatie Bocholtstraat hebben de cursus niet aangeboden gekregen, terwijl de cursus volgens de informatie op het intranet van GGZ inGeest verplicht wordt gesteld op de introductiedagen.

Zeven verpleegkundigen geven aan de cursus ‘Culturele competentie: werken met verschillen’ of een soortgelijke cursus graag alsnog te willen volgen:

“Ik heb niet het idee dat ik er heel veel vanaf weet. Er zijn ook zoveel verschillende culturen. Heel veel dingen weet je niet, dus die mis je ook. Als er een cursus zou zijn, zou ik die zeker willen volgen”

Toch geven de meeste verpleegkundigen aan geen kennis te missen in hun dagelijkse werkzaamheden door kennis vanuit hun ervaring. Een verpleegkundige geeft echter wel toe: *“Als iemand in de kliniek komt, schat je in waar iemand vandaan komt en daar denk je zeker wel over na, maar verder dan de duidelijke dingen kom je niet. Ook omdat je in eerste instantie naar de psyche gaat kijken”*

Drie verpleegkundigen geven aan dat voor hen een belangrijke reden om de cursus te volgen is dat Locatie Bochtstraat is gevestigd in Amsterdam Nieuw West. Ze krijgen binnen de kliniek dagelijks te maken met patiënten uit verschillende culturen, en daarom wordt een dergelijke cursus als heel praktisch ervaren.

Drie andere verpleegkundigen geven aan in de loop der jaren genoeg kennis en ervaring opgedaan te hebben, en daardoor niet perse de cursus hoeven te volgen. Zij hebben het idee genoeg kennis in huis hebben (door vroegere scholing of door jarenlange ervaring) om om te gaan met de culturele en talige verschillen binnen Locatie Bochtstraat. Uit de eerder beschreven observaties blijkt echter dat de verpleegkundigen lang niet altijd zien dat er sprake is van een talige of culturele barrière, en dit is ook te verklaren doordat de verpleegkundigen erg gefocust zijn op de psyche van de patiënt. Extra scholing of het creëren van meer bewustzijn rondom culturele en talige verschillen is daarom nodig.

5.5 Interviews met artsen

5.5.1 Criteria voor het inschakelen van tolken

Beide artsen geven aan een tolk in te schakelen wanneer zij hun anamnese niet goed kunnen afnemen of het psychiatrisch onderzoek niet kunnen voltooien ten gevolge van een taalbarrière. Ook wordt een tolk ingezet als de artsen willen weten of patiënten psychotisch zijn of wat er in hen omgaat, en dit door een taalbarrière niet achterhaald kan worden. Voor beide artsen geldt dat de patiënt geen vloeiend Nederlands hoeft te kunnen spreken, maar dat het wel van ‘redelijk niveau’ moet zijn.

Arts 2 maakt echter uit principe zo min mogelijk gebruik van een tolk. Hij vindt het belangrijk om zich te verdiepen in de patiënt en een relatie op te bouwen, en daar is volgens hem niet altijd een tolk voor nodig. Arts 1 vertelt dat het inzetten van een tolk echter niet altijd zinvol is binnen de psychiatrie: *“Op het moment dat iemand heel psychotisch is, hebben we eerst echt een aantal keer een tolkentelefoon of live tolk ingezet. En als je dat een keer of 6 gedaan hebt, kom je er bij de 7^e keer achter ‘nou dit is misschien niet eens de taalbarrière, maar de cognitieve beperkingen van de patiënt”*

Tot slot vinden beide artsen dat er aandacht besteed moeten worden aan het werken met tolken, omdat dit ‘een vak apart’ is. Arts 1 geeft aan hier supervisie over te geven op het moment dat tolken veelvuldig worden gebruikt binnen de kliniek, maar dat dat op dit moment niet het geval is.

5.5.2 Soorten tolken

De voorkeur van arts 1 gaat uit naar een professionele ‘live’ tolk, voornamelijk bij het eerste contact. Zij merkt dat de communicatie dan tussen zowel zichzelf als de patiënt als tussen zichzelf en de tolk makkelijker verloopt, en dat ze ook makkelijker instructies kan geven en

dat die sneller worden opgevolgd. Arts 2 bepaalt het gebruik van een professionele ‘live’ tolk en een tolkentelefoon per situatie: *“Tolkentelefoon gaat letterlijk om het uitvragen van informatie, wat ik mis dan is de interactie. (...) De tolkentelefoon zal ik dan eerder inzetten voor het verkrijgen van informatie, dan voor een gesprek. Een gesprek is toch een dynamiek”*

Arts 1 en arts 2 zijn het oneens over het gebruik van informele tolken. Waar arts 2 aangeeft vaak gebruik gemaakt te hebben van een informele tolk, stelt arts 1: *“Ik kan me niet herinneren dat we dat hebben ingezet. Soms wel eens in het eerste contact, maar ik zeg altijd tegen de behandelaars: familieleden gebruiken we niet als tolk. (...) Iets vertalen moet gebeuren door professionals. Vooral het ongecensureerd vertalen van wat een patiënt zegt is soms wel eens moeilijk voor familie. En wat ga je doen als je praat over seksualiteit of suicidaliteit? Wanneer een familielid dat gaat vertalen, dan wordt de anamnese ook gewoon onbetrouwbaar”*

Opvallend aan dit citaat is dat arts 1 aangeeft dat binnen Locatie Bocholtstraat geen informele tolk wordt ingezet, terwijl uit zowel de interviews met verpleegkundigen als uit de observaties blijkt dat er in sommige gevallen wel gebruik wordt gemaakt van een informele tolk. Waarschijnlijk weet de arts dat er wel gebruik wordt gemaakt van informele tolken binnen Locatie Bocholtstraat, maar vertelt de arts hier wat de norm is en hoe zij het gebruik van tolken graag zou zien.

