

Logopedie; culturele diversiteit en cultuursensitiviteit in de praktijk

**Studenten:**

Evy W. P. H. Bougie

1405144bougie@zuyd.nl

Loes A. G. Wijers

1412949wijers@zuyd.nl

Buitenschoolse begeleider:

Stella van Gils - Verboom

Afstudeercoach:

Michelle Lacroix

Opdrachtgever:

Zuyd Hogeschool

Faculteit Gezondheidszorg

Afstudeerkring:

Logopedie & Mental Health

Inleverdatum:

04-06-2018

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Evy Bougie

Loes Wijers

© 2018

Voorwoord

Voor u ligt het eindproduct van een bachelorthesis die resulteert uit het afstudeerproject van de opleiding logopedie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Een aantal mensen hebben ons erg geholpen en gesteund tijdens dit proces. Ten eerste willen wij onze coach en eerste beoordelaar drs. Mich lle Lacroix bedanken voor de waardevolle feedback en begeleiding. Ook een woord van dank aan onze tweede beoordelaar Stella van Gils-Verboom voor haar tijd. Daarnaast een dankwoord aan alle lezers, in het bijzonder de medestudenten uit onze thesiskring, voor alle feedback en steun.

Tot slot willen wij onze familie en vrienden bedanken, omdat zij er te allen tijde voor ons zijn geweest.

Het schrijven van dit eindproduct is een leerzame ervaring geweest waar wij positief op terugkijken. Het proces aldus de vormgeving van de bachelorthesis van begin tot eind heeft ervoor gezorgd dat wij op logopedisch, methodologisch  n op persoonlijk vlak zijn gegroeid.

Wij wensen u veel leesplezier!

Samenvatting

Achtergrond: Het grootste deel van de bevolkingsgroei in 2017 in Nederland was het gevolg van buitenlandse migratie. Cultuursensitiviteit en culturele diversiteit spelen een steeds grotere rol in onze samenleving. Deze groei vindt ook plaats in de paramedische wereld, waarin onder andere logopedisten in aanraking komen met diverse culturen. Hierbij is het van belang dat de attitude van de logopedist cultuursensitief is, zoals vermeld staat in het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017).

Vraagstelling: Hoe zien de kenmerken van een cultuursensitieve attitude bij eerstelijns logopedisten eruit?

Methode: Door middel van semigestructureerde interviews aan eerstelijns logopedisten (n=8) komen verschillende topics aan bod. Deze topics bieden inzicht in de kenmerken van cultuursensitiviteit bij eerstelijns logopedisten ten opzichte van cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond.

Resultaten: Het onderzoek wijst uit dat de denk- en handelwijze van eerstelijns logopedisten tegenover cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond zeer uiteenlopend is. Eerstelijns logopedisten delen echter wel dezelfde intentie: respect, interesse en open-minded denken.

Conclusie: Eerstelijns logopedisten hebben dezelfde intentie als het gaat om de attitude ten opzichte van cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond. Er is geen eenduidigheid over de definitie van cultuursensitiviteit en op welke wijze cultuursensitiviteit geïmplementeerd kan en/of moet worden in een logopedische setting.

Sleutelwoorden:

- Attitude
- Cultuursensitiviteit
- Culturele diversiteit
- Eerstelijns logopedie
- Niet-westerse culturele cliënten

Abstract

Background: The largest portion of population growth in The Netherlands in 2017 was due to foreign migration. Cultural sensitivity and cultural diversity play an increasingly bigger part in our society due to foreign immigration. Speech-Language Pathologists (SLP) are thus often coming into contact with a variety of cultures. Thus it is of great importance that the attitude of SLPs towards their clients is culturally sensitive as mentioned in the Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017).

Research question: What are the traits of a culturally sensitive attitude of primary healthcare SLPs?

Method: Through semi-structured interviews with primary healthcare SLPs (n=8) several topics are brought to the forefront. These topics offer insights in the traits of cultural sensitivity with primary healthcare SLPs in regards to clients of a non-western cultural background.

Results: The mind-set and behaviour of primary healthcare SLPs regarding clients of a non-western culture is diverse. Primary healthcare SLPs do share a similar intent towards their clients: respect, interest and an open mind.

Conclusion: Primary healthcare SLPs have a similar attitude towards clients of a non-western cultural background. There is no consensus about the definition of cultural sensitivity and the way in which cultural sensitivity should and/or could be implemented in a logopedic setting.

Keywords:

- Attitude
- Cultural sensitivity
- Cultural diversity
- Speech language pathologists in primary healthcare
- Non-western cultural clients

Inhoudsopgave

1. INLEIDING.....	1
1.1 Aanleiding.....	1
1.2 Probleemstelling	3
2. THEORETISCHE ACHTERGROND	4
2.1 Culturele diversiteit, cultuursensitiviteit en normen en waarden.....	4
2.1.1 Culturele diversiteit	4
2.1.2 Cultuursensitiviteit	4
2.1.3 Normen en waarden	5
2.2 Migranten.....	6
2.2.1 Eerste en tweede generatie	6
2.2.2 Soorten migranten	7
2.2.3 Woonlocatie	8
2.3 Communicatie in relatie met culturele diversiteit.....	9
2.4 Therapeutische relatie en logopedische attitude	12
2.5 Multidisciplinaire aanpak van culturele diversiteit.....	15
2.6 Beroepsmatige relevantie.....	18
2.7 Conclusie	19
3. METHODOLOGIE	20
3.1 Vraagstelling.....	20
3.1.1 SPIDER	20
3.2 Onderzoeksdesign	21
3.3 Setting en participanten.....	23
3.3.1 Inclusiecriteria.....	23
3.3.2 Sensitizing concepts	24
3.4 Procedure	24
3.4.1 Voorbereiden.....	24
3.4.2 Uitvoeren.....	25
3.4.3 Uitwerken	26
3.5 Dataverzameling	27
3.6 Data analyse	27
3.7 Ethische aspecten	28
4. RESULTATEN	29
4.1 Procedure	29
4.1.1 Participanten.....	29

4.2 Dataverzameling	29
4.3 Inhoudelijke topics.....	30
4.3.1 Culturele diversiteit	30
4.3.2 Communicatie	33
4.3.3 Therapeutische relatie	34
4.3.4 Cultuursensitiviteit	35
4.3.5 Slotvraag.....	36
5. Discussie en conclusie	37
5.1 Discussie	37
5.1.1 Culturele diversiteit	37
5.1.2 Communicatie	38
5.1.3 Therapeutische relatie	40
5.1.4 Cultuursensitiviteit	41
5.2 Methodologische kwaliteit.....	42
5.2.1 Onderzoeksgroep.....	42
5.2.2 Onderzoeksdesign	42
5.2.3 Meetinstrumenten.....	42
5.2.4 Ontwikkeling van nieuwe informatie	43
5.3 Implicaties.....	43
5.4 Aanbevelingen	44
5.5 Conclusie	46
BIJLAGEN	57
Bijlage 1: Topiclijst	57
Bijlage 2: Beknopte uitwerking interviews per topic	58

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding

Geen enkele samenleving bestaat alleen uit mensen die op eigen grondgebied zijn geboren (Hoving et al., 2005). Het proces dat hieraan ten grondslag ligt, heet migratie. Migratie is het permanent verwisselen van vaste verblijfplaats van individuen of groepen binnen een grotere geografisch gebied dan de geboortestreek (Jessurun, 2010). Over de hele wereld heeft migratie en de impact ervan op het individu, de families en de volksgezondheid, zich ontwikkelt tot een maatschappelijke uitdaging. Ook in Nederland is deze superdiverse samenleving ontstaan (Geldrof, 2016). Nederland kent een rijke geschiedenis van migratie die volgens bijzonder hoogleraar Internationale en Comparatieve Sociale Geschiedenis Jan Lucassen en hoogleraar Etnische Studies Rinus Penninx (1994) terug gaat tot aan de zestiende eeuw. Migratie is een zeer relevant proces voor de Nederlandse samenleving, voornamelijk wegens de recente grote vluchtelingenstroom uit oorlogsgebieden zoals Syrië, Pakistan, Nigeria, Jemen en Zuid-Soedan (de Zeeuw, 2016). Het resultaat van deze veelkoppige migratie is een groeiende verscheidenheid en complexiteit in de achtergronden van migranten op etnisch, taalkundig, juridisch, cultureel, religieus en economisch vlak: meer nationaliteiten, meer talen en meertaligheid en ten slotte meer diverse religieuze praktijken (Lindenberg et al., 2017). De groeiende complexiteit is in de paramedische zorg terug te vinden in verschillende documenten, zoals het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (OBLN, 2017), waarin onder andere beschreven staat dat de logopedist in de rol van professional en communicator cultuursensitief te werk hoort te gaan. Deze rollen houden in dat de logopedist weet dat zijn eigen normen en waarden niet voor iedereen gelden (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2013). Het afstemmen op de individuele, dynamische en sociale context van de cliënt vereist vaardigheden van een startbekwame logopedist (Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland, 2017).

De Nederlandse transculturele samenleving bestaat voornamelijk uit migranten die met hun afwijkende opvattingen en gedragingen therapeuten inspireren dan wel

dwingen om hun behandelwijzen opnieuw te bezien en na te denken over hun eigen handelen (Jesserun, 2010). Jesserun (2010) beschrijft een migrant dan ook als ‘een ieder, wiens culturele en/of etnische achtergrond verschilt van de plek waarin hij of zij verblijft’. Een voorbeeld van professionele normen en waarden in de logopedische setting is het handhaven van oogcontact: in Europese landen wordt elkaar recht in de ogen aankijken gezien als een teken van eerlijkheid, betrouwbaarheid en respect, terwijl in andere landen ... oogcontact tussen man en vrouw gezien als respectloos en dus ook vermeden (Tolk- en Vertaalcentrum Nederland, 2015). Ook binnen logopedische therapie spelen professionele normen en waarden een rol. Naast oogcontact zijn er verschillende cultuurgebonden elementen die mogelijk zorgen voor onbegrip, verwarring en een misplaatst gevoel van respect bij cliënt en/of bij de logopedist. Door een cultuursensitieve attitude van de logopedist kan wantrouwen of een breuk in de therapeutische relatie voorkomen worden (Tolk- en Vertaalcentrum Nederland, 2015). De therapeutische relatie is een sociale relatie die van belang is bij de kwaliteit van de logopedische therapie. Hogescholen door heel Nederland zijn bezig met cultuursensitiviteit. Naar aanleiding van de groeiende complexiteit in culturen door heel Nederland, wordt ontwikkeling van kennis en bewustwording over cultuursensitieve zorg urgenter (Duran, 2018). Bij het diagnosticeren, behandelen en testen van elke patiënt – ook migranten – zou de eerstelijns logopedist een passende behandeling en begeleiding aan moeten kunnen bieden (Dahhan, 2007). Volgens Dahhan (2007) is het passend behandelen en begeleiden bij allochtonen patiënten vaak onvoldoende, wegens gebrek aan vereiste kennis, vaardigheden, competenties in omgaan met etnische diversiteit en te weinig hulpmiddelen om logopedie voor migranten met een andere culturele achtergrond cultuursensitief van kwaliteit te voorzien. Oplossingen liggen volgens Dahhan (2007) bij onder andere het importeren van diagnostische instrumenten waardoor het culturele draagvlak verbreed wordt. Er wordt echter niet gesproken over de houding van logopedisten ten opzichte van de stelling van Dahhan (2007). Zipoli & Kennedy (2005) schrijven dat logopedisten hun houding laten leiden door traditionele informatie, wat zou kunnen leiden tot een meer of mindere mate van cultuursensitiviteit.

1.2 Probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van het denken, het handelen, de beelden en de gevoelens van logopedisten, die werken in de eerstelijns praktijk met migranten die een niet-westerse culturele achtergrond hebben. Door middel van interviews komen de onderwerpen culturele diversiteit, communicatie, therapeutische relatie en cultuursensitiviteit ter sprake. Door het denken, het handelen, de beelden en de gevoelens samen te voegen, worden kenmerken gevormd. Deze kenmerken betreffende de cultuursensitiviteit en attitude van de logopedist kunnen zo nader worden beschreven. Het gebrek aan literatuur en de groeiende vraag naar kennis en bewustwording over cultuursensitiviteit in de logopediepraktijk leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

“Hoe zien de kenmerken van een cultuursensitieve attitude bij eerstelijns logopedisten eruit?”

2. THEORETISCHE ACHTERGROND

Binnen dit hoofdstuk worden de verschillende sensitizing concepts en relevante achtergrondinformatie nader beschreven. Ten eerste wordt de term culturele diversiteit en de cultuursensitiviteit toegelicht en gedefinieerd. Vervolgens worden andere relevante onderwerpen beschreven betreffende migranten, communicatie, therapeutische relatie en multidisciplinaire cultuurdiversiteit. Ten slotte wordt aan de hand van de beroepscode de relatie van deze informatie tot de logopedie toegelicht.

2.1 Culturele diversiteit, cultuursensitiviteit en normen en waarden

2.1.1 Culturele diversiteit

In de huidige tijd trekken steeds meer mensen over landsgrenzen heen. Hierdoor ontstaat een superdiverse samenleving. Volgens Geldof (2016) is het ‘geen synoniem van wat we tot nu toe een multiculturele samenleving noemden’, het gaat volgens hem verder dan dat. Geldof (2016) stelt dat de huidige opvang- en vluchtelingen crisis deze overgang naar een superdiverse samenleving een vertraagd proces is. Wat wel een versnelling op gang brengt is dat Nederland – zoals andere West Europese landen – een demografische transitie ondergaat. ‘Superdiversiteit’ is een analysekader om inzicht te krijgen in deze demografische en maatschappelijke transitie en dit te vertalen naar beleid en werkveld (Geldof, 2016). Het resultaat van deze veelveelkoppige migratie is een groeiende verscheidenheid en complexiteit in de achtergronden van migranten op etnisch, taalkundig, juridisch, cultureel, religieus en economisch vlak. Er zijn meer nationaliteiten, talen en meertaligheid en ten slotte meer diverse religieuze praktijken (Lindenberg et al., 2017).

2.1.2 Cultuursensitiviteit

Cultuurgevoeligheid en cultuursensitiviteit is een begrip dat voornamelijk wordt gebruikt binnen de zorgsector. Cultuurgevoeligheid gaat dan voornamelijk over de houding, kennis en methodes die de hulpverlener bezit en hanteert opdat de hulpverlening toegankelijk en kwalitatief zou zijn voor etnisch culturele minderheden (Expertisenetwerk cultuurgevoelige jeugdhulp, 2014).

Toon Gailly (2008) schrijft:

“Cultuursensitieve zorg en/of hulpverlening is geen specialisatie maar een basishouding.”

Cultuursensitief werken in de hulpverlening is een uitdaging waarbij de professional zoekt naar een goede afstemming met elke unieke patiënt. Het ‘bewustzijn’ en de bereidheid om een zelfreflectief proces aan te gaan is de belangrijkste pijler in deze zoektocht (Ang, 2016). Wie cultuursensitief is, weet dat zijn eigen normen en waarden niet voor iedereen gelden (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2013). In de gezondheidszorg en het welzijnswerk komen professionals steeds vaker in contact met mensen met verschillende culturele en religieuze achtergronden, waarbij normen en waarden kunnen verschillen. Ook logopedisten krijgen steeds meer te maken met verschillende culturen, normen en waarden. Zo staat in het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017) beschreven dat de toename in diversiteit van de populatie een beroep doet op de culturele sensitiviteit. Dit vereist vaardigheden van de startbekwame logopedist bij het afstemmen op de individuele, dynamische en sociale context van de cliënt en bij het begeleiden van individuen en groepen in het vinden van eigen oplossingen voor hun vragen (Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland, 2017).

2.1.3 Normen en waarden

Normen en waarden spelen een grote rol in de omgang met cliënten en zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Normen zijn concrete en algemeen aanvaarde gedragsregels of handelingsvoorschriften die in het dagelijks sociale verkeer aangeven wat er in een bepaalde situatie gedaan dient te worden of te laten. Het zijn de middelen waarmee waarden worden uitgedrukt in gedrag (Sociology Guide, 2017). Idealen en motieven die de samenleving als nastrevenswaardig beschouwt, worden waarden genoemd. Ze zijn algemener van aard dan normen, ze inspireren ons en geven een bepaalde richting aan (Bolt et al., 2010).

