

LAAT HET SPREKEN!

INTERCULTURELE COMMUNICATIE TIJDENS HET REVALIDATIEPROCES



Studenten:

Karin Brouwer
Sonja Schadron
Joke ter Haar
Ans van Egdom

Hogeschool:

Christelijke Hogeschool Ede

Beoordelaar:

Hylkje Algra

Afstudeerbegeleider CHE:

Tineke de Groot

Studentnummers:

150962
151264
151289
150797

Klas:

VM3C

Opdrachtgever:

Grietje van Doornik

Begeleider Charim:

Kasia Jozski

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is geschreven in het kader van het afstuderen van de hbo-verpleegkunde opleiding aan de Christelijke Hogeschool Ede. Het onderzoek naar interculturele communicatie tijdens het revalidatieproces is uitgevoerd in opdracht van teamleider Grietje van Doornik van Charim Revalidatie Veenendaal (CRV).

Er is onderzoek gedaan naar bevorderende en belemmerende factoren in de communicatie tussen zorgvragers met een migratieachtergrond en zorgverleners van CRV. Daarnaast is onderzocht welke competenties nodig zijn voor interculturele communicatie. Bij het onderzoek zijn zowel zorgvragers als zorgverleners betrokken door het afnemen van interviews. De resultaten, conclusies en aanbevelingen zijn te lezen in dit verslag.

Als afstudeergroep willen wij via deze weg een aantal mensen bedanken voor de begeleiding tijdens het onderzoeksproces.

Allereerst willen wij onze afstudeerbegeleider Tineke de Groot, beoordelaar Hylkje Algra en begeleider vanuit CRV Kasia Jozski bedanken voor hun constructieve begeleiding, kritische ondersteunende feedback, kennisoverdracht en medewerking.

Vervolgens willen wij zorgverleners en zorgvragers van CRV bedanken dat wij de gelegenheid kregen om op deze afdeling onderzoek te doen. Dankzij jullie medewerking en openheid konden wij onze interviews houden en informatie verzamelen. Dat hebben we gewaardeerd!

Onze studiegenoten willen wij bedanken. Door de motivatie, inspiratie en onderlinge feedback konden we ieder ons eigen leerplan volgen en hadden we naast de bijbehorende frustraties een goede en leerzame tijd. Kortom, zoals vaak naar elkaar uitgesproken: 'Zo blij met ons!'

Tenslotte vinden we het belangrijk om onze gezinnen te bedanken voor hun eindeloze geduld en steun tijdens dit intensieve onderzoekstraject.

We hebben enthousiast en vastberaden gewerkt aan het onderzoek. We zijn trots op het resultaat en hopen hiermee een aanzet te geven naar optimale interculturele communicatie op CRV.

We wensen u allen veel leesplezier!

Ede, mei 2018

Karin Brouwer
Sonja Schadron
Joke ter Haar
Ans van Egdom

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	5
1. Aanleiding.....	6
1.1. Probleemstelling.....	7
1.2. Hoofdvraag.....	7
1.3. Deelvragen.....	7
1.4. Doelstelling.....	7
1.5. Verpleegkundige relevantie.....	8
2. Onderzoeksmethode.....	9
2.1. Methode verantwoording	9
2.2. Onderzoekspopulatie	9
2.2.1. Zorgverleners.....	9
2.2.2. Zorgvragers met migratieachtergrond.....	10
2.3. Dataverzameling.....	10
2.3.1. Literatuuronderzoek.....	10
2.3.2. Dataverzameling zorgverleners	11
2.3.3. Dataverzameling zorgvragers met migratieachtergrond	11
2.4. Data-analyse.....	12
2.5. Validiteit en betrouwbaarheid.....	12
2.6. Ethische aspecten.....	13
3. Resultaten literatuuronderzoek	15
3.1. Interculturele communicatie	15
3.1.1. Bevorderende factoren.....	15
3.1.2. Belemmerende factoren.....	17
3.2. Culturele competentie.....	17
3.3. Behalen van revalidatiedoelen door zorgvragers met een migratieachtergrond	19
3.3.1. Bevorderende factoren.....	19
3.3.2. Belemmerende factoren.....	20
3.4. Conclusie literatuuronderzoek	21
4. Resultaten praktijkonderzoek	23
4.1. Algemene resultaten zorgverleners.....	23
4.2. Resultaten interviews zorgverleners	23
4.2.1. Resultaten Communicatie.....	24

4.2.2.	Resultaten Competenties	25
4.2.3.	Resultaten Revalidatiedoelen	27
4.3.	Resultaten interviews zorgvragers met migratieachtergrond	28
4.3.1.	Resultaten Cultuur	29
4.3.2.	Resultaten Revalidatie	30
4.3.3.	Resultaten Communicatie.....	30
4.3.4.	Overige resultaten	31
4.4.	Conclusie praktijkonderzoek.....	31
5.	Conclusie	32
5.1.	Conclusies deelvragen literatuuronderzoek	32
5.1.1.	Interculturele communicatie	32
5.1.2.	Culturele competentie	32
5.1.3.	Revalidatiedoelen	32
5.2.	Conclusies deelvragen praktijkonderzoek	33
6.1.1.	Conclusie zorgverleners.....	33
6.1.2.	Conclusie zorgvragers.....	33
5.3.	Slotconclusie.....	34
6.	Aanbevelingen.....	35
7.	Discussie.....	37
8.	Literatuurlijst.....	40
9.	Bijlagen.....	44
	Bijlage 1: Gestandaardiseerde vragenlijst voor cultureel interview	44
	Bijlage 2: Semigestructureerd interview zorgverleners.....	44
	Bijlage 3: Tijdsplanning studenten.....	44
	Bijlage 4: Beoordelingsformulier plan van aanpak	44
	Bijlage 5: Contract projectonderwijs	44
	Bijlage 6: Toestemmingsverklaringsdocument.....	44
	Bijlage 7: Labelen en coderen	44
	Bijlage 8: Schematisch literatuuroverzicht	44
	Bijlage 9: Beoordelingsschema inzet tolk	44

Samenvatting

Bij Charim Revalidatie Veenendaal (CRV) worden onder andere revalidanten opgenomen met een migratieachtergrond. Het merendeel van deze zorgvragers beheerst de Nederlandse taal onvoldoende, waardoor de communicatie tussen zorgvragers met een migratieachtergrond en zorgverleners niet optimaal verloopt. Dit staat het behalen van revalidatiedoelen in de weg en wordt als een knelpunt ervaren door de zorgverleners. Doel van dit onderzoek is de opdrachtgever aanbevelingen aan te reiken om interculturele communicatie tussen zorgvragers met een migratieachtergrond en zorgverleners binnen het revalidatieproces bij CRV optimaal vorm te geven. Op basis van literatuur en praktijkonderzoek geeft de onderzoeksgroep Evidence Based Practice (EBP) aanbevelingen. Het onderzoek is kwalitatief vormgegeven en bestaat uit literatuur- en praktijkonderzoek. Resultaten zijn verkregen door het afnemen van interviews. De onderzoekspopulatie bestaat uit twee doelgroepen; zorgvragers met een migratieachtergrond en zorgverleners van CRV. Op basis van verkregen data zijn conclusies en aanbevelingen beschreven.

Resultaten

Literatuur beschrijft ten aanzien van taalbarrière dat gebruik van beelden en spreken in eenvoudige zinnen bevorderend is. Tevens wordt inzet van een tolk als bevorderend gezien. Een groot deel van de zorgverleners is onbekend met het bestaan van een tolkdienst. Voor goede zorgverlening zijn competenties kennis, attitude en vaardigheden nodig. Zorgverleners hebben een open basishouding en staan open hun kennis te vergroten. Het behalen van revalidatiedoelen wordt bevorderd door het vergroten van cultureel bewustzijn, bevorderen van een cultureel competente werkomgeving en het uitleggen van afspraken rondom de zorg. Een visie binnen CRV op het gebied van cultuursensitief werken kan bevorderend zijn voor het behalen van revalidatiedoelen. Zorgverleners zien taalbarrière als grote belemmering voor het behalen van revalidatiedoelen. Te weinig tijd en werkdruk zijn belemmerende factoren. Naar voren komt dat wederzijdse verwachtingen niet gelijk zijn. Dit maakt dat revalidatiedoelen minder doelgericht worden nagestreefd. Zorgvragers met een migratieachtergrond geven aan dat begrip voor hun cultuur erg belangrijk is, met name ten aanzien van religie, voeding en familieparticipatie. Aangegeven is, dat inzet van een professionele tolk tijdens gesprekken met gevoelige onderwerpen wenselijk is.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat verhoging van cultuurbewustzijn en het ontwikkelen en uitdragen van een visie op het gebied van cultuursensitief werken bij CRV nodig is. Bewustwording en aanvullende scholing is nodig ten aanzien van interculturele communicatie. Een open, stimulerende, geduldige en respectvolle houding is bevorderend voor het behalen van revalidatiedoelen. Familieparticipatie is belangrijk, waarbij een goede balans gevonden moet worden tussen zorg van familie voor zorgvragers en verantwoordelijkheid van zorgverleners om de regie op zorg te behouden. Creativiteit ten aanzien van het gebruik van communicatiemiddelen is bevorderend binnen de communicatie. Meer bekendheid van de tolkdienst en deze inzetten bij gesprekken over gevoelige onderwerpen is bevorderend voor interculturele communicatie bij CRV. Het uitspreken van wederzijdse verwachtingen is bevorderend voor het behalen van revalidatiedoelen. Geconcludeerd is dat zorg voor zorgvragers met een migratieachtergrond meer tijd kost.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek worden meerdere aanbevelingen gedaan. Vul de visie van Zorggroep Charim specifiek aan ten aanzien van cultureel sensitief werken. Inzetten op het vergroten van kennis ten aanzien van culturele zorgverlening. Ontwikkel een cultureel competente houding. Deel onderling ervaringen in het creatief gebruik maken van communicatiemiddelen. Stem revalidatiedoelen en wederzijdse verwachtingen samen af, sluit hierbij aan op de wensen van zorgvragers. Maak beleid ten aanzien van de inzet van professionele tolken. Voldoende personeel is belangrijk zodat er tijd genomen kan worden voor interculturele communicatie.

1. Aanleiding

‘Ik krijg het maar niet voor elkaar, ik probeer de zorgvrager duidelijk te maken dat zij zichzelf van boven kan gaan wassen en dat ik zal observeren hoe het gaat. Ze blijft mij verbaast en vriendelijk lachend aankijken, maar maakt totaal geen aanstalten om iets te doen. Ten einde raad heb ik haar maar geholpen, er zitten immers nog meer mensen op mij te wachten. Als het zo doorgaat zal ze als ze naar huis gaat zich niet zelfstandig kunnen wassen. Ik vind het erg lastig dat ik niet gewoon met haar kan praten’ (Voorbeeld praktijksituatie).

In de huidige plurale samenleving is het van belang om oog te hebben voor diversiteit. Er zijn ruim drie miljoen 65-plussers in Nederland. De eerste generatie ouderen met een migratieachtergrond bestaat uit ruim 262.000 inwoners. De meest voorkomende bevolkingsgroepen onder migranten komen uit Europa, Azië en Afrika (CBS, 2018). Onder andere bij ouderen met een migratieachtergrond lijkt de zorgvraag onvoldoende aan te sluiten bij het aanbod. Ze maken minder gebruik van zorgvoorzieningen dan op grond van hun gezondheid wordt verwacht (Leyerzapf, Klokgieters, Ghorashi, & Broese van Groenou, 2017). De komende jaren is de verwachting dat het percentage 65-plussers met een migratieachtergrond stijgt tot 28% in 2060 (CBS, 2017). Toenemende culturele diversiteit kan leiden tot miscommunicatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Een verschil in cultureel perspectief van waaruit gecommuniceerd wordt kan zorgen voor deze miscommunicatie (Nunez, Nunez, Madhi & Popma, 2015). Dit kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid en veiligheid van zorgvragers. Oudere migranten willen ondersteund worden bij het nadenken over hun wensen en behoeften en bij het uitspreken daarvan naar kinderen, familie en professionals. Tijdens een opname blijven mantelzorgers en familieleden een grote rol spelen bij de ondersteuning van deze zorgvragers. Dit vraagt om een efficiënte afstemming tussen zorgverlener en mantelzorger, wat ten goede zal komen aan zorgvragers met een migratieachtergrond (CSO, Zorgbelang Nederland, & Pharos, 2013). Uit onderzoek van Rocque en Leanza (2015) komt naar voren dat het niet hebben van respect door zorgverleners een belemmerende factor is voor zorgvragers met een migratieachtergrond. In de huidige gezondheidszorg is het principe van Shared Decision Making (SDM) van belang (Hoffmann, Bennett & Del Mar, 2010). Door cultuurverschil kan dit in het geding komen, familie wil niet altijd dat de zorgvrager volledig geïnformeerd wordt. Binnen interculturele zorg kan met betrekking tot SDM dus een spanningsveld ontstaan (Graaff, 2015). Van zorgverleners wordt verwacht dat ze hun communicatie afstemmen op de gezondheidskennis en taalvaardigheid van de oudere migrant. Uit onderzoek blijkt dat onder andere onvoldoende kennis van zorgverleners van cultuur en taal het bemoeilijkt om optimale zorg te bieden. Dit kan onder andere leiden tot uitval uit revalidatiebehandeling. Onderzoek laat zien dat dit tweemaal hoger ligt bij revalidanten met een migratieachtergrond (Sloots, Dekker, Bartels, Geertzen, & Dekker, 2010). Bij de revalidatie van zorgvragers met een migratieachtergrond is het belangrijk dat naast het bevorderen van het cultureel bewustzijn er ook uitleg gegeven wordt over afspraken in de zorg. Het doel, duur en de vooruitzichten van de revalidatie moeten duidelijk zijn. Daarnaast is een cultureel competente werkomgeving bevorderend voor de revalidatie van zorgvragers (Grandpierre et al., 2017).

Zorggroep Charim is een protestantschristelijke zorgorganisatie die zich richt op ouderenzorg en vijftien locaties heeft in de regio Veenendaal-Zeist. De zorgvragers zijn overwegend van Nederlandse afkomst. De laatste jaren wordt een toename waargenomen in zorgvragers met een migratieachtergrond. Vooral binnen Charim Revalidatie Veenendaal (CRV) is dit waarneembaar. Binnen Zorggroep Charim is geen specifiek beleid en visie ten aanzien van interculturele zorg. Wel wordt in de missie benoemd dat de ambitie is dat mensen het leven zoals ze gewend zijn zoveel mogelijk voort kunnen zetten. Dit uit zich in het feit dat persoonlijke wensen en verlangens leidend zijn binnen de geboden zorg.

Op mesoniveau ervaart men problemen rondom het revalidatieproces. Het is moeilijk om samen met zorgvragers met een migratieachtergrond de revalidatiedoelen te bepalen en deze doelen lijken

onvoldoende behaald te worden. Andere disciplines zoals bijvoorbeeld een arts, fysiotherapeut en logopedist geven aan hier ook een knelpunt te ervaren. CRV is een afdeling met 30 cliëntenkamers voor geriatrische revalidanten. Er verblijven hier op jaarbasis gemiddeld dertien zorgvragers met een migratieachtergrond.

De opdrachtgever geeft aan dat zorgverleners knelpunten ervaren binnen het revalidatieproces. Deze knelpunten hebben betrekking op de communicatie tussen zorgverleners en zorgvragers met een migratieachtergrond. Zorgverleners geven aan dat revalidatiedoelen onvoldoende behaald worden. Hierbij is het niet duidelijk of dit komt door de taalbarrière of omdat zorgvragers met een migratieachtergrond andere doelen nastreven. Zorgverleners kunnen onvoldoende hun rol als communicator vervullen. Tevens komen de beroepswaarden zoals beschreven in de beroepscode niet tot hun recht, in paragraaf 1.4 wordt dit verder uitgewerkt. Er wordt bij CRV niet gewerkt met een tolkdienst. Voor vertalen wordt de naaste familie ingezet. Het is onduidelijk of zorgvragers met een migratieachtergrond problemen rondom communicatie en het niet volledig behalen van de revalidatiedoelen ook als een belemmering ervaren. Voor de opdrachtgever is interculturele communicatie het grootste knelpunt. Om deze reden wordt de vraag neergelegd door de opdrachtgever om onderzoek te doen naar dit probleem.

1.1. Probleemstelling

Bij CRV worden zorgvragers opgenomen met een migratieachtergrond. Het merendeel van deze zorgvragers beheerst de Nederlandse taal onvoldoende. De communicatie tussen zorgvragers met een migratieachtergrond en zorgverleners verloopt niet optimaal. Dit staat het behalen van de revalidatiedoelen in de weg en wordt als een knelpunt ervaren door zorgverleners.

1.2. Hoofdvraag

Hoe kan interculturele communicatie geoptimaliseerd worden tussen zorgverleners en zorgvragers met een migratieachtergrond bij Charim Revalidatie Veenendaal in relatie tot het behalen van revalidatiedoelen?

1.3. Deelvragen

Deelvragen literatuuronderzoek

1. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren binnen interculturele communicatie in een zorgrelatie?
2. Welke competenties hebben zorgverleners nodig om optimaal intercultureel te kunnen communiceren?
3. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in het behalen van revalidatiedoelen voor zorgvragers met een migratieachtergrond?

Deelvragen praktijkonderzoek

4. Wat zijn volgens zorgverleners van CRV bevorderende en belemmerende factoren binnen interculturele communicatie in relatie tot het behalen van revalidatiedoelen?
5. Wat zijn volgens zorgvragers met een migratieachtergrond bij CRV bevorderende en belemmerende factoren binnen interculturele communicatie in relatie tot het behalen van revalidatiedoelen?

1.4. Doelstelling

In mei 2018 ontvangt de opdrachtgever aanbevelingen om interculturele communicatie tussen zorgvragers met een migratieachtergrond en zorgverleners binnen het revalidatieproces bij CRV optimaal vorm te geven. Op basis van literatuur en praktijkonderzoek geeft de onderzoeksgroep Evidence Based Practice (EBP) aanbevelingen.