Officiële documenten op intranet van GGZ inGeest geven aan dat er in verband met de kosten goed moet worden gekeken of een tolk nodig is, en dat dan in eerste instantie gekeken moet worden of een familielid van de patiënt kan tolken. Wanneer dit voorgelegd wordt aan arts 1 reageert zij:

“Nee hoor, dat vind ik echt belachelijk. Ik vind dat heel slecht. Het gaat ten koste van de betrouwbaarheid van dat gesprek, van de anamnese van het psychiatrisch onderzoek.”

5.5.3 Verpleegkundigen en tolken

Uit de interviews met verpleegkundigen is gebleken dat zij vaak wachten met het inschakelen van een tolk tot er een gesprek met de behandelend arts van de patiënt plaatsvindt. De mening van arts 1 hierover is:

“Als het echt zo belangrijk is voor de begeleiding, dan zou ik niet afwachten tot een kernteam puur omdat er dan een tolk aanwezig is. Dan zou ik dat al eerder doen, en ook gewoon met een tolkentelefoon. Ook omdat het contact vaak wel goed is tussen pb-ers en hun patiënt, dan heb je niet eens een live tolk nodig, maar kan een tolkentelefoon”

Arts 2 is van mening dat je in het geval van een taalbarrière zonder tolk soms belangrijke informatie kunt missen:

“Als je geen gebruik maakt van een tolk en hebt een babbeltjebabbeltje, dan kom je waarschijnlijk niet verder dan dat babbeltjebabbeltje: ‘hoe voel je je, voel je je niet goed? Oke’. Maar verder dan ‘voel je je niet goed’, wat maakt dat je je niet zo goed voelt, dat wordt al gauw ingewikkeld. Dan krijg je in de rapportage: ‘cliënt zegt dat hij zich niet zo goed voelt’. Dat is soms voldoende. Ik denk wel dat je dingen kunt missen als je ook in je verpleegkundige behandeling niet kunt doorvragen. Ik realiseer me dat je niet altijd de tolkentelefoon of een tolk kunt hebben, dus dat betekent dat je veel meer moet gaan kijken op de non-verbale communicatie. Je kunt dingen dus ook missen. Je komt niet aan

verdieping: het gaat goed of het gaat niet goed, en dan ben je al gauw klaar”

5.6 Vragenlijsten patiënten

Op de vragen over de rol en houding van verpleegkundigen werden verschillende antwoorden gegeven. De helft van de patiënten vindt dat de verpleegkundigen hen voldoende hulp bieden bij hun problemen, terwijl 2 patiënten vinden dat ze soms tot nooit voldoende hulp krijgen. 4 van de 6 patiënten vindt daarbij dat de verpleegkundigen voldoende tijd neemt om met ze te praten, de andere twee patiënten vinden dat dit slechts soms gebeurt. Opvallend is dat beide patiënten die geboren zijn in het buitenland met buitenlandse ouders vinden dat er slechts soms voldoende tijd wordt genomen door de verpleegkundigen om met ze te praten. Hoewel deze 2 patiënten vinden dat er niet altijd voldoende tijd voor ze wordt genomen door de verpleegkundigen vertrouwen zij, samen met nog 2 patiënten, de verpleegkundigen wel genoeg om met hen over problemen te praten. De overige patiënten zouden daarentegen nooit met de verpleegkundigen over hun problemen praten.

Bij de vragen over cultuur vinden alle patiënten dat ze voldoende met de verpleegkundigen kunnen praten over hun cultuur, cultuurverschillen en geloofsovertuigingen. 4 patiënten hebben echter soms tot nooit het idee dat de verpleegkundige begrijpt welke rol hun culturele of religieuze achtergrond in hun leven speelt. Opvallend is dat de verpleegkundigen in de interviews juist aangaven het idee te hebben dat zij voldoende inzicht hebben in culturele of religieuze verschillen en achtergronden, terwijl het merendeel van de ondervraagde patiënten dit niet op deze manier ervaart. Daarnaast is interessant dat een van de patiënten die in het buitenland geboren is met buitenlandse ouders juist altijd het idee heeft dat de verpleegkundigen de rol van zijn culturele of religieuze achtergrond begrijpt. Op de vraag of de patiënten vinden dat de verpleegkundige op respectvolle manier met hen omgaat geven 5 patiënten ‘altijd’ aan. 4 patiënten hebben daarbij het idee dat zij serieus genomen worden. Opmerkelijk is dat de overige 2 patiënten die geboren zijn in Nederland met Nederlandse ouders aangeven ‘soms’ serieus te worden genomen. Tot slot vinden 4 van de 6 patiënten het niet belangrijk om te kunnen kiezen voor een mannelijke of vrouwelijke verpleegkundige, een minderheid geeft aan wel graag te willen kiezen.

Als laatste zijn vragen gesteld over het gebruik van tolken. Geen van de patiënten geeft aan dat er wel eens een tolk aanwezig is geweest bij een gesprek met de verpleegkundigen. 1 patiënt geeft aan dat het haar niet uitmaakt of er vaker een tolk aanwezig is bij een gesprek met de verpleegkundige, de andere patiënten geven aan hier geen behoefte aan te hebben. Bij de meerderheid van de patiënten is ook nooit een tolk aanwezig in gesprekken met de behandelaar. Van 2 patiënten waarbij soms tot vaak een tolk aanwezig is, geven beide patiënten aan dat het hen niet uitmaakt of er vaker een tolk aanwezig is bij gesprekken met de behandelaar. De overige patiënten geven aan hier geen behoefte aan te hebben.

5.7 Conclusie

Samenvattend is er binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat weinig aandacht voor interculturaliteit binnen de organisatie. Zo is er geen interculturalisatiebeleid meer, wordt de

cursus ‘Werken met verschillen’ niet meer gegeven en wordt er tijdens MTO’s, weekendoverleggen en overdrachten weinig gesproken over eventuele talige of culturele barrières binnen de kliniek. Het gebruik van tolken wordt sinds januari 2012 niet meer vergoed door de overheid, en hierdoor is onder verpleegkundigen binnen de kliniek verwarring ontstaan over wanneer er wel of niet een tolk kan worden ingeschakeld. De afdeling Communicatie van GGZ inGeest geeft aan dat er vaker gebruik moet worden gemaakt van informele tolken, maar zowel de manager, de artsen als de verpleegkundigen binnen Locatie Bocholtstraat maken hier liever geen gebruik van. In de praktijk blijkt dit echter lastig te omzeilen.