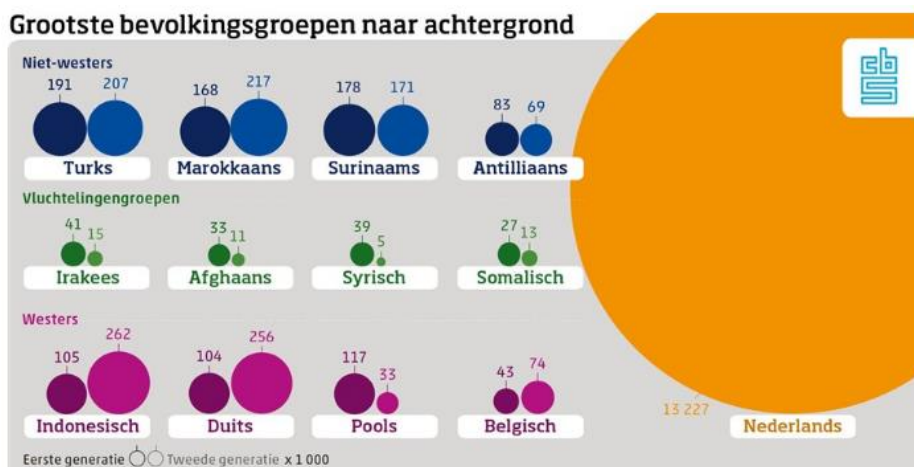
Uit onderzoek van Holtzem & Tempels (2017) blijkt dat eerstelijns logopedisten moeite hebben met het definiëren van normen en waarden. Holtzem & Tempels (2017) schrijven: ‘Alle respondenten gaven aan dat ze geen onderscheid maken tussen hun persoonlijke en therapeutische normen en waarden.’

2.2 Migranten

Bij migratie gaat het om de vestiging van personen vanuit het buitenland in Nederland. Om als migrant te kunnen worden geteld, moeten deze personen in de Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens (GBA) worden ingeschreven. In de regel wordt iemand als migrant in de GBA ingeschreven als hij of zij “naar redelijke verwachting gedurende een half jaar ten minste twee derde van de tijd in Nederland verblijf zal houden” (Wet GBA, artikel 26). In de praktijk zal dit in veel gevallen worden geïnterpreteerd als dat de betrokkene van plan is de komende vier maanden in Nederland te blijven. Jessurun (2010) beschrijft een migrant als een ieders culturele en/of etnische achtergrond verschilt van die van de plek waarin hij of zij verblijft. In de volgende subparagrafen zal meer uitleg worden gegeven over de verschillende generaties migranten, de soorten die in de literatuur onderscheiden worden en de woonlocatie van migranten in Nederland.

2.2.1 Eerste en tweede generatie

Op 1 januari 2016 had 12,3 procent van de inwoners van Nederland een niet-westerse achtergrond (CBS, 2016). Men hoort bij deze inwoners niet alleen te denken aan de eerste generatie. Zo beschrijft Jessurun (2010) migranten als diegenen die zelf of wiens ouders naar Nederlands zijn gekomen met de bedoeling hier te wonen, te leven en te werken. Bijna de helft van de personen met een niet-westerse achtergrond is in Nederland geboren en behoort daarmee tot de tweede generatie (CBS, 2016).



Bron: CBS. (2016). Bevolking naar migratieachtergrond.

2.2.2 Soorten migranten

Van Es (2000) stelt dat migranten opgedeeld kunnen worden in vier typen, deze zullen in de komende subparagraaf uitgelegd worden.

Migranten uit de voormalige koloniën

Onder deze groep migranten vallen Indische Nederlanders, Molukkers, Surinamers, Antillianen en Arubanen. Deze groep migranten wordt vaak gezien als onvrijwillig (Jesserun, 2010).

Arbeidsmigranten

Deze groep migranten bevat voornamelijk Turken en Marokkanen, maar ook Zuid-Europeanen, Amerikanen, Duitsers en Belgen vallen onder arbeidsmigranten.

Sinds de toetreding van een aantal nieuwe landen tot de EU in 2004 en 2007 is de immigratie uit die landen sterk toegenomen (CBS, 2016). De reden die veel immigranten aangeven is de economische situatie in hun eigen land. Het is vaak moeilijk om in hun eigen land werk te vinden en tevens liggen de salarissen in Nederland hoger (Polamb, 2015).

Onvrijwillige migranten

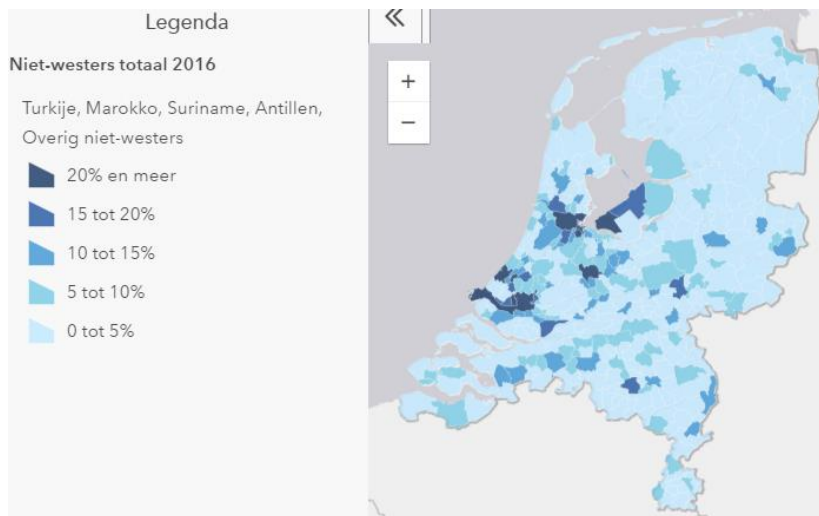
Migranten die onvrijwillig naar Nederland migreren, komen voornamelijk uit Oost-Europa, het Midden-Oosten, Afrika en Azië. Recent sloegen er veel mensen op de vlucht (van Es, 2000). De cijfers van het CBS (2016) laten dit zien. Immigratie vanuit Syrië en Eritrea speelde tot en met 2013 nauwelijks een rol van betekenis in de migratiestromen naar Nederland. Dat veranderde in 2014 door onder andere burgeroorlogen en sindsdien vluchten substantiële aantallen Eritreeërs en Syriërs naar ons land (CBS, 2016).

Illegalen

Illegalen kunnen van zeer diverse achtergrond zijn, waaraan meestal een afgewezen asielaanvraag ten grondslag ligt (van Es, 2000). In Nederland verblijven naar schatting enkele tienduizenden onuitzetbaren; mensen die de Nederlandse overheid in toenemende mate met dwang en harde hand tot terugkeer probeert te bewegen, maar die desondanks niet kunnen worden uitgezet (Humanistisch Verbond, 2010).

2.2.3 Woonlocatie

Eén op de vijf á zes Nederlanders heeft één of meerdere gemigreerde voorouders (Jessurun, 2010). Deze personen met verschillende migratieachtergronden wonen niet gelijk verdeeld over Nederland. Zo wonen personen met een niet-westerse achtergrond vooral in (de buurt van) de drie grote steden. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag heeft meer dan 30 procent van de inwoners een niet-westerse achtergrond (CBS, 2016).



Bron: CBS. (2016).

Migranten in Limburg

In Limburg is een omslag te zien in migratiesaldo, waarbij tegenwoordig een positief migratiesaldo zichtbaar is. De omslag van een negatief naar een positief buitenlands migratiesaldo voor Limburg is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan drie ontwikkelingen: de toegenomen immigratie vanuit Duitsland, de toegenomen immigratie uit Midden- en Oost-Europa (MOE-landers) en de afgenomen emigratie van Nederlanders vanuit Limburg (Kooiman, 2013).

Bij mensen uit Midden- en Oost Europa is arbeid het belangrijkste motief om zich te vestigen in Limburg. Variatie in grensmigratie van Duitse migranten kan te maken hebben met veranderingen in de woningmarkt in beide landen (Kooiman, 2013).

2.3 Communicatie in relatie met culturele diversiteit

Ensie (2017) concludeert dat communicatie een proces is van informatie-uitwisseling. Bij communicatie is er altijd sprake van een zender, een boodschap met informatie en een ontvanger. De zender in het communicatieproces probeert informatie over te dragen naar de ontvanger door middel van de boodschap.

Zoals benoemd in de kernhandelingen van het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017) dient de communicatie van logopedist en cliënt cultuursensitief en ethisch verantwoord te zijn.

Voor zorgverleners in de thuiszorg is er een document ontwikkeld, genaamd 'Communicatie met allochtone cliënten', waarbij kenmerken van autochtone zorgverleners en allochtone cliënten worden beschreven. Hierin wordt gesteld dat de oorzaken van communicatieproblemen taalbarrières en culturele verschillen betreffen. Deze stelling wordt onderbouwd door het feit dat zich steeds meer niet-westerse migranten in Nederland vestigen (Saxion/Hogeschool Utrecht, 2013).

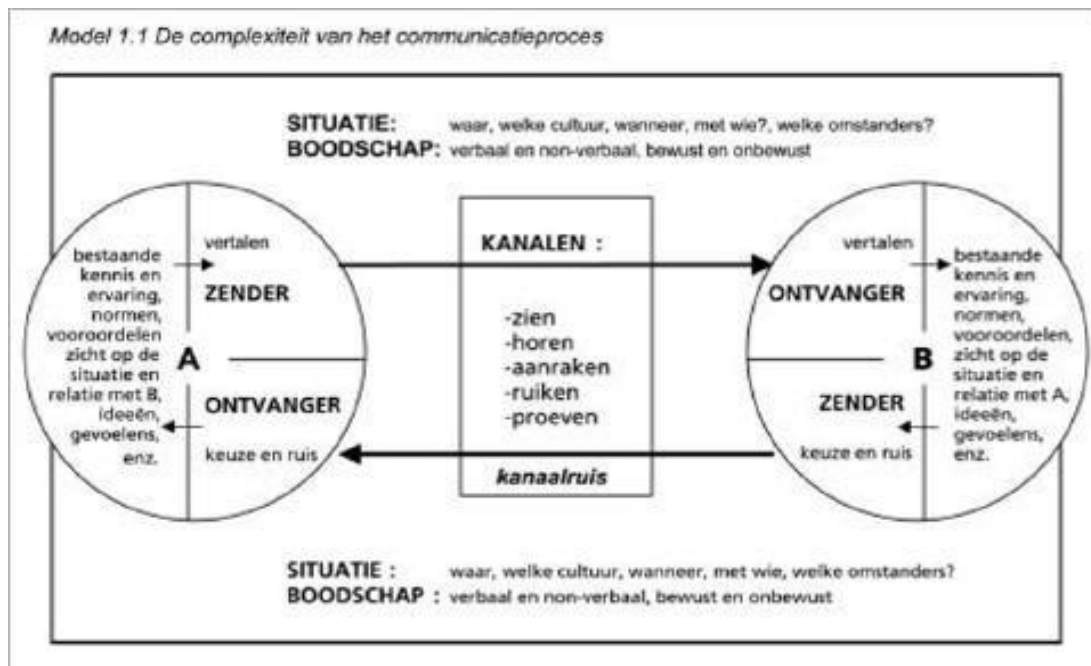
Er is nog geen soortgelijk document ontwikkeld voor logopedisten.

Communicatiemodellen

Alle gedrag is communicatie, volgens Lely & van den Heuvel-Wellens (2002). Het is onmogelijk voor zender en ontvanger om geen gedrag te uiten of om niet te communiceren. Elke boodschap die wordt uitgezonden en ontvangen, ontleent zijn betekenis aan de context. Alle gedrag geeft hierbij ook informatie; zonder kennis te hebben over de context, is de informatie onduidelijk (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

Bij het communiceren met migranten worden er vaak hoge eisen gesteld aan de verbale en de non-verbale communicatie. Door de culturele diversiteit voelen migranten verbondenheid met een andere cultuur; dit zorgt voor moeilijkheden met het begrijpen van de non-verbale uitingen van emoties. Culturele achtergrond zegt echter niet alles (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002); migranten hebben, net zoals iedere Nederlander, een persoonlijke identiteit. Er bestaan grote individuele verschillen tussen mensen met dezelfde culturele achtergrond. Ook zonder taalbarrières wordt er maar een klein gedeelte van de oorspronkelijke boodschap van de zender begrepen door de ontvanger. Zo is te zien in het model van Oomkes, dat

onder andere bestaande kennis en ervaring, normen, ideeën en gevoelens meespelen in het communiceren van persoon A en B. Gekoppeld aan het doel van logopedische behandeling - het herstellen en onderhouden van de communicatie in al haar facetten - wordt duidelijk dat een logopedist rekening moet houden met de verschillende soorten ruis. Veel voorkomende ruis tussen logopedisten en migranten is psychologische ruis (o.a. vooroordelen) en semantische ruis (o.a. verschillende talen).



Bron: Oomkes, F. R. (2001).

Lely & van den Heuvel-Wellens (2002) verklaren dat in elke cultuur basisemoties zijn verworven; hierbij moet men denken aan verdriet, angst, vreugde en woede. Deze zijn herkenbaar aan de gelaatsuitdrukkingen. Secundaire cultuurbepalende aspecten zijn meer te detecteren in begroetingen, huisregels, kleding, sieraden en vormen van lichaamstaal.

Hoffman (1999) toont het TOPOI-model; een systematiek van aandachtspunten en handvatten om in de gespreksvoering met mensen met een andere etnische en maatschappelijke achtergrond, culturele verschillen en misverstanden op te sporen en aan te pakken. TOPOI staat voor Taal, Ordening (van visie, logica en opvattingen), Personen, Organisatie en Inzet. Deze vijf termen zijn de plaatsen of gebieden in de communicatie waar je culturele verschillen en misverstanden kunt achterhalen en

aanpakken. Vier van deze vijf gebieden van TOPOI zijn ontleend aan de axioma's (vooronderstellingen) van Watzlawick, die een grammatica ontwikkelde om effectief te kunnen communiceren (Hoffman, 1999).

Gebruik van technologie en multimedia

Gebruik van technologie speelt steeds meer een rol in de gezondheidszorg en dus ook in de therapie van de logopedist. Steeds meer programma's als woordenboeken, e-book grammars en flashcard programma's verschenen, waarop ook de mobiele telefoon werd geïntroduceerd met functies als Sms-berichten, ingebouwde camera's, en de mogelijkheid tot het maken van spraakopnames (Godwin-Jones, 2011). Google Translate biedt een interessante nieuwe insteek in het vertalen van conversaties. Met de conversatiemodus kunnen gebruikers een uitspraak vertalen in de doeltaal, waarna het ingesproken bericht hardop wordt gelezen. De conversatiepartners kunnen op deze manier beide in de eigen taal blijven spreken. Een andere vertalingsapp is "Talk To Me"©. Ook deze app spreekt doelwoorden uit in de gewenste taal en focust momenteel op ouderen met verschillende cultureel en linguïstische achtergronden in subacute instellingen (Godwin-Jones, 2011).

Checklist communicatie en participatie allochtonen

De Gemeente Utrecht en het adviesbureau voor intercultureel management MEX-IT hebben samen een checklist opgesteld die onder andere aandachtspunten voor communicatie met migranten vermeld.

Ten eerste wordt de doelgroep en sociale kaart gedefinieerd. Zo beschrijven de gemeente Utrecht en MEX-IT onder andere: 'Het is van belang te bepalen of de communicatie zich richt op de eerste, tweede of derde generatie allochtonen.' De tweede stap bevat het inschakelen van een intermediair en dit beschrijven zij als volgt: 'Het vergroten van de participatie van allochtonen is veelal een proces dat de nodige tijd vergt. Het benaderen van de Turkse en Marokkaanse gemeenschap verloopt vaak effectiever door de inzet van intermediairs. Deze intermediairs zijn afkomstig uit de doelgroep, beschikken over een netwerk binnen de doelgroep, hebben kennis van de gewoonten, normen en waarden die binnen de doelgroep gelden en hebben vertrouwen binnen de groep.' De derde en vierde stap houdt rekening met communicatiemiddelen die effectief en doeltreffend werken bij de

gekozen doelgroep. In stap vier wordt dieper ingegaan op organisaties die worden gebruikt als communicatiemiddel, denk hierbij bijvoorbeeld aan de moskee of kerkgemeenschappen (Gemeente Utrecht, 2016).