1.5. Verpleegkundige relevantie

In de probleemstelling komt naar voren dat communicatie tussen zorgverleners en zorgvragers met een migratieachtergrond niet optimaal verloopt bij CRV. Dit probleem is relevant voor zorgverleners omdat zij onvoldoende de rol van communicator kunnen vervullen. Dit maakt dat revalidatiedoelen niet optimaal besproken kunnen worden. Voorlichting is primair een taak van de arts, de coördinatie van de informatie, instructie en begeleiding ligt echter in het taakveld van de verpleegkundige (Beumer & den Hartog, 2009). In de beroepscode en de CanMEDS rollen zijn omtrent communicatie duidelijke punten opgenomen waar de zorgverlener aan behoort te voldoen. In de CanMEDS-rollen wordt het volgende aangegeven: 'De verpleegkundige houdt in de communicatie rekening met persoonlijke factoren van de patiënt en diens naasten, zoals leeftijd, etnisch/culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis en begripsniveau, emotie, coping stijl en draagkracht' (Schuurmans, Lambregts, Projectgroep V&V 2020, & Grotendorst, 2012).

Een goede samenwerking tussen zorgverlener en zorgvrager met een migratieachtergrond is nodig voor het optimaliseren van interculturele communicatie. De beroepscode geeft hierin aan dat de zorgverlener moet samenwerken met de zorgvrager en indien nodig met zijn vertegenwoordiger. Dat betekent onder andere dat de zorgverlener de zorgvrager steunt bij het zoeken naar wat voor hem goede zorg is door goed naar hem te luisteren, hem te observeren en te reageren op zijn zorgen, wensen en behoeften. De zorgverlener stelt samen met de zorgvrager zijn verpleeg- of zorg(leef)plan op, voert deze uit en evalueert (V&VN, 2015).

Binnen CRV zijn er zorgvragers met een migratieachtergrond die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen. Ten aanzien van de communicatie tussen zorgvrager en zorgverlener is in de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) vastgelegd dat de zorgvrager recht heeft op informatie en dat deze informatie begrijpelijk moet zijn (Beumer & den Hartog, 2009). Door taalbarrière kunnen zorgverleners niet voldoen aan deze eisen. Binnen de WGBO is vastgelegd dat zonder toestemming geen handelingen verricht mogen worden. Deze informed consent is een belangrijk uitgangspunt binnen het gezondheidsrecht. De zorgvrager moet begrijpen waar hij toestemming voor geeft (WGBO, 2017). Deze richtlijnen doen recht aan het optimaliseren van interculturele communicatie.

2. Onderzoeksmethode

De methode van het onderzoek wordt in dit hoofdstuk beschreven en omvat de volgende onderwerpen: methode verantwoording, onderzoekspopulatie, dataverzameling en -analyse, validiteit en betrouwbaarheid, ethische aspecten en randvoorwaarden. Er wordt verwoord hoe het onderzoek is opgezet, wat er is gedaan en hoe het is gedaan.

2.1. Methode verantwoording

Het onderzoek omvat literatuur- en praktijkonderzoek. De deelvragen één, twee en drie worden beantwoord middels literatuuronderzoek en deelvragen vier en vijf door middel van praktijkonderzoek. Het praktijkonderzoek is kwalitatief vormgegeven. Kwalitatief onderzoek is een methode waarbij informatie wordt verkregen over wat er leeft onder een bepaalde doelgroep en waarom. Bij kwalitatief onderzoek gaat het erom te onderzoeken welke betekenis onderzochte personen zelf aan situaties geven; de beleving van de respondenten staat centraal (Verhoeven, 2016). Er is voor kwalitatief onderzoek gekozen omdat deze diepgang is gezocht en alleen cijfers het achterliggende verhaal niet vertellen. De onderzoeksvragen richtten zich op bevorderende en belemmerende factoren in interculturele communicatie en de benodigde competenties.

2.2. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie zijn alle personen waarover in dit onderzoek uitspraken zijn gedaan. Deze personen vormen het domein waarbinnen het onderzoek zich heeft afgespeeld (Verhoeven, 2016). Interculturele communicatie vindt plaats tussen twee doelgroepen; zorgverleners en zorgvragers met een migratieachtergrond. Het onderzoeken van één van beide populaties zou eenzijdige informatie opleveren. Temeer omdat zorgverleners een knelpunt ervaren en dit door zorgvragers met een migratieachtergrond niet als zodanig is verwoord. Daarom is gekozen om beide populaties te onderzoeken.

2.2.1. Zorgverleners

Bij CRV werken zevenentwintig zorgverleners. Hiervan zijn vijftien verpleegkundigen, tien verzorgende individuele gezondheidszorg (VIG) en vier leerling-verpleegkundigen. Van de verpleegkundigen zijn er drie hbo- en twaalf mbo opgeleid. In- en exclusiecriteria voor de geïnterviewde zorgverleners:

Inclusiecriteria:

- Zorgverlener die werkzaam is bij CRV

Exclusiecriteria:

- Zorgverleners met minder dan zes maanden werkervaring
- Stagiaires en leerling-verpleegkundigen/verzorgenden
- Zorgverleners die niet in aanraking komen met zorgvragers met een migratieachtergrond

Er is gekozen voor deze exclusiecriteria, omdat van zorgverleners de nodige kennis wordt verwacht op het gebied van ziektebeelden en de daarbij passende revalidatieprocessen.

De verpleegkundige beroepsvereniging V&VN geeft aan dat zorgverleners kennis moeten hebben van de gedragsmatige, psychologische aspecten en de sociale impact van het ziektebeeld op zorgvragers (V&VN, 2015). Studenten, stagiaires en beginnende zorgverleners bezitten deze kennis mogelijk niet en kunnen hierdoor de betrouwbaarheid van het onderzoek negatief beïnvloeden.

Steekproef zorgverleners

In verband met de beschikbare tijd binnen het project was het niet mogelijk om de gehele onderzoekspopulatie van zorgverleners te benaderen. Er werd daarom een steekproef uitgevoerd (Verhoeven, 2016). Deze steekproef werd zoveel mogelijk aselect samengesteld. Er werd gestreefd naar een steekproef van twaalf respondenten. Dit beslaat meer dan een derde deel van de

onderzoekspopulatie. Wanneer zou blijken dat bij een minimum van tien interviews datasaturatie was bereikt zou het aantal interviews naar beneden worden bijgesteld (Baarda, 2014). Er zijn interviews afgenomen onder elf verpleegkundigen. De reden dat er één respondent minder werd geïnterviewd lag in het feit dat er twee zorgverleners ziek waren op de geplande interviewdatum. Dit belemmerde de resultaten van het onderzoek niet omdat datasaturatie was bereikt (Verhoeven, 2016).

2.2.2. Zorgvragers met migratieachtergrond

Uit de opgevraagde jaarcijfers van CRV wordt het aantal cliënten weergegeven per geboorteland in onderstaand tabel in figuur 1. In 2016 hadden 13 op de 283 cliënten een migratieachtergrond, dat is 4.6 %. In 2017 hadden 14 op de 282 cliënten een migratieachtergrond, dat is 4.9 %.

Jaar	2016	Jaar	2017
Geboorteland		Geboorteland	
Algerije	1	België	1
Hongkong	1	Iran	1
Italië	1	Marokko	5
Joegoslavië	3	Nederland	268
Marokko	3	Nederlands Indië	5
		Nederlandse	
Nederland	270	Antillen	1
Nederlands			
Indië	1	Turkije	1
Turkije	2	Eindtotaal	282
Zuid-Afrika	1		
Eindtotaal	283		

Figuur 1 Jaaroverzicht revalidanten CRV 2016 en 2017

In- en exclusiecriteria voor interview zorgvragers:

Inclusiecriterium:

- Zorgvragers met een migratie achtergrond

Exclusiecriterium:

- Zorgvragers bij wie het revalidatieplan nog niet is besproken

Er is voor dit exclusiecriterium gekozen omdat zorgvragers mogelijk onvolledige kennis hebben van het revalidatieproces indien het revalidatieplan nog niet is besproken.

Steekproef zorgvragers met een migratieachtergrond

Gezien het geringe aantal zorgvragers met een migratieachtergrond en het korte tijdsbestek waarin dit onderzoek plaatsvond leek het realistisch om twee respondenten te kunnen includeren in dit onderzoek. Er werden twee zorgvragers geïnterviewd. Eén zorgvrager met een migratieachtergrond en een taalbarrière en een zorgvrager met migratieachtergrond zonder taalbarrière.

2.3. Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats door middel van literatuur- en praktijkonderzoek.

2.3.1. Literatuuronderzoek

Voor het zoeken van relevante literatuur is gebruik gemaakt van de volgende zoekmachines:

Cochrane Library, PubMed, Google Scholar, Springerlink, CINAHL en hbo-kennisbank. Er is zoveel

mogelijk gebruik gemaakt van literatuur met de hoogste mate van evidence zoals systematic reviews (SR) of meta-analyses (MA). Daarnaast is gebruik gemaakt van onderzoeken en artikelen volgens de hiërarchie van bewijsmateriaal evidence en bewijs (Munten, Verhoef & Kuiper, 2016). Er is gezocht naar Engelse en Nederlandse literatuur. Er zijn voornamelijk publicaties gebruikt die niet ouder zijn dan tien jaar, indien geen recentere bron te vinden was, werd deze termijn een enkele keer overschreden. Bij het zoeken naar literatuur is gebruik gemaakt van de volgende Medical Subject Headings (MeSH-termen): Communication, culture, intercultural communication, cultural competency, communication barriers, rehabilitation, health care, nursing, Cultural competence, patients satisfaction, healthproviders, health care services, migrants, interpreters, migranten, communicatie, revalidatie, taalbarrière, migrantenzorg. Een volledige verantwoording van de gebruikte literatuur is toegevoegd in bijlage 8.

2.3.2. Dataverzameling zorgverleners

Als dataverzamelmethode voor de zorgverleners is gekozen voor het afnemen van interviews. Een interview is een gespreksvorm waarin de onderzoeken vragen stelt over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan een respondent die antwoord geeft op deze vragen (Boeije, 2005). Er is gekozen voor half-gestructureerde interviews, omdat de deelvragen aanleiding gaven om naast gestructureerde vragen, voornamelijk de eigen inbreng en beleving van de respondenten te belichten (Verhoeven, 2016). De interviews werden wisselend afgenomen door twee studenten. Eén student stelde de vragen, de andere student observeerde de respondent. De observant observeerde op non-verbale communicatie en lichaamshouding, zo nodig ondersteunde zij de interviewer. Van ieder interview werd een opname gemaakt met een voicerecorder. Open vragen gaven ruimte voor de beleving en argumentatie van de zorgverleners, waarbij de interviewer flexibel kon inspelen op de situatie (Verhoeven, 2016). Door de mate van gestructureerdheid van de interviews en het aanhouden van dezelfde vragenvolgorde, zijn de interviews te herhalen. Tevens is het onderzoek hiermee herleidbaar. Dit geeft een verhoging van validiteit.

Op basis van voorafgaand literatuuronderzoek werd een topiclijst samengesteld van waaruit de interviewvragen werden opgesteld. Bij de opbouw van interviewvragenlijst is bewust rekening gehouden met de volgorde van de vragen om het vertrouwen van de respondent te winnen. Na een inleiding werden feiten aan het begin gevraagd. Vervolgens werd naar meningen gevraagd en afgesloten met eenvoudige vragen. Belangrijk is dat de vragen informatie opleveren over gedrag, motieven, beleving en betekenisverlening (Verhoeven, 2016). De gebruikte interview vragenlijst is toegevoegd in bijlage 2.

Aan de respondenten werd vooraf toestemming gevraagd voor deelname aan en opname van het interview. Het doel van het onderzoek werd bekendgemaakt en waardering voor deelname uitgesproken. De respondenten hebben allen een formulier ondertekend waarin vrijwillige deelname werd bevestigd. Een voorbeeld formulier is te vinden in bijlage 6.

Door ziekte van respondenten op de geplande interview datum konden de interviews doorgaan doordat medestudenten op de afdeling meehielpen in de zorgverlening. Daarnaast werden mogelijke respondenten telefonisch benaderd met het verzoek om aan een interview mee te werken zodat totaal elf respondenten konden worden geïnterviewd.

2.3.3. Dataverzameling zorgvragers met migratieachtergrond

Voor de dataverzameling bij zorgvragers met migratieachtergrond werd gebruik gemaakt van een gestructureerd interview (Verhoeven, 2016). De gestandaardiseerde vragenlijst voor een cultureel interview werd gebruikt en is een middel om inzicht te krijgen in de belevingswereld van zorgverleners met een migratieachtergrond (Groen, 2009)(zie bijlage 1). Deze vragenlijst is Evidence Based en heeft een goede structuur en opbouw. Aan deze vragenlijst werden een aantal vragen toegevoegd vanuit een cultureel interview welke gebruikt wordt in de psychiatrische zorg (Van Dijk,

Beijers & Groen, 2012). Dit om de vragen aan te laten sluiten bij het behalen van doelen aangezien dit centraal staat binnen de revalidatiezorg.

Door de tijd te nemen voor het interview kon een goede relatie met de respondent worden opgebouwd (Verhoeven, 2016). Literatuur laat zien dat het opbouwen van een relatie van belang is bij zorgvragers met een migratie-achtergrond.

De gebruikte gestandaardiseerde vragenlijst bevat interviewvragen die niet direct gerelateerd zijn aan de deelvragen van dit onderzoek. Dit maakte het mogelijk dat de antwoorden verrassend extra inzicht gaven over (zorg)behoeften van zorgvragers met een migratieachtergrond. Deze informatie was ondersteunend om de kennis en competenties van zorgverleners te vergroten en voor het behalen van de revalidatiedoelen.

Vanuit de opdrachtgever werd toestemming verkregen om het interview af te nemen met ondersteuning van een professionele tolk middels de tolktelefoon. Een tolktelefoon werd verkozen boven een tolk op locatie. Overweging hierbij is het verschil in kosten tussen de tolktelefoon en een tolk op locatie. Samenwerking met een tolk gaf verhoging van de complexiteit voor het afnemen van dit interview. Het communiceren met een cliënt met behulp van een professionele tolk is een vaardigheid op zich. Het is belangrijk om tegen de cliënt te blijven praten en de informatie in kleine stukjes aan te bieden (Triemstra, Veenvliet, Zuizewind, & Bos, 2016). Daarbij is alertheid nodig of alle informatie wordt overgebracht of verkregen. Van één interview werd een opname gemaakt middels een voicerecorder. Van het andere interview werd de opname geweigerd om persoonlijke redenen van de zorgvrager en is daarom genotuleerd.

In overleg met de kwaliteitsmedewerker werd aan de teamleider van CRV toestemming gevraagd om cliënten te interviewen. De voorwaarden die werden gesteld waren dat er vertrouwelijk wordt omgegaan met de informatie van de respondenten, de respondenten een informed consent formulier ondertekenen en de onderzoeksgegevens worden geanonimiseerd. Aan deze voorwaarden zijn voldaan. De respondenten hebben beiden een formulier ondertekend (Zie voorbeeld bijlage 6).

2.4. Data-analyse

Om de verzamelde gegevens uit de interviews te kunnen analyseren werden acht verschillende stappen van het coderen doorlopen: uiteenrafelen van de tekst, waarde toekennen aan de onderzoekseenheden, open coderen, groeperen van de termen, aanbrengen van een hiërarchie in de gesorteerde begrippen, axiaal coderen, selectief coderen en het gevonden model in verband brengen met de probleemstelling (Verhoeven, 2016). Het proces van labelen en coderen werd per respondentengroep door twee studenten uitgevoerd. Vervolgens werd het resultaat voorzien van peerreview en vergeleken voor een betrouwbaar resultaat. Het proces van analyse en dataverzameling werd zo meerdere keren doorlopen (zie voorbeeld bijlage 7). De resultaten worden per selectieve code beschreven aan de hand van de daaronder vallende axiale codes. Er is een hiërarchie in de opbouw van de selectieve codes te zien van links naar rechts. De hiërarchie bij de axiale codes wordt vormgegeven door de meest voorkomende codes van boven naar beneden te vermelden. Dit wordt schematisch weergegeven in een tabel, zie figuur 2 en 3.

2.5. Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit

Wanneer er daadwerkelijk gemeten wordt wat er gemeten moet worden, kan het onderzoek valide genoemd worden, vrij van systematische fouten (Verhoeven, 2016). Door triangulatie wordt de validiteit van het onderzoeksresultaat vergroot; het onderzoek wordt vanuit verschillende perspectieven benaderd (Baarda, 2014).

Onder externe validiteit, ook wel populatievaliditeit genoemd, wordt verstaan dat de steekproef de juiste afspiegeling vormt van de populatie. Wanneer de steekproef representatief is, dan zijn de resultaten bij kwalitatief onderzoek mogelijk inhoudelijk generaliseerbaar naar andere situaties (Verhoeven, 2016). De externe validiteit wordt gewaarborgd door de steekproef willekeurig te trekken en representatief te laten zijn voor de onderzoekspopulaties.

De interne validiteit bij dit onderzoek werd gewaarborgd door een willekeurige trekking van de steekproef, het niet wijzigen van de meetinstrumenten tijdens het onderzoek en het voorkomen van een testeffect doordat de interviewers de respondenten niet kenden.

Voor het ontwikkelen van de topiclijst werden begrippen geoperationaliseerd. Dit zorgde ervoor dat vanuit dezelfde begrippen en uitgangspunten werd geïnterviewd en de objectiviteit werd verhoogd (Verhoeven, 2016). Voor het afnemen van de interviews bij zorgvragers met een migratieachtergrond werd gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst (Groen, 2009).

Voor dit onderzoek werd gebruikt gemaakt van peerreview door de afstudeergroep. Hierbij gaven de studenten elkaar feedback. De begeleiders gaven feedback op proces en product van dit onderzoek.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid van een onderzoek geeft aan in hoeverre een onderzoek vrij is van toevallige fouten. Herhaalbaarheid van het onderzoek op een ander tijdstip door andere onderzoekers en met andere respondenten moet tot dezelfde resultaten leiden (Verhoeven, 2016). Betrouwbaarheid is de mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval (Baarda, 2014). Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen werd met een aantal punten rekening gehouden.