Hoewel de verpleging binnen Locatie Bocholtstraat wel culturele en talige barrières kan benoemen, staan ze niet altijd stil bij de betekenis van deze barrières. Zo wordt in het geval van een talige barrière harder, langzamer of simpeler gepraat tegen de allochtone patiënt of worden zinnen voor de patiënt ingevuld (*Hoe vindt u de sfeer? Goed?*). Om toch tot wederzijds begrip te komen, herhaalt de verpleging wat de patiënt zegt (*Dus u wilt een wasje doen?*) of schakelt over op een andere taal. Er wordt geen gebruik gemaakt van tolken in het contact tussen verpleegkundige en patiënt. Belangrijke vragen of informatie worden opgespaard tot een gesprek waarbij de behandelaar aanwezig is, want in die gevallen wordt vaker een tolk ingezet. De verpleging ziet wel culturele verschillen, zoals verschil in religie en andere man-vrouwverhoudingen, maar de ondervraagde patiënten hebben het idee dat de verpleegkundigen niet begrijpen wat hun cultuur precies inhoudt.

Uit de resultaten blijkt dat de verpleging binnen Locatie Bocholtstraat meer gefocust is op de psyche van de patiënt, en eventuele misverstanden of talige problemen daaraan wijdt. Hierdoor zien ze soms over het hoofd dat misverstanden ook te maken kunnen hebben met de culturele achtergrond van de patiënt of vanwege een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal door de patiënt.

6. Discussie

6.1 Beantwoording onderzoeksvraag en theoretische reflectie

Aan het begin van dit onderzoeksverslag is een vraag voor het empirisch onderzoek opgesteld, en deze zal ik in dit hoofdstuk beantwoorden. De onderzoeksvraag luidde:

Hoe communiceren verpleegkundigen en patiënten in de intramurale, transculturele psychiatrie binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat en hoe gaan zij om met eventuele problemen in deze communicatie?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is allereerst onderzoek gedaan naar beleid binnen de onderzoekslocatie. GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat blijkt een professionele organisatie te zijn (Mintzberg, 1989) met volledige horizontale en verticale decentralisatie van de macht. Het interculturalisatiebeleid binnen GGZ inGeest heeft niet langer een portefeuillehouder, maar dit beleid zou binnen het circuit van Locatie Bocholtstraat geregeld moeten worden. Dit blijkt echter niet het geval te zijn, waardoor er binnen Locatie Bocholtstraat vanuit het management geen aandacht is voor interculturalisatie. Ook tijdens MTO's, weekendoverleggen en overdrachten wordt weinig aandacht besteed aan talige of culturele barrières. Van Dijk (1989) en anderen geven aan dat culturele en talige barrières de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden, en het is daarom belangrijk dat er binnen GGZ inGeest wel aandacht wordt besteed aan interculturalisatie. Ook het tolkenbeleid binnen GGZ inGeest is onderzocht, maar hierbij zijn geen officiële beleidsdocumenten gevonden. Sinds januari 2012 wordt het gebruik van tolken niet meer vergoed vanuit de overheid, maar betaalt GGZ inGeest hier zelf voor. De afdeling Communicatie geeft aan dat binnen de kliniek geprobeerd moet worden om een informele tolk te regelen alvorens een professionele tolk in te schakelen in verband met de kosten.

Als tweede stap in de beantwoording van de onderzoeksvraag zijn observaties gedaan op de open afdeling van Locatie Bocholtstraat. Daarnaast zijn interviews en vragenlijsten afgenomen. Uit de data is gebleken dat verpleegkundigen wel weten dat ze te maken hebben met verschillende culturele achtergronden bij patiënten, maar dat zij zich niet bewust zijn van de gevolgen hiervan (zoals een verschil in normen, waarden en religie). Wanneer men zich niet bewust is van verschillen in normen en waarden, kan miscommunicatie ontstaan (Ferraro, 2006; Shadid, 2000; Holliday et al., 2010). In de transculturele psychiatrie kan dit tot gevolg hebben dat verpleegkundigen en patiënten met verschillende culturele achtergronden op een andere manier tegen de psychiatrische ziekte aankijken (Kortmann, 2004). In de geobserveerde spontane communicatie leiden culturele of talige verschillen niet tot grote vormen van miscommunicatie; met het gebruik van andere talen of door gebaren proberen de verpleegkundigen toch tot wederzijds begrip te komen. Watzlawick et al. (1970) en Bos (1991) bevestigen de wisselwerking tussen de verbale en non-verbale boodschap, en het belang van de non-verbale boodschap in interculturele communicatie. Het valt echter wel op dat de verpleegkundigen langzamer, harder en op meer kinderlijke toon praten wanneer zij met een allochtone patiënt in gesprek zijn dan wanneer zij met een autochtone patiënt spreken.

Bij de observaties van geplande interactie valt op dat verpleegkundigen vaak zinnen afmaken voor patiënten die slechte beheersing van het Nederlands hebben of zelfs antwoorden voor hen invullen. Er wordt in één-op-ééncontact tussen verpleegkundige en patiënt geen gebruik gemaakt van een tolk, ook als het taalniveau van de patiënt door de verpleegkundigen wordt ingeschat als matig of slecht. Een verklaring hiervoor is dat het voor veel verpleegkundigen onduidelijk is wanneer er wel of niet een tolk ingeschakeld moet (en mag) worden, en hoe dit geregeld wordt.