2.4 Therapeutische relatie en logopedische attitude

De rol van de logopedist is volgens het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017) erg uitgebreid. Zo wordt de logopedist genoemd als onder andere professional, communicator en innovator. Binnen al deze verschillende rollen dient de logopedist een begripvolle en vriendelijke houding aan te nemen, maar ook eisen te stellen aan inzet van de patiënt. Deze beroepsmatige en patiëntgerichte attitude zorgt voor duidelijkheid over verwachtingen van de logopedist (Kuiper, 2017). Naast motivatie is er ook een relatie tussen therapeut en cliënt. Kuiper (2017) stelt dat uit de cliënt-centered benadering van Rogers (1973) valt te leren dat het relationele optimaal tot zijn recht komt wanneer de therapeut een attitude heeft die vriendelijk en respectvol is, empathisch en echt. Horvath (2000) definieert dat de houdingen en gevoelens van beide de cliënt en therapeut ten opzichte van elkaar en de wijze waarop deze tijdens de behandeling tot uitdrukking worden gebracht zorgen voor een therapeutische relatie. Volgens Bordin (2014) bestaat een therapeutische relatie uit 3 delen: overeenstemming over de doelen van de therapie, overeenstemming over de taken van de therapie en de kwaliteit van de persoonlijke band tussen patiënt en therapeut. Deze drie delen worden onderstaand toegelicht.

Overeenstemming doelen

Doelen in de eerstelijns logopediepraktijk worden over het algemeen in overleg met de cliënt en/of zijn omgeving opgesteld. Tijdens het opstellen van deze doelen laat een logopedist verschillende kanten van zich zien. Zo is te zien dat de logopedist onder andere als communicator ‘een professionele therapeutische relatie met de cliënt moet onderhouden’ en daarbij ‘op cultuursensitieve wijze communiceert met de cliënt’. Vermeld staat hier ook dat de logopedist de cliënt ‘stimuleert tot het nemen van regie ten aanzien van de eigen gezondheidsdoelen’. Als samenwerker moet de logopedist ‘Afstemmen op het begripsniveau, cultuur, achtergrond en de voorkeuren van de samenwerkingspartner(s) (Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland, 2017).

Overeenstemming taken van de therapie

In 2015 is bekend geworden dat migranten meer zorg verbruiken uit het basispakket dan autochtone Nederlanders. Hun zorgkosten zijn daarom 13 procent hoger (Telegraaf, 2015). Echter is logopedische zorg nog niet altijd als gewenst. Zo blijkt uit een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2010) dat niet-westerse migranten en hun kinderen minder vaak hulp zoeken dan autochtonen, omdat ze anders aankijken tegen ontwikkelingsproblemen en lastig gedrag. Schaamte lijkt een van de voornaamste oorzaken te zijn voor het minder vragen van hulp. Verschillen in opleidingsniveau, gezinsvorm, de waarde van religie of culturele verschillen tussen autochtonen en allochtonen verklaren slechts gedeeltelijk het verschil in hulpvraag (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010). Behalve de vereiste kennis, vaardigheden en competenties in omgaan met etnische diversiteit zijn er te weinig hulpmiddelen om de logopedie daadwerkelijk toegankelijk te maken en van kwaliteit te voorzien (Dahhan, 2007).

Takens (2016) noemt drie onderzoeken waaruit blijkt dat de therapeutische relatie bovenal als een functionele, asymmetrische verhouding naar voren komt, zowel bij therapeuten als bij cliënten. Het functionele karakter van de therapeutische relatie komt natuurlijk in de eerste plaats tot uitdrukking in de tijdelijkheid van het contact. Ook is het contact tussen therapeut en cliënt niet zozeer gericht op het in stand houden van de onderlinge betrekking, maar ontleent zijn betekenis primair aan buiten de relatie gelegen doelen, zoals participatie op school (Biestek, 1968).

Kwaliteit van de persoonlijke band

Ondanks de grote betekenis die door de verschillende therapeutische stromingen aan de therapeutische relatie wordt toegekend, bestaat er wel een grote diversiteit in opvattingen over het karakter van deze bijzondere tussenmenselijke betrekking (Takens, 2001). Volgens Takens (2001) is het effect van het 'met een ander zijn' op (de ontwikkeling van) persoonlijkheid in sterke mate afhankelijk van wie iemand ontmoet en hoe de interacties verlopen. Vaak wordt een onderscheid gemaakt tussen de therapeutische werkrelatie en de overdrachtsrelatie (Greenson, 1965; De Blecourt et al., 1981; Frieswijk, Colson & Allen, 1984). De werkrelatie heeft als basis het relatief conflictvrije gebied van de patiënt en zijn vermogen om realistisch en op verstandige wijze een therapeutisch contact aan te gaan. De overdrachtsrelatie bestaat

uit de zogenoemde infantiele neurotische reacties (kinderlijke dwangmatige reacties) die de patiënt op de therapeut projecteert (Takens, 2001).

Een positieve therapeutische relatie vereist natuurlijk wel een omgeving die daartoe uitnodigt en de betrokkene(n) voldoende veiligheid biedt, of, zoals Carp (1973) het uitdrukt, waarin sprake is van een 'verzorgende bemoeienis met elkaar'. Essentiële vragen die dan rijzen, betreffen welk gespreksklimaat zelf onthullend gedrag stimuleert en welke tussenmenselijke betrekkingen zich daartoe het beste lenen. Zo kan men zich voorstellen dat de 'verzorgende bemoeienis met elkaar' bij voorkeur in de naaste omgeving plaatsvindt, dus in eerste instantie buiten het professionele hulpverleningskader om.

Uit de literatuur blijkt dus een grote verscheidenheid aan opvattingen over het karakter van de therapeutische relatie, ondanks het algemeen erkende belang ervan voor het succes van welk type behandeling dan ook (Takens, 2001).

Attitude

In het Opleidingsprofiel Bachelor Reglement Logopedie (2017) wordt de attitude van de logopedist benoemd; hier wordt namelijk het volgende beschreven: “De logopedist maakt bij Methodisch Logopedisch Handelen (Kuiper, 2017) gebruik van logopedische kennis en vaardigheden en toont een professionele attitude bij het bieden van kwalitatief hoogstaande, veilige, cliëntgerichte zorg binnen het domein van communicatie en slikken”. Deze professionele attitude, bestaande uit ethisch verantwoorde, deskundige en gereflecteerde handelwijzen, kan op de proef worden gesteld door de verschillende culturele achtergronden die in de praktijk verschijnen.

Van Leeuwen (2003) beschrijft dat een migrant met een andere culturele achtergrond ons kan confronteren met andere overtuigingen en levenspraktijken waardoor de cultuur-eigen overtuigingen en praktijken aan vanzelfsprekendheid inboeten. Dat besef van contingentie van de eigen culturele praktijken hoeft niet negatief te zijn, maar het is niet ondenkbaar dat het in bepaalde omstandigheden als storend of desoriënterend wordt ervaren. Hoewel het niet noodzakelijk is, is het goed denkbaar dat gevoelens van onbehagen de aanleiding vormen voor racisme. Dat zou attitude-racisme kunnen zijn als er louter en alleen naar het gevoel van onbehagen wordt verwezen bij racistische opvattingen en discriminerend gedrag. Echter wordt in het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017) benoemd dat de logopedist

cultuursensitief te werk moet gaan, waarbij dus ook rekening gehouden dient te worden met de eerder genoemde storende of desoriënterende culturele praktijken. Uit onderzoek van Zipoli & Kennedy (2005) blijkt dat logopedisten in het algemeen een positieve attitude hebben ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek en EBP, maar dat ze hun klinische beslissingen meer laten leiden door traditionele informatie (bijvoorbeeld ervaringen en verhalen van collega's) dan door evidence-based informatie. In de literatuur is niet terug te vinden of logopedisten hun attitude aanpassen aan de culturele diversiteit en of deze attitude gebaseerd is op evidence-based informatie of traditionele informatie.

2.5 Multidisciplinaire aanpak van culturele diversiteit

In alle culturen zijn er mensen die op een of andere manier betrokken zijn bij het geven en ontvangen van zorg. Hoe die zorg er idealiter uit ziet, welke zorg goed gevonden wordt en welke niet, is sterk cultureel bepaald. Dat heeft onder meer te maken met het feit dat er in de diverse culturen heel verschillend over ziekte en gezondheid wordt gedacht (de Vries, 2017). In deze subparagraaf wordt de omgang met culturele diversiteit en cultuursensitiviteit in de multidisciplinaire zorg beschreven. Door een gebrek aan literatuur en kennis over culturele diversiteit en cultuursensitiviteit binnen een logopedische setting, is het van belang om in de paramedische zorg te kijken naar mogelijke aanknopingspunten voor eerstelijns logopedie.

Zorg bij Dementie

Volgens Goudsmit et al. (2011) zal het aantal niet-westerse allochtonen ouderen de komende tien jaar verdubbelen. Uit onderzoek blijkt dat bijvoorbeeld bij de diagnose van dementie rekening gehouden dient te worden met de taalbarrière, cultuurbarrière, schaamte en onder andere analfabetisme. Om deze reden wordt een aanbeveling gedaan voor het verbeteren onder andere communicatie in de klinische praktijk (Goudsmit et al., 2011).

Geestelijke gezondheidszorg

De allochtone bevolking zal meer en meer hun intrek nemen in het instituut. Vooral in de grote steden stijgt het aantal allochtonen. Op termijn moet er dus rekening

gehouden worden met een groeiende groep allochtone ouderen. De hulpvraag en de behoeftes kunnen verschillen met die van de autochtone bevolking. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg blijkt duidelijk dat de gehanteerde methoden te westers en te 'ik' gericht zijn, en niet aansluiten bij de cultuur van allochtonen (Lagrou, 2005). Psychiater Tekleh Zandi (2008) was de eerste in Nederland die problemen met interculturele validiteit probeerde aan te tonen aan de hand van een gestandaardiseerd diagnostisch instrument, de Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). Standaard toepassing van het instrument zou bij patiënten in Marokko tot een overschatting van specifieke diagnoses (in dit geval schizofrenie) leiden. Wanneer het instrument echter met behulp van kennis over de cultuur wordt aangepast, wordt de diagnose minder vaak gesteld en komen diagnoses beter overeen met die van psychiaters in Marokko (Zandi & Havenaar et al. 2008). Zandi en Havenaar (2008) pleitte met hun studie voor meer cultuursensitieve diagnostiek, waardoor culturele misinterpretaties worden voorkomen.

Fysiotherapie

In de fysiotherapie worden vanuit vele de vele culturele achtergronden verschillende modellen gebruikt om gezondheid en ziekte te verklaren. In veel westerse samenlevingen ligt de focus op het bio-psychosociale model. Therapeuten met andere etnische achtergronden maken echter gebruik van modellen als 'balans en onbalans' en de Chinese 'yin en yang-theorie. Brady (2016) stelt daarom dat het van belang is om het juiste model te vinden bij iedere cliënt. Dit kan worden bereikt door onderwerpen als etniciteit, migratiegeschiedenis en ervaring, religieuze-/voedingspraktijken en het begrip van de patiënt over de oorzaak van zijn of haar conditie. In de fysiotherapie moet rekening gehouden worden met de culturele achtergrond van de cliënt. Behandelingen kunnen bijvoorbeeld belemmerd worden door ongeschiktheid van handmatige therapie en strategieën ter verbetering van therapie-effectiviteit die anders worden opgevat in verschillende modellen. Dit houdt mede in dat bij de informatieoverdracht en uitleg over interventies rekening gehouden dient te worden met collectivisme waarbij familie direct betrokken wil worden (Brady, 2016). Brady (2016) stelt dat er betrokkenheid en ondersteuning nodig is om doormiddel van professionele ontwikkelingsactiviteiten fysiotherapeuten

met betere vaardigheden uit te rusten, waardoor er betere cultureel responsieve zorg geleverd kan worden.

Zorg algemeen

Alle migrantengroepen, zowel de westerse als de niet-westerse, hebben sterkere zorgnormen dan autochtone Nederlanders. De sterkere zorgnormen gelden vooral voor eerste-generatie migranten. Tweede-generatie migranten zijn wat betreft hun gevoelens van verplichting tegenover ouders nauwelijks te onderscheiden van autochtone Nederlanders. Hier hebben we ondersteuning voor de visie dat mensen van allochtone herkomst die hier opgroeien, wat betreft hun culturele oriëntatie op autochtonen gaan lijken (Dykstra & Fokkema, 2007).

Volgens de Graeff et al. (2012) lijken wensen van niet-westerse allochtonen inderdaad soms niet aan te sluiten bij de dominante opvattingen of gebruiken in de Nederlandse gezondheidszorg. Toch gaat men ook uit van de vraaggestuurde gezondheidszorg waarbij rekening gehouden dient te worden met sociaal-culturele achtergrond van niet-westerse patiënten (De Graeff et al., 2012).

Zo stelt Muijsenberg (2017) dat, vaker dan wij tegenwoordig in Nederland gewend zijn, niet-westerse migranten bijvoorbeeld niet willen dat een arts rechtstreeks tegen een patiënt zegt dat hij niet kan genezen en is het normaal dat belangrijke gesprekken vooral met de familie worden gevoerd. Als er goed contact is kunnen artsen en patiënten over en weer begrip opbrengen voor andermans opvattingen en komen zij tot overeenstemming. Een open, nieuwsgierige houding is daarbij essentieel: denk niet dat je weet ‘hoe Turken denken’, maar vraag aan de individuele patiënt naar diens opvattingen en wensen. De meest voorkomende culturele verschillen in communicatie betreffen de begroeting, de verwachtingen van de arts, de wijze waarop over problemen gesproken wordt en de rol van de familie in het gesprek (Muijsenberg, 2017).

Samenvattend kan worden gesteld dat in de gehele paramedische zorg rekening gehouden wordt met culturele verschillen, normen, waarden en zorgvragen. De zorgvragen zijn vaak per cultuur verschillend bepaald, waardoor een therapeut het vermogen moet tonen om zich aan te passen, en op een open-minded manier dient te kijken naar de cliënt.

2.6 Beroepsmatige relevantie

Het doel van deze studie was het in kaart brengen het denken, het handelen, de beelden en de gevoelens van logopedisten die werken in de eerstelijns praktijk met migranten die een niet-westerse culturele achtergrond, waardoor er meer inzicht over de manieren van communiceren met migranten wordt gegeven.

In het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017) staat het volgende beschreven:

‘Een huidige demografische ontwikkeling betreft de toename van het aantal meertalige inwoners in Nederland (CBS, 2014). Globalisering leidt tot andere patronen in migratie: meer (tijdelijke) migratie, meer variatie en minder voorspelbaar. De diversiteit in de samenleving wordt complexer en minder voorspelbaar.’ (Blommaert, 2014; Schrooten, Withhaeckx, Geldof & Lavent, 2015)

Verder worden in het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017) de vereiste cultuursensitieve vaardigheden van de logopedist besproken. Zo staat in het Opleidingsprofiel Logopedie Bachelor Nederland (2017) dat de toename in de diversiteit van de populatie een beroep doet op deze culturele sensitiviteit en dat deze diversiteit vaardigheden vereist van de startbekwame logopedist bij het afstemmen op de individuele, dynamische en sociale context van de cliënt (Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland, 2017).

Door dit onderzoek hopen wij een bijdrage te leveren aan de communicatie tussen logopedist en migrant, om de rol van de logopedist die beschreven staat in het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017), te optimaliseren. In de rol van logopedist (in dit geval Professional en Communicator) wordt een enkele vereiste benoemd die van belang bij de huidige demografische veranderingen, namelijk het gebruik van een ‘zorgvuldige en flexibele wijze van communiceren’ (Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland, 2017).

*‘Kortom, de logopedist van de toekomst...
... heeft lef, is ondernemend en breed georiënteerd en weet zijn cliënt op cultuursensitieve en effectieve wijze te stimuleren om regie te nemen over de eigen gezondheidssituatie met betrekking tot communiceren en slikken.’
(Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland, 2017)*

2.7 Conclusie

Uit bovenstaande informatie kan worden geconcludeerd dat de culturele achtergrond van de logopedist en cliënt, bewust al dan niet onbewust verschillen en invloed uitoefenen op de communicatie tijdens de professionele werkrelatie tussen beiden. Hoewel een cultureel verschil, bewust dan wel niet onbewust, invloed uit kan oefenen dient men de culturele gebruiken van elkaar te accepteren, vooral in een cultureel rijk land als Nederland. Bij deze culturele diversiteit in de praktijk speelt cultuursensitiviteit een rol. Welke invloed cultuursensitiviteit van de logopedist heeft op de communicatie tussen beiden, blijft uit in de literatuur. In de volgende paragrafen worden onder andere de voorbereiding en uitvoering van het onderzoek uitvoerig beschreven om zo een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

3. METHODOLOGIE

Binnen het hoofdstuk ‘methodologie’ werd systematisch de uitvoer van het onderzoek beschreven. Na het lezen van de verschillende paragrafen heeft de lezer kennis van de uitvoering ten behoeve van het onderzoek.