Voor dit onderzoek werd er na de literatuurstudie een topiclijst ontwikkeld om interviewvragen te formuleren. De vragenlijst werd voorgelegd aan de tutor en opdrachtgever zodat eventuele fouten en onduidelijkheden konden worden ontdekt en aangepast. Dit heeft voor het verhogen van de betrouwbaarheid van het interview gezorgd. Om de betrouwbaarheid verder te verhogen is nagedacht over de taakverdeling bij het afnemen van de verschillende interviews. Het interview werd door twee interviewers vormgegeven waarbij één de vragen stelde en de ander observeerde en kon doorvragen of aanvullen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd hiermee verhoogd doordat er twee personen luisteren en de mate van overeenstemming van de gegevens werd vergroot (Verhoeven, 2016). Interviews werden op locatie afgenomen onder zorgverleners van CRV door studenten die de organisatie en zorgverleners van CRV niet kennen. Het risico op sociaal wenselijke antwoorden werd op deze manier verlaagd. De betrouwbaarheid werd op meerdere aspecten verhoogd. Eén aspect is het anoniem verwerken van gegevens uit het interview. Dit werd vooraf medegedeeld aan de respondenten van beide onderzoekspopulaties. Anonimiteit kan het risico op het geven van sociaal wenselijke antwoorden voorkomen. Tevens werden de interviews in een prikkelarme ruimte afgenomen en vastgelegd middels een audio opname. De resultaten werden door meerdere onderzoekers geanalyseerd waardoor een objectieve analyse werd verkregen, ook wel iteratie genoemd (Verhoeven, 2016).

Voor de herhaalbaarheid van het onderzoek werd rekening gehouden door MeSH-termen en gevonden bronnen in een matrix te zetten (zie bijlage 8).

2.6. Ethische aspecten

Bij het praktijkonderzoek werd benoemd hoe ethische uitgangspunten een plaats hebben gekregen binnen de professionele uitvoering en de verslaglegging.

Als verpleegkundige professionals is er gehandeld vanuit twee ethische dimensies;

- Plichtdimensie; regels waaraan voldaan moet worden
- Aspiratiedimensie; morele persoonlijke kwaliteiten die nodig zijn om het onderzoek goed uit te kunnen voeren (Boerman, 2008).

Om te kunnen reflecteren op de kwaliteit van de uitvoering en de verslaglegging werd gebruikt gemaakt van de set van zes principes ontleend aan de notitie wetenschappelijk onderzoek:

Dilemma's en verleidingen (Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, 2005).

1. *Vertrouwen, bedrog*: Verslaglegging is transparant en betrouwbaar met gebruikmaking van de juiste bronvermelding waardoor plagiaat vermeden wordt. Afspraken worden nagekomen. De onderzoekers zijn gericht op het verbeteren van de beroepspraktijk en handelen professioneel.

2. *Zorgvuldigheid en nalatigheid*: Om slordigheid en nalatigheid te voorkomen wordt een goede planning gemaakt. Er wordt toestemming gevraagd om het interview af te nemen en het doel wordt benoemd. Voorafgaand aan het onderzoek wordt aan de respondenten uitgelegd dat zij niet worden beoordeeld op hun handelen maar dat het onderzoek gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Er wordt benoemd dat de anonimiteit gewaarborgd wordt en er geen consequenties zijn voor hun vrijwillige deelname. Zorgvragers werden geïnterviewd met respect voor hun rechten belangen en privacy (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Sneijsters & Peij, 2010). Aan de zorgvragers werd gevraagd een toestemmingsverklaring te ondertekenen, het informed consent (zie bijlage 6). Hiermee gaven zij aan voldoende te zijn geïnformeerd.
3. *Volledigheid en selectiviteit*: Er wordt volledig, eerlijk en integer gewerkt. Gegevens worden niet achtergehouden om zaken anders voor te stellen dan de werkelijkheid. Er is bewustzijn van de beroepsverantwoordelijkheid.
4. *Concurrentie en collegialiteit*: Het belang van samenwerken, feedback geven en respect tonen voor elkaar wordt onderschreven.
5. *Publiceren, auteurschap en geheimhouding*: Nieuwe inzichten worden gedeeld om kennis te ontwikkelen. Na afronding wordt onderzoek beschikbaar gesteld omdat geheimhouding hiervan niet past bij de normen van collegialiteit, openbaarheid en wetenschap.
6. *Onderzoek en opdracht*: Er wordt gehandeld in opdracht van de werkgever waarbij de studenten eigenaar blijven van het onderzoek (KNAW, 2005).

Tevens werd gebruik gemaakt van de vijf principes uit gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo (2010). Deze gedragscode geeft het gewenste gedrag van studenten tijdens praktijkonderzoek weer wat kan bijdragen aan de kwaliteit van het resultaat. Het gaat om verantwoord onderzoeken en wat dit betekent voor het handelen van de studenten. Het rekening houden met de vijf principes hield in dat studenten professionele maatschappelijke belangen dienen, respectvol, zorgvuldig en integer zijn en hun keuzes verantwoorden (Andriessen et al., 2010).

3. Resultaten literatuuronderzoek

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek is gestart met een literatuurstudie. Middels onderzoek van beschikbare literatuur wordt antwoord gegeven op deelvragen 1, 2 en 3.

1. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren binnen interculturele communicatie in een zorgrelatie?
2. Welke competenties hebben zorgverleners nodig om optimaal intercultureel te kunnen communiceren?
3. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in het behalen van revalidatiedoelen voor zorgvragers met een migratieachtergrond?

3.1. Interculturele communicatie

Communicatie kan omschreven worden als het uitwisselen van informatie door de zender en ontvanger en vice versa. De informatie van de zender wordt gecodeerd door taal, gebaren of non-verbale uitdrukking (Nunez et al., 2015). Vervolgens wordt de informatie door de ontvanger gedecodeerd. De communicatie kan verstoord worden door ruis. Binnen dit onderzoek wordt de nadruk gelegd op culturele ruis. Interculturele communicatie kan omschreven worden als communicatie tussen verschillende culturen. Communicatie staat dan nadrukkelijker in het teken van context, tijd en ruimte. Hieronder wordt dit verder uitgewerkt.

Binnen interculturele communicatie wordt uitgegaan van laagcontext en hoogcontext cultuur. Binnen laagcontext cultuur is de communicatie direct en letterlijk, expliciet, duidelijk gestructureerd en met nadruk op gesproken en geschreven woord. De kern is de start, bijzaken worden later benoemd (Nunez et al., 2015). Pinto en Van Doremalen (2009) beschrijven deze cultuur als G-cultuur. Binnen hoogcontext cultuur wordt de informatie minder expliciet benoemd, is niet gestructureerd, indirect en figuurlijk. Non-verbale communicatie is even belangrijk als gesproken en geschreven communicatie. Het gesprek begint bij de context, van daaruit wordt naar de kern toe gewerkt (Nunez et al., 2015). Deze cultuur wordt als F-cultuur beschreven door Pinto en Van Doremalen (2009). Het tijdsaspect binnen interculturele communicatie wordt onderscheiden in monochrome cultuur en polychrone cultuur. De tijdsbeleving binnen een monochrome cultuur is bijna gelijk aan laagcontext. Hiermee wordt aangegeven dat de focus op één ding of taak tegelijk ligt waardoor deadlines goed behaald worden. In een polychrome cultuur, bijna gelijk aan hoogcontext, wordt veel tijd ervaren. Er is ruimte om veel dingen tegelijk te doen, doelen en deadlines zijn rekbaar. Er wordt relatiegericht gecommuniceerd (Nunez et al., 2015). Persoonlijke ruimte is een ander aspect wat meespeelt in interculturele communicatie. Persoonlijke ruimte is een onzichtbare grens die de fysieke afstand tussen mensen bepaald waarbinnen men zich prettig voelt. Binnen de laagcontext -en de hoogcontext cultuur zit hierin verschil. De fysieke afstand tijdens de communicatie is tussen de eerstgenoemde groter dan tussen de laatstgenoemde (Nunez et al., 2015).

Voorgaande laat zien, dat binnen interculturele communicatie snel miscommunicatie kan ontstaan doordat vanuit verschillende perspectieven gecommuniceerd wordt. In de volgende paragraaf worden de bevorderende en belemmerende factoren binnen interculturele communicatie beschreven.

3.1.1. Bevorderende factoren

Uitkomsten van een systematic review geven de volgende bevorderende factoren weer binnen interculturele communicatie. Ten aanzien van taal wordt het gebruik van beelden, spreken in eenvoudige zinnen en de inzet van een tolk als bevorderend benoemd (Paternotte, Van Dulmen, Van der Lee, Scherpbier, & Scheele, 2014). Ten aanzien van relatie wordt het kennen van een paar woorden in de eigen taal van de zorgvrager, kennis en bewustwording van de culturele verschillen en wederzijds begrip als bevorderend benoemd. Bewustwording is noodzakelijk omdat dit een specifieke vaardigheid is voor goede interculturele communicatie. Scholing ten aanzien van culturele bewustwording bij zorgverleners moet een prominentere plaats krijgen binnen opleidingen

(Paternotte et al., 2014). Scholing helpt deze vaardigheden te ontwikkelen. Chan en Sy (2016) benadrukken tevens in hun onderzoek het belang van scholing aan verpleegkunde studenten ten aanzien van culturele competenties. Dit omdat interculturele zorg een steeds grotere plaats binnen de gezondheidszorg inneemt. Onderzoek uit 2011 geeft aan dat uitval uit revalidatieprogramma's bij zorgvragers met een migratieachtergrond verminderd kan worden door zorgverleners te scholen ten aanzien van interculturele communicatie (Sloots et al., 2010). Recent onderzoek geeft aan dat meer aandacht voor en verbeteren van interculturele vaardigheden, door verpleegkunde docenten, de bewustwording ten aanzien van interculturele communicatie bij verpleegkundigen zal verhogen (Crawford, Candlin, & Roger, 2017).

Onderzoek van Pharos (2013b) laat zien dat scholing in culturele sensitieve zorg, rekening houdend met de cultuur en religieuze wensen van zorgvragers met een migratieachtergrond, van belang geacht wordt. Wanneer deze vaardigheden meer ontwikkeld zijn, draagt dit bij aan goede interculturele communicatie. Ten aanzien van bewustwording laat onderzoek zien dat dit niet alleen vanuit de zorgverlener hoeft te komen. Zorgvragers met een migratieachtergrond zijn zich terdege bewust van hun eigen verantwoordelijkheid. Deze toename in bewustzijn kan bevorderend zijn binnen interculturele communicatie (Paternotte, Van Dulmen, Bank, Seeleman, Scherpbier, & Scheele, 2017). Het onderzoek van Pharos (2013b) beschrijft tevens de volgende bevorderende factoren ten aanzien van interculturele communicatie: het tonen van respect, het nemen van voldoende tijd en communicatie in eigen taal door inzet van een tolk. Deze factoren worden later in dit hoofdstuk uitgewerkt.

Respect is een belangrijk aspect binnen communicatie. Een juiste bejegening door de zorgverleners voor de oudere zorgvragers met een migratieachtergrond is belangrijk (Steunenbergh & De Wit, 2013). Binnen de communicatie met deze oudere migranten is culturele sensitiviteit van groot belang. Zij hechten waarde aan met u, mevrouw of meneer te worden aangesproken. Een gelijkwaardige behandeling, lettend op gevoelens van discriminatie met respect voor religie, geeft een basis voor goede communicatie. Oudere zorgvragers met een migratieachtergrond geven zelf deze aspecten aan. Zij zijn niet tevreden over de bejegening en communicatie. Deze zorgvragers geven aan specifieke wensen te hebben, onder andere ten aanzien van religie en het betrekken van familie bij de zorg (Pharos, 2015). Voldoende tijd nemen binnen interculturele communicatie is van belang om voorgeschiedenis en context van zorgvragers met een migratieachtergrond te kunnen begrijpen. Dit verhoogt de kwaliteit van zorg (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune, & Verrept, 2011). Dit wordt onderstreept door Oelen (2011), die aangeeft dat tijdsdruk niet leidend mag zijn binnen interculturele communicatie. Tijdsdruk mag dus niet als excuus gebruikt worden bij goede zorgverlening.

Onderzoek uit 2015 geeft aan dat goede communicatie start met benadering vanuit een rustige sfeer en tijd voor zorgvragers met een migratieachtergrond (Pharos, 2015). Inzet van professionele tolken kan ervoor zorgen dat culturele en etnische stereotypering wordt vermeden en een open, nieuwsgierige en reflecterende houding wordt gestimuleerd (Penka, Schouler-Ocak, Heinz, & Kluge, 2012). Zoals aangegeven kunnen deze aspecten door inzet van een professionele tolk in de zorg verbeterd worden. Deze inzet wordt tot dusver vooral in een ziekenhuissetting toegepast. Het is van belang de inzet van een professionele tolk uit te breiden naar andere sectoren. Diversiteit binnen zorgteams is bevorderend voor interculturele communicatie in een zorgrelatie. Tevens komt naar voren dat het bevorderend is culturele competenties van zorgverleners te versterken (Derluyn et al., 2011). Deville (2011) benadrukt het bevorderen van de interculturele communicatie door inzet van een professionele tolk. Taalbarrière veroorzaakt gebrek aan vertrouwen dat maakt dat zorgvragers met een migratieachtergrond vaker voortijdig hun revalidatietraject beëindigen (Deville, 2011). Pharos (2014) bepleit eveneens de inzet van een professionele tolk. Er bestaat een wettelijke plicht om hulp in te schakelen bij een taalbarrière. De inzet van een professionele tolk kan dus als een bevorderende factor beschouwd worden. De zorgverleners moeten een afweging kunnen maken op welk moment een professionele tolk moet worden ingezet in plaats van een informele tolk in de vorm van familie (Pharos, 2014).

3.1.2. Belemmerende factoren

Binnen interculturele communicatie ervaren zorgvragers met een migratieachtergrond, maar ook zorgverleners problemen in het onderlinge contact. Er is onderzoek gedaan naar de ervaringen van zorgvragers met een migratieachtergrond in de communicatie met huisartsen (Rocque & Leanza, 2015). In een systematische review zijn 75 artikelen over dit onderwerp doorzocht. Hieruit komt naar voren dat zorgvragers met een migratieachtergrond 'het niet hebben van respect vanuit zorgverleners' als belemmerend ervaren. Tevens ervaren zij druk door tijdgebrek binnen het hulpverleningsmoment. Een ervaren dominante houding van de huisarts maakt dat zorgvragers met een migratieachtergrond zich hulpeloos voelen. Andere belemmerende factoren die worden beschreven in dit review zijn: discriminatie, vooroordelen, andere culturele waarden, acculturatie en taalbarrière (Rocque & Leanza, 2015). Een deel van deze belemmerende factoren wordt teruggezien in een onderzoek onder verpleegkundigen in 2010. Hierin worden de volgende belemmerende factoren beschreven: vooroordelen, tijd, taalbarrière, geen aandacht voor culturele verschillen en een houding waarin geen ruimte is voor zelfreflectie (Preijde, 2010). Het gebrek aan respect wordt door zorgvragers met een migratieachtergrond als een belemmering in de communicatie ervaren (Pharos, 2015). Steunenbergh en De Wit (2013) ondersteunen dit en geven aan dat respectvolle bejegening en respect voor religie belangrijk is voor zorgvragers met een migratieachtergrond. Door zorgvragers wordt tevens het houdingsaspect als een belemmerende factor omschreven. Vooroordelen en aannames van zorgverleners ten aanzien van zorgvragers met een migratieachtergrond staat interculturele communicatie in de weg (Paternotte et al., 2017). Het hebben van vooroordelen wordt tevens waargenomen onder verpleegkundigen (Preijde, 2010). Paternotte et al. (2014) geeft het onbewust zijn van hiaten binnen interculturele communicatie aan als een belemmering. Het onvoldoende aandacht hebben voor het verschil in cultuur is tevens een houdingsaspect dat belemmerend werkt binnen interculturele communicatie. Het gebrek aan tijd binnen interculturele communicatie wordt beschreven door Rocque en Leanza (2015) en Preijde (2010).

Belemmeringen door taalbarrière remt zorgvragers met een migratieachtergrond gebruik te maken van de zorgsetting. Tevens komt naar voren dat door vertaalproblemen misverstanden ontstaan in de informatie omtrent ziekteoorzaken en een adequate behandeling (Penka et al., 2012). Onderzoek uit 2017 geeft aan dat de taalbarrière als een belangrijk probleem wordt ervaren binnen de zorgrelatie. Dit is minder urgent als er een goede zorgverlener-patiëntrelatie bestaat (Paternotte et al., 2017). Het inschakelen van een tolk kan een oplossing zijn bij een taalbarrière (Pharos, 2013a). Het risico van inzetten van een informele tolk is aanwezig bij onvoldoende taalbeheersing in combinatie met complexe problematiek of minderjarigheid van de tolk. Tevens kunnen te veel emotionele betrokkenheid en onderwerpen die in de emotionele- of taboesfeer liggen een rol spelen (Pharos, 2014). Helaas is de vergoeding van tolkdiensten per 1 januari 2012 vanuit de overheid gestopt. Uit onderzoek van Pharos (2013a) is gebleken dat tolkdiensten minder vaak worden ingezet, omdat het te kostbaar wordt voor de zorgverlener. De inzet van een tolk blijkt niet altijd de oplossing van een taalbarrière binnen interculturele communicatie. Gebleken is dat veel oudere zorgvragers met een migratieachtergrond laagopgeleid zijn. Binnen deze groep is sprake van een hoger percentage laaggeletterdheid waardoor complexe informatie minder goed kan worden verwerkt (Fransen, Harris, & Essink-Bot, 2013). De aanwezigheid van een taalbarrière blijkt duidelijk gevolgen te hebben voor de kwaliteit van zorg (Pharos, 2013a).

3.2. Culturele competentie

Bourque Bearskin (2011) beschrijft dat culturele competentie een verpleegkundige term is die verwijst naar vaardigheden, kennis en houding die nodig zijn om zorg te kunnen verlenen waarbij rekening gehouden wordt met culturele verschillen. Van Nispen en Van Stralen (2009) geven weer dat het begrip culturele competentie te maken heeft met de eigen ervaring van het individu waardoor een eigen manier van omgaan met cultuurverschillen ontstaat. De centrale vraag is hoe

er met cultuurverschillen omgegaan wordt. Er kan gekozen worden voor niets doen, overeenkomsten accentueren of de verschillen overbruggen.

De driestappenmethode van Pinto (2007) geeft aan wat nodig is om cultuurverschil te overbruggen:

1. Het kennen van eigen normen, waarden en gedragscodes
2. Het kennen van normen, waarden en gedragscodes van de ander
3. Vaststellen hoe daarmee omgegaan wordt; waar ligt de wederzijdse grens van aanpassing en acceptatie en benoem deze grens.