In gesprekken met een behandelaar erbij wordt soms gebruik gemaakt van een tolk. In de meeste gevallen gaat het hierbij om een informele tolk, zoals een familielid of vriend van de patiënt. Het gebeurt echter vaak dat de informele tolk meer als gesprekspartner dan als tolk optreedt in het gesprek. Wanneer gesprekken met een informele of formele tolk plaatsvinden, is merkbaar dat binnen Locatie Bocholtstraat weinig scholing is over het werken met tolken. Tolken worden niet vooraf geïnformeerd, terwijl de literatuur aangeeft dat de tolk beter zijn taak kan voltooien wanneer hij de situatie goed begrijpt (Bot, 1998). Daarnaast richten zowel behandelaar, verpleegkundige als patiënt zich in een gesprek met de tolk tot de tolk in plaats van tot elkaar. Dit is ook in tegenspraak met de theorie, welke aangeeft dat gesprekspartners elkaar moeten aanspreken (Meeuwesen et al., 2011).

Uit de data blijkt dat verpleegkundigen op Locatie Bocholtstraat erg gefocust zijn op de psyche van de patiënt en eventuele barrières in de communicatie als onderdeel van de ziekte zien. Zo kunnen schizofrene patiënten last hebben van formele denkstoornissen, waardoor hun gedachtegang moeilijk te volgen is, maar waardoor zij ook zinnen door elkaar gooien (Griez et al., 2003). Het is hierdoor echter wel mogelijk dat verpleegkundigen talige of culturele barrières over het hoofd zien, omdat zij de verschijnselen vanuit de psychiatrische ziekte van de patiënt proberen te verklaren en daarbij niet altijd aandacht hebben voor de culturele achtergrond van de patiënt.

Aan het begin van dit hoofdstuk gaf ik aan dat het interculturalisatiebeleid binnen GGZ inGeest niet langer van kracht is. Daaruit zou afgeleid kunnen worden dat er binnen de organisatie geen managementstrategie is omtrent het omgaan met culturele verschillen. Uit de data blijkt dat binnen Locatie Bocholtstraat behandelaars en verpleegkundigen patiënten los van hun cultuur zien en als uniek persoon met eigen culturele en sociale kenmerken. Dit sluit aan bij de individualiseringsvariant van de differentiebenadering van Glastra (1999). Er is vanuit het management echter te weinig aandacht voor het herkennen en voorkomen van misverstanden om echt te spreken over intercultureel management; de individualiseringsvariant is binnen Locatie Bocholtstraat wel terug te vinden, maar op beperkte schaal.

6.2 Methodische reflectie

In het onderzoek zijn 38 gesprekken geobserveerd, welke zijn opgedeeld in spontane en geplande interactie. Ik ben van mening dat dit aantal voldoende is om een duidelijk beeld te kunnen vormen over de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten binnen de onderzoekslocatie. Na het observeren van de 38 gesprekken was sprake van saturatie, waardoor het observeren van meer gesprekken niet tot nieuwe inzichten zou hebben geleid. Doordat verzadiging van informatie is opgetreden, wordt de betrouwbaarheid van het

onderzoek vergroot.

Er zijn interviews gehouden met 10 verpleegkundigen, en ook dit is naar mijn mening voldoende voor een kwalitatief onderzoek. Doordat de vragenlijst van de interviews onder andere is opgesteld aan de hand van de observaties dienden een deel van de interviewvragen als bevestiging van de observaties. Doordat de onderzoeksresultaten van interviews en observaties dezelfde kant op wijzen, wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Interviews zijn ook afgenomen met 2 artsen. Dit aantal respondenten is beperkt, maar de interviews dienden elkaar ter aanvulling en controle op bepaalde vragen uit de interviews met verpleegkundigen. De betrouwbaarheid van de data van deze interviews had vergroot kunnen worden als er meer respondenten waren gebruikt.

De vragenlijst voor patiënten is door 6 respondenten ingevuld. Aangezien de afdeling waar het onderzoek plaatsvond uit 20 patiënten bestond, is de respons op de vragenlijst mager. Patiënten wilden de vragenlijst waarschijnlijk niet invullen uit angst of achterdocht vanuit hun psychiatrische aandoening. Hierdoor is de validiteit van de data minder groot dan beoogd. Doordat zowel de interviews als vragenlijsten door mij als onderzoeker zijn afgenomen, kunnen de gegeven antwoorden gekleurd zijn. Het kan zijn dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden gaven, bijvoorbeeld door een antwoord te geven waarvan ze dachten dat de onderzoeker die zou willen horen, of door een situatie beter schetsten dan deze in werkelijkheid was.

In de data is gekeken naar communicatie tussen autochtone verpleegkundigen en allochtone patiënten. Hierbij is iemand als ‘autochtoon’ als hij/zij geboren was in Nederland met Nederlandse ouders, en als ‘allochtoon’ als hij/zij geboren was in Nederland met buitenlandse ouders, of als hij/zij geboren was in het buitenland met buitenlandse ouders. In dit onderzoek zijn patiënten van allochtone afkomst als een groep behandeld, maar als onderzoeker had ik er ook voor kunnen kiezen een onderscheid te maken tussen patiënten die wel in Nederland geboren zijn met buitenlandse ouders en patiënten die niet in Nederland geboren zijn met buitenlandse ouders. De definitie ‘allochtoon’ kan dus op verschillende manieren worden uitgelegd, en dit kan van invloed zijn op de onderzoeksresultaten.

Om te voorkomen dat de onderzoeker te rechtlijnig de data-analyses uitvoerde, zijn de te nemen stappen van de analyses uitvoerig besproken met de docentbegeleider. Daarnaast zijn de data meerdere malen door de onderzoeker bekeken en geanalyseerd. Deze triangulatie van de onderzoeksmethoden zorgt ervoor dat de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd worden.

Concluderend kan gesteld worden dat ondanks bovenstaande kanttekeningen de studie laat zien dat binnen Locatie Bocholtstraat meer aandacht geschonken kan worden aan interculturaliteit binnen de organisatie. Door een beter interculturalisatie- en tolkenbeleid kunnen eventuele talige en culturele barrières verminderd worden en kan een effectievere communicatie tussen verpleegkundige en patiënt worden bewerkstelligd.