3.1 Vraagstelling

Er was zeer weinig literatuur bekend over attitude van de logopedist, ten opzichte van cultuursensitiviteit, in de logopedie. Dit zorgde voor een toenemende vraag naar kennis en bewustwording over deze attitude in de eerstelijns logopediepraktijk. Door het denken, het handelen, de beelden en de gevoelens van eerstelijns logopedisten te onderzoeken werden gedragskenmerken, betreffende de attitude ten opzichte van de cultuursensitiviteit, vastgelegd. Het gebrek aan literatuur en kennis over het denken, het handelen, de beelden en de gevoelens van eerstelijns logopedisten leidde tot de volgende onderzoeksvraag:

“Hoe zien de kenmerken van een cultuursensitieve attitude bij eerstelijns logopedisten eruit?”

3.1.1 SPIDER

De SPIDER-methode is een van de beschikbare hulpmiddelen die speciaal ontwikkeld zijn voor kwalitatieve onderzoeken. SPIDER is gericht op het zoeken van kwalitatieve studies die gericht zijn op het begrijpen van real-life ervaringen en processen van de deelnemers (Korstjens, 2017). SPIDER staat voor ‘sample’, ‘phenomenon of interest’, ‘design’, ‘evaluation’ en ‘research type’. Het onderdeel ‘sample’ omvat een omschrijving van de populatie. De letters P en I worden samengenomen in ‘phenomenon of interest’ waarbij wordt beschreven hoe bepaalde ervaringen, gedrag en besluiten zich voordoen. Onder het kopje ‘design’ wordt de gebruikte analysemethode genoemd. De ‘evaluation’ omvat een omschrijving van de evaluatieresultaten. En in het laatste onderdeel ‘research type’ wordt het soort onderzoek genoemd (Korstjens, 2017).

In onderstaande tabel werd de SPIDER-methode toegepast op ons onderzoek.

S	Sample	8 eerstelijns logopedisten
PI	Phenomenon of Interest	Cultuursensitiviteit van de logopedist ten opzichte van migranten met een niet-westerse culturele achtergrond in de praktijk.
D	Design	Inductief, semigestructureerde interviews
E	Evaluation	Evaluatieresultaten omvatten: ervaringen en attitudes,
R	Research Type	Kwalitatief, fenomenologisch, explorerend, beschrijvend

Tabel 1: kadering onderzoeksvraag door middel van SPIDER-methode.

3.2 Onderzoeksdesign

Kwalitatief

Kwalitatieve onderzoeksmethoden worden vaak gehanteerd in de paramedische beroepswereld. Binnen dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksdesign. Hierbij lag ten eerste de nadruk op het onderzoeken van de betekenissen, ervaringen en gezichtspunten van alle participanten, ten tweede de systematische verzameling, organisatie en interpretatie van tekstueel materiaal en als laatste de ontwikkeling van concepten die helpen sociale verschijnselen te begrijpen in hun natuurlijke context (Boeije, 2014). Bij kwalitatief onderzoek worden de resultaten dan ook niet uitgedrukt in getallen, maar in een beschrijving (Zielhuis et al., 2010). Onderstaand zijn de drie kerngedachten van Boeije (2014) nader beschreven.

In dit kwalitatief onderzoek waren we geïnteresseerd in de betekenissen die logopedisten geven aan gebeurtenissen in een logopedische setting en hun ervaringen hierin. De participanten werden bestudeerd vanuit een eerste persoonsperspectief, waarbij de onderzoekers als het ware door de ogen van de logopedisten keken. Op deze manier werd gezocht naar beelden en ervaringen die cultuursensitiviteit en culturele aspecten verduidelijkten (Boeije, 2014).

Boeije beschrijft in 2014 dat de methoden van het onderzoek systematisch en transparant moesten zijn, zodat het voor belangstellenden duidelijk is hoe de waarnemingen zijn uitgevoerd en hoe de onderzoekers tot de uitkomsten van het

onderzoek zijn gekomen. Het was echter niet te voorkomen dat de onderzoekers zelf als individuen betrokken waren tijdens het verzamelen van de gegevens, omdat de onderzoekers waarnemen zien als een poging om te begrijpen wat mensen beweegt.

Fenomenologisch

De sociale verschijnselen werden verkend en geëxploreerd met kwalitatieve onderzoeksmethoden. Een belangrijk onderdeel van de resultaten van dit kwalitatief onderzoek bestond uit beschrijvingen van het verschijnsel dat bestudeerd werd (in dit onderzoek de culturele diversiteit en cultuursensitiviteit) (Boeije, 2014). Gezien de onderzoekers gedurende het interview geressorteed zijn in de leefomgeving van de participanten, mocht gesteld worden dat het onderzoek etnografische en praktijkgerichte kenmerken bevatte.

Inductief

Er werd inductief te werk gegaan. Hierbij werd theorie ontwikkeld en bijgesteld op basis van de waarnemingen van de onderzoekers. De vooruitgang werd in deze geboekt doordat de meest recente waarnemingen waren geïnterpreteerd en nieuwe ideeën voor een vervolgonderzoek werden toegevoegd (Zielhuis et al., 2010).

Exploratief

Explorerend of verkennend onderzoek is onderzoek dat frequenties, samenhang en verschillen exploreert met als doel om tot een theorie te komen (Baarda, 2014). De flexibele methoden van kwalitatief onderzoek hebben een exploratief vermogen en zijn daardoor geschikt voor voornamelijk de ontwikkeling van theorie (Boeije, 2014). Boeije stelt in 2014 dat de redenatie om te kiezen voor kwalitatief onderzoek correct is, omdat exploratie van de cultuursensitiviteit en cultuursensitieve houding van de eerstelijns logopedisten een grote rol speelt. Tevens is er weinig onderzoek naar gedaan, weet men weinig over dit onderwerp af, zijn de situaties complex en veranderlijk en spelen ethische en praktische overwegingen een grote rol in de nabije toekomst.

Beschrijvend

Beschrijvend onderzoek is onderzoek waarbij het gaat om registratie en systematische ordening van wat zich voordoet op een bepaald gebied, waarbij niet wordt gestreefd naar de ontwikkeling van een theorie of het formuleren van een hypothese (Baarda, 2014).

3.3 Setting en participanten

Om zo goed mogelijk een beeld te krijgen van de cultuursensitiviteit van de logopedist werd er gekozen voor een homogene onderzoekspopulatie bestaande uit eerstelijns logopedisten. Binnen deze homogene groep werd gezocht naar verschillende ervaringen van eerstelijns logopedisten in relatie tot cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond. Door het denken, het handelen, de beelden en de gevoelens te bevragen werden de gedragskenmerken van cultuursensitiviteit onderzocht. Enkele basisgegevens werden vastgelegd in tabel 2. De onderzoekers hadden negen eerstelijns praktijken benaderd. Van deze negen eerstelijns praktijken gaven vier praktijken aan dat er werd geïnventariseerd welke logopedisten wilden participeren. Van deze vier eerstelijns praktijken gaven acht logopedisten aan deel te willen nemen aan een individueel interview. Alle participanten werden geïnterviewd in de eerstelijns praktijk waar zij werkzaam waren. De werving van de participanten werden verder beschreven in paragraaf 3.4.1 ‘Voorbereiden’.

3.3.1 Inclusiecriteria

Door het gebrek aan literatuur werd gekozen voor een in leeftijd uiteenlopende doelgroep, om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de cultuursensitiviteit tijdens het geven van therapie aan migranten met een niet-westerse achtergrond door logopedisten. De populatie logopedisten die deelnamen aan het onderzoek verschillen in jaren ervaring en leeftijd. Over de invloed van de jaren werkervaring en leeftijd op communicatie met migranten is nog niets bekend.

Gezien de woonplaats waar de onderzoekers gevestigd zijn, is de keuze gemaakt om alleen in Limburg werkende participanten te benaderen. Daarnaast zijn de netwerken van de auteurs gevestigd in de provincie Limburg en is hier ook de opleidingslocatie. Goedkeuring voor audio-opname was noodzakelijk voor het maken van de analyses.

3.3.2 Sensitizing concepts

Sensitizing concepts worden gezien als een theoretische bril die de onderzoekers richten op het veld van het explorerend kwalitatief onderzoek (Boeije, 2014). De sensitizing concepts zijn gebaseerd op de gestelde probleem- en vraagstelling in combinatie met de theoretische achtergrond. Daarnaast hebben deze sensitizing concepts een grote rol gespeeld gedurende de analyse van de afgenomen interviews. Tijdens de analyse, de fase van codering van de interviews, werden onderstaande begrippen verhelderd (Boeije, 2014).

Sensitizing concepts
• Attitude • Culturele diversiteit • Communicatieve gedragskenmerken • Therapeutische relatie • Cultuursensitiviteit

Box 1: Sensitizing concepts van verkennend onderzoek bij logopedisten uit de eerstelijns praktijk met betrekking tot niet-westerse culturele cliënten.

3.4 Procedure

3.4.1 Voorbereiden

Als voorbereiding op de semigestructureerde interviews is informatie verworven uit recente literatuur. Deze literatuur is voortgekomen uit online-databanken, boeken en tijdschriften. Het lezen en vergelijken van alle literatuur gaf een beeld van de al verworven kennis en onderzoeken over het betreffende onderwerp en de belangrijkste sensitizing concepts. Naast literatuuronderzoek heeft er ook een gesprek plaatsgevonden van 50 minuten met een medewerkster van VluchtelingenWerk Heerlen. De informatie verworven uit dit gesprek werd deels verwerkt in de theoretische achtergrond, maar niet gebruikt bij de methode. Het gesprek ging voornamelijk over de procedures die vluchtelingen en migranten moeten doorlopen om in Nederland te mogen (blijven) wonen. De informatie verworven uit dit gesprek was naar verloop van tijd niet relevant genoeg meer om

hem te implementeren in de onderzoeksvraag. Naast dit gesprek en de verworven informatie werd de vordering van de bachelorthesis besproken in de regelmatig terugkerende bijeenkomsten met medestudenten en de 1^e assessor/begeleider. In deze bijeenkomsten werd feedback gegeven en gesproken over de voortgang van het onderzoek.

Voor het werven van de participanten zijn verschillende stappen ondernomen. Ten eerste is er een lijst gemaakt van praktijken die geschikt waren om deel te nemen aan het onderzoek. Hierbij is uitsluitend gekeken naar eerstelijns praktijken. Vervolgens is er telefonisch contact geweest met eerstelijns praktijken die interesse hadden. Het verschilde per praktijk hoe het contact nader verliep. Enkele praktijken hadden voorkeur voor e-mail, terwijl andere praktijken het contact via WhatsApp© lieten gaan. Het doel van het eerste contact is het peilen van interesse van praktijken om deel te nemen aan het onderzoek. Enkele benaderde praktijken (n=4) gaven aan een te drukke periode te hebben, of geen interesse te hebben in deelname. Alle overgebleven praktijken (n=4) toonde interesse en hebben een informatiemail ontvangen. In deze mail werd onder andere vermeld dat er geen voorbereiding nodig was, wat de duur van het interview naar verwachting zou zijn. Naast praktische informatie werd ook vermeld hoe om zou worden gegaan met privacygevoelige informatie, zoals anonimiseren van de transcripts. Ten slotte werden contactgegevens van de onderzoekers vermeld om een afspraak te plannen. De afspraken werden vastgelegd door middel van een bevestigingsmail.

3.4.2 Uitvoeren

Voor de definitieve uitvoer van de interviews bij de participanten vond op 2 februari 2018 een oefeninterview, van 25 minuten, plaats. In samenwerking van medestudenten werden de geplande vragen gesteld en werd beoordeeld door de interviewers of deze vragen het saturatieniveau zouden bereiken. Deze beoordeling werd gedaan naar aanleiding van de diepgang van het oefeninterview. Door nieuwe inzichten over diepgang van vragen en de manier van vraagstelling werden verschillende aanpassingen doorgevoerd in het interview. Na aanpassing van de interviewvragen werden alle participanten op locatie geïnterviewd. Bij dit interview waren beide onderzoekers aanwezig, waarbij één onderzoeker notuleerde en de andere onderzoeker de vragen stelde. Na een voorstelronde werd het toestemmingsformulier voorgelegd aan de participanten. Vervolgens werd in een

korte inleiding het doel van het onderzoek en de rolverdeling uitgelegd. Alvorens de start van het interview vermeldde een van de onderzoekers de datum en tijd. Binnen de afgesproken tijdsduur van 30 minuten werden de vragen gesteld en vond ook een korte evaluatie plaats. Op deze manier kon de participant zelf aangeven wat hij/zij vond van het interview, en of hij/zij nog aanvullingen had. Ten slotte werd een korte samenvatting gegeven door de onderzoeker als membercheck.

3.4.3 Uitwerken

Het uitwerken van de semigestructureerde interviews vond in drie stappen plaats:

1. Transcript maken
2. Coderen/analyseren
3. Resultaten verwerken in een tabel

Deze stappen zullen verder worden uitgelegd in onderstaande paragrafen.

Transcript maken

Van elk individueel interview werd handmatig een transcript gemaakt. Dit transcript bevatte alle uitingen die geproduceerd werden (dus ook kreten als ‘uh’ en ‘uhm’) tijdens de audio-opname (Tubbing, 2016).

Coderen/analyseren

Na het afnemen en verwerken van de interviews, in de data-analyse, werden patronen ontdekt om tot nieuwe inzichten te komen. Doorgaans gebeurde dit door de interviewdata te coderen. Bij het coderen en analyseren van interviews was het van belang om een open blik te hebben. Zo ontdekte de onderzoeker wat er in het materiaal zat, en wist hij van tevoren nog niet echt wat eruit zou gaan komen. Aan de hand van coderen werd orde aangebracht in de interviewdata. Dit proces bestond doorgaans uit drie stappen:

1. Open coderen: fragmenten coderen (labels toekennen).
2. Axiaal coderen: vergelijken van fragmenten met dezelfde code op verschillen en overeenkomsten.
3. Selectief coderen: concepten uitwerken tot een theorie en zoeken naar uitzonderingen door middel van constante vergelijking (Tubbing, 2016).

Resultaten verwerken in een tabel

Om op een duidelijke manier te presenteren werden de resultaten per topic verwerkt in paragraaf 4.3 ‘Inhoudelijke topics’.

3.5 Dataverzameling

Om alle relevante data van dit onderzoek te verkrijgen werden enkel met audio opgenomen semigestructureerde interviews gebruikt. Voorafgaand aan het onderzoek werd een korte lijst met algemene informatie ingevuld door de participanten. Aan de hand van deze lijst werden basisgegevens, zoals leeftijd en geslacht, vastgelegd. Vervolgens vormde de vooraf opgestelde topiclijsten (bijlage 1) de leidraad voor deze interviews met de participanten. Deze topiclijsten kwamen tot stand aan de hand van het theoretisch kader. De topics die aan bod kwamen waren: culturele diversiteit, communicatie, therapeutische relatie, cultuursensitiviteit en de slotvraag. De opname werd vastgelegd met een Apple© iPad; als back-up werd er tevens tegelijkertijd ook opgenomen met een Sony© PCM-D100 High-Resolution Recorder. Het onderzoek werd volledig geanonimiseerd, er werden geen namen genoemd en de audio opname werd enkel voor transcriptie gebruikt. Alle interviews werden direct na afname getranscribeerd, waarna de onderzoekers gezamenlijk de analyse en codering hebben uitgevoerd. Tijdens het onderzoek waren de onderzoekers zich bewust van hun rol als professional tijdens dit interview; hier werd ook over gereflecteerd tijdens de analyse. Na het volledig uitwerken werden de audio opnames vernietigd.