Het effect van deze methode is dat vooroordelen worden weggenomen en er begrip ontstaat voor de ander en de eigen grenzen duidelijk worden (Pinto, 2007). Het overbruggen van cultuurverschil betekent een brug slaan tussen eigen cultuur en de cultuur van de ander. De basiscompetenties zijn respect en gelijkwaardigheid. Daarnaast is het erkennen van gemeenschappelijke belangen ook een voorwaarde voor deze overbrugging (Van Nispen & Van Stralen, 2009).

Het belang van culturele competentie wordt door Seeleman (2014) omschreven als een strategie die het zorgproces aan zorgvragers met een migratie achtergrond kan verbeteren (Seeleman, 2014).

Voor een goede kwaliteit van zorg is het essentieel dat zorgorganisaties en zorgverleners in staat zijn om op een effectieve manier de zorgverlening af te stemmen op culturele diversiteit bij de zorgvragers. Dit vereist culturele competentie op het gebied van een cultuur sensitieve houding zodat de gevoelde afstand kleiner wordt. Dit bevordert een open houding en geeft zekerheid in de communicatie tussen zorgvragers en zorgverleners (Suurmond, Seeleman, Stronks, & Essink-Bot, 2012). Culturele competenties zijn nodig voor een harmonieuze samenwerking. Door de cultuurverschillen te overbruggen worden de negatieve gevolgen beperkt en de positieve kanten juist benut (Van Nispen & Van Stralen, 2009).

Onderzoek van Seeleman (2014) toont aan dat zorg aan zorgvragers met een migratieachtergrond vaak minder goed is dan verpleegkundigen en artsen zelf denken. Dit komt omdat zij specifieke competenties missen op dit gebied, terwijl zij zich hier niet bewust van zijn. De zorg kan beter en gelijkwaardiger als artsen, andere behandelaars en instellingen zich realiseren dat de culturele en etnische achtergrond van deze zorgvragers invloed kan hebben op de klachten en de behandeling (Seeleman, 2014). Goede kwaliteit van zorg voor zorgvragers met een migratieachtergrond betekent 'cultureel-competente' zorg. Deze culturele competentie houdt rekening met bijvoorbeeld taalbarrières, epidemiologie van ziekten en de sociale context. Zowel organisaties als individuele zorgverleners moeten cultureel competent zijn. Zorgverleners moeten beschikken over kennis, attitude en vaardigheden die specifiek nodig zijn in de zorgverlening aan deze zorgvragers (Seeleman, 2014). Deze kennis, attitude en vaardigheden worden als volgt geduid:

Kennis:

- Van epidemiologie van ziekten en verschillende effecten van behandeling in verschillende etnische groepen.

Attitude:

- Bewustzijn van de manier waarop cultuurinvloed kan hebben op gedrag en ideeën van de zorgvrager.
- Bewustzijn van de sociale context waarin specifieke etnische groepen leven.
- Bewustzijn van je eigen vooroordelen en neiging tot stereotypering.

Vaardigheden:

- Vaardigheid in het overbrengen van informatie op een voor de patiënt begrijpelijke manier.
- Vaardigheid om flexibel en creatief om te gaan met nieuwe situaties (Seeleman, 2014).

Bovengenoemde competenties worden in verschillende literatuur beschreven. Van Nispen en van Stralen (2009) geven deze competenties aan waarbij zij attitude omschrijven als een respectvolle houding. Hierbij is bereidheid nodig om vooroordelen en stereotypen los te laten. De ander als een individu zien, achtergrondinformatie verzamelen en op de eigen ervaring reflecteren zijn culturele competenties voor een harmonieuze samenwerking (Van Nispen & Van Stralen, 2009). Een kennisbundel uitgebracht door verschillende zorgorganisaties legt nadruk op de competenties van een respectvolle houding, reflecteren op vooroordelen en stereotypering (Zorg voor beter, 2017). Bourque Bearskin (2011) beschrijft in de basis deze competenties ook, waarbij zij vooropstelt dat het

erkennen van de diversiteit de eerste stap tot verandering is. Vanuit deze erkenning kan de wens en motivatie komen om te veranderen, dit geeft een extra dimensie aan de benodigde competenties (Bourque Bearskin, 2011). Onderzoek van Hemberg en Vilander uit 2016 ondersteunt dit en geeft aan dat de wens om te willen veranderen naast een respectvolle menslievende basishouding een belangrijke competentie is binnen interculturele zorg (Hemberg & Vilander, 2016). Fahlberg, Foronda en Baptiste (2016) geven aan dat de wens tot verandering een belangrijke sleutel is tot verandering en verbetering van de interculturele zorg. Zij beschrijven deze wens als een houding van culturele nederigheid. Hiermee wordt bedoeld dat, in plaats van een superieure houding, een houding van luisteren, samenwerken en onderhandelen de beste benadering is om tot gezamenlijke doelen te komen. Alleen het verwerven van kennis en vaardigheden is onvoldoende om tot goede interculturele zorg te komen. De nadruk dient te liggen op attitude, waarbij er vanuit deze attitude een wens tot veranderen aanwezig dient te zijn om tot culturele competentie te komen. Competenties die binnen de attitude belangrijk geacht worden zijn: een open houding, bereidheid om te luisteren en bereidheid tot leren en samenwerken. Aanvullend hierop wordt gesteld dat zelfreflectie, een kritische blik en een levenslang lerende houding ten aanzien van culturele competentie van belang is (Fahlberg et al., 2016). Voor zorgverleners is het omgaan met onzekerheid een belangrijke competentie, zo stellen Suurmond et al. (2012). In de omgang met zorgvragers met een migratieachtergrond kan professionele onzekerheid ontstaan omdat men niet kan uitgaan van gedeelde kennis, gedragscodes en communicatie. Zorgverleners weten niet zeker of informatie wordt begrepen. Flexibiliteit en creativiteit zijn nodig om een oplossing te vinden die buiten de traditionele kaders ligt (Suurmond et al., 2012).

3.3. Behalen van revalidatiedoelen door zorgvragers met een migratieachtergrond

Cijfers van Revalidatie Nederland geven aan dat in 2015 meer dan 8000 volwassen personen klinisch zijn opgenomen in revalidatiecentra (Revalidatie Nederland, 2016). Om de zorg- en welzijnsvragen van alle revalidanten te kunnen beantwoorden is het belangrijk dat de zorg specifiek wordt aangepast aan het individu. Het doel is optimaal herstel, zelfredzaamheid, participatie en deelname aan de maatschappij (Revalidatie Nederland, 2018).

3.3.1. Bevorderende factoren

In het scooping review (Grandpierre et al., 2017) zijn bevorderende factoren beschreven die volgens zorgverleners belangrijk zijn bij revalidatie van zorgvragers met een migratieachtergrond. De volgende factoren worden benoemd: het vergroten van het cultureel bewustzijn, het bevorderen van een cultureel competente werkomgeving en het uitleggen van de afspraken rondom de zorg (Grandpierre et al., 2017). Deze drie factoren komen in meerdere bronnen naar voren. Om het culturele bewustzijn van zorgverleners te vergroten is het van belang dat zij zich bewust worden van verschillen in normen, waarden en culturele achtergronden tussen hen en de zorgvragers met een migratieachtergrond (Zorg voor beter, 2017). De volgende stappen zijn hiervoor nodig: culturele bewustwording, culturele kennis en cultuursensitiviteit.

Het is van belang dat zorgverleners zich bewust worden van eigen normen en waarden zodat vooroordelen niet in de weg staan om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van zorgvragers met een migratieachtergrond. Deze zorgvrager heeft specifiek nodig dat respectvol wordt uitgelegd waarom bepaalde handelingen en middelen worden ingezet voor het herstel (Zorg voor beter, 2017).

Roque en Leanza (2015) tonen aan dat zorgvragers met een migratieachtergrond zich minder kwetsbaar voelen als het contact met de zorgverlener aansluit op hun culturele overwegingen en waarden en men begrip heeft voor verschillen. Een culturele zelfreflectie helpt om de ander beter te begrijpen en te waarderen (Roque & Leanza, 2015). Daarnaast is het opdoen van kennis belangrijk. Culturele kennis kan opgedaan worden door schriftelijke informatie. Belangrijker is echter om tijd te nemen zorgvragers met een migratieachtergrond te ontmoeten en goed te leren kennen (Zorg voor

beter, 2017). Het belang van ontmoeting met andere culturen wordt onderschreven door het onderzoek van Almutairi, Adlan, en Nasim (2017). Cultuursensitiviteit zorgt ervoor dat er vertrouwen, acceptatie en respect is voor de ander. Toepassing van kennis, inzichten en vaardigheden op het gebied van cultuursensitiviteit zorgt voor cultureel-sensitieve competentie (Zorg voor beter, 2017). Volgens Govere en Govere (2016) zorgt het ontwikkelen van cultuurbewustzijn door cultuursensitieve scholing voor een vergroting van de patiënttevredenheid. Goede communicatie en een goede zorgrelatie dragen bij aan een betere informatie-uitwisseling, therapietrouw, een juist afgestemde behandeling en een beter behandelresultaat (Roque & Leanza, 2015). Het bevorderen van een cultureel competente werkomgeving wordt volgens Hoffer (2016) gerealiseerd door gebruikmaking van diverse aanpassingen. Het advies is om binnen de zorginstelling beleidsmakers aan te stellen die zich bezighouden met diversiteitsbeleid. Een visie ontwikkelen en uitdragen op het gebied van cultuursensitief werken zorgt voor inbedding binnen een organisatie (Hoffer, 2016). Diversiteit van culturen in het personeelsbestand kan tevens bijdragen aan verbeteren van de cultuursensitiviteit (Rijksoverheid, zij). Flexibiliteit binnen een organisatie zorgt volgens Grandpierre et al. (2017) ervoor dat zorgvragers met een migratieachtergrond de aandacht krijgen die ze behoeven. Meer tijd en minder personeelwisselingen geeft ruimte om een vertrouwensband met hen op te bouwen. Training van zorgverleners op het gebied van culturele competenties is bevorderend voor een cultureel sensitieve werkomgeving (Grandpierre et al., 2017). Almutairi et al. (2017) stelt dat het aanbieden van cultuureducatieprogramma's door zorgorganisaties leidt tot verhoging van het niveau van de culturele competentie van de zorgverleners. Zij zijn hierdoor beter in staat om belemmeringen die zich voor kunnen doen tijdens interculturele interactie op te lossen (Almutairi et al., 2017). Bevorderend voor een cultureel competente werkomgeving is het inzetten van een professionele tolk (Tasten, 2014). Belangrijk is dat een professionele tolk kennis heeft van medische terminologie en daarnaast cultureel competent is om goed te kunnen aansluiten bij zorgvragers met een migratieachtergrond (Hadziabdic & Hjelm, 2014).

Het belang van het uitleggen van afspraken rondom de zorg aan zorgvragers met een migratieachtergrond benoemt Grandpierre et al. (2017) als belangrijk punt. De volgende onderwerpen moeten worden besproken: doel, duur en vooruitzichten op het gebied van revalidatie. Dit is met name van belang wanneer binnen de behandeling cultuurverschillen worden geconstateerd. Te denken valt aan verschillende opvattingen over het streven naar onafhankelijkheid van de zorgvrager. Aandachtspunt binnen de communicatie is het gebruik van juiste termen zodat zorgvragers met een migratieachtergrond de inhoud begrijpen (Grandpierre et al., 2017). Zorgverleners moeten meer tijd nemen voor het geven van uitleg en het stellen van vragen. Hierbij moeten ze hun woordkeuze aanpassen aan de zorgvrager door onder andere vakjargon te vermijden (Roque & Leanza, 2015).

3.3.2. Belemmerende factoren

In het scooping review van Grandpierre et al. (2017) zijn de volgende belemmerende factoren beschreven bij de revalidatie van zorgvragers met een migratieachtergrond: taalbarrière, cultuurverschillen en beperkte middelen. De taalbarrière zorgt voor een beperking in de informatievoorziening en instructies aan zorgvragers met een migratieachtergrond (Grandpierre et al., 2017). Het niet goed kunnen uitleggen van de therapie en revalidatie is volgens Dressler en Pils (2009) de grootste belemmering in het revalidatieproces. Tevens geven de zorgverleners in dit onderzoek aan dat het door de taalbarrière langer duurt voordat het vertrouwen van zorgvragers met een migratieachtergrond gewonnen is (Dressler & Pils, 2009).

Het verschil in cultuur kan een belemmerende factor zijn binnen het revalidatieproces. Zorgvragers met een migratieachtergrond kunnen vanuit een niet Nederlandse achtergrond andere ideeën hebben over ziekte en gezondheid. Hierdoor kunnen andere verwachtingen ontstaan over behandeling en het uiteindelijke doel van de revalidatie (Sloots, 2010). Cultuurverschillen uit zich ook in verschillende opvattingen over de beperking, het rollenpatroon en onafhankelijkheid. Het

oefenen van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) wordt bijvoorbeeld niet door alle culturen als zinvol ervaren (Grandpierre et al., 2017). Pinto en Van Doremalen (2009) maken een indeling van culturen en mensen. Deze indeling is gebaseerd op diepgaande verschillen in de onderliggende structuur van regels en codes. Er wordt onderscheid gemaakt tussen F-structuur met een fijnmazige structuur van gedragsregels en G-structuur met een grofmazige structuur. M-structuur is een mengvorm van beiden. Binnen G-structuur is een grote vrijheid in gedrag terwijl F-structuur veel gedragsregels kent. G-en F-structuren hebben verschillende waarden en normen. Er zijn bijvoorbeeld verschillen in rolverdeling, status en opvoeding. Het verschil in opvoeding tussen F en G-structuur zorgt er voor dat doelen op een andere manier worden nagestreefd. In F-cultuur streeft men naar een zo goed mogelijke invulling van de rol die men heeft in de eigen groep. In G-cultuur krijgt men respect en aanzien door individuele prestaties en het laten zien van onafhankelijkheid (Pinto & Van Doremalen, 2009). Revalidatiezorg in Nederland is gericht op het streven naar onafhankelijkheid. Het is de bedoeling dat zorgvragers zo zelfstandig mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij. Er is er veel aandacht voor onderwerpen als mobiel zijn, persoonlijke verzorging, huishouden, woonsituatie, communicatie, werk en vrije tijd (Revalidatie Nederland, 2017). Binnen dit literatuuronderzoek is niet naar voren gekomen of zorgvragers met een migratieachtergrond deze onderwerpen ook belangrijk vinden.

Beperkte middelen zijn een belemmerende factor binnen het revalidatieproces van zorgvragers met een migratieachtergrond. Binnen revalidatiezorg in Nederland zijn revalidatiecentra georiënteerd op westerse culturen. Er is bijvoorbeeld een gebrek aan geschikte beoordelings- en screeningsinstrumenten voor anderstaligen (Grandpierre et al., 2017). Triemstra et al. (2016) onderzochten de behoefte bij zorgverleners om professionele tolken in te zetten. Hieruit kwam naar voren dat deze behoefte drie keer zo groot is dan in werkelijkheid plaatsvindt. Dit verschil komt vooral door het ontbreken van financiële middelen of het gebrek aan tijd. Het niet inzetten van professionele tolken heeft volgens zorgverleners een negatief effect op de zorg en resulteert in meer zorggebruik (Triemstra et al., 2016).

3.4. Conclusie literatuuronderzoek

Binnen de gevonden literatuur worden de volgende bevorderende factoren beschreven: bewustwording en scholing, het nemen van voldoende tijd binnen interculturele communicatie, aandacht voor taalbarrières en het communiceren in de eigen taal van de zorgvrager met een migratie achtergrond. Dit laatste met behulp van familie of een tolk. De grootste belemmeringen die ervaren worden zijn: het gebrek aan respect, houdingsaspecten (dominantie, vooroordelen, discriminatie, geen zelfreflectie), andere culturele waarden en tijd. De aanwezigheid van een taalbarrière en laaggeletterdheid wordt wel als een belemmering beschreven, maar onderzoek geeft aan dat een goede relatie tussen zorgvrager en zorgverlener belangrijker wordt geacht.

Voor het overbruggen van cultuurverschil zijn basiscompetenties respect, gelijkwaardigheid en erkennen van gemeenschappelijke belangen nodig. Ten aanzien van de benodigde competenties kan geconcludeerd worden dat specifieke kennis en vaardigheden alleen onvoldoende zijn. De nadruk dient te liggen op de attitude om tot culturele competentie te komen. Deze attitude bestaat uit een open, respectvolle, reflecterende en lerende houding. Kennis, vaardigheden en houding zijn samen met de wens tot veranderen belangrijke competenties om te komen tot een optimale communicatie binnen interculturele zorgverlening.

Voor het behalen van revalidatiedoelen door zorgvragers met een migratieachtergrond zijn een aantal aspecten belangrijk voor zorgverleners. Deze zijn: het vergroten van het cultureel bewustzijn, het bevorderen van een cultureel competente werkomgeving en het uitleggen van de afspraken rondom de zorg voor zorgvragers met een migratieachtergrond. Belemmerende factoren binnen interculturele communicatie en interculturele competentie kunnen het revalidatieproces stagneren. Belemmerend is de taalbarrière, revalidatiedoelen kunnen hierdoor niet goed uitgelegd en begrepen worden. Tevens is dit belemmerend voor het opbouwen van een vertrouwensband tussen zorgvrager met een migratieachtergrond en zorgverlener. Naar voren komen culturele verschillen welke zich

uiten in verschillende opvattingen over de beperking, het rollenpatroon en onafhankelijkheid. Culturen kunnen onderscheiden worden in een F-structuur met een fijnmazige structuur van gedragsregels en een G-structuur met een grofmazige structuur. In G-structuur is een vrij grote vrijheid in gedrag terwijl de F-structuur veel gedragsregels kent.