6.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten zijn een aantal aanbevelingen opgesteld. Binnen de transculturele psychiatrie is het van belang dat aandacht wordt besteed aan de interculturele communicatie. Iemands culturele achtergrond bepaalt zijn normen en waarden, maar ook zijn

manier van communiceren. Om de communicatie met allochtone patiënten op een succesvolle manier te laten verlopen, dienen zij op een andere manier benaderd te worden dan autochtone patiënten. Sinds een aantal jaar wordt weinig tot geen aandacht besteed aan het interculturaal beleid binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat, waardoor medewerkers weinig scholing krijgen op het gebied van omgaan met culturele en talige verschillen. Wanneer medewerkers interculturele competenties opbouwen (Ten Thije & Deen, 2009; Van Endt-Meijling, 2003; Byram, 2007), weten zij beter hoe talige en culturele barrières overbrugd kunnen worden, waardoor meer succesvolle interactie tot stand kan worden gebracht. Om meer intercultureel bewustzijn onder de medewerkers te creëren, is het belangrijk dat er weer meer aandacht komt voor intercultuur binnen de organisatie, bijvoorbeeld in de vorm van cursussen.

Daarbij aansluitend is het aan te bevelen een duidelijk tolkenbeleid op te stellen en ervoor te zorgen dat eenieder binnen Locatie Bocholtstraat van dit beleid en de werking ervan op de hoogte is. Op deze manier kan onduidelijkheid onder de medewerkers weggenomen worden, en is het voor hen ook makkelijker om een tolk in te schakelen indien nodig. Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat in gesprekken met een tolk niet efficiënt gebruik gemaakt wordt van de tolk, bijvoorbeeld doordat te lange zinnen worden geformuleerd waardoor de tolk niet alles kan vertalen. Het is daarom raadzaam om medewerkers meer informatie te geven over het omgaan met tolken in een gesprek, bijvoorbeeld in de vorm van een informatieboekje of een korte cursus.

Als laatste wil ik het belang benadrukken van de verschillende visies op communicatie en interculturele communicatie. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat verpleegkundigen vaak gefocust zijn op de psyche van de patiënt en van daaruit eventuele problemen in de communicatie verklaren, waardoor zij eventuele talige of culturele barrières over het hoofd kunnen zien. Door meer interdisciplinaire kennis op te doen, vanuit bijvoorbeeld de communicatiewetenschappen of sociale wetenschappen, kan door hulpverleners ook vanuit een andere dan het medische perspectief naar de communicatie binnen de kliniek worden gekeken.

6.4 Reactie van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat

Tenslotte is deze scriptie voorgelegd aan de manager van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat, Sally Timmermans. In een schriftelijke reactie laat zij weten dat zij zich herkent in de problemen die in deze scriptie worden geschetst en dat zij de aanbevelingen ter harte wil nemen. Ze laat ook het dilemma zien tussen de aanbevelingen en de financiën: aan de ene kant werken de huidige bezuinigingen in de zorgsector investeringen in de communicatie tegen, maar aan de andere kant kan het investeren in betere communicatie de kosten ook juist verlagen. De volledige reactie van Sally Timmermans is te vinden in bijlage VI.

Bibliografie

- American Psychiatric Association (APA) (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Appel, R (2004). Spreken wij dezelfde taal? Interculturele onderhandelingsdilemma's. In: Beunderman, R., Savenije, A., Mattheijer, M. & Willems P. (2004) *Meer kleur in de jeugd-GGZ*. Assen: Van Gorcum BV.
- Boeije, H (2005). Kwalitatief onderzoek. In: Hart, H, et al (red). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.
- Blondis, M.N. & Jackson, B.E. (1978). Wat is non-verbale communicatie? In: Blondis, M.N. & Jackson, B.E. (1978) *Zonder woorden. Non-verbale communicatie met patiënten*. Haarlem: De Toorts.
- Bos, A. (1991). *Communicatie in relaties. Over systeem- en communicatietheorie*. Utrecht: Lemma.
- Bot, H (1998). Werken met tolken in psychotherapie. In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 5, p.311-327.
- Byram, M. (1997). *Teaching and Assessing Intercultural Communicative Competence*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Claes, M.T. (2009). The linguistic shift in cross-cultural studies: culture in discourse. In: *European J. Cross-Cultural Competence and Management*, 1, 11, p.66-76.
- Dijk, R. van (1989). Cultuur als excuus voor falende hulpverlening. In: *Medische Antropologie*, 1, 2, p.131-143.
- Endt-Meijling, M. van (2003). *Met Nieuwe Ogen. Werkboek voor de ontwikkeling van een transculturele attitude*. Bussum: Coutinho.
- Ferraro, G. P. (2006). *The cultural dimension of international business*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Glastra, F.J. (1994). *De begrensde verbeelding: interetnische verhoudingen in educatieve en voorlichtingsfilms*. Proefschrift. Leiden: DSWO Press.
- Glastra, F.J. (1999). Benaderingen van intercultureel management. In: Glastra, F.J. (1999), *Organisaties en diversiteit. Naar een contextuele benadering van intercultureel management*. Utrecht: Lemma.
- Griez, E., Honig, A. van & Verhey, F (2003). *Beknopte psychiatrie*. Assen: Van Gorcum BV.