3.6 Data analyse

Tijdens de analysefase van het onderzoek is er gebruik gemaakt van handmatige codering. Elk thema binnen het onderzoek kreeg zijn eigen kleur tijdens het coderen (zie bijlage 1: Topiclijst.). Per thema werd er door de onderzoeker bekeken welke begrippen, uitspraken en opvattingen van de participanten hierbij pasten en welke minder relevant waren voor het beantwoorden van de deelvraag en uiteindelijk de hoofdvraag. Vervolgens werd er axiaal gecodeerd. Dit wil zeggen dat de coderingen met elkaar vergeleken werden om te zien waar overeenkomsten en verschillen zaten. Ten slotte werden de aantekeningen van de 2^e onderzoeker die onder andere de tijd bewaakte, de field notes, vergeleken en verwerkt in de analyse.

3.7 Ethische aspecten

Om de veiligheid en privacy tijdens het onderzoek te waarborgen werden verschillende maatregelen genomen. Zo werden de participanten voor aanvang van het interview gevraagd de toestemmingsverklaring grondig te lezen. In de verklaring stond het doel van ons interview, een beschrijving dat de gegevens geanonimiseerd werden en dat de audio-opnames na gebruik vernietigd werden. Om deel te mogen nemen aan het onderzoek moesten de participanten onze toestemmingsverklaring voorzien met een handtekening. Hiermee gingen de participanten akkoord met de voorwaarden dat de onderzoekers de resultaten van de onderzoeksvragen anoniem mochten verwerken. Voor de start van het interview werd aan de participanten de mogelijkheid gegeven tot het stellen van vragen.

4. RESULTATEN

In het volgende hoofdstuk worden de belangrijkste onderzoeksresultaten van dit onderzoek toegelicht. Dit wordt beschreven aan de hand van de topiclijst (zie bijlage 1).

4.1 Procedure

4.1.1 Participanten

De acht participanten met het vrouwelijk geslacht in de leeftijd van 21 tot 62 jaar die deelnamen aan het onderzoek, waren allen logopedisten gevestigd in een eerstelijns praktijk in Limburg. Alle logopedisten die positief hebben gereageerd op de wervingsmail en/of telefonisch contact waren betrokken binnen het onderzoek.

Door middel van een algemene vragenlijst zijn gegevens verzameld van de participanten. Deze algemene gegevens zijn verwerkt in onderstaande tabel.

	Leeftijd	Geslacht	Werkervaring in jaren	Culturele achtergrond
Participant A	62	Vrouwelijk	41	Westers
Participant B	47	Vrouwelijk	23	Westers
Participant C	28	Vrouwelijk	3	Westers
Participant D	21	Vrouwelijk	0 (3 maanden)	Westers
Participant E	23	Vrouwelijk	1	Westers
Participant F	32	Vrouwelijk	12	Westers
Participant G	25	Vrouwelijk	2	Westers
Participant H	27	Vrouwelijk	1	Westers

Tabel 2: Persoonlijke gegevens participanten.

4.2 Dataverzameling

De semigestructureerde interviews vonden plaats gedurende de maand februari 2018. De duur van de interviews varieerde tussen 14 minuten en 46 seconden tot 21 minuten en 25 seconden. De gemiddelde duur van de interviews was 16 minuten en 90 seconden. Alle interviews vonden plaats in eerstelijns logopediepraktijken gevestigd te Roermond, Maasniel, Sittard en Munstergeleen.

4.3 Inhoudelijke topics

In de volgende subparagrafen worden de inhoudelijke topics met bijbehorende vragen en antwoorden nader bekeken. De inhoudelijke topics uit de topiclijst zijn culturele diversiteit, communicatie, therapeutische relatie en cultuursensitiviteit. Deze inhoudelijke topics zijn bepaald aan de hand van de theoretische achtergrond. Na afloop van het interview vroegen de onderzoekers aan de betreffende participant of er eventuele aanvullende opmerkingen, vragen of ervaringen met betrekking tot het interview konden worden aangeduid. Hierbij gaven zes van de acht participanten aan dat zij het onderwerp van het interview als een zeer relevante maatschappelijke kwestie ervaren. Vijf van deze zes participanten gaven aan dat ze sommige onderzoeksvragen moeilijk vonden om te beantwoorden.

De twee resterende participanten hebben na afloop van het interview geen reflectie toegepast met betrekking tot de relevantie van het onderwerp en/of de moeilijkheidsgraad van het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

4.3.1 Culturele diversiteit

- Wat is uw ervaring is met verschillende culturele achtergronden in de praktijk?

Alle participanten die aan de interviews deelnamen hadden ervaring met het behandelen van migranten met een niet-westerse culturele achtergrond. Eén van de participanten had voornamelijk ervaring met het behandelen van volwassenen. Dezelfde participant verteld vrijwel direct over de positie die de logopedist inneemt als therapeut, de verschillen tussen man en vrouw en de houding van niet-westerse mensen ten aanzien van de therapie. De andere participanten (n=7) werkten over het algemeen alleen met kinderen, hadden geen ervaring met volwassenen met een niet-westerse culturele achtergrond of hadden alleen contact met volwassenen met een niet-westerse culturele achtergrond indien deze volwassenen de ouders waren van de cliënt.

“Ja, ik heb er ervaring mee. Er komen hier in de praktijk wel mensen die een andere culturele achtergrond hebben.” (Participant B)

“In de praktijk heb ik wel verschillende kinderen gezien met een niet-westerse achtergrond.” (Participant C)

- *Waar denkt u aan bij de term culturele diversiteit?*

De helft van de participanten wordt gekoppeld aan verschillende culturen (n=4), mensen met een ander geloof (n=3) en mensen die opgroeien in een andere cultuur (n=2). Twee van de acht participanten koppelen culturele diversiteit aan de verschillende normen en waarden/opvattingen, zoals de waarde en rol van een vrouw in de samenleving bij diverse culturen.

Eén participant koppelt het begrip culturele diversiteit aan niet-westerse culturele ouders die meer moeite hebben om het kind te begeleiden en een correct taalaanbod te geven aan hun kind.

“Culturele diversiteit, dan denk ik aan de verschillende culturen die bij ons binnenkomen. Er komen Turkse mensen binnen, Marokkaanse mensen, Chinese mensen, mensen uit Indonesië, eigenlijk de immigranten van de verschillende landen en culturen.” (Participant E)

“Kinderen voornamelijk van verschillende afkomsten waarbij dus ook andere normen en waarden komen kijken dan wij misschien gewend zijn en dat je daar ook mee moet leren omgaan.” (Participant H)

- *Zijn er bepaalde dilemma's tijdens de behandeling waarbij culturele diversiteit een rol spelen?*

De helft van de participanten geeft aan dat de taalbarrière een dilemma is tijdens de behandeling (n=3). Hierbij werd niet alleen het niveau van de Nederlandse taal bij cliënten, maar ook het gebrek in talenkennis van de ouders van cliënten benoemd. De dilemma's die verder door participanten worden ervaren zijn de ouders motiveren om samen huiswerk te maken (n=3), het niet houden aan afspraken (n=2), het aanpassen van thema's wegens cultuurgebonden redenen (n=2) en het duidelijk maken dat de taal een belangrijk aspect is om te oefenen met je kind (n=2). Echter zijn er ook participanten die aangeven geen enkele dilemma's tijdens de behandeling te ervaren (n=2). Eén participant benoemt zeer expliciet dat het belangrijk is om te realiseren dat een vrouw in Nederland een belangrijke rol heeft en dat vrouwen in andere culturen minder belangrijk zijn. Dit geeft voor deze participant dilemma's tijdens het uitvoeren van de therapie.

“Je moet afspraken altijd heel duidelijk en visueel maken, omdat het anders wel eens fout kan gaan. Ook dat ouders niet goed met hun kind thuis kunnen oefenen, ze zijn toch wat meer afhankelijk van jou.” (Participant G)

- Houdt u rekening met culturele diversiteit bij het voorbereiden en uitvoeren van de logopedische behandelingen?

Tijdens de voorbereiding van de behandeling wordt door vrijwel alle participanten de culturele achtergrond van de cliënt meegenomen (n=7). Hierbij spelen bij de minderheid van de participanten de persoonlijke factoren van de cliënt een rol (n=2). Deze aanpassingen in voorbereiding kenmerken zich vooral door een lager niveau van communicatie, het gebruik van verschillende communicatiekanalen en het rekening houden met taalgebruik rondom cultuurgebonden thema's.

Twee van de acht participanten geven aan geen verschil te merken tussen niet-westerse culturele cliënten en westerse culturele cliënten, waarbij één van deze participanten daardoor ook niet bewust rekening houdt met de culturele achtergrond van de cliënt.

“Nee, eigenlijk niet. Iedere intake is voor mij gelijk en dan merk je eigenlijk gauw genoeg hoe het taalniveau is of hoe gemotiveerd iemand is.” (Participant G)

“Ik denk dat ik dat wel in bepaalde mate doe. Als je bezig bent met de woordenschat, probeer je dit zo veel in hun eigen belevingswereld te houden.” (Participant H)

- Als u er rekening mee houdt, werkt u dan vanuit uw ervaring of werkt u evidence-based?

De participanten die aangaven rekening te houden bij het voorbereiden en uitvoeren van de behandeling gaven geen eenzijdig antwoord op de vraag of zij uit ervaring of evidence-based werken. Uit de antwoorden kwam voornamelijk naar voren dat het evidence-based werken belangrijk is, maar meestal toch uit ervaring veel werk wordt verricht.

“De dingen die ik nu vertel zijn natuurlijk wel beschreven. En ja evidence-based, ik heb daar wel dingen over gelezen maar ik denk ook dat het veel persoonlijke ervaring is.” (Participant A)

4.3.2 Communicatie

- Hoe verloopt de communicatie met cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond?

Uit interviews blijkt bij de helft van de participanten (n=4) sprake te zijn van een gevoel van verplichting om gerichter te communiceren, waarbij gemaakte afspraken moeten worden verduidelijkt. Zij vinden dat indien zij dit niet doen, afspraken vaker verkeerd begrepen worden of worden vergeten. De helft van de participanten ervaart de communicatie als bemoeilijkt (n=4). De grootste reden van deze bemoeilijkte communicatie is de taalbarrière die zich voordoet bij cliënten (en hun ouders). Enerzijds zijn er ook participanten die aangeven dat ze geen verschil merken met cliënten met een westerse culturele achtergrond of dat ze geen mening hadden over dit onderwerp (n=4). Eén participant is van mening dat meestal een van de twee ouders zich toch voldoende kan verduidelijken in het Nederlands, al dan niet in het Engels.

“Soms is er echt zo’n flinke taalbarrière, dat ik echt met m’n handen in het haar zit van “hoe ga ik dit nou uitleggen?”. Ik vind het moeilijk om bepaalde afspraken nog meer te verduidelijken. Ik merk wel dat als ik iets op de mail zet dat ze dan meer de tijd nemen om het te lezen of om hulp te vragen als ze iets niet begrijpen. Voor sommige ouders werkt het opschrijven dus goed.” (Participant H)

- Hoe verloopt de non-verbale communicatie met cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond?

Het grootste deel van de participanten (n=4) geeft aan geen moeilijkheden of verschillen te merken in de non-verbale communicatie met cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond ten opzichte van cliënten met een westerse culturele achtergrond. Wel geeft een van de participanten aan dat er rekening gehouden dient te worden met aanrakingen, gezien deze in verschillende culturen als bedreigend over zouden kunnen komen. Kenmerkende non-verbale bewegingen/aanrakingen verschillen per cultuur. Participanten geven aan rekening te houden met deze verschillen, waardoor minder snel ongewenste beweging/aanrakingen plaatsvinden.

“Daar moet je eigenlijk wel mee uitkijken. Als ik bijvoorbeeld kijk naar een aantal mensen uit Afrika. Zij hebben bepaalde handelingen die wij heel gewoon vinden, zoals een hand geven. Dit kan voor die mensen al heel bedreigend overkomen. Dus je natuurlijk ook rekening houden, met wie je tegenover je hebt zitten.” (Participant F)

4.3.3 Therapeutische relatie

- *We hebben het net gehad over de communicatie met cliënten met een andere culturele achtergrond. Is de therapeutische relatie anders met mensen met een westerse culturele achtergrond?*

Uit de interviews blijkt dat er verschillende opvattingen zijn over de therapeutische relatie met cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond. Hierbij gaven de helft van de participanten aan dat er geen verschil in de therapeutische relatie wordt ervaren ten opzichte van westerse cliënten (n=4).

Anderzijds wordt door de andere helft van de participanten de ervaring benoemd dat het probleem van de cliënt bij de therapeut wordt gelegd (n=4); van deze vier participanten ervaren drie participanten een verschil in de motivatie, twee participanten ervaren een taalbarrière en twee participanten benoemen dat zij als hulpverlener harder moeten werken om een band op te bouwen. Ook werd door twee van de acht participanten het aspect van communiceren betrokken binnen deze onderzoeksvraag; zij vinden dat de communicatie met cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond anders dan wel directer is.

“Ja, ik denk dat je puur wat harder moet zijn in de afspraken die je maakt. Maar ik denk de relatie zelf tussen de cliënt van een niet-westerse of een westerse achtergrond niet zo heel veel uitmaakt. Ja je voert je beroep uit en dan maakt het eigenlijk niet uit wie je tegenover je hebt zitten eigenlijk.” (Participant F)

- *Wat betekent een therapeutische relatie voor u?*

Het begrip van een therapeutische relatie wordt op verschillende manier opgevat. Wanneer er wordt doorgevraagd naar specifieke kenmerken van een therapeutische relatie worden zeer diverse begrippen aangeduid: de begrippen vertrouwen (n=2), respect (n=2), een band opbouwen/hebben (n=2) en op het gemak zijn (n=2) komen enkele keren terug. Ook therapeutische kenmerken die gekoppeld zijn aan logopedische begrippen, zoals het bieden van oefeningen en het behalen van doelen (n=2) en diagnosticeren (n=1) worden benoemd. Echter zijn er ook participanten die een afwijkende beschrijving geven en daarbij een onderliggende verstandhouding (n=1) en het met elkaar praten benoemen (n=2).

“Ik denk dat je een goede therapeutische relatie hebt als je respect voor elkaar hebt. Als je kunt zorgen dat een cliënt graag naar je toe komt en graag met je werkt en dat je zorgt dat doel dat de cliënt uiteindelijk moet behalen dat je dat integreert in je therapieplan. Dus dat je altijd dat doel voor ogen hebt en daar ook altijd naartoe streeft.” (Participant B)

“Ja, ik denk het vertrouwen. Wederzijds vertrouwen. De rol van hulp verlenen aan de zorgvrager. Dat je als hulpverlener eigenlijk de zorg biedt die jou cliënt nodig heeft. En dat je de cliënt breed ziet en dat je dus ook kijkt naar sociaal-emotionele aspecten.” (Participant F)

4.3.4 Cultuursensitiviteit

Op welke manier bent u cultuursensitief tegenover cliënten met een andere culturele achtergrond?

Meer dan de helft van de participanten (n=5) geeft aan dat ze rekening houden met de persoonlijke factoren of de persoonlijke omstandigheden van de cliënt. Denk hierbij aan een groot gezin, belemmeringen bij oefenen in thuissituatie en cultureel bepaalde gedragskenmerken van de communicatie. Meer dan de helft van de participanten (n=5) geven ook aan dat ze rekening houden met de normen en waarden van de cliënt en dat ze hun taalniveau aanpassen aan dat van de cliënt. Wanneer er door de onderzoekers wordt gevraagd om hierbij specifieke voorbeelden te geven, wordt onder andere het gebruik van makkelijke woorden, kortere zinnen en het gebruik van woorden die gepast zijn bij de betreffende cultuur genoemd. Sommige participanten vinden ook dat zij cultuursensitief handelen door het tonen van interesse in de desbetreffende cultuur (n=3). Deze interesse kenmerkt zich vooral bij het behandelen van cultuurgebonden thema's. Enkele participanten geven ook aan dat ze geen cultuur zien (n=3).

“Dat ik mij aanpas aan mijn cliënten. Als ouders keer op keer een hand geven bij het binnenkomen en weggaan, dan doe ik dat ook. Ook het aanvoelen waar ieder individu behoefte aan heeft.” (Participant D)

“Dat je je inleeft in de ander. Dat je respect hebt voor de cultuur en normen en waarden. En respect hebben en je toch inleven in de ander. Ik probeer dan ook vooral interesse te tonen in hun cultuur.” (Participant E)

4.3.5 Slotvraag

Welke adviezen zou u geven aan net afgestudeerde logopedisten betreffende het implementeren van cultuursensitiviteit in de praktijk?