4. Resultaten praktijkonderzoek

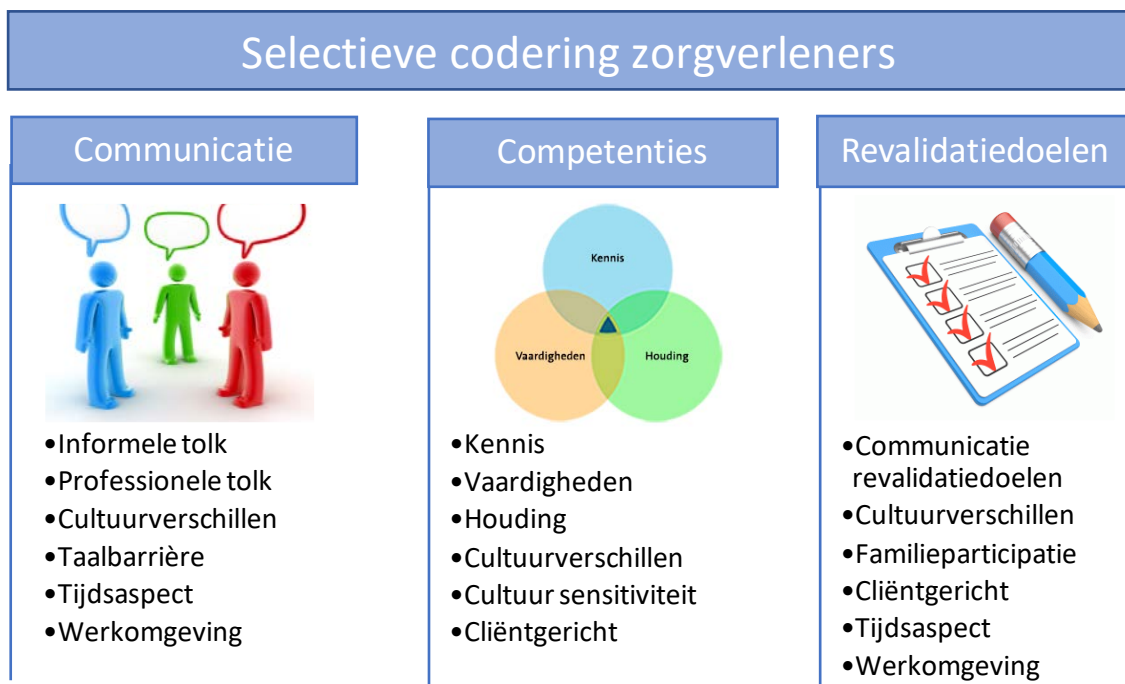
Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek is praktijkonderzoek gedaan. Middels dit onderzoek wordt antwoord gegeven op deelvraag 4 en 5. Binnen dit onderzoek zijn twee groepen respondenten geïnterviewd, zorgverleners van CRV en zorgvragers met een migratieachtergrond.

4.1. Algemene resultaten zorgverleners

Bij aanvang van het interview zijn aan de elf respondenten algemene vragen gesteld. Er is informatie gevraagd over de soort opleiding die zij genoten hebben, hoe lang zij gediplomeerd zijn en hoe lang zij werkzaam zijn bij CRV. Een van de respondenten heeft de opleiding mbo-verpleegkunde genoten en twee respondenten zijn opgeleid tot vig, één van hen is in opleiding tot mbo-verpleegkundige. Van de elf respondenten hebben er zes een mbo-verpleegkunde diploma, van hen volgt één respondent op dit moment de hbo-verpleegkunde opleiding. Twee respondenten hebben een hbo-verpleegkunde opleiding. De meeste respondenten zijn tussen de twee en zes jaar gediplomeerd, één dertig jaar en één tien jaar. Eén respondent is sinds een aantal maanden mbo-verpleegkundige, deze respondent was al enige jaren werkzaam als vig-er. De werkervaring die de respondenten binnen CRV hebben ligt voor de meesten tussen een half en drie jaar. Eén van hen werkt zeven jaar binnen CRV en één zeventien jaar.

4.2. Resultaten interviews zorgverleners

De resultaten worden in dit hoofdstuk per selectieve code beschreven aan de hand van de daaronder vallende axiale codes. Een enkele keer wordt gebruik gemaakt van een citaat van de respondent ter verduidelijking. Dit is in een tekstkader weergegeven.



Figuur 2 Schematische weergave axiale en selectieve codering interviews zorgverleners

4.2.1. Resultaten Communicatie

Informele tolk

Respondenten benoemden allen de inzet van familie als informele tolk bevorderend voor de communicatie tussen zorgverlener en zorgvragers met een migratieachtergrond. Wanneer een informele tolk nodig is maar niet aanwezig, gaven drie respondenten aan de familie te bellen om te fungeren als informele tolk. Er werd door één respondent aangegeven vertrouwen te hebben in een goede vertaling door de familie.

Respondenten benoemden het inzetten van een informele tolk ook als belemmerende factor. Zeven van de elf respondenten gaven aan te twijfelen over de juiste vertolking door familie en zien het inzetten van familie als informele tolk daarom niet als meest ideaal. Door twee respondenten werd aangegeven dat familie niet neutraal is en objectiviteit niet gewaarborgd wordt. Drie respondenten benoemden als nadeel dat je afhankelijk bent van de aanwezigheid van de familie. Daarnaast gaf één respondent aan dat inzet van familie als tolk niet altijd prettig is voor de familie omdat zij dan een andere rol vervullen. Door één respondent werd als nadeel aangegeven dat de communicatie weleens overgenomen wordt door de familie.

Professionele tolk

Negen van de elf respondenten spraken vertrouwen uit over de inzet van een professionele tolk en benoemden dit als een bevorderende factor in de communicatie met zorgvragers met een migratieachtergrond. Vijf respondenten gaven aan de inzet van een professionele tolk prettig te vinden wanneer er een belangrijk bespreekmoment met de zorgvrager is. Aangegeven voorbeelden zijn complexe- of spoedsituaties, uitleg van het revalidatieplan of tijdens de opname van de zorgvragers. Andere voorbeelden die genoemd zijn, is een gesprek met de arts of het bespreken van privacygevoelige onderwerpen. Eén respondent gaf aan dat de inzet van een professionele tolk zelfs verplicht gesteld zou moeten worden tijdens belangrijke gesprekken. Twee respondenten benoemden de neutrale en objectieve houding van een professionele tolk bevorderend voor de communicatie. Eén respondent gaf hierbij aan dat inzet van een professionele tolk zorgt voor goede en eerlijke communicatie met zorgvragers. Twee respondenten hadden goede ervaringen met een professionele tolk vanuit een vorige werkomgeving.

Uit de interviews kwam naar voren dat zeven respondenten niet bekend zijn met het inzetten van een professionele tolk. Drie respondenten hadden de indruk dat een professionele tolk op de afdeling aanwezig zou zijn bij zorgmomenten. Eén respondent gaf aan liever niet standaard een professionele tolk in te willen zetten. Als reden hiervoor werd genoemd dat de tussenkomst hiervan de opbouw van een goede band met zorgvragers met een migratieachtergrond in de weg zou kunnen staan.

Cultuurverschillen

Cultuurverschil wordt gezien in de hechte familieband die zorgvragers met een migratieachtergrond hebben. Dit werd door vier van de elf respondenten benoemd als bevorderend voor de communicatie. Eén respondent gaf aan dat er op de meeste momenten van de dag familie aanwezig is en er daardoor zonder tijdverlies gecommuniceerd kan worden. Een van de respondenten gaf aan dat de verwachtingen van het revalidatieproces tussen de zorgverlener en zorgvragers door cultuurverschil niet op één lijn kunnen liggen. Aangegeven werd dat duidelijkheid creëren voorafgaand aan het revalidatieproces bevorderend kan zijn.

Er werd door één respondent benoemd dat cultuurverschil belemmerend kan werken door verschil in rollenpatroon tussen man en vrouw. Ervaren wordt dat een man geregeld meer zorg vraagt doordat hij niet gewend was bepaalde dingen zelf te doen. Een andere respondent zag een belemmering in de communicatie door cultuurverschil doordat ze weleens tegenwerking van de familie ervaart. Een voorbeeld was het achterhouden van medicatie wegens onduidelijke communicatie over het doel van de medicatie.

Taalbarrière

De taalbarrière werd door alle respondenten ervaren als een belemmerende factor in de communicatie met zorgverleners met een migratieachtergrond. Er werden meerdere factoren benoemd door de respondenten. Zeven respondenten gaven aan dat taalbarrière de uitleg van de revalidatie belemmert. Met name de uitleg van details wordt niet voldoende begrepen door zorgvragers. Twee respondenten gaven aan dat deze taalbarrière onrust geeft bij zorgvragers. Deze taalbarrière werd als meer belemmerend ervaren bij afwezigheid van een informele tolk. Eén respondent gaf aan dat aansluiten bij zorgvragers bemoeilijkt wordt door taalbarrière. Eén respondent gaf aan het vervelend te vinden niet rechtstreeks met zorgvragers met een migratieachtergrond te kunnen communiceren (zie tekstkader).

‘Vervelend om niet rechtstreeks met de persoon te kunnen praten’ (interview 10, regel 81, 82).

Tijdsaspect

Drie respondenten gaven aan voldoende tijd te kunnen maken en te nemen voor zorgvragers met een migratieachtergrond. Eén respondent benoemde dat door meer tijdinvestering in het begin van de opname gewerkt kan worden aan een vertrouwensrelatie. Ervaren wordt dat de communicatie in de loop van de tijd dan makkelijker verloopt.

Acht van de elf respondenten gaven aan dat tijd nemen voor communicatie met zorgvragers met een migratieachtergrond meer tijd kost. Zeven respondenten gaven aan dat werkdruk een belemmering is om deze tijd voor de communicatie daadwerkelijk te kunnen nemen. Eén respondent gaf aan te berusten als de communicatie door de tijdsdruk niet lukt.

Werkomgeving

Door één respondent werd aangegeven dat de afdelingsafspraken familie als informele tolk in te zetten. Een andere respondent benoemde als bevorderend voor de communicatie, aanwezigheid van zorgverleners op de afdeling die de moedertaal van zorgvragers met een migratieachtergrond spreekt. Een document binnen de werkomgeving waarop onder andere veel gebruikte woorden in meerdere vertalingen staan is bevorderend voor de communicatie volgens één respondent. Eén respondent ziet het probleem op het gebied van taalbarrière binnen de werkomgeving groter worden door toename van zorgvragers met een migratieachtergrond, onder andere door toename van vluchtelingen uit Syrië.

4.2.2. Resultaten Competenties

Kennis

Negen van de elf respondenten gaven aan dat er in de opleiding onvoldoende aandacht is geweest voor het omgaan met zorgvragers met een migratieachtergrond. Als er wel enige uitleg was gegeven kon men zich de inhoud niet meer herinneren. Van de elf respondenten gaven twee aan dat er wel een les aan is besteed. Eén van deze twee respondenten benoemde dat de term interculturele zorg destijds nog niet werd gebruikt. Geen van de respondenten heeft aanvullende scholing over interculturele zorg na de opleiding gevolgd. Het kennistekort over culturele gewoonten kwam eenmaal duidelijk naar voren toen werd genoemd dat de familie niet wilde vertalen dat de zorgvrager ernstig ziek was. Door alle respondenten werd aangegeven dat er behoefte bestaat aan scholing over het omgaan met zorgvragers met migratieachtergrond. Van de elf respondenten gaven tien aan open te staan voor scholing en te willen leren over culturele achtergronden, gewoonten en het verbeteren van de communicatie bij een taalbarrière. De vorm van de scholing waar behoefte aan bestaat is vooral praktisch van aard, bijvoorbeeld een Power Point presentatie van een ervaringsdeskundige met tips voor verbetering van communicatie en basiskennis. Eén respondent benoemde hier geen behoefte aan te hebben maar vooral te willen investeren in een taalcursus.

Houding

Van de elf respondenten gaven vier aan dat ze een open, begripvolle houding belangrijk vinden in de omgang met zorgvragers met een migratieachtergrond. Een rustige, respectvolle benadering en het nemen van voldoende tijd voor non-verbale communicatie is een basishouding welke door zes respondenten werd omschreven als bevorderend voor goede zorgverlening (zie tekstkader).

‘Gewoon de tijd ervoor nemen’ (Interview 2, regel 33).

Door professioneel en geduldig te blijven kunnen zorgvragers het gevoel ervaren welkom te zijn. Het bewustzijn dat vriendelijkheid uitstralen en geduldig zijn een positief effect heeft op het resultaat van de zorgverlening kwam bij twee respondenten duidelijk naar voren. Eén respondent benoemde te zien dat zorgvragers met een migratieachtergrond gemotiveerd zijn om te revalideren. Door twee respondenten werd benoemd dat er verschillende wederzijdse verwachtingen zijn vanuit de zorgvragers en zorgverleners. Als er vaak familie aanwezig is blijkt dat de zorgverleners minder binnenlopen bij de zorgvrager. Eén respondent heeft aangegeven het gevoel te hebben dat de families soms wantrouwend zijn. Eén respondent gaf daarom aan dat het nodig is om duidelijkheid over de verwachtingen te creëren en dit ook eenduidig als zorgverleners vorm te geven. Twee respondenten gaven aan dat onmacht wordt ervaren in de communicatie en er daardoor een berustende houding ontstaat. De pogingen om de zorgvrager te stimuleren tot revalideren worden dan sneller opgegeven (zie tekstkader).

‘Dan merk ik dat ik eerder stop omdat het niet lukt en hij mij toch niet begrijpt’ (Interview 7, regel 68).

Van de elf respondenten gaf één als stereotypering aan dat bij moslims vaak een afwachtende houding wordt gezien. Ze mobiliseren niet en willen weer terug in bed. Het wordt aan Allah overgelaten of ze opknappen of niet. Tevens werd eenmaal benoemd dat als zorgvragers hier langer wonen van hen verwacht mag worden dat zij zich aan ons aanpassen.

Vaardigheden

Alle respondenten gaven aan vaardigheid te hebben om non-verbale communicatie in te zetten bij zorgvragers met een migratieachtergrond. Dit bestond uit gebaren maken, voordoen en aanwijzen. Tevens werd door zeven respondenten creatief gezocht naar mogelijkheden om te communiceren. Als voorbeelden werden genoemd het gebruik van korte woordjes en langzaam spreken, woordjes vragen aan familie, zoeken naar gezamenlijke taal zoals Engels en gebruik van google translate. Drie respondenten gaven aan bij het vastlopen in de communicatie er later op de dag op terug te komen wanneer er meer tijd was. Door twee respondenten werd uitgesproken dat het belangrijk is om zich in te leven in de situatie en een vertrouwensband op te bouwen zodat zorgvragers het aandurven om te revalideren. Twee respondenten spraken de wens uit om met pictogrammen te kunnen werken en zouden graag intercollegiaal overleg willen over de aanpak van de communicatie. Als belemmerend werd door een respondent benoemd dat door de aanwezigheid van familie de regie van de zorg niet bij de zorgverlener ligt en het overzicht wordt gemist over de situatie. Dit blijkt uit het soms dagenlang geringe rapportage over de cliënt omdat men te weinig betrokken is geweest bij de zorgverlening. Dit maakte ook het inspelen op de zorgbehoefte moeilijk en werd ervaren als onvoldoende kwaliteit van zorg.

Cultuurverschillen

De competentie van zorgverleners om in te spelen op cultuurverschil werd door de respondenten verschillend benoemd. Zo werd door zeven respondenten aangegeven dat ze het als belemmerend ervaren dat de familie een groot deel van de verzorging overneemt. Het verschil in denken over wat revalideren inhoudt en het kiezen voor andere doelen remt naar hun mening het revalidatieproces. Eén respondent merkte hierbij op dat in een situatie van een migratieachtergrond het zelfmanagement van de zorgvrager minder een rol lijkt te spelen. Verder werd door één respondent

opgemerkt dat het rollenpatroon bij zorgvragers met een migratieachtergrond betekent dat een man meer aandacht vraagt van de zorgverleners dan een vrouw. Eén andere respondent ervaarde dat de familie van zorgvragers met een migratieachtergrond een groter beroep doen op de zorgverleners door de vele vragen die er worden gesteld. Tevens werd opgemerkt dat de arts een hoge status heeft en veel invloed heeft. Door twee respondenten werd aangegeven dat het aanwezig zijn van familie ervoor zorgt dat de zorgvrager geen eenzaamheid ervaart en dit een positief effect kan hebben op het herstel. Deze respondenten waardeerden de betrokkenheid van de familie positief.

Cultuur sensitiviteit

Vijf van de elf respondenten gaven de bewustwording aan dat vertrouwen winnen en aansluiten bij de zorgvrager met een migratieachtergrond bevorderend is voor communicatie en revalidatie. Eén respondent geeft duidelijk aan te ervaren dat dit de zorgverlening makkelijker maakt. Vier respondenten vonden begrip tonen en inleven in de situatie van de zorgvrager belangrijk voor goede zorgverlening. Twee respondenten benoemden een open, lerende houding om te ontdekken welke zaken anders zijn als bevorderend. Eén respondent benoemde aandacht voor communicatie en culturele achtergrond een basisvaardigheid waarbij rekening dient te worden gehouden met geloofsuitingen van de zorgvragers. Door twee respondenten werd aangegeven dat het wenselijk en bevorderend is wanneer er collega's met een migratieachtergrond zouden werken op CRV. Eén respondent benoemde respectvol om te gaan met culturele gewoonten zoals het dragen van een hoofddoek. De zorgvrager werd hieraan door de zorgverlener herinnerd wanneer zij deze soms vergat om te doen.

Als belemmerende factor in de culturele sensitiviteit werd door één respondent uitgesproken dat de zorgvragers met een migratieachtergrond het nut van revalideren niet lijken in te zien. Er lijkt geen motivatie aanwezig omdat de familie wel zal helpen. Twee respondenten gaven aan meer kennis van andere culturen nodig te hebben.

Cliëntgericht

Vijf respondenten gaven aan dat gelijkwaardige behandeling van zorgvragers met een migratieachtergrond belangrijk werd gevonden. Eén respondent benoemde het aansluiten bij doel en wens van zorgvragers door snel en veilig met ontslag te kunnen gaan, zodat thuis verder gerevalideerd kan worden via eerstelijns therapie

4.2.3. Resultaten Revalidatiedoelen

Communicatie van de revalidatiedoelen

Vier van de elf respondenten benoemden dat het bevorderend is duidelijke uitleg te geven aan zorgvragers met een migratieachtergrond over revalidatie. Deze uitleg zou volgens de respondenten kunnen bestaan uit het bespreken van het doel van de revalidatie. Daarnaast vindt men het bespreken van wederzijdse verwachtingen belangrijk. Drie van de elf respondenten gaven aan dat een verschil in wederzijdse verwachtingen volgens hen de oorzaak is dat revalidatiedoelen niet behaald worden. Het afstemmen en bespreken van de revalidatiedoelen zou volgens de respondenten bevorderend kunnen zijn voor het behalen van de doelen. Eén respondent gaf aan dat de zorgvrager zelf zijn doelen bepaalt en de zorgverlener hem daarin stimuleert. De taalbarrière wordt door vijf van de elf respondenten gezien als een belemmerende factor binnen de communicatie over de revalidatiedoelen. Deze respondenten gaven aan dat men onvoldoende uitleg kon geven over het doel van de revalidatie. Daarnaast werd het geven van instructies bemoeilijkt. Om duidelijkheid te kunnen verschaffen gaven twee van de elf respondenten aan dat aanwezigheid van een professionele tolk bij het opnamegesprek en de uitleg van de revalidatiedoelen bevorderend zou kunnen werken.