- Harmsen, J.A.M., Bernsen, R.M.D., Bruijnzeels & M.A., Meeuwesen, L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? In: *Patient Education and Counseling*, 72, p.155-162.
- Helman, C.G. (1990). *Culture, Health and Illness*. Butterwoth: Heineman.
- Hengeveld, M.W. & Shudel, W.J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hengeveld, M.W. & Balkom, A.J.L.M. van (2005). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Van Gorcum BV.
- Hofstede, G. H. (1997). *Cultures and organizations: software of the mind*. New York: McGraw- Hill.
- Holliday, A, Hyde, M. & Kullman, J. (2010). *Intercultural communication, an advances resource book for students*. New York: Routledge Applied Linguistics.
- House, J. & Rehbein, J. (2004). What is 'multilingual communication'? In: House, J. & Rehbein, J. (eds) *Multilingual Communication*. Amsterdam: Benjamins.
- 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.
- Knapp-Potthoff, A. & Knapp, K. (1986). Interweaving two discourses – The difficult task of the non-professional interpreter. In: House, J. & Blum-Kulka, S. (eds) *Interlingual and Intercultural Communication. Discourse and Cognition in Translation and Second Language Acquisition Studies*. Tübingen: Narr.
- Kortmann, F. (2000). Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, p.319-326.
- Kortmann, F. (2004). Hoe om te gaan met patiënten uit een andere cultuur? In: Beunderman, R., Savenije, A., Mattheijer, M. & Willems P. (2004) *Meer kleur in de jeugd-GGZ*. Assen: Van Gorcum BV.
- Kortmann, F. (2004). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum BV.
- Kronenfeld, D. (2008). Cultural models. In: *Intercultural pragmatics 5-1*, p.67-74.
- Littlewood, W. (2001). Cultural awareness and the negotiation of meaning in intercultural communication. In: *Language awareness*, 10, 2, p.189-199.

- Lucassen, P.L.B.J & Olde-Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meeuwesen, L. & Twilt, S. (2011). ‘If you don’t understand what I mean...’ Interpreting in health and social care. In: *European TRICC Project, International Handbook of Good Practice*. Utrecht: Centre for Social Policy and Intervention Studies.
- Meeuwesen, L., Harmsen, H. & Sbiti, A. (2011). *Als je niet begrijpt wat ik bedoel. Tolken in de gezondheidszorg*. Mikado: kenniscentrum interculturele zorg.
- Meeuwesen, L., Harmsen, J.A.M., Bernsen, R.M.D. & Bruijnzeels, M.A (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? In: *Social Science & Medicine*, 63, p.2407-2417.
- Muyllé, C. (2008). *Communicatieleer. Communicatie: een eerste inblik*. Antwerpen: De Boeck.
- Nettelbladt, T. (2005). *Culturele ongevoeligheid bij gedwongen opname*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- RVZ (2002). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Shadid, W.A. (2000). Interculturele communicatieve competentie. In: *Psychologie en Maatschappij*, 24, 1, p.5-14.
- Shadid, W.A. (1998). *Grondslagen van interculturele communicatie. Studieveld en werkerterrein*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Spradley, J.P (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant observation*. New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Stichting Kwadraad (2007). *Eindrapport kwaliteitsonderzoek Circuit volwassenen kortdurend ZK en Team Integrale Zorg gebouw Zuiderpoort*. Utrecht: Kwadraad.
- Struijs, A. & Wennink, H.J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: Trimbos-instituut en de raad voor volksgezondheid en zorg.
- Thijze, J.D. ten (2006). Beyond Misunderstanding: Introduction. In: Bühlig, K. & Thijze, J.D. ten (eds) *Beyond Misunderstanding. The linguistic analysis of intercultural communication*. Amsterdam: John Benjamins.

Thije, J.D. ten & Deen, J. (2009). Interculturele Communicatie: contrast, interactie en transfer. In: *Toegepaste Taalwetenschap in Artikelen*, 2009, 2, p.31-45.

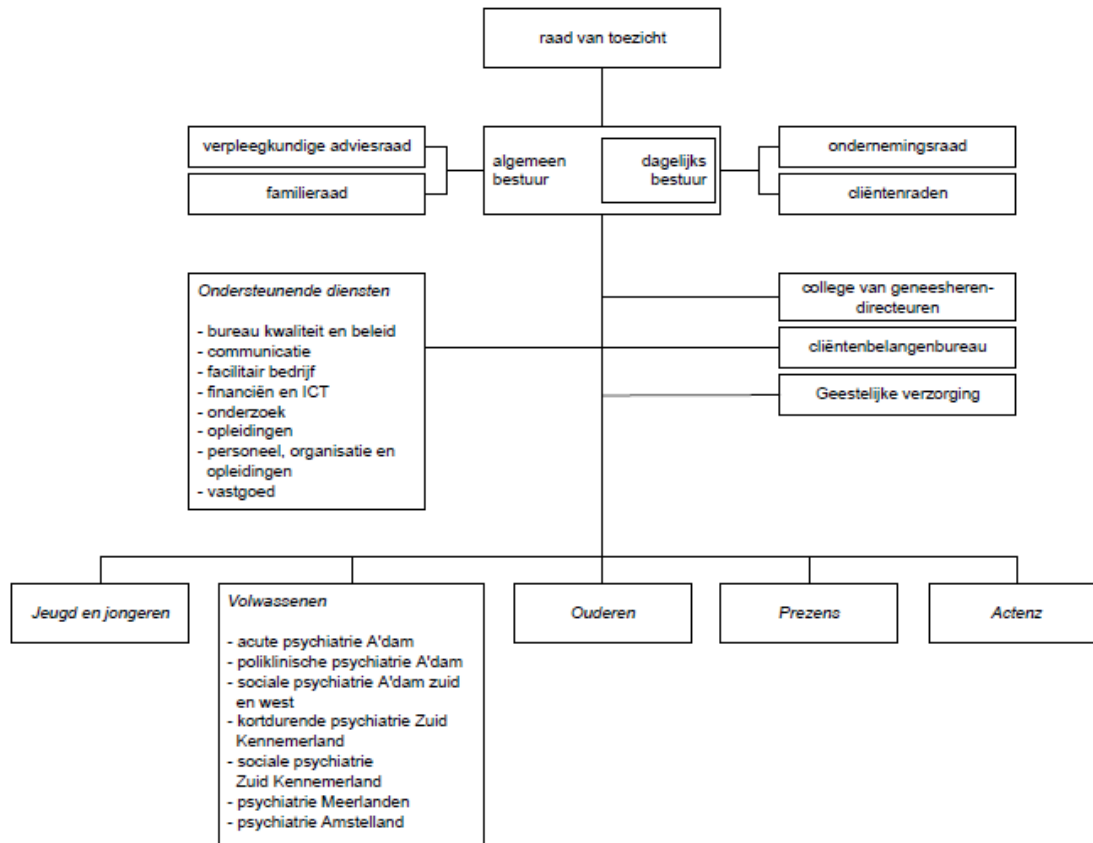
Thys, M., Gomperts, W. (2009). *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Vandereycken, W. & Deth, R. van (2011). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Watzlawick, P. , Beavin, J. H. & Jackson, D.D. (1970). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Bijlagen