Bijna de helft van de participanten (n=3) geeft aan dat het verdiepen in de cultuur en het tonen van interesse richting andere culturen belangrijk is bij de behandeling van cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond. Ten tweede worden ook het rekening houden met cultuur, aansluiten en meegaan in de cultuur (n=5) door participanten beschreven als adviezen voor afstuderende logopedisten. Het tonen van respect en het hebben van begrip voor cultuur wordt ook door verschillende participanten benoemd (n=2). Ten slotte geeft een deel van de participanten (n=3) aan om open-minded de behandelingen in te stappen; één participant is van mening dat open-minden denken en handelen een basishouding is. De andere participanten (n=2) zeggen dat je wel rekening mag houden met de persoonlijke factoren, maar het belangrijk is om alles op je af te laten komen en niet zo zeer te kijken naar de verschillen tussen personen.

“Probeer te doorgronden hoe mensen in het leven staan. Hoe zij staan ten opzichte van therapeut. Hoe therapietrouw dat ze zijn. En laat verder cultuur een onderdeel van de persoonlijke factoren zijn en hef het niet tot een ongelooflijk problematisch iets. Cultuur dien je in gedachte te houden en dan probeer je aan te sluiten op datgene dat cultureel bij deze persoon hoort.” (Participant A)

5. Discussie en conclusie

5.1 Discussie

Het doel van deze studie was het in kaart brengen het denken, het handelen, de beelden en de gevoelens van logopedisten die werken in de eerstelijns praktijk met migranten die een niet-westerse culturele achtergrond. Na het onderzoek kan er een bijdrage worden geleverd aan het logopedische werkveld. Daarnaast kan er feedback gegeven worden aan logopedisten, rondom hun proces van bewustwording over hun eigen attitude.

Binnen deze bachelorthesis werd de volgende onderzoeksvraag opgesteld en onderzocht: “Hoe zien de kenmerken van een cultuursensitieve attitude bij eerstelijns logopedisten eruit?”. Er is tot op heden nog geen literatuur bekend over deze onderzoeksvraag.

In dit hoofdstuk zal met een kritische blik gekeken worden naar het onderzoek. De interviews van de topics worden stuk voor stuk beschreven. De onderzoeksresultaten, horende bij deze topics, zullen vergeleken worden met de reeds bekende literatuur. Na het beschrijven en toelichten van de methodologische kwaliteiten en beperkingen worden implicaties weergegeven voor in de praktijk. Tot slot zullen er aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig onderzoek.

5.1.1 Culturele diversiteit

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat alle participanten, met een westerse culturele achtergrond, ervaring hebben met het werken met niet-westerse culturele cliënten. Het is niet vreemd dat alle participanten ervaring hebben met cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond, gezien het CBS in 2016 rapporteert dat per 1 januari 2016 12,3% van de inwoners van Nederland een niet-westerse achtergrond hadden. Het meest recente onderzoek van het CBS toont nieuwe statistieken met betrekking tot de migrantengroei in de Nederlandse maatschappij: er is wederom een stijging in het aantal inwoners in Nederland, waarbij de grootste aanleiding de buitenlandse migratie is (CBS, 2017). Een mogelijk aanname is dat de stijging van niet-westerse migranten ook een stijging van niet-westerse cliënten in de eerstelijns logopedische praktijk met zich meebrengt. Hierdoor is het verklaarbaar dat alle

participanten ervaring hebben met niet-westerse cliënten in een therapeutische setting.

Bij de vraag waar de participanten aan denken als ze de term culturele diversiteit horen beantwoordt de helft van de participanten dat ze denken aan de verschillende culturen en/of mensen met een ander geloof en aan mensen die opgegroeid zijn in een andere cultuur en/of uit andere landen komen. Deze antwoorden zijn in overeenstemming met de literatuur van Geldof (2016), die stelt dat ‘superdiversiteit’ een kader is om inzicht te krijgen in de demografische en maatschappelijke transitie en dit geïmplementeerd moet worden naar het beleid en werkveld.

Volgens Lindenberg et al. (2017) gaat de culturele diversiteit hand in hand met de migratie en is het een groeiende verscheidenheid en complexiteit in de achtergronden van migranten op etnisch, taalkundig, juridisch, cultureel, religieus en economisch vlak: er komen steeds meer nationaliteiten, meer talen, meertaligheid en religieuze aspecten. Dit wordt bevestigd door bijna alle participanten; zeven van de acht participanten geven aan dat ze deze culturele diversiteit merken in de praktijk en hier actief rekening mee houden tijdens het geven van behandelingen.

Ten slotte kwam bij de vraag of er bepaalde dilemma’s voorkomen tijdens de behandeling waar culturele diversiteit een rol speelt bij de meerderheid naar voren dat er sprake is van een taalbarrière. Volgens Saxion/Hogeschool Utrecht (2013) wordt gesteld dat de oorzaken van communicatieproblemen taalbarrières en culturele verschillen betreffen. Ook de participanten gaven aan dat de therapie hierdoor dermate bemoeilijkt wordt dat sommige doelstellingen niet of vertraagd behaald worden. Een gestelde hypothese die kan worden gesteld is; dat dit invloed heeft bij het begrijpen van verbale informatie: afspraken werden vaker niet nagekomen of (ouders van) cliënten meldden zich niet op tijd af.

5.1.2 Communicatie

Er is geen literatuur beschikbaar die betrekking heeft tot de communicatie met cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond op logopedisch vlak. Vier van de acht participanten hebben benoemd dat zij een dergelijke taalbarrière ervaren bij hun niet-westerse culturele cliënten. Logopedie is niet de enige discipline in de (para-)medische zorg die deze ervaring hebben: in het document Communicatie met allochtone cliënten (Saxion/Hogeschool Utrecht, 2013), wat fungeert als een

handleiding voor zorgverleners in de thuiszorg, wordt beschreven dat er in de thuiszorg sprake is van taalbarrières/-verschillen en culturele verschillen bij allochtone cliënten.

Dat logopedisten een taalbarrière ervaren is te verklaren vanuit het communicatiemodel van Oomkes (2001): zelfs zonder een taalbarrière wordt er maar een klein gedeelte van de oorspronkelijke boodschap van de zender begrepen door de ontvanger. Veel factoren beïnvloeden namelijk het communiceren van mensen: er kan sprake zijn van een fysieke ruis, psychologische ruis en een semantische ruis (Oomkes, 2001). Het ervaren van een taalbarrière kan gecategoriseerd worden onder een semantische ruis: het ontstaan van ruis in het communiceren bij mensen die niet dezelfde taal spreken, in het geval van de niet-westerse culturele cliënten veroorzaakt door het verschil in opgroeien met één of meer verschillende talen. Dit veroorzaakt een taalbarrière, wat de communicatie bemoeilijkt.

Er werden ook gevolgen benoemd van het hebben van een taalbarrière: participanten vinden dat het moeilijker is om afspraken te maken met niet-westerse culturele cliënten (n=4) en zijn van mening dat ze veel gerichter moeten communiceren (n=3). Andere participanten vertellen ook dat ze geen verschil ervaren in de communicatie tussen westers culturele cliënten en niet-westerse culturele cliënten (n=3). Eén van de participanten geeft aan dat zij vindt dat ze gerichter moet communiceren. Echter geeft deze participant in een eerder stadium van het interview aan dat ze geen verschil in de communicatie ziet met westerse culturele cliënten en niet-westerse culturele cliënten. Uit het transcript van deze participant resulteren een contradictie.

Een strategie die benoemd wordt om de taalbarrière van niet-westerse culturele cliënten te compenseren is om de communicatie via verschillende kanalen te laten verlopen zoals e-mail, een telefoongesprek en WhatsApp© (n=3). Dit is een logisch gevolg: het gebruik van technologie speelt steeds meer een rol in de gezondheidszorg en dus ook in de behandeling van de logopedist.

Lely & van den Heuvel verklaren in 2002 dat migranten door de culturele diversiteit verbondenheid voelen met een andere cultuur en dit voor moeilijkheden zorgt voor het begrijpen van non-verbale uitingen van emoties. De wijze hoe Lely & van den Heuvel deze zin geformuleerd hebben, is in contradictie met de resultaten van ons onderzoek: slechts twee participanten geven specifiek aan dat zij moeilijkheden ervaren in de non-verbale communicatie en zij hier ook rekening mee moeten houden

bij cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond. Het is een feit dat iedere migrant, net als iedere Nederlander, een persoonlijke identiteit heeft. Hierdoor is het verklaarbaar dat de meerderheid van de logopedisten op non-verbaal gebied geen problemen in de communicatie ervaart met niet-westerse culturele cliënten.

5.1.3 Therapeutische relatie

De participanten hebben geen eenzijdig antwoord gegeven op de vraag wat een therapeutische relatie voor hen betekent. Er zijn participanten (n=3) die aangeven dat zij de basishouding van de rol van hulpverlener hanteren zien als een therapeutische relatie. Andere participanten (n=3) antwoorden dat zodra een cliënt zich op zijn/haar gemak bij je voelt als hulpverlener of graag naar je behandeling toekomt je een (goede) therapeutische relatie hebt. Enkele algemene begrippen zoals een band hebben met elkaar (n=2), vertrouwen (n=2) en respect (n=1) behoren ook tot de antwoorden. Enkele participanten koppelen specifieke, logopedisch gerichte handelingen, namelijk het diagnosticeren van logopedische problematieken (n=1), het aanbieden van adequate oefeningen (n=2) en het opstellen/behalen van doelen (n=2) als het hebben van een therapeutische relatie.

Dat er veelzijdigheid is in de gegeven antwoorden van de participanten en er geen eenduidigheid is, is te verklaren vanuit de literatuur: het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017) verklaart namelijk dat de rol van de logopedist binnen een therapeutische relatie erg uitgebreid is.

Enkele belangrijke begrippen werden niet genoemd. Zo beschrijft Rogers (1973) dat een therapeutische relatie zo optimaal mogelijk is wanneer een therapeut een attitude heeft die vriendelijk, respectvol, empathisch en echt. Het begrip respect werd door één participant benoemd.

Bij de vraag of de participanten de therapeutische relatie als anders ervaren bij cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond in vergelijking met cliënten met een westerse culturele achtergrond blijkt dat de helft van de participanten (n = 4) dit niet anders vindt. Eén participant laat hierbij tegenstrijdigheden zien: deze participant vindt de therapeutische relatie niet anders, maar vindt het verschil qua motivatie groter tussen deze twee cliëntengroepen. Tevens vindt deze participant dat er sprake is taalbarrière en/of ervaart de communicatie dusdanig op een andere manier. Het feit

dat deze participant initiaal antwoordde dat er geen verschil werd ervaren in de therapeutische ervaring, valt in twijfel te trekken.

5.1.4 Cultuursensitiviteit

Zes van de acht participanten vermeldde dat ze het zeer belangrijk vinden om rekening te houden met persoonlijke factoren en/of persoonlijke omstandigheden en dit dus ook doen tijdens de behandeling. Dit is in overeenstemming met de literatuur: Expertisewerk cultuurgevoelige jeugdhulp (2014) beschrijft dat cultuurgevoeligheid voornamelijk gaat over de houding, kennis en methodes die de hulpverlener bezit en hanteert, zodat de hulpverlening toegankelijk en kwalitatief zou zijn voor etnisch culturele minderheden.

Het vereist vaardigheden van de startbekwame logopedisten bij het afstemmen op de individuele, dynamische en sociale context om adequaat cultuursensitief te kunnen handelen (Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland, 2017). De meerderheid van de participanten (n = 5) beschrijven dat ze het daadwerkelijk handelen naar deze persoonlijke factoren en/of persoonlijke omstandigheden, namelijk het vermogen tot aanpassen binnen de therapie en therapeutische relatie. Hierbij benoemt één van de participant expliciet dat ze veel waarde hecht aan normen en waarden. Dit komt overeen met de literatuur van Toon Gailly, die in 2008 beschrijft dat cultuursensitieve zorg en/of hulpverlening geen specialisatie maar een basishouding is.

Het vaststellen van de grens tussen het wel of niet cultuursensitief handelen is gecompliceerd, doordat alle participanten verschillende denkbeelden hebben over wat cultuursensitiviteit inhoudt en wanneer je een cultuursensitieve houding aanneemt. Om deze reden is het stellen van een hypothese een complex proces.

5.2 Methodologische kwaliteit

Binnen de onderstaande subparagrafen worden de sterktes en zwaktes van het onderzoek beschreven.

5.2.1 Onderzoeksgroep

De participanten uit de onderzoeksgroep zijn allemaal benaderd via zakelijke contacten of telefonisch contact. Er was een open en vertrouwelijke band aanwezig bij elk van de interviews. De interviews vonden plaats op een voor de participant bekende locatie. Alle participanten hadden hierdoor een zelfde veilige, bekende situatie om het interview te starten. Daarnaast waren ook de benaderingswijze en vraagstelling bij alle participanten gelijk, omdat alle interviews afgenomen werden door een enkele onderzoeker. Deze onderzoeker is voor het afnemen van de interviews voorzien van feedback op oefeninterviews. De andere onderzoeker hield de tijd bij, en maakte waar nodig aantekeningen.

5.2.2 Onderzoeksdesign

Het analyseren van de interviews heeft met beide onderzoekers samen plaatsgevonden, waardoor de interpretatie van alle interviews gelijk was. Na het analyseren van de interviews is gekeken naar het saturatieniveau. Hoe snel deze wordt bereikt hangt af van de complexiteit van de data en de ervaring van de onderzoekers die de data analyseerden (Guest, Bunce & Johnson, 2006). Het saturatieniveau is in dit onderzoek niet behaald, gezien er naar schatting nog twee onderzoeken nodig waren om genoeg eenduidige antwoorden te krijgen op enkele interviewtopics. De resultaten van het onderzoek zouden hier minimaal door worden beïnvloed.

5.2.3 Meetinstrumenten

Bij het afnemen van de interviews is het mogelijk dat de geïnterviewde participant beïnvloed wordt door de interviewer. Door onder andere verschillende intonatie, lichaamshouding en gebruik van non-verbale communicatie kan de participant beïnvloed worden. De kwaliteit van de gespreksleider mocht geen invloed uitoefenen op de resultaten van het onderzoek. Na een oefeninterview is daarom ook de keuze gemaakt om een vaste gespreksleider aan te stellen die alle interviews zou gaan uitvoeren. Tijdens de proefinterviews werden onder andere oefenopnames gemaakt

om te kijken of de opname apparatuur werkte en de kwaliteit van de opnames goed genoeg was. Van deze opnames zijn oefentranscripties gemaakt die niet zijn verwerkt in de resultaten van dit onderzoek. Ten slotte werden de oefeninterviews gebruikt voor feedback en het testen van de relevantie van de vragen. Op deze manier werd de vragenlijst gericht en duidelijker geformuleerd. Het verkrijgen van onderzoeksdata heeft alleen door middel van mondelinge interviews plaats gevonden.

5.2.4 Ontwikkeling van nieuwe informatie

Er zijn in de periode van het schrijven van de bachelorthesis enkel nieuwe cijfers vrijgekomen van het CBS over migratieaantallen in 2017. Naast deze cijfers zijn er geen nieuwe ontwikkelingen, zowel literair als in de praktijk, betreffende cultuursensitiviteit en de gedragskenmerken van cultuursensitiviteit in de logopedie bekend gemaakt. Gezien het feit dat er geen nieuwe literatuur is ontwikkeld gedurende de vorming, uitvoering en uitwerking van ons onderzoek, is het onderzoek maatschappelijk, paramedisch en logopedisch relevant.

5.3 Implicaties

Uit het onderzoek blijkt dat er bij eerstelijns logopedisten geen eenduidigheid is over de attitude die aangenomen zou moeten worden om cultuursensitief te handelen. In de literatuur wordt niet beschreven welke attitude gewenst is en dus het beste resultaat op zou leveren. Om preventief te handelen zou tijdens de opleiding tot logopedist aandacht besteedt kunnen worden aan de gedragskenmerken die een logopedist toont ten opzichte van migranten met een niet-westerse culturele achtergrond. Ook zouden hier opdrachten aan gekoppeld kunnen worden tijdens stages of andere buitenschoolse activiteiten.

Naast het preventief handelen tijdens de opleiding kunnen ook de NVLF of het SRO-L maatregelen nemen om de onduidelijkheid over dit onderwerp te reduceren. Zij zouden een concrete beschrijving kunnen geven over wat de ‘cultuursensitieve’ houding in het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland (2017) precies betekend.