Cultuurverschil

Een cultuurverschil kan volgens vier van de elf respondenten zorgen voor een belemmering in het behalen van de revalidatiedoelen. Verschillende culturele verschillen werden benoemd. Zo wordt volgens twee respondenten zorgvragers door de familie gezien als zieke die hulp nodig heeft. Kinderen horen voor hun ouders te zorgen en daarom neemt familie vaak zorg over (zie tekstkader).

‘We streven in Nederland naar zelfmanagement, we willen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig zijn. Ik denk niet dat dat ook zo is in immigratie achtergrond en ik denk dat we dat ook niet kunnen veranderen, dus ik denk dat het zeker invloed heeft op behalen van doelen’ (Interview 7, regel 158-162).

Twee respondenten benoemden dat het doel zo zelfstandig mogelijk te zijn niet in elke cultuur gelijk is.

Familieparticipatie

Zorgverleners zien bevorderingen en belemmeringen binnen de revalidatie met betrekking tot familieparticipatie. Vijf van de elf respondenten waren positief over familieparticipatie.

Bevorderende factoren die door hen benoemd werden waren: ondersteuning van de zorgverlener, stimulatie bij het revalideren en de betrokkenheid van de familieleden.

Zes van de elf respondenten benoemden familieparticipatie als belemmerende factor. De overname van de zorg werd aangegeven als grootste belemmering (zie tekstkader).

‘Soms is het lastig om met de cliënt te revalideren omdat hun een heel andere cultuur hebben. Vaak zorgen de kinderen voor de ouders en bij ons is het de bedoeling dat de ouders het zelf gaan doen’ (Interview 1, regel 39-40).

Tijdsaspect.

Binnen CRV gaven zeven van de elf respondenten aan werkdruk tijdens de zorgverlening te ervaren. Men gaf aan dat hierdoor minder tijd en aandacht is voor de zorgverlener met een migratieachtergrond. Het communiceren en uitleg geven over revalidatiedoelen aan zorgvragers met een migratie achtergrond kostte volgens acht van de elf zorgverleners meer tijd.

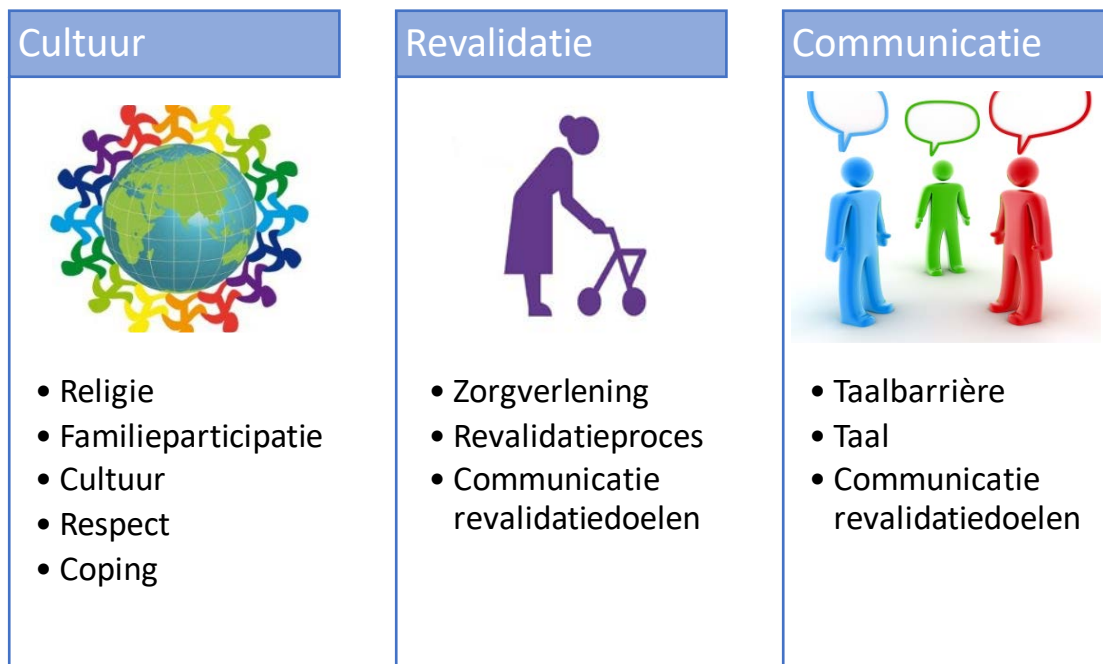
Werkomgeving

Het gebrek aan zorgverleners werd door één van de elf respondenten genoemd als belemmerende factor binnen de werkomgeving. Als bevorderende factoren voor de werkomgeving werden verschillende items benoemd. Eén respondent benoemde het spreken van de taal van de zorgvrager met een migratieachtergrond door personeelsleden. Een woordenlijst met vertalingen van dagelijkse handelingen benoemde één respondent. Het meer eenduidig zijn over afspraken als zorgverleners werd door één respondent genoemd.

4.3. Resultaten interviews zorgvragers met migratieachtergrond

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het interview met de zorgvragers met een migratieachtergrond beschreven. De respondenten hadden verschillende culturele achtergronden en religies. Eén respondent is geboren in Marokko de andere respondent in Suriname maar was met de Indiase cultuur opgegroeid. Zij woonden al langere tijd in Nederland. Bij één respondent was sprake van een taalbarrière. Een enkele keer wordt gebruik gemaakt van een citaat van de respondent ter verduidelijking. Dit is in een tekstkader weergegeven. Onder overige resultaten worden belangrijke aandachtspunten beschreven die in het interview genoemd of geobserveerd zijn welke niet in directe relatie staan tot de deelvraag.

Selectieve codering zorgvragers



Figuur 3 Schematische weergave axiale en selectieve codering zorgvragers

4.3.1. Resultaten Cultuur

Religie

Religie is voor beide respondenten een belangrijk item, voor één respondent is dit de Islam voor de andere het Hindoeïsme. Zij ervoeren steun te hebben aan het geloof in moeilijke tijden. Eén respondent gaf aan het herstel van Allah te verwachten. De ruimte om hun religie te beleven werd door beide respondenten ervaren (zie tekstkader).

‘Rust mogelijkheid was er om ongestoord te bidden’ (Interview 2, regel 105).

Eén respondent gaf ten aanzien van religie aan twee factoren als belemmerend te hebben ervaren. Het standaard aanwezig zijn van halal eten werd gemist. Tevens werd de angst voor het gebruik van incontinentiemateriaal benoemd.

Familieparticipatie

Voor beide respondenten is de band met de familie belangrijk (zie tekstkader). De aanwezigheid van

‘Als ik iets voel of het gaat niet goed dan zijn de kinderen de eerste die ik het vertel’ (Interview 2, regel 62).

familie ervoeren zij als bevorderend in de revalidatie. Eén respondent gaf aan dat de kinderen hielpen bij de ADL, dit werd als bevorderend gezien. Eén respondent gaf aan dat er behoefte was aan een vertrouwd iemand om zich heen, dit waren de dochters.

Eén respondent gaf aan dat het belangrijk is dat kinderen kunnen blijven slapen een logeermogelijkheid voor de familie werd gemist.

Cultuur

Beide respondenten waren duidelijk over hun eigen cultuur en vonden dit belangrijk. Met betrekking tot het verschil in culturen gaven beide aan niet veel verschil te ervaren tussen de eigen cultuur en de Nederlandse cultuur. Beide respondenten hadden kennis van de Nederlandse cultuur door omgang met mensen met een Nederlandse achtergrond. Eén respondent gaf aan dat het zorgen voor de ouders vanzelfsprekend is binnen de eigen cultuur. Hoewel het niet is voorgekomen gaf één respondent aan dat het geslacht van de zorgverlener die betrokken is bij de ADL een belemmering zou kunnen zijn.

Respect

Respect was voor beide respondenten een vanzelfsprekendheid. Zij gaven aan respect te hebben voor andere culturen en andere religies.

4.3.2. Resultaten Revalidatie

Zorgverlening

Beide respondenten spraken met grote waardering over de zorgverleners. Hierbij werden de woorden lief en aardig genoemd. Deze houding van de zorgverleners werd als bevorderend ervaren. Toch waren er ten aanzien van de zorgverlening factoren die als belemmerend werden ervaren. Het tekort aan personeel werd door één respondent benoemd. Eén respondent ervaarde onvoldoende begrip vanuit de zorgverleners ten aanzien van de ADL-behoefte, dit werd vertaald door de dochter (zie tekstkader).

‘Wel meer begrip nodig vanuit de zorg. Elke dag douchen kan hier niet en hebben wij zelf gedaan omdat moeder ineens veel meer ging transpireren. Wij hebben zelf steeds het bed verschoond’ (Interview 2, regel 54-56).

Men had het gevoel dat er onvoldoende oog was voor de mogelijkheden van de respondent, die niet in staat was om zelf te bellen om hulp. Hierdoor durfde familie de respondent niet alleen te laten.

Revalidatieproces

Eén respondent gaf aan goede voorlichting te hebben ontvangen over de behandeling. Beide respondenten gaven aan uitleg te hebben ontvangen over de inhoud van de revalidatie. Het stimuleren door de zorgverleners werd door één respondent benoemd als bevorderend in het revalidatieproces. Het geduld van de disciplines werd door één respondent speciaal genoemd. Eén respondent gaf aan dat de behandeling in Nederland gelijk is aan de behandeling in het geboorteland. De aanwezigheid van familie tijdens het revalidatieproces werd door één respondent aangegeven als belangrijk. Een standaard logeermogelijkheid voor familie werd door één respondent gemist.

Communicatie revalidatiedoelen

Eén van de respondenten gaf aan dat er duidelijk gecommuniceerd is over de revalidatiedoelen. Deze zijn tussentijds ook bijgesteld naar meer haalbare doelen. De andere respondent gaf met betrekking tot de communicatie over de revalidatiedoelen aan dat dit via de kinderen was verlopen. Reden hiervan was dat respondent niet in staat om dit zelf te doen in verband met cognitieve problematiek.

4.3.3. Resultaten Communicatie

Taalbarrière

Bij één van de respondenten was er sprake van een taalbarrière. Deze gaf aan alleen wat losse woorden Nederlands te spreken. De respondent gaf aan wel begrepen te worden door de zorgverleners maar dat de kinderen er altijd bij waren om te helpen. Deze respondent gaf aan dat wegens de taalbarrière de aanwezigheid van de kinderen gewenst was door de respondent. Door de aanwezigheid van de kinderen werd de taalbarrière overwegend niet als belemmerend ervaren.

Respondent gaf aan de taalbarrière wel als een belemmering te hebben ervaren tijdens een vertrouwelijk gesprek met de psycholoog. Dit gesprek had respondent liever gevoerd zonder aanwezigheid van de kinderen (zie tekstkader). Respondent was niet op de hoogte dat er andere mogelijkheden waren ten aanzien van het tolken.

‘Ja ik had graag een gesprek met de psycholoog in mijn eigen taal gewild. Ik wilde graag even met hem praten zonder mijn kinderen. Daar had ik behoefte aan. Dat kon nu niet omdat mijn kinderen moesten vertalen. Dat vond ik moeilijk en jammer’ (Interview 2, regel 149-151).

Taal

Eén respondent gaf aan een voordeel te zien in het krijgen van therapie in de moedertaal, dit zou bevorderend werken.

Communicatie revalidatiedoelen

Eén respondent heeft tijdens het interview gesproken over communicatie van de revalidatiedoelen. Dit was volgens de respondent duidelijk en helder. Ook de aanpassingen in de doelen zijn goed besproken.

4.3.4. Overige resultaten

Een van de respondenten liet goede coping vaardigheden zien. Dit bleek uit snelle en goede integratie in Nederland, kennis en begrip van de Nederlandse cultuur en aanpassingsvaardigheden in het revalidatieproces ten aanzien van het bijstellen van doelen. Observatie tijdens het interview leverde bij één van de respondenten een tegengesteld beeld op. De verbale reactie kwam niet overeen met de non- verbale reactie. Extra navraag leverde geen andere informatie op, bij respondent leek weerstand te ontstaan bij doorvragen. De discrepantie tussen verbale en non-verbale reactie kan duiden op sociaal wenselijke antwoorden.

4.4. Conclusie praktijkonderzoek

In deze paragraaf wordt een deelconclusie getrokken vanuit het praktijkonderzoek, gericht op verschil van interpretatie tussen zorgverleners en zorgvragers. De volledige conclusie wordt weergegeven in het volgende hoofdstuk.

Binnen de resultaten van het praktijkonderzoek valt op dat zorgverleners andere onderwerpen belangrijk vinden binnen interculturele communicatie dan zorgvragers. Zorgverleners zien communicatie als belangrijkste belemmering door taalbarrière. Zorgvragers ervaren taalbarrière niet als belemmering, voor hen is het vanzelfsprekend dat familie wordt ingezet als tolk. Voor zorgvragers is cultuur een zwaarwegend punt, met name ten aanzien van religie en familieparticipatie. Zorgverleners hebben ten aanzien van cultuur en cultuurverschil weinig tot geen scholing gehad. Zij herkennen hierdoor behoeften vanuit culturele en religieuze achtergrond minder. Tot slot geven zorgvragers aan dat zij tevreden zijn over zorgverleners en de ondersteuning die zij binnen het revalidatieproces ontvangen.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van dit onderzoek beschreven. Binnen het onderzoek stond de volgende vraag centraal: Hoe kan interculturele communicatie geoptimaliseerd worden tussen zorgverleners en zorgvragers met een migratieachtergrond bij Charim Revalidatie Veenendaal in relatie tot het behalen van revalidatiedoelen? De conclusie wordt getrokken vanuit literatuur- en praktijkonderzoek. De bijbehorende deelvragen worden hier herhaald.

Deelvragen literatuuronderzoek

1. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren binnen interculturele communicatie in een zorgrelatie?
2. Welke competenties hebben zorgverleners nodig om optimaal intercultureel te kunnen communiceren?
3. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in het behalen van revalidatiedoelen voor zorgvragers met een migratieachtergrond?

Deelvragen praktijkonderzoek

4. Wat zijn volgens zorgverleners van CRV bevorderende en belemmerende factoren binnen interculturele communicatie in relatie tot het behalen van revalidatiedoelen?
5. Wat zijn volgens zorgvragers met een migratieachtergrond bij CRV bevorderende en belemmerende factoren binnen interculturele communicatie in relatie tot het behalen van revalidatiedoelen?

5.1. Conclusies deelvragen literatuuronderzoek

In deze paragraaf wordt de conclusie van literatuuronderzoek beschreven.

5.1.1. Interculturele communicatie

Binnen de gevonden literatuur worden de volgende bevorderende factoren beschreven: bewustwording en scholing, het nemen van voldoende tijd binnen interculturele communicatie, aandacht voor taalbarrières en het communiceren in eigen taal van zorgvragers met een migratie achtergrond. Dit laatste met behulp van familie of een tolk. De grootste belemmeringen die ervaren worden zijn: het gebrek aan respect, houdingsaspecten (dominantie, vooroordelen, discriminatie, geen zelfreflectie), andere culturele waarden en tijd. De aanwezigheid van een taalbarrière en laaggeletterdheid wordt wel als een belemmering beschreven maar onderzoek geeft aan dat een goede relatie tussen zorgvrager en zorgverlener belangrijker wordt geacht.

5.1.2. Culturele competentie

Voor het overbruggen van cultuurverschil zijn basiscompetenties respect, gelijkwaardigheid en erkennen van gemeenschappelijke belangen nodig. Ten aanzien van de benodigde competenties kan geconcludeerd worden dat specifieke kennis en vaardigheden alleen onvoldoende zijn. De nadruk dient te liggen op attitude om tot culturele competentie te komen. Deze attitude bestaat uit een open, respectvolle, reflecterende en lerende houding. Kennis, vaardigheden en houding zijn samen met de wens tot veranderen belangrijke competenties om te komen tot een optimale communicatie binnen interculturele zorgverlening.

5.1.3. Revalidatiedoelen

Voor het behalen van revalidatiedoelen door zorgvragers met een migratieachtergrond zijn een aantal aspecten belangrijk voor zorgverleners. Deze zijn: het vergroten van cultureel bewustzijn, het bevorderen van een cultureel competente werkomgeving en het uitleggen van de afspraken rondom de zorg voor zorgvragers met een migratieachtergrond. Belemmerende factoren binnen de interculturele communicatie en interculturele competentie kunnen het revalidatieproces stagneren. Belemmerend is de taalbarrière, revalidatiedoelen kunnen hierdoor niet goed uitgelegd en begrepen

worden. Tevens is dit belemmerend voor het opbouwen van een vertrouwensband tussen zorgvrager met een migratieachtergrond en zorgverlener. Naar voren komen culturele verschillen welke zich uiten in verschillende opvattingen over de beperking, het rollenpatroon en onafhankelijkheid.

5.2. Conclusies deelvragen praktijkonderzoek

In deze paragraaf wordt de conclusie praktijkonderzoek beschreven.

6.1.1. Conclusie zorgverleners

Communicatie

Geconcludeerd kan worden dat taalbarrière een belemmerende factor is binnen interculturele communicatie. Ten aanzien van interculturele communicatie hebben zorgverleners bij CRV vaardigheden om de communicatie te verbeteren. Voorbeelden van deze vaardigheden zijn non-verbale communicatie of creatief zoeken naar mogelijkheden om te communiceren zoals bijvoorbeeld met korte zinnen spreken of gebruik maken van woorden in eigen taal. Geconcludeerd kan worden dat zorgverleners de inzet van familie als informele tolk bevorderend vinden binnen interculturele communicatie. Er wordt wel creatief omgegaan met het zoeken naar mogelijkheden om te communiceren. Hierin is geen eenduidigheid en zorgverleners vullen dit naar eigen inzicht in. Een hechte familieband is helpend voor de communicatie. Wel geven een aantal zorgverleners aan dat er twijfel is over de juiste vertaling door familieleden. Tevens wordt geconcludeerd dat inzet van een professionele tolk communicatie met zorgvragers met een migratieachtergrond ten goede komt.