Bijlage I: Organogram GGZ inGeest



Maart 2012

Bijlage II: Toestemmingsformulier voor opnemen gesprekken

Geachte heer/mevrouw,

Als cliënt heeft u regelmatig gesprekken met verpleegkundigen. Om de kwaliteit van deze gesprekken te verbeteren, wil ik graag onderzoek doen naar de communicatie tussen cliënten en verpleegkundigen. Daarom heb ik het plan opgevat om gesprekken op te nemen met een audiorecorder. De gesprekken kunnen dan worden uitgeschreven, en het opgenomen materiaal zal hierna meteen verwijderd worden. Analyse van deze gesprekken zal bijdragen aan verbetering van communicatie.

Hoewel ik op de afdeling en bij gesprekken aanwezig ben, ben ik geen onderdeel van de verpleging. Ik werk helemaal onafhankelijk van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat. Deelname aan het onderzoek is daarom geheel anoniem: de gegevens worden enkel gebruikt voor dit onderzoek en zullen niet aan anderen worden verstrekt of voor andere doeleinden worden gebruikt.

Om gesprekken op te mogen nemen, heb ik uw toestemming nodig. Wanneer u hiermee akkoord gaat, zal de opname uitsluitend gebruikt worden voor het onderzoek dat loopt tot 18 mei 2012. Na deze datum zullen alle opnamen worden verwijderd, en de resultaten van het onderzoek zullen anoniem blijven. Wanneer u liever geen toestemming geeft om gesprekken tussen u en de verpleging op te laten nemen, heeft dit uiteraard geen enkel gevolg voor uw behandeling.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Vriendelijke groet,
Tessa Guijt

Bij akkoord:

Naam:

Handtekening voor akkoord:

Bijlage III: Vragenlijst voor interviews met verpleegkundigen

Vragenlijst interviews verpleegkundigen (stage GGZ inGeest – locatie Bocholtstraat)

Algemeen

1) Hoe lang bent u al werkzaam bij GGZ inGeest – locatie Bocholtstraat?

Culturele verschillen / cultuurbarrière

2) Hoe vaak heeft u contact met migranten patiënten?

3) Loopt u in het contact met allochtone patiënten aan tegen culturele verschillen?

4) Tegen wat voor culturele verschillen loopt u hierbij aan?

5) Hoe komen culturele verschillen in gesprekken met allochtone patiënten tot uiting?

6) Hoe gaat u ermee om als u tegen culturele verschillen aanloopt in het contact met een allochtone patiënt?

7) Zijn er veel patiënten die klachten somatiseren? Zijn dit voornamelijk autochtone of allochtone patiënten?

8) In hoeverre ziet u het somatiseren van klachten als cultuurgebonden?

Taalbarrière / gebruik van tolken

9) Hoe gaat u om met patiënten die niet goed Nederlands praten?

10) Heeft u het idee dat u deze patiënten begrijpt en zij u ook begrijpen?

11) Wat doet u als u het idee heeft dat de patiënt u niet begrijpt?

12) Wat doet u om ervoor te zorgen dat de patiënt u wel begrijpt?

13) Hoe vaak maakt u gebruik van een tolk (tolkentelefoon, informele tolk of professionele tolk)?

14) Indien u gebruik maakt van een tolk, is dit alleen in een gesprek met de behandelaar of ook in één-op-ééngesprekken tussen u en de patiënt?

15) Tolkt een familielid, vriend of medepatiënt wel eens voor een patiënt (dus als informele tolk)?

26) Wat is uw mening over het gebruiken van een familielid, vriend of medepatiënt als tolk?

17) Wat is de reden om te kiezen voor het gebruiken van een familielid, vriend of medepatiënt als tolk in plaats van te kiezen voor een professionele tolk of tolkentelefoon?

Bij weinig gebruik van tolk:

18) Wanneer schakelt u wel of niet een tolk in? Wat zijn de criteria?

19) Schakelt u vanwege de kosten niet of nauwelijks een tolk in? Zo nee, wat is dan de reden?

Interpersoonlijk niveau

20) Hoe ziet u de machtsafstand tussen uzelf als verpleegkundige en de patiënt?

21) Denkt u dat de patiënt de machtsafstand op dezelfde manier ziet?

22) Is er verschil tussen allochtone en autochtone patiënten in hoe tegen de machtsafstand tussen verpleegkundige en patiënt wordt aangekeken?

23) Er hoeft niet alleen miscommunicatie plaats te vinden op het gebied van taal. Ook de non-

verbale communicatie verschilt per cultuur. Tegen wat voor problemen op het gebied van non-verbale communicatie loopt u aan?

Cursus ‘Werken met verschillen’

24) Heeft u de cursus ‘Werken met verschillen’ gevolgd toen u in dienst trad bij GGZ inGeest?

Zo ja:

25) Wat heeft u van deze cursus geleerd?

26) Op welke manier past u de opgedane kennis uit de cursus toe in de praktijk?

Zo nee:

27) Heeft u het idee minder kennis te hebben over het omgaan met verschillende culturele achtergronden dan uw collega’s die de cursus wel hebben gevolgd?

28) Zou u de cursus alsnog willen volgen?