5.4 Aanbevelingen

Het is nog onbekend in hoeverre de resultaten van deze studie te veralgemeniseren zijn voor logopedisten door heel Nederland. Dit is te wijten aan de geringe onderzoekspopulatie uit een zeer specifiek woongebied.

Generalisatie

Voor generalisatie in het werkveld van de eerstelijns logopedist dient er een grotere onderzoekspopulatie te worden onderzocht. Deze onderzoekspopulatie kan mogelijk uit een breder woongebied genomen worden, waarbij gedacht kan worden aan andere provincies dan Limburg en eventueel participanten uit België. Door contact te leggen met praktijken in deze gebieden kan een bredere onderzoekspopulatie ontstaan.

De cliënten van de eerstelijns logopedisten dienen een grotere verscheidenheid te hebben in leeftijd, geslacht en diagnose.

Vervolgonderzoek

Er zijn verschillende vervolgonderzoeken die plaats kunnen vinden in de toekomst. Relevante vervolgonderzoeken zijn:

Verskillende logopedische settingen

Het opstellen, uitvoeren en analyseren van een vervolgonderzoek naar de cultuursensitiviteit van logopedisten binnen de verschillende logopedische settingen. Hierbij kan worden gedacht aan audiologische centra, het GGD, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, (neurologische) revalidatiecentra, speciaal (basis)onderwijs, verpleeghuizen en ziekenhuizen.

Verskillende (para-)medische settingen

Het opstellen, uitvoeren en analyseren van een vervolgonderzoek naar cultuursensitiviteit binnen de (para-)medische gezondheidszorg. Hierbij kan gedacht worden aan onder anderen fysiotherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen.

Cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond in combinatie met comorbiditeiten.

Het opstellen, uitvoeren en analyseren van een volgonderzoek bij cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond in combinatie met comorbiditeiten. Hierbij kan men denken aan cliënten geclassificeerd binnen het autisme spectrum stoornis of hechtingsstoornissen.

Ervaringen van niet-westerse culturele cliënten

Het opstellen, uitvoeren en analyseren van een volgonderzoek over het ervaren van cultuursensitiviteit tijdens de therapie door cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond. Hierbij kan een interview worden gehouden met de cliënt zelf, waarbij ook eventueel (bijna) dezelfde onderzoeksvragen gesteld worden.

Westerse migranten of arbeidsmigranten

Het opstellen, uitvoeren en analyseren van een volgonderzoek naar westerse migranten of arbeidsmigranten. Deze onderzoeksgroepen laten mogelijk een ander beeld zien, waardoor de attitude van de logopedist ten aanzien van culturele diversiteit en cultuursensitiviteit veranderd.

Meer provincies

Het opstellen, uitvoeren en analyseren van een volgonderzoek dat plaatsvindt in een groter gebied dan de Nederlandse provincie Limburg. Naast het feit dat er in de Randstad meer niet-westerse culturele migranten wonen (CBS, 2016), wat mogelijk resulteert tot een hoger percentage van niet-westerse culturele cliënten in een logopedische setting.

Mannelijke logopedisten

Het opstellen, uitvoeren en analyseren van een volgonderzoek waarbij ook interviews worden gehouden met mannelijke logopedisten. Het verschil in geslacht kan mogelijk invloed hebben op de houding van cliënten met een andere culturele achtergrond.

Logopedisten met een niet-westerse culturele achtergrond

Het opstellen, uitvoeren en analyseren van een volgonderzoek met logopedisten van een niet-westerse culturele achtergrond in vergelijking met cliënten met een (niet)

westerse culturele achtergrond. Met dit vervolgonderzoek kan de attitude van logopedisten met een westerse culturele achtergrond vergeleken worden met de attitude van logopedisten met een niet-westerse culturele achtergrond. Hierbij kunnen ook eventueel (bijna) dezelfde onderzoeksvragen gesteld worden.

5.5 Conclusie

Deze studie ging uit van de volgende onderzoeksvraag: “Hoe zien de kenmerken van een cultuursensitieve attitude bij eerstelijns logopedisten eruit?”. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews welke werden gehouden met logopedisten in eerstelijns logopediepraktijken, gevestigd in Limburg (NL). De onderzoekspopulatie was niet representatief voor de populatie vanwege de leeftijdscategorieën en de jaren werkervaring. Echter waren het geslacht en de culturele achtergrond wel representatief. De invloed van deze persoonlijke kenmerken op de cultuursensitieve attitude zijn niet bekend.

Concluderend kan gesteld worden, vanuit de gegevens van het interviewtopic ‘Culturele diversiteit’, dat enkele participanten een grote overeenstemming hebben met de beschikbare literatuur. De helft van de participanten (n=4) kunnen de kenmerken benoemen die horen bij de term culturele diversiteit en cultuursensitiviteit, de andere helft laat dit in mindere mate zien waardoor weinig tot geen overeenstemming blijkt te zijn met de literatuur. Een andere conclusie die getrokken kan worden is dat het merendeel van de participanten de intentie heeft om rekening te houden met de persoonlijke factoren en/of persoonlijke omstandigheden van de cliënt hier ook daadwerkelijk naar handelt. Op communicatief vlak lopen de meningen sterk uiteen. De helft van de participanten ervaart een taalbarrière die de communicatie bemoeilijkt. Echter geven andere participanten aan dat zij dit niet ervaren. De gevolgen van een dergelijke taalbarrière zijn hierdoor ook zeer uiteenlopend.

De therapeutische relatie wordt door de participanten heel divers beschreven. De conclusie uit dit onderzoek betreffende de therapeutische relatie is dan ook dat er geen eenduidigheid is over de therapeutische relatie. Door het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland wordt een zeer brede definitie gegeven over de therapeutische relatie in de logopedische setting waardoor er misschien

onduidelijkheid heerst onder logopedisten. Specifiek onderzoek naar de therapeutische relatie zou een uitkomst kunnen bieden.

Een saturatieniveau is niet bereikt tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Dit is te verklaren doordat de meningen van de participanten zeer uiteenlopend waren. Bij het doorvragen liepen de meningen alsmaar verder uit elkaar. Tevens was er ook bij enkele participanten sprake van een contradictie, waarbij antwoorden van de betreffende participant elkaar tegenspraken. Voor de eerstelijnspraktijken betekent dit dat er veel verschillen zijn die eerst nader onderzocht dienen te worden voordat er daadwerkelijke handvaten aangeboden kunnen worden. Door de groei van niet-westerse migranten in de Nederlandse samenleving en het gebrek aan literatuur is het van belang dat deze verschillende vervolgonderzoeken plaats zullen vinden.

Take home message:

Open-minded denken, respect en interesse tonen; dat is een logopedist als professional en communicator die een cultuursensitieve attitude aanneemt.

LITERATUUR

Aarts, M. N. C., & Simiyu, R. (2010). *Over communicatie tussen Nederlanders en vluchtelingen en de behoefte aan erkenning en erbij horen.*

Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., & Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 19(1), 45-50.

Ang, W., & Verpooten, L. (2016). Cultuursensitieve zorg: hoe doe je dat? *Huisarts Nu*, 45(3), 135-137.

Aussems, C. , & Mak, J. (2016). *Beter beeld op taal*. Kennisplatform Integratie & Samenleving.

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek.*

Berger, M., & Sarnyai, Z. (2015). 'More than skin deep': Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress*, 18(1), 1-10. doi:10.3109/10253890.2014.989204

Blécourt, B. de, Beenen, F., Gomes-Spanjaard, C, Hommes, H., Verhage-Stins, L., & Verhage, F. (1981). Het samenwerkingsverband ('working-alliance') van patiënt en analyticus. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 7, 307-317.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Bolt, L.L.E., Delden, J.J.M., & Verweij, M.F. (2010). *Ethiek in praktijk*. Assen: Van Gorcum

Bosson, R., Williams, M., Frazier, V., Lippman, S., Carrico, R., Kanter, J., Pena, A., Mier-Chairez, J., & Ramirez, J. (2017, maart). Addressing Refugee Mental Health Needs: From Concept to Implementation. Geraadpleegd van <https://www.researchgate.net/publication/314350669>

Brady, B., Veljanova, I., & Chipchase, L. (2016). Culturally informed practice and physiotherapy. *Journal of physiotherapy*, 62(3), 121-123.

Bruijnzeels, M. A. (1999). Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk Een procesevaluatie. *HUISARTS EN WETENSCHAP-NEDERLANDS*-, 42, 307-310.

Carp, E.A.D.E. (1973). *Het werkelijke gesprek*. Leuven: Acco.

CBS. (2016). Bevolking naar migratieachtergrond [Illustratie]. Geraadpleegd op 5 mei 2017, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/47/bevolking-naar-migratieachtergrond>

CBS. (2017, 31 oktober). Bevolking groeit wederom vooral door migratie. Geraadpleegd op 12 mei 2018, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/44/bevolking-groeit-wederom-vooral-door-migratie>

Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Persoonlijke zorgnormen: bereidheid te geven én te ontvangen. Toekomstverkenning informele zorg. *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau*, 122-142.

Dingemanse, K. (2015, 29 september). Validiteit in interviews. Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-in-interviews/>

Edwards, A. (2016, June 20). Global forced displacement hits record highs. United Nations High Commissioner for Refugees. Geraadpleegd van <http://www.unhcr.org/en-us/news/latest/2016/6/5763b65a4/global-forced-displacement-hits-recordhigh.html>

Emmen, M. (2016). *Werkt het verbeteren van werknemerscompetenties tegen jeugdwerkloosheid?* Kennisplatform Integratie & Samenleving

Ensie. (2017, 21 februari). Communicatie. Geraadpleegd van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/communicatie>

Eppink, A. (1986). *Cultuurverschillen en communicatie: problemen bij hulpverlening aan migranten in Nederland*. Samsom.

Van Es, D. (2000). *De migrant als patiënt: een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Amsterdam, Nederland: Reed Business.

Expertisenetwerk cultuurgevoelige jeugdhulp. (2014). *Wat is het verschil tussen cultuurgevoeligheid en interculturaliseren?* Geraadpleegd van <http://www.cultuurgevoeligejeugdhulp.be/nl/home.html>

Fakiri, F. E., Sixma, H. J., & Weide, M. G. (2000). Kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument.

Frieswyk, S.H., Colson, D.B., & Allen, J.G. (1984). Conceptualizing the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Psychotherapy*, 21, 460-464.

Ganzeboom, H. (2009, 12 januari). Inleiding Colloquium Afdeling M&T. Geraadpleegd van [http://www.harryganzeboom.nl/pdf/2009-ganzeboom-mtswo-kwalitatief-\(presentatie\).pdf](http://www.harryganzeboom.nl/pdf/2009-ganzeboom-mtswo-kwalitatief-(presentatie).pdf)

Gezondheidscentrum Lage Veld, (2010). Meertaligheid bij volwassenen. Geraadpleegd op 03-04-2017 van <http://www.logopediewateringseveld.nl/onzepraktijk.htm>

Godwin-Jones, R. (2011). Mobile apps for language learning.

Gemeente Utrecht, MEX-IT. (2016). *Checklist communicatie en participatie allochtonen*. Geraadpleegd op 11-10-2017 van <http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/checklist-communicatie-en-participatie-allochtonen/>

Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An experiment with Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. Doi:10.1177/1525822X05279903

Herold, M. (2010). *Grounded Theory*. Geraadpleegd op 15-1-2018 van <http://www.managementissues.com/index.php/organisatietools/83-organisatietools/653-grounded-theory>

Hoffman, E. M. (1999). *Het Topoi-Model, pluralistische systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie*.

Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E., Woldehaimanot, T., & Jessurun, N. (2010). Maatschappelijke aspecten van de transculturele systeemtherapie. In *Transculturele vaardigheden voor therapeuten* (p. 45-73).

Holtzem, M., Tempels, D. (2017). Normen en waarden van een logopediste als therapeut. *Zuyd Hogeschool*

Hoogsteder, M., & Dias, E. B. (2016). Tests en testgebruik in een interculturele context: een verkennend overzicht. In *Cultuur en psychodiagnostiek* (p. 47-80). Bohn Stafleu van Loghum.

Horvath, A.O. (2002). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 163-173. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<163::AID-JCLP3>3.o.CO;2-D.

Humanistisch Verbond. (2010). *Onuitzetbaar*.

Julien, M. (2012). Meertalige kinderen met een logopedisch probleem: Hoe ga je met ze om?. *Signaal*, 79, 12-25.

Kuiper, H. (2017). *Methodisch handelen in de logopedie*. Uitgeverij Van Gorcum.

Lagrou, L. (2005). Functie van de ergotherapeut in de residentiële ouderenzorg: deeltaak: preventie van afhankelijkheidspatronen ten gevolge van institutionalisering.

Lan, T., Aryal, S., Ahmed, B., Ballard, K., & Gutierrez-Osuna, R. (2014, October). Flappy voice: an interactive game for childhood apraxia of speech therapy. In *Proceedings of the first ACM SIGCHI annual symposium on Computer-human interaction in play* (pp. 429-430). ACM.

Van Lanen, M. M. (2010). Inductief én deductief analyseren bij kwalitatief onderzoek: het geheel is meer dan de delen. *Kwalon*, (43).

Van Leeuwen, B. (2003). *Erkenning, identiteit en verschil: Multiculturalisme en leven met culturele diversiteit*. Acco.

Lely, J. C. G., & Heuvel-Wellens, D. J. F. van den. (2002). Psychosociale zorg voor vluchtelingen en asielzoekers. Assen, Nederland: Koninklijke van Gorcum.

Lindenberg, C., Berns, P., & Günther, T. (2017). *Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland*. Werkveld adviescommissies opleidingen Logopedie.

Logopedie Samen Passend (2014). Eerstelijns logopedie. Geraadpleegd van <http://www.logopediesamenpassend.nl/node/23>.

Van Loveren, C., & Aartman, I. H. A. (2007). De PICO-vraag. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, 114, 172-178.

Van de Maat, J. W. (2016). *Overbruggen van vooroordelen door kennismaking*. Utrecht. Kennisplatform Integratie & Samenleving.

Mental Health. (2011). Refugee Health Technical Assistance Center. Geraadpleegd via <http://www.refugeehealthta.org/physical-mental-health/mental-health/>

Ministry of Security and Justice. (2016). Asylum Trends June 2016. *IND Business Information Centre (BIC)*.

Okitikpi, T., & Aymer, C. (2000). 'The price of safety: Refugee children and the challenge for social work.' *Social Work in Europe* 7, 1, 51–58.

Oomkes, F. R. (2001). *Communicatieleer* (83 ed.). Amsterdam, Nederland: Boom Uitgevers.

Paes, A. H. P. (2002). Communicatie is meer dan taal. *Pharmaceutisch Weekblad*, 137(5), 177-180.

Pinto, D. (1990). Interculturele communicatie: drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen en managen van cultuurverschillen. Bohn Stafleu Van Loghum.

Saxion, Hogeschool Utrecht. (2013). *Communicatie met allochtone cliënten*.

Snyder, C. E. (2014). *Increasing Children's Interest in Augmentative and Alternative Communication Apps for iPad* (Doctoral dissertation, Ohio University).

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2010). *Hulpvraag migranten lager door schaamte*. Trouw artikel 3327979.

Sociology Guide. (2017). *Social norms*. Geraadpleegd van <http://www.sociologyguide.com/basic-concepts/Social-Norms.php>

Solomon, C., & Schell, M. (2017, 20 september). Cultural Differences In Action [Illustratie]. Geraadpleegd op 12 april 2018, van <http://www.rw-3.com/blog/cultural-differences-in-action>

Takens, R. J. (2001). Een vreemde nabij: Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht.

Taouanza, I., & Keuzenkamp, S. (2016). *Werkt praktijkervaring tegen werkloosheid?* Kennisplatform Integratie & Samenleving.

Trends, U. G. (2016). Forced Displacement in 2015. *World at War*. Geneva: UNHCR.

Trouw. (2016, 24 februari). Bijna een kwart van de vluchtelingen in Nederland heeft psychische problemen. Geraadpleegd van <https://www.trouw.nl/home/bijna-een-kwart-van-de-vluchtelingen-in-nederland-heeft-psychische-problemen~a7b387e6/>

Tubbing, L. (2016). *Hoe interviews te coderen*. Geraadpleegd op 12-10-2017 van: <https://deafstudeerconsultant.nl/hoe-interviews-te-coderen/>

UNC. (2018). *Forming Focused Questions with PICO: About PICO*. Health Sciences Library.