Competenties

Een rustige, open, respectvolle benadering door zorgverleners is een basishouding voor goede zorgverlening. Dit wordt binnen de literatuur benadrukt als juiste bejegening richting zorgvragers met een migratieachtergrond. Een belemmerende factor is dat nauwelijks of geen scholing is genoten over normen, waarden en gedragscodes van andere culturen. Zorgverleners staan open voor scholing op het gebied van bevorderen van kennis over zorgvragers met een migratieachtergrond.

Revalidatiedoelen

Geconcludeerd kan worden dat vertrouwen winnen en aansluiten bij deze zorgvragers een bevorderende factor is voor communicatie en behalen van de revalidatiedoelen. Interculturele communicatie vraagt meer tijd van de zorgverleners. Hoge werkdruk werkt hierin belemmerend en heeft invloed op het behalen van revalidatiedoelen van zorgvragers met een migratieachtergrond. Geconcludeerd wordt dat overnemen van zorg door familie belemmerend is voor het behalen van revalidatiedoelen. Tevens wordt geconcludeerd dat dit de regievoering over zorgverlening belemmert.

6.1.2. Conclusie zorgvragers

Cultuur

Geconcludeerd kan worden dat de mogelijkheid om uiting te geven aan religie ten aanzien van gebedsmomenten en voedselvoorschriften zwaarwegend is. Een standaard aanwezigheid van halalvoedsel is helpend. Belemmerende factor is onvoldoende begrip van zorgverleners voor ADL-behoefte, met name ten aanzien van uitscheiding. Dit wordt herkend vanuit de literatuur waarin urine-incontinentie binnen de Islam onrein is en een barrière vormt ten aanzien van het gebedsmoment (Sange et al., 2008).

Revalidatie

Een begripvolle houding van zorgverleners ten aanzien van cultuur en religie is een bevorderende factor binnen interculturele communicatie. Familieparticipatie wordt door zorgvragers met een

migratieachtergrond als bevorderend ervaren bij het behalen van de revalidatiedoelen. Goede voorlichting ten aanzien van revalidatiedoelen is bevorderend. Een stimulerende en geduldige houding van zorgverleners is helpend om revalidatiedoelen te behalen. Hoge werkdruk en personeelstekort is een belemmering waardoor zorgverlening aan zorgvragers met een migratieachtergrond niet optimaal verloopt. Geconcludeerd kan worden dat aanwezigheid van familie ook in de nacht gewenst is door zorgvragers maar de standaard mogelijkheid tot rooming-in ontbreekt. Dit wordt als belemmerend voor optimale communicatie tijdens de zorgverlening ervaren door zorgvragers.

Communicatie

De inzet van familie als tolk is een bevorderende factor. Zij zijn hierdoor in staat, ook bij een taalbarrière, de therapie te volgen. Inzet van familie als tolk is belemmerend tijdens gesprekken over gevoelige onderwerpen, met name bij gesprek met psycholoog. Geconcludeerd kan worden dat in deze situaties een professionele tolk bevorderend is.

Overige conclusies.

Eén zorgvrager liet goede coping vaardigheden zien. Of deze goede coping vaardigheden een positieve invloed hebben op de revalidatie kon niet uit dit onderzoek geconcludeerd worden. Geconcludeerd kan worden dat binnen interculturele communicatie non-verbale reactie even belangrijk is als verbale reactie. In sommige culturen zal men verbaal geen negatieve feedback geven en een grote tolerantie laten zien (Hofstede, 2018). De non-verbale houding kan een tegengestelde boodschap laten zien. Het is onbekend of dit van invloed is op het behalen van revalidatiedoelen. Door dit bewust te signaleren en mee om te gaan kan de interculturele communicatie verbeterd worden.

5.3. Slotconclusie

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag:

Hoe kan interculturele communicatie geoptimaliseerd worden tussen zorgverleners en zorgvragers met een migratieachtergrond bij Charim Revalidatie Veenendaal in relatie tot het behalen van revalidatiedoelen?

Dit onderzoek heeft gegevens opgeleverd om de interculturele communicatie te optimaliseren in relatie tot het behalen van de revalidatiedoelen. Bewustwording en aanvullende scholing is nodig ten aanzien van interculturele communicatie. Dit maakt dat zorgverleners meer inzicht en begrip ontwikkelen voor andere culturen. Een begripvolle houding vergroot de vertrouwensband hetgeen bevorderend is voor interculturele communicatie. Aansluiten bij wensen van zorgvragers met een migratieachtergrond ten aanzien van religie, voeding en familieparticipatie zal deze vertrouwensband vergroten. Inspelen op aanwezigheid van familie gedurende de nacht is wenselijk. Er moet een goede balans gevonden worden tussen de verantwoordelijkheid van zorgverleners om de regie op zorg te behouden en de zorg van familie voor zorgvragers.

Geconcludeerd wordt dat het bevorderend is voor communicatie dat zorgverleners creatief zijn en gestimuleerd moeten worden om oplossingen met elkaar te delen. Op deze wijze kan eenduidig en volgens best practice worden gehandeld.

Meer bekendheid van de tolkdienst en deze inzetten is bevorderend voor interculturele communicatie bij CRV. Het uitspreken van wederzijdse verwachtingen is bevorderend voor het behalen van revalidatiedoelen. Geconcludeerd is dat zorg voor zorgvragers met een migratieachtergrond meer tijd kost. Voldoende zorgverleners is van belang om deze tijd daadwerkelijk te kunnen creëren voor interculturele communicatie. Een specifieke visie op het gebied van cultuursensitief werken is niet beschreven bij CRV en is nodig voor het optimaliseren van interculturele communicatie.

6. Aanbevelingen

Op basis van resultaten en conclusies zijn in dit hoofdstuk EBP-aanbevelingen geformuleerd. De aanbevelingen zijn gericht op micro- en mesoniveau. Op microniveau zijn er aanbevelingen geformuleerd voor zorgverleners bij CRV. Op mesoniveau zijn er aanbevelingen geformuleerd voor afdeling CRV en organisatie Zorggroep Charim.

Aanbevelingen microniveau

-
1. Stem revalidatiedoelen en wederzijdse verwachtingen tijdig af, rekening houdend met de wensen van zorgvragers met een migratieachtergrond, binnen de mogelijkheden van de instelling.
-

Volgens de literatuur is het met name bij een cultuurverschil belangrijk om het doel, de duur en vooruitzichten op het gebied van revalidatie te bespreken (Grandpierre et al., 2017). Een goede communicatie en relatie kan leiden tot een juiste afgestemde behandeling en betere behandelresultaten (Roque & Leanza, 2015). Praktijkonderzoek onder zorgvragers laat zien dat familieparticipatie bevorderend is voor het behalen van de revalidatiedoelen. Zorgverleners van CRV geven aan dat in praktijkonderzoek familieparticipatie naast bevorderend ook belemmerd kan zijn. Afstemming van doelen en wederzijdse verwachtingen vergroot de kans op het behalen van de revalidatiedoelen. Door bij de anamnese gebruik te maken van de culturele vragenlijst van Groen (zie bijlage 9.1) kan inzicht verkregen worden in wensen van zorgvragers met een migratieachtergrond. Vervolgonderzoek wordt aanbevolen voor het vinden van een juiste balans tussen familieparticipatie en regie van zorgverleners.

-
2. Laat zorgverleners van CRV ervaringen met elkaar delen in het creatief gebruik maken van communicatiemiddelen.
-

Hierbij kan gedacht worden aan onder andere pictogrammen, woordenlijsten, spreken in korte zinnen en vertaalapps. Literatuuronderzoek toont aan dat flexibiliteit en creativiteit nodig zijn bij het overbrengen van informatie aan zorgvragers met een migratieachtergrond (Suurmond et al., 2012). Uit het praktijkonderzoek met zorgverleners komt naar voren dat er vaardigheden zoals het gebruik maken van beelden en gebruiken van eenvoudige taal worden ingezet maar dat hier geen eenduidigheid in is. Door ervaringen te delen wordt duidelijk welk ingezet middel het meest effectief is voor de individuele zorgvrager. Zo kan gewerkt worden volgens best practice.

-
3. Ontwikkel als zorgverlener een cultureel competente houding binnen de zorgverlening aan zorgvragers met een migratieachtergrond.
-

Literatuurstudie laat zien dat naast een goede basishouding er culturele competenties nodig zijn om cultuurverschillen te overbruggen. De kennisbundel, uitgebracht door verschillende zorgorganisaties, legt nadruk op de competenties van een respectvolle houding, reflecteren op vooroordelen en stereotypering (Zorg voor beter, 2017). Zorgvragers gaven aan dat een stimulerende en geduldige houding bevorderend is om revalidatiedoelen te behalen. Zorgverleners gaven aan dat een rustige, open en respectvolle houding een belangrijke basishouding is. Door de cultureel competente houding te blijven ontwikkelen kunnen cultuurverschillen overbrugd worden.

4. Vul de visie van Zorggroep Charim specifiek aan ten aanzien van cultureel sensitief werken.

Volgens Pharos (2015) is een gelijkwaardige behandeling, met respect voor religie belangrijk voor goede communicatie. Een visie ontwikkelen en uitdragen op het gebied van cultuursensitief werken zorgt voor inbedding binnen een organisatie (Hoffer, 2016). In praktijkonderzoek onder zorgvragers kwam naar voren dat religie en familieparticipatie als belangrijk werd ervaren tijdens het revalidatieproces. Er is binnen CRV en Zorggroep Charim geen specifieke visie beschreven ten aanzien van cultureel sensitief werken. De visie van Zorggroep Charim houdt wel rekening met de persoonlijk wensen en verlangens van de individuele zorgvrager. Een aanvulling op deze visie ten aanzien van cultureel sensitief werken draagt bij om op passende wijze zorg te verlenen aan zorgvragers met een migratieachtergrond.

5. Faciliteer en stimuleer zorgverleners tot het vergroten van kennis op gebied van interculturele zorg.

Het vergroten van kennis kan op verschillende manieren bijvoorbeeld door intervisie, klinische les, uitleg door een ervaringsdeskundige, e-learning en cursussen. Literatuur toont aan dat scholing aan zorgverleners op het gebied van interculturele communicatie de uitval van zorgvragers met een migratieachtergrond bij het revalidatieproces doet afnemen (Sloots et al., 2010). Zorgverleners geven aan niet of nauwelijks geschoold te zijn op dit gebied maar hier wel behoefte aan te hebben. Zorgvragers missen de aansluiting van zorgverleners ten aanzien van specifieke ADL-behoeften op het gebied van religie. Door het aanbieden van scholing zal kennis ten aanzien van culturele zorg toenemen waardoor zorgverleners beter kunnen aansluiten bij behoeften van zorgvragers met een migratieachtergrond. Dit bevordert het behalen van revalidatiedoelen.

6. Maak beleid ten aanzien van het inzetten van professionele tolken.

In de literatuur komt naar voren dat door vertaalproblemen misverstanden ontstaan over informatie omtrent ziekteoorzaken en adequate behandeling (Penka et al., 2012). Binnen CRV wordt momenteel geen gebruik gemaakt van professionele tolken. In het praktijkonderzoek werd zowel bij zorgvragers als zorgverleners het gebruik van een professionele tolk in bepaalde situaties gemist. Nivel heeft naar aanleiding van het beperken van financiële vergoedingen voor professionele tolken een beoordelingsschema gemaakt voor het inzetten van tolken (bijlage 9) (Triemstra et al., 2016). Dit schema is bruikbaar om situaties te beoordelen en kan dienen als basis voor het maken van beleid ten aanzien van inzet van tolken. Door dit beleid kunnen professionele tolken op het juiste moment worden ingezet. Zorgvragers met een migratieachtergrond kunnen hierdoor vrijuit spreken over gevoelige onderwerpen met zorgverleners.

7. Zorg voor voldoende zorgverleners zodat er tijd is voor interculturele communicatie.

Literatuur geeft aan dat voldoende tijd nemen belangrijk is binnen interculturele communicatie om de voorgeschiedenis en context van zorgvragers te kunnen begrijpen (Derluyn et al., 2011). In praktijkonderzoek kwam naar voren dat tijdgebrek wordt ervaren door zowel zorgvragers als zorgverleners. Zorgverleners gaven aan dat het communiceren met zorgvragers met een migratieachtergrond meer tijd vergt van hen. Door inzet van voldoende zorgverleners kan tijd worden vrijgemaakt voor communicatie met zorgverleners met een migratieachtergrond.

7. Discussie

Behalen van de doelstelling

Het doel van dit onderzoek is als volgt beschreven: In mei 2018 ontvangt de opdrachtgever aanbevelingen om interculturele communicatie tussen zorgvragers met een migratieachtergrond en zorgverleners binnen het revalidatieproces bij CRV optimaal vorm te geven. Op basis van literatuur en praktijkonderzoek geeft de onderzoeksgroep Evidence Based Practice (EBP) aanbevelingen. Het onderzoek heeft inzicht gegeven in het vormgeven van interculturele communicatie vanuit de literatuur en ervaring van zorgverleners binnen het revalidatieproces. Tevens is onderzocht wat zorgvragers met een migratieachtergrond belangrijk vinden en wat hun voorkeuren zijn. Op basis hiervan zijn aanbevelingen gegeven ten aanzien van interculturele communicatie binnen het revalidatieproces. Door het geven van deze EBP-aanbevelingen is het doel gedeeltelijk bereikt. Deze aanbevelingen geven richting aan het verbeteren van interculturele communicatie. Om interculturele communicatie optimaal vorm te geven is het nodig om meer stappen te nemen. Belangrijk hiaat is het samenbrengen van verschillende inzichten ten aanzien van familieparticipatie binnen het revalidatieproces. De vraag is hoe tegemoet gekomen kan worden aan de wens van zorgvragers in het participeren van familie zonder het overzicht en de regie ten aanzien van de revalidatie te verliezen.

Haalbaarheid van de aanbevelingen

De eerste aanbeveling is haalbaar door het afstemmen van doelen en het uitspreken van wederzijdse verwachtingen. Ten aanzien van een balans tussen familieparticipatie en regie van zorgverleners is haalbaarheid afhankelijk van nader onderzoek. De tweede en derde aanbeveling zijn haalbaar omdat zorgverleners ervaringen met elkaar delen en hierdoor van elkaar kunnen leren wat bevorderend is binnen interculturele communicatie. Zowel op het gebied van creatief inzetten van communicatiemiddelen als het bewust zijn van houding is al ervaring aanwezig onder zorgverleners. Dit kan door deze aanbevelingen verder ontwikkeld worden. Aanbeveling vier is haalbaar maar vraagt meer organisatorische afstemming. Aanbeveling vijf is haalbaar omdat zorgverleners het belang van vergroten van kennis inzien. Aanbeveling zes is deels haalbaar aangezien er al een afwegingskader voor tolken inzet beschikbaar is. Maken van beleid vraagt meer inzet vanuit de organisatie, de haalbaarheid is afhankelijk van de prioriteit die de instelling aan het gesignaleerde probleem hecht. De laatste aanbeveling is afhankelijk van veel factoren onder andere beschikbaar personeel, budget en ziekteverzuim. Dit maakt dat er gestreefd kan worden naar dit doel. De haalbaarheid is niet duidelijk aan te geven. Mogelijk dat door het doen van onderzoek het zogenoemde Hawthorne-effect in werking is gesteld (Verhoeven, 2016). Dit maakt dat zorgverleners al bewuster omgaan en nadenken over interculturele communicatie.

Evaluatie van de methode

Het onderzoeksproces is in grote lijnen volgens plan van aanpak verlopen. Binnen het interview met zorgverleners werd geconstateerd dat er bij een aantal vragen een overlap in antwoorden zichtbaar was. Deze overlap bemoeilijkt het proces van labelen en coderen hetgeen extra inspanning en alertheid van de onderzoekers vereiste. Het vinden van zorgvragers met een migratieachtergrond die bereid waren om mee te werken aan het onderzoek was een uitdaging. Hiaat hierin was dat de onderzoekers allen niet werkzaam waren op de betreffende afdeling. Hierdoor kon er geen vertrouwensrelatie opgebouwd worden hetgeen de bereidheid om mee te werken aan het interview bemoeilijkt. Contact leggen via zorgverleners en behandelaren was helpend om respondenten te werven. Binnen het interview bij zorgvragers was bij één respondent een discrepantie waarneembaar tussen verbale en non-verbale communicatie. Deze discrepantie kwam mogelijk voort uit de culturele en spirituele achtergrond van de respondent. Dit kon aangetoond worden met de dimensies van Hofstede, hieruit bleek dat mensen uit deze cultuur geen negatieve feedback geven en conflict mijndend zijn (Hofstede, 2005). Aangezien deze respondent niet had ingestemd met

geluidsopname van het interview maakte de observator tijdens de observatie aantekeningen van het gesprek. Om deze reden kon non-verbale communicatie onvoldoende geobserveerd worden. Benoemd kan worden dat de onderzoekers allen onregelmatige diensten werken waardoor het een uitdaging was om, naast de vaste schooldag, overlegmomenten te vinden voor het onderzoek. Door gezamenlijke inspanning en motivatie is dit voldoende tot stand gekomen. Wat betreft de ethische aspecten van het onderzoek kan worden gemeld dat de onderzoekers in de uitvoering voortdurend rekening hebben gehouden met de vijf principes zoals deze beschreven zijn. Leerpunten ten aanzien van het proces zijn betere formulering van interviewvragen, open codering nauwkeuriger omschrijven, benaderen van zorgvragers met een migratieachtergrond vanuit een vertrouwensrelatie en meer aandacht voor observatie bij interview van zorgvragers met een migratieachtergrond.