Bijlage IV: Vragenlijst voor interviews met artsen

Vragenlijst interviews artsen

(stage GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat)

- 1) Hoe vaak maakt u per jaar gebruik van een tolk (tolkentelefoon, informele tolk of professionele tolk?)
- 2) Wanneer schakelt u wel of niet een tolk in? Wat zijn hiervoor de criteria?
- 3) Tolkt een familielid, vriend of kennis wel eens voor een patiënt (dus als informele tolk?)
- 4) Tolkt er wel eens een verpleegkundige, arts, schoonmaker of medepatiënt voor een patiënt (ad hoc tolk)?
- 5) Wat is uw mening over het gebruiken van een familielid, vriend of kennis als tolk?
- 6) Wat is uw mening over het gebruik van een verpleegkundige, arts, schoonmaker of medepatiënt als tolk?
- 7) Wat is de reden om te kiezen voor het gebruiken van een familielid, vriend of kennis als tolk? En wanneer kiest u voor een professionele tolk of tolkentelefoon?
- 8) Wie besluit een tolk in te schakelen bij een gesprek: uzelf, de verpleging of als de patiënt erom vraagt?
- 9) Spelen de kosten een rol bij het wel of niet inschakelen van een tolk?
- 10) Uit interviews met verpleegkundigen heb ik begrepen dat zij in een-op-eencontact met patiënten vrijwel geen gebruik maken van een tolk. Wanneer zou dit volgens u wel wenselijk zijn?

Bijlage V: Vragenlijst voor patiënten

Vragenlijst

Algemene informatie

Als cliënt heeft u regelmatig gesprekken met verpleegkundigen. Om de kwaliteit van deze gesprekken te verbeteren, willen we graag onderzoek doen naar de communicatie tussen cliënten en verpleegkundigen. Door middel van onderstaande vragenlijst willen we inzicht krijgen in de ervaringen en wensen van cliënten met betrekking tot de hulpverlening binnen GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat.

Hoewel ik op de afdeling en bij gesprekken aanwezig ben, ben ik geen onderdeel van de verpleging. Ik werk helemaal onafhankelijk van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat. Deelname aan het onderzoek is daarom geheel anoniem: de gegevens worden enkel gebruikt voor dit onderzoek en zullen niet aan anderen worden verstrekt of voor andere doeleinden worden gebruikt.

Allereerst vraag ik u enkele algemene gegevens, die helpen bij het verwerken van de resultaten van de vragenlijst. Uiteraard worden deze gegevens niet aan anderen verstrekt en uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek.

Geslacht

Man
Vrouw

Leeftijd

20-30
30-40
40-50
50 en ouder

Spreekt u goed Nederlands?

Ja
Voldoende
Nee

In welk land bent u geboren?

.....

Uit welk land komt uw familie oorspronkelijk?

.....

Hieronder volgen meerkeuzevragen over de hulpverlening. Houdt bij het beantwoorden van uw vragen de verpleegkundige in gedachten waar u het meest contact mee heeft, bijvoorbeeld uw persoonlijk begeleider.

1. Vindt u dat uw verpleegkundige u voldoende hulp biedt bij uw problemen?

Altijd

Vaak

Soms

Nooit

2. Neemt uw verpleegkundige voldoende tijd om met u te praten als u ergens over wilt praten of over wilt vertellen?

Altijd

Vaak

Soms

Nooit

3. Vertrouwt u uw verpleegkundige voldoende om met hem/haar over uw problemen te praten?

Altijd

Vaak

Soms

Nooit

4. Vindt u het belangrijk om te kunnen kiezen voor een mannelijke of vrouwelijke verpleegkundige?

Ja

Nee

Geen mening

5. Heeft u het gevoel dat u met uw verpleegkundige kunt praten over uw cultuur?

Voldoende

Onvoldoende

Niet van toepassing

6. Heeft u het gevoel dat u met uw verpleegkundige kunt praten over cultuurverschillen?

Voldoende

Onvoldoende

Niet van toepassing

7. Heeft u het gevoel dat u met uw verpleegkundige kunt praten over geloofsovertuigingen?

Voldoende

Onvoldoende

Niet van toepassing

8. Heeft u het idee dat uw verpleegkundige begrijpt welke rol uw culturele of religieuze achtergrond speelt in uw leven?

Altijd

Vaak

Soms

Nooit

9. Vindt u dat uw verpleegkundige op een respectvolle manier met u omgaat?

Altijd

Vaak

Soms

Nooit

10. Vindt u dat uw verpleegkundige u serieus neemt?

Altijd

Vaak

Soms

Nooit

11. Is er wel eens een tolk aanwezig bij een gesprek met uw verpleegkundige?

Altijd

Vaak

Soms

Nooit

12. Zou u willen dat er vaker een tolk aanwezig is bij gesprekken met uw verpleegkundige?

Ja

Nee

Maakt mij niet uit

13. Is er wel eens een tolk aanwezig bij een gesprek met uw behandelaar?

Altijd

Vaak

Soms

Nooit

14. Zou u willen dat er vaker een tolk aanwezig is bij gesprekken met uw behandelaar?

Ja

Nee

Maakt mij niet uit

Bijlage VI: Reactie van Sally Timmermans, manager van GGZ inGeest – Locatie Bocholtstraat

Beste Tessa,

Jouw scriptie zit zorgvuldig in elkaar, de opbouw is helder en je hebt een prettige en duidelijke schrijfstijl.

Ik herken jouw manier van werken in wat je beschrijft en wat we in jouw onderzoeksperiode hebben besproken.

Binnen de psychiatrie is communicatie complex juist door de psychose en het is goed gelukt daar het culturele dilemma ook bij te vinden.

Communicatie is juist belangrijk in ons soort psychiatrie: de langdurige zorg.

Taalbarrières komen inderdaad veel bij ons voor bovenop de al bestaande communicatieproblemen tussen andere te maken groepen (artsen-verpleegkundigen, mannen-vrouwen, etc)

De aanbevelingen, maar ook de informatie in jouw scriptie zal ik zeker meenemen naar de teams en het management, aangezien in tijden dat alles in de zorg goedkoper moet en bezuinigen juist dit soort investeringen tegenwerken, denk ik dat wanneer we investeren in een betere communicatie dit juist behandelingen ten goede zal komen en mogelijk de gezondheidszorg goedkoper maakt.

Bedankt!

Groeten,
Sally Timmermans