Behaalde resultaten in vergelijking met de literatuur

Vanuit het onderzoek is gebleken dat zorgverleners taalbarrière als belemmerende factor zien binnen interculturele communicatie tijdens het revalidatieproces. Dit wordt bevestigd in de literatuur (Deville, 2011) (Pharos, 2013a) (Dressler & Pils, 2009). Het inschakelen van een informele tolk wordt, door zowel zorgverleners als zorgvragers met een migratieachtergrond, als bevorderend en belemmerend ervaren. Dit wordt in de literatuur bevestigd door het bieden van een afwegingskader voor de inzet van een professionele tolk (Pharos, 2014) (Triemstra et al., 2016). Zorgverleners geven aan onvoldoende scholing te hebben gekregen met betrekking tot interculturele zorg, dit wordt bevestigd in de literatuur waarin het ontbreken van scholing binnen opleidingen wordt beschreven (Paternotte et al., 2014) (Chan & Sy, 2016) (Sloots et al., 2010). Houdingsaspecten als rust, openheid, respect en tijd nemen worden als belangrijk benoemd door zorgverleners. Ten aanzien van culturele competentie worden deze aspecten beschreven in de literatuur (Paternotte et al., 2017) (Pharos, 2013b). Vaardigheden als gebruik maken van beelden, spreken van korte zinnen, langzaam spreken, gebruik van eenvoudige taal worden door zorgverleners benoemd als bevorderend binnen interculturele communicatie. Dit wordt tevens beschreven in de literatuur ten aanzien van culturele competentie (Paternotte et al., 2014). Het gebrek aan tijd en werkdruk wordt zowel door zorgverleners en zorgvragers met een migratieachtergrond benoemd. Vanuit de literatuur wordt dit als belemmerende factor beschreven (Derluyn et al., 2011) (Oelen, 2011) (Pharos, 2015). Het verschil van inzichten ten aanzien van revalidatie en revalidatiedoelen wordt door zorgverleners benoemd. Onderzoek bevestigt dit gegeven (Grandpierre et al., 2017). Veel belemmerende en bevorderende factoren die in de literatuur beschreven staan zijn bevestigd in praktijkonderzoek. Vanuit praktijkonderzoek kwam één item naar voren die niet in de literatuur gevonden is namelijk de familieparticipatie binnen het revalidatieproces in relatie tot de regie van de zorgverlener. Wel werd in de literatuur gevonden dat zorgvragers met een migratieachtergrond specifieke wensen hebben ten aanzien van familieparticipatie (Pharos, 2015).

Betrouwbaarheid en validiteit

De literatuurstudie had enkele recente systematic reviews als basis. Deze reviews en daarbij ondersteunende literatuur vormden de basis voor de topiclijst van waaruit interviewvragen zijn opgesteld. De betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot door een aantal maatregelen. Steekproef onder zorgverleners besloeg meer dan een derde van de onderzoekspopulatie. De in- en exclusiecriteria waren bevorderend voor de representativiteit van de onderzoekspopulatie. De interviews zijn afgenomen tot datasaturatie was bereikt. Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van peerreview gedurende het proces van dataverzameling, labelen en coderen en het beschrijven van de resultaten (Verhoeven, 2016). Peerreview gebeurde op verschillende wijze: via mail, skype en face tot face. Alle onderzoekers hebben een logboek bijgehouden. Alle verzamelde data is door onderzoekers bewaard in een apart bestand (Verhoeven, 2016).

Ten aanzien van de validiteit binnen dit onderzoek komen de een aantal punten naar voren. De interviews onder zorgverleners zijn afgenomen door onderzoekers die de respondenten niet kennen. Dit verlaagt het risico op het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Ten aanzien van de

resultaten van de zorgvragers zijn de antwoorden van één respondent aan te merken als sociaal wenselijk. Deze antwoorden zijn minder valide ten aanzien van de revalidatie. Daarentegen heeft dit interview veel inzicht gegeven in de aspecten van interculturele communicatie. Het notuleren van dit interview leidde tot een minder accurate transcriptie. Door het interview direct uit te werken en te labelen en coderen is gepoogd de validiteit zo hoog mogelijk te maken.

Generaliseerbaarheid

Kwalitatief onderzoek is niet zomaar generaliseerbaar (Verhoeven, 2016). De populatie zorgverleners is representatief binnen de beroepsgroep qua diversiteit in opleidingsniveau en ervaring binnen de revalidatie. Aangezien het binnen dit onderzoek gaat om een persoonlijke mening en ervaring zijn de uitkomsten van dit onderzoek geen afspiegeling van alle revalidatieafdelingen. Immers, uitkomsten bij een revalidatiecentrum waar veel zorgvragers met een migratieachtergrond verblijven kan een geheel ander beeld geven. Ten aanzien van zorgvragers zijn de uitkomsten niet generaliseerbaar, dit gezien het lage aantal respondenten en onvoldoende observatie bij één interview.

Tot slot

Binnen het onderzoek kwam naar voren dat familieparticipatie in relatie tot regievoering binnen de zorg als belemmering werd ervaren door zorgverleners. Tijdens een opname blijven mantelzorgers en familieleden een grote rol spelen bij de ondersteuning van deze zorgvragers. Dit vraagt om een efficiënte afstemming tussen zorgverlener en familie (CSO, Zorgbelang Nederland, & Pharos, 2013). Vervolgonderzoek naar deze barriere bij de regievoering zou kunnen bijdragen aan verdere optimalisering van interculturele zorgverlening.

Wij hopen dat dit afgeronde onderzoek zal bijdragen aan de kwaliteit van zorg aan zorgvragers met een migratieachtergrond. Onze wens is dat de aanbevelingen een aanzet zijn tot het optimaliseren van interculturele communicatie tijdens het revalidatieproces. CRV kan zich door dit onderzoek richten op een toekomst waarin zorgvragers met een migratieachtergrond en zorgverleners tot hun recht komen door optimale interculturele communicatie. Laat het spreken!

8. Literatuurlijst

- Almutairi, A. F., Adlan, A. A., & Nasim, M. (2017). Perceptions of the critical cultural competence of registered nurses in Canada. *BMC Nursing*, 16(47), <https://10.1186/s12912-017-0242-2.org/>
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo*. Geraadpleegd op 01 februari 2018, van <https://www.kempel.nl/Onderzoek/Documents/Gedragscode%202010%20praktijkgericht%20onderzoek.pdf>
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beumer, F.J.A. & den Hartog-van Ter Tholen, R.M. (2009). *Recht voor professionals in de zorg*. Noordhoff Uitgevers: Groningen/Houten.
- Boerman, R., (juni 2008). *Ethische uitgangspunten bij praktijkonderzoek*. Geraadpleegd op 8 december 2017, van <http://docplayer.nl/7372590-Ethische-uitgangspunten-bij-p-raktijkonderzoek.html>
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bourque Bearskin, R. L. (2011). A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing ethics*, 18(4), 548-559. doi:10.1177/0969733011408048.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018). *Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 1 januari*. Geraadpleegd op 15 mei 2018, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37325/table?ts=1526637059645>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017). *Prognose: 18.4 miljoen inwoners in 2060*. Geraadpleegd op 01 februari 2018, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/51/prognose-18-4-miljoen-inwoners-in-2060>
- Chan, J. C., & Sy, P. Y. (2016). The relationships among personality, intercultural communication and cultural self-efficacy in nursing students. *The journal of nursing research*, 24(4), 286-290. doi:10.1097/JNR.0000000000000157.
- Crawford, T., Candlin, S., & Roger, P. (2017). New perspectives on understanding cultural diversity in nurse-patient communication. *Collegian*, 24(1), 63-69. Geraadpleegd op 18 februari 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=New+perspectives+on+understanding+cultural+diversity+in+nurse-patient+communication>
- Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties, Zorgbelang Nederland, & Pharos. (2013) *Ouderen over ondersteuning en zorg*. Geraadpleegd op 11 januari 2018, van <http://www.netwerknroom.nl/media/kwaliteitscriteria.pdf>
- Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011) *Naar een interculturele gezondheidszorg. Aanbevelingen van de EHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden*. Geraadpleegd op 20 januari 2018, van <https://www.kindengezin.be/img/naar-een-interculturele-gezondheidszorg.pdf>
- Deville, W. L. J. M. (2011). Therapietrouw: een kwestie van vertrouwen? *Phaxx: kwartaalblad gezondheidszorg en vluchtelingen*, 2011(1), 18. Geraadpleegd op 20 januari 2018, van http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/2011_1_18-19_academisch_kwartier.pdf
- Dressel, D., & Pils, P. (2009). A qualitative study on cross-cultural communication in post-accident in-patient rehabilitation of migrant and ethnic minority in Austria. *Disability and Rehabilitation*, 31(14), 1181-1190. doi:10.1080/09638280902773786
- Fahlberg, B., Foronda, C., & Baptiste, D. (2016). Cultural humility: The key to patient/family partnerships for making difficult decisions. *Nursing*, 46(9), 14-16. doi:10.1097/01.NURSE.0000490221.61685.e1.
- Fransen, M. P., Harris, V. C., & Essink-Bot, M. (2013). Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst. *Medisch tijdschrift geneeskunde*, 2013 (157:A5581). Geraadpleegd op 20 januari, van <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a5581.pdf>

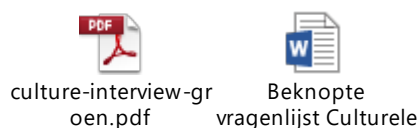
- Govere, L., & Govere, E. M. (2016). How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 402–410. Geraadpleegd op 15 februari, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27779817>
- Graaff, F., de. (2015). *Gezamenlijke besluitvorming bij migranten – hoe doe je dat verantwoord?* f6 <https://ceg.nl/uploads/algemeen/TGE201501.pdf>
- Grandpierre, V., Milloy, V., Sikora, L., Fitzpatrick, E., Thomas, R., & Potter, B. (2017). Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: a scoping review. *BMC health services research*, 18(23), <https://10.1186/s12913-017-2811-1.org/>
- Groen, S. (2009). *Beknopte vragenlijst cultureel interview*. Aangereikt via Christelijke Hogeschool Ede.
- Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2014). Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study. *International journal for equity in health*, 13 (49), <https://10.1186/1475-9276-13-49.org/>
- Heilbron, J., (2005). *Wetenschappelijk onderzoek: dilemma's en verleidingen*. Geraadpleegd op 8 december 2017, van <https://www.knaw.nl/nl/actueel/publicaties/wetenschappelijk-onderzoek-dilemmas-en-v-verleidingen>
- Hemberg, J. A. V., & Vilander, S. (2016). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 822-829. doi:10.1111/scs.12403.
- Hoffer, C. (2016). *Vertelt u mij eens iets meer... Cultuursensitief werken in gezondheidszorg en welzijnswerk*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hoffmann, T., Bennett, S. & Del Mar, C. (2010). *Evidence-Based Practice. Across the health professions*. Elsevier: Chatswood
- Hofstede insights. (2018). Contry Comparison. *Hofstede insights*. Geraadpleegd op 27 april 2018, van <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/>
- Leyerzapf, H., Klokgieters, S., Ghorashi, H. & Broese van Groenou, M. (2017) Kleurrijke zorg. Geraadpleegd op 01 februari 2018, van <https://research.vu.nl/en/publications/kleurrijke-zorg-een-verkennende-literatuurstudie-naar-culturele-e>
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2017). *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Geraadpleegd op 11 januari 2018, van <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wgbo>
- Munten, G., Verhoef, J., Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Den Haag: Boom.
- Nunez, C., Nunez Mahdi, R., & Popma, L. (2015). *Interculturele communicatie. Van ontkenning tot wederzijdse integratie*. Assen: Drukkerij Van Gorcum
- Oelen, M. (2011). Te weinig tijd is geen excuus. *Nursing*, 17 (6), 14-16.
- Paternotte, E., Van Dulmen, S., Bank, L., Seeleman, C., Scherpbier, A., & Scheele, F. (2017). Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. *International journal of medical education*, 16(8), 170-175. doi:10.5116/ijme.591b.19f9.
- Paternotte, E., Van Dulmen, S., Van der Lee, N., Scherpbier, A. J., & Scheele, F. (2014). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. *Patient education and counseling*, 98(4), 420-445. doi:10.1016/j.pec.2014.11.018.
- Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Kluge, U. (2012). Cross-cultural aspects of interaction and communication in mental health care. Barriers and recommendations for action. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(9), 1168-1175. doi: 10.1007/s00103-012-1538-8.

- Pharos. (2013a). *Effecten van het stoppen van tolkenfinanciering op zorg. Casuïstiek*. Geraadpleegd op 21 februari 2018, van <http://www.pharos.nl/documents/doc/casuïstiek-effect-veranderingen-in-tolkgebruik.pdf>
- Pharos. (2013b). *Ouderen over ondersteuning en zorg. Kwaliteitscriteria voor ondersteuning en zorg vanuit ouderenperspectief met extra aandacht voor kwetsbare ouderen, waaronder migrantenouderen*. Geraadpleegd op 13 januari 2018, van http://www.pharos.nl/documents/doc/ouderen_over_ondersteuning_en_zorg.pdf
- Pharos. (2014). *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg*. Geraadpleegd op 13 januari 2018, van http://www.pharos.nl/documents/doc/kwaliteitsnorm_tolkgebruik-.pdf
- Pharos. (2015). *Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten*. Geraadpleegd op 13 januari 2018, van <http://www.pharos.nl/documents/doc/kwaliteit-van-zorg-vanuit-het-perspectief-van-migranten.pdf>
- Pinto, D. (2007). *Interculturele communicatie. Een stap verder*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pinto, D., & Van Doremalen, H. (2009). *Conflicthantering en diversiteit in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Preijde, L. (2010). *Hoe communiceren Nederlandse verpleegkundigen met patiënten die slecht Nederlands spreken?* (masterthesis). Geraadpleegd op 27 februari, van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/179099>
- Revalidatie Nederland (2016). *Branchegegevens revalidatie 2014 en 2015*. Geraadpleegd op 14 februari 2018, van https://www.revalidatie.nl/userfiles/File/publicaties/Branchegegevens_2014_2015.pdf
- Revalidatie Nederland (2017) *De revalidatiebehandeling*. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <http://www.revalidatie.nl/revalideren/het-revalidatietraject/revalidatie-in-fases>
- Revalidatie Nederland (2018). *Medisch specialistische revalidatie*. Geraadpleegd op 14 februari, van <https://www.revalidatie.nl/>
- Rijksoverheid (zj). *Culturele diversiteit op de werkvloer*. Geraadpleegd op 14 februari 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gelijke-behandeling-op-het-werk/culturele-diversiteit-werkvloer>
- Rocque, R., & Leanza, Y. (2015). A systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. *PLOS one*, 10(10), <https://10.1371/journal.pone.0139577.org/>
- Sange, C. et al. (2008). Urinary incontinence in Muslim women. *Nursing Times*, 104(25), 49-52. Geraadpleegd op 27 april 2018, van https://www.nursingtimes.net/Journals/2015/10/05/h/z/y/20080624_-urinary-incontinence-in-muslim-women.pdf
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020, & Grotendorst, A. (red.). (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige 2020 - Deel 3*. Utrecht. Geraadpleegd op 8 december, van Http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Seeleman, M. C. (2014). *Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in health care?* (PHD-thesis). Geraadpleegd op 20 februari 2018, van <https://dare.uva.nl/search?identifier=a3350387-853d-4e79-a97e-cec8eb1bc604>
- Sloots, M., Dekker, H. M., Bartels, E. A. C., Geertzen, J. H. B., & Dekker, J. (2010). Reasons for drop-out in rehabilitation of native patients and non-native patients with chronic low back pain in the Netherlands: a medical file study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 46(4), 505-510. Geraadpleegd op 18 februari 2018, van <https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/g19B%252FdICXKrAGfL4miFYexnh1XLngtfmYH>

- K98hLzdejQTPp8N7ZmlrDeqkAc%252F3XGEtWyGGRNd19SaJz1AEDNtQ%253D%253D/R33Y2010N04A0505.pdf
- Steunenbergh, B., & De Wit, N. (2013). *Diversiteit in vergrijzing: Cultuursensitieve ouderenzorg voor de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten*. doi: 10.1007/s12414-013-0043-9.
- Suurmond, J., Seeleman, C., Stronks, K., & Essink-Bot, M. I. (2012). *Een arts van de wereld- etnische diversiteit in de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tasten, A. (2014). *"Ik kan niet uitleggen wat ik bedoel en hij begrijpt mij ook niet" Ervaringen van migrantenpatiënten over de communicatie met artsen* (masterthesis). Geraadpleegd op 13 januari 2018, van <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/298408/Masterthesis%20Tastan%2c%20Ayse.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Triemstra, M., Veenvliet, C., Zuizewind, C., & Bos, N. (2016) *Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg. Een inventarisatie onder zorgverleners*. Utrecht: NIVEL
- Van Dijk, R., Beijers, H. & Groen, S. (2012) *Het culturele interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context deel 2-beschouwingen*. Utrecht: Pharos
- Van Nispen, P., & Van Stralen, A. (2009). *Culturele competentie. De verrijking door verschillen*. Assen: Van Gorcum.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden. (2015). *Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden*. Van der Weij drukkerijen BV: Hilversum.
- Vilans, Trimbos-instituut, V&VN, & Calibris (2013). *Kennisbundel intercultureel vakmanschap in de zorg; aandacht voor diversiteit*. Geraadpleegd op 24 februari 2018, van http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/Onderwijs/Intercultureel_vakmanschap_nov_2013.pdf
- Zorg voor beter (2017). *Thema diversiteit: Competenties cultureel-sensitief zorgen*. Geraadpleegd op 25 januari van, <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/diversiteit-cultuur-sensitief-zorgen.html>

9. Bijlagen

Bijlage 1: Gestandaardiseerde vragenlijst voor cultureel interview



Bijlage 2: Semigestructureerd interview zorgverleners



Bijlage 3: Tijdsplanning studenten

Wegens privacy is deze bijlage niet in de publicatieversie opgenomen. Indien deze informatie relevant wordt geacht voor eventueel vervolgonderzoek kunt u deze informatie opvragen via karin.dieterman@xs4all.nl

Bijlage 4: Beoordelingsformulier plan van aanpak

Zie tekst bijlage 3

Bijlage 5: Contract projectonderwijs

Zie tekst bijlage 3

Bijlage 6: Toestemmingsverklaringsdocument



Bijlage 7: Labelen en coderen

Zie tekst bijlage 3

Bijlage 8: Schematisch literatuuroverzicht



Bijlage 9: Beoordelingsschema inzet tolk