UNHCR. (2017). *Wie we zijn*. Geraadpleegd van <http://www.unhcr.org/nl/wie-we-zijn/>

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2013). 'Cultuursensitief werken is creatief omgaan met de situatie'. Geraadpleegd op 14-10-2017 van: <http://www.vgn.nl/markant/artikel/17233>

Verhoeven, L., & Vermeer, A. (2006). Verantwoording Taaltoets Alle Kinderen (TAK). Arnhem: Centraal Instituut voor Toetsontwikkeling.

VluchtelingenWerk Nederland. (2016, 25 augustus). Figuur A.3: Eerste asielaanvragen in Nederland (2007 t/m 2015) [Illustratie]. Geraadpleegd van <https://www.vluchtelingenwerk.nl/sites/public/u895/Vluchtelingengetallen2016.pdf>

VluchtelingenWerk. (2016). Vluchtelingen in getallen. Geraadpleegd van <https://www.vluchtelingenwerk.nl/>

Wedemeijer, Jakob., & ALS, Mjwiw. (2010). De nieuwe asielprocedure.

Weide, M. G., & Foets, M. (1998). Migranten in de huisartspraktijk: andere klachten en diagnoses dan Nederlanders.

Weide, M. G., & Foets, M. (1997). Migranten en de huisarts: bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht.

Van Wieringen, J. C., Harmsen, J. A., & Bruijnzeels, M. A. (2002). Intercultural communication in general practice. *The European journal of public health*, 12(1), 63-68.

World Health Summit. (2016). Refugee Mental Health: Welcoming refugees and organizing their integration into European Union society. Geraadpleegd van <https://www.researchgate.net/publication/313627157>

Yamazaki, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35, 202–209.

Zandi, T., & Havenaar, J.M. (2008). The need for culture sensitive diagnostic procedures. A study among psychotic patients in Morocco. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (3), 244-250.

Zee, F. van der. (2015). Ecologische validiteit of externe validiteit. Geraadpleegd van <http://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/ecologische-validiteit/>

De Zeeuw, H. (2016). *Duizenden kinderen opgesloten in oorlogsgebieden*. NRC.

Zielhuis, G., Heydendael, P. H. J. M., Maltha, J. C., & van Riel, P. L. (2016). *Handleiding medisch-wetenschappelijk onderzoek*. Bohn Stafleu van Loghum.

Zipoli Jr, R. P. (2005). Evidence-based practice among speech-language pathologists: Attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology* 14 (3): 208.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Topiclijst

Topic	Vragen
Algemeen	1. Wat is uw leeftijd? 2. Wat is uw geslacht? 3. Hoeveel jaren werkervaring heeft u? 4. Wat is uw culturele achtergrond? Westers of Niet-Westers?
Culturele diversiteit	5. Wat is tot nu toe uw ervaring met verschillende culturele achtergronden in de praktijk? 6. Waar denkt u aan bij de term culturele diversiteit? 7. Zijn er bepaalde dilemma's tijdens de therapie waarbij culturele diversiteit een rol spelen? 8. Houdt u rekening met de culturele achtergrond van de cliënt bij het voorbereiden en uitvoeren van de logopedische behandeling? 8a. Als u rekening houdt met de culturele achtergrond bij de behandeling, werkt u dan vanuit uw ervaring of werkt u evidence-based?
Communicatie	9. Hoe verloopt de communicatie met cliënten met een niet-westerse culturele achtergrond? 9a. Hoe verloopt de non-verbale communicatie?
Therapeutische relatie	10. Is de therapeutische relatie volgens u anders met mensen met een niet-westerse achtergrond van bij mensen met een westerse achtergrond? 11. Wat betekent een therapeutische relatie voor u?
Cultuursensitiviteit	12. Op welke manier bent u cultuursensitief tegenover cliënten met een andere culturele achtergrond? 12b. Wat betekent cultuursensitiviteit voor u?
Slotvraag	13. Welke adviezen zou u geven aan net afgestudeerde logopedisten betreffende het implementeren van cultuursensitiviteit in de praktijk?

Bijlage 2: Beknopte uitwerking interviews per topic

Culturele diversiteit	
Vraag 5	A. Culturele verschillen dat komt heel duidelijk bij mij naar voren. Welke positie jij inneemt als therapeut en je bent een vrouw en je hebt een man tegenover je. Die verschillen tussen man en vrouw die zijn opvallend. Wat verder opvallend is, is de houding van niet-westerse mensen ten aanzien van de therapie. Die geven jou het probleem en lijken zelf niet het gevoel te hebben dat ze verantwoordelijk zijn voor hun eigen probleem. Waarbij het dan noodzakelijk is om een tolk, tolk in te schakelen. In onze praktijk zelf werk ik voornamelijk met volwassenen. En ik heb wel een aantal volwassen niet-westerse cliënten. B. Ja, ik heb er ervaring mee. Er komen hier in de praktijk wel mensen die een andere culturele achtergrond hebben. C. In de praktijk heb ik wel verschillende kinderen gezien met een niet-westerse achtergrond. D. Ik vind het heel interessant om er mee te werken. E. Ja mijn ervaring is dat ouders het vaak moeilijk vinden om een kind te helpen met vooral met de Nederlandse taal. F. Ik werk inmiddels een aantal jaren. Ik heb verschillende niet-westerse culturen behandeld. G. Een derde tot de helft van de cliënten hebben een niet-westerse achtergrond. H. Ik heb daar veel ervaring me. Hier in de buurt zit een flinke populatie niet-westerse kinderen en ik heb het idee dat die populatie alleen maar groter wordt.
Vraag 6	A. Ik denk dat wij ons moeten realiseren dat in Nederland een vrouw gewoon een hele belangrijke rol speelt. Maar in andere culturen zijn de vrouwen minder belangrijk. En dat ja dat betekent dat je daar ook in je therapie weleens tegen aan loopt. B. Dat zijn mensen die opgegroeid zijn met een andere cultuur dan de Nederlandse cultuur. C. Ik denk mensen met een ander geloof, die uit andere landen komen. D. Dat er verschil is in bepaalde culturen en dat je dan uiteindelijk ook

	verschil merkt in mensen. E. Culturele diversiteit, dan denk ik aan de verschillende culturen die die bij ons binnenkomen. Er komen Turkse mensen binnen, Marokkaanse mensen, Chinese mensen, mensen uit Indonesië, eigenlijk de immigranten van de verschillende landen en culturen. F. Toch de verschillende opvattingen van mensen. Dat mensen anders tegen wetten en regelgeving kijken. En proberen toch het meeste uit het zorgsysteem te halen. G. Dat ouders misschien thuis er meer moeite mee zullen hebben om het kind te kunnen begeleiden thuis en een correct taalaanbod te kunnen geven. H. Kinderen voornamelijk van verschillende afkomsten waarbij dus ook andere normen en waarden komen kijken dan wij misschien gewend zijn en dat je daar ook mee moet leren omgaan.
Vraag 7	A. ??? B. Nou, dilemma's heb ik niet zo snel, want ik denk dat ik mij vrij goed aanpas aan hun culturen en hun normen en waarden en zij ook aan mij. Het is wel zo dat je vaker met dingen rekening moet houden. C. Nee, tot nu toe valt dat eigenlijk wel mee. Ik merk wel dat ik zelf binnen de behandeling soms wat rekening houd met bepaalde thema's. D. Afspraken worden niet altijd nagekomen. Ik weet niet of dat per se te maken heeft dat ze niet-westers zijn, maar ik merk wel dat niet-westerse cliënten minder vaak aanwezig zijn bij de behandelingen en dat ze hun huiswerkmappjes niet meenemen. Ik vind soms ook bij de verschillende thema's dat ik niet goed weet of het verstandig is om de thema's de behandelen of niet (bijvoorbeeld bij Kerst). E. Ik merk ook wel dat de motivatie wisselend is van de mensen. Dan is het vaak lastig om voor mensen duidelijk te krijgen dat de taal heel erg belangrijk is. Je moet ze meer houvast geven en ook vaak net wat meer pushen om thuis ook echt wat te doen. F. Ja, de taal natuurlijk ook. De afspraken maken. Ja je ziet bij sommige culturen dat ze bijvoorbeeld van rechts naar links lezen in plaats van links naar rechts. G. Je moet afspraken altijd heel duidelijk en visueel maken, omdat het anders wel eens fout kan gaan. Ook dat ouders niet goed met hun kind thuis kunnen oefenen, ze zijn toch wat meer afhankelijker van jou.

	H. Sommige ouders zijn erg streng voor hun kind. Dan denk ik wel “zou dit nou cultureel bepaald zijn, of is dit toeval?”. Hetgeen wat mij ook opvalt is dat mensen gewoon niet komen opdagen of dat het maken van afspraken langs elkaar heen loopt door de taalbarrière, maar ik durf niet te zeggen of dat cultureel bepaald is of dat persoonlijk is.
Vraag 8	A. Dat is. dat neem je mee in je behandelplan en dat is een van de persoonlijke factoren waar je sowieso van uitgaan dus, ja. De dingen die ik je nu vertel die zijn natuurlijk wel beschreven. En ja evidence, ik heb daar wel dingen over gelezen maar ik denk ook dat het veel persoonlijke ervaring is ja. B. Ik zie geen verschil tussen uh iemand met een andere cultuur of met mensen met dezelfde cultuur als ik. We worden wel geacht rekening te houden. Ik kijk wel of bepaalde materialen evidence-based zijn. Mijn mening is dat je heel goed moet aanvoelen wat een cliënt nodig heeft en daar op inspringt. En als het niet werkt, pak je iets anders en dan ga je daarmee verder. C. Nee. D. Ja. Ik sla bepaalde stukken binnen thema's over (zoals de drie Koningen bij het thema Kerst). Ik sta er open voor om thema's te behandelen die niet horen binnen de Nederlandse cultuur (bijv. het Suikerfeest), maar ik doe het momenteel niet. E. Ik probeer bij de migranten dan toch wat eenvoudigere opdrachten mee te geven met een duidelijke instructie dat ze ook zelf thuis kunnen oefenen. En dan zijn het misschien een paar woordjes minder dat ze moeten leren of wat makkelijkere woorden maar ik heb liever dat ze iets makkelijkers goed doen dan iets moeilijks en ze doen er thuis toch niks mee. F. Ja, ik houd bijvoorbeeld al rekening ermee dat ik bijvoorbeeld de mensen plan aan het einde van een dag. Dat stel ze komen niet dat ik er in ieder geval niet geheel voor niks zit. En je houdt er rekening mee qua taal. Dat is natuurlijk wel heel belangrijk. (...) Je past je niveau natuurlijk daar op aan. G. Nee, eigenlijk niet. Iedere intake is voor mij gelijk en dan merk je eigenlijk gauw genoeg hoe het taalniveau is of hoe gemotiveerd iemand is. Wel houd ik rekening met het taalniveau, bijvoorbeeld bij het geven van instructies naar de ouder toe, door visueel te ondersteunen en door structuur te bieden door het proberen te maken van zo veel mogelijk afspraken. Wat ik wel af en toe doe is vragen of ouders een stukje inhoud goed

	vinden, dan vraag ik of ze het goed vinden als ik woorden die horen bij de Kerk behandel. Dat vonden ze eigenlijk allemaal prima, een goed stukje algemene ontwikkeling. H. Ik denk dat ik dat wel in bepaalde mate doe. Als je bezig bent met de woordenschat, probeer je dit zo veel in hun eigen belevingswereld te houden. Ook als ouders aangeven dat ze niet willen dat een bepaalde feestdag wordt behandeld tijdens de therapie dan pas ik mij aan aan hun wensen.
Communicatie	
Vraag 9	A. Op de eerste plaats zeggen zij geen nee. En ze zeggen dat ze het begrepen hebben als ze het niet begrepen hebben. En dat is dan vaak wel vertragend, dat hindert de loop van de behandeling. B. Goed, ik zie daar geen verschil in. C. Eigenlijk goed. Het is niet dat nou het gevoel heb dat ik een ander kind tegenover me heb dan een kind dat uit Nederland. Vaak sprak één van de ouders toch wel Nederlands of Engels. D. Ik vind het soms wel lastig om contact te onderhouden. Het is heel lastig om ouders te spreken te krijgen, daarom probeer ouders op zo veel mogelijk kanalen te bereiken. Heel vaak spreken ouders geen of heel slecht Nederlands, dus de communicatie verloopt niet altijd soepel. Ik moet vaker Engels praten. Het veelvuldig herhalen van informatie is zeer belangrijk. Op non-verbaal gebied wacht ik meestal af wat mensen zelf doen. Ik geef sowieso een hand bij de eerste ontmoeting. E. Ik merk wel dat ik in een makkelijker Nederlands ga praten en dat ik toch minder moeilijke termen gebruik dan dat ik bij Nederlandstalige mensen doe. En dat ik ook vaak nog eens controleer of ze mij begrepen hebben en snappen wat ik bedoel. En ik schrijf vaak ook op, voor thuis, wat ze moeten doen. Dat ze het ook nog een keer op papier hebben. En ook met afspraken maken, heel vaak schrijf ik de afspraak nog een keer op of ik stuur ze nog een keer een herinneringsappje of sms. Want ik merk vaak dat het lastig is als het tijdstip elke week wisselt, dan gaan mensen het gewoon vergeten. F. Ja, je moet heel gericht communiceren. Soms moet je dingen opschrijven, zodat ze het beter weten. Qua bellen merk ik vaker dat mensen mij wel bellen maar bijvoorbeeld geen beltegoed hebben. Dus dan moet je ze meteen terugbellen, want ze hangen meteen op. Je maakt eigenlijk vaker de afspraken met de cliënt als met de ouder. Omdat de cliënt vaak beter Nederlands praat als de ouder zelf. G. Dat zou ik zo even niet weten. Kan ik even geen voorbeeld bedenken. Ook niet op non-verbaal gebied. Vaders geven mij ook

	gewoon een hand. H. Soms is er echt zo'n flinke taalbarrière, dat ik echt met m'n handen in het haar zit van "hoe ga ik dit nou uitleggen?". Ik vind het moeilijk om bepaalde afspraken nog meer te verduidelijken. Ik merk wel dat als ik iets op de mail zet dat ze dan meer de tijd nemen om het te lezen of om hulp te vragen als ze iets niet begrijpen. Voor sommige ouders werkt het opschrijven dus goed. Op non-verbaal gebied ervaar ik geen problemen.
Therapeutische relatie	
Vraag 10	A. Zij leggen hun probleem neer bij jou. Chinezen die zijn weer gemakkelijk, die zijn heel erg gemotiveerd. B. Nee. Voor mij niet in ieder geval. C. Eigenlijk merk ik daar niet zo heel veel verschil in. D. Ja. Ik heb het gevoel alsof je net iets meer je best moet doen, dat niet alles vanzelfsprekend is. E. Valt eigenlijk wel mee, over het algemeen ben ik vrij makkelijk, denk ik, in de omgang met mensen en heb ik vrij snel een klik met de cliënten. Maar soms is de taal wel een belemmering tussen mij en de ouders. Sommige ouders die beheersen de taal zo minimaal dat de afstand toch wat groter lijkt. Dat je toch niet helemaal die band krijgt dan dat je met een Nederlandstalig persoon zou hebben. F. Ja, ik denk dat je puur wat harder moet zijn in de afspraken die je maakt. Maar ik denk de relatie zelf tussen de cliënt van een niet-westerse of een westerse achtergrond niet zo heel veel uitmaakt. Ja je voert je beroep uit en dan maakt het eigenlijk niet uit wie je tegenover je hebt zitten eigenlijk. Dus puur inderdaad afspraken maken, je moet wat directer zijn zeggen: 'Ja goh, als je je afspraken niet nakomt dan heeft dat consequenties.' G. Over het algemeen niet. H. Ik vind het vaak wat afstandelijker. Ik kan met westerse kinderen wat amicaler mee omgaan en ik kan hen wat meer op hun gemak stellen en ik heb het idee dat ik die klik niet krijg met niet-westerse kinderen. Ze werken best wel met een hiërarchie. Een juf staat ook vrij bovenaan deze hiërarchie, en ik heb het idee dat ik daar wat moeilijker grapjes mee kan maken of dat ik hen moeilijker op hun gemak kan stellen.
Vraag 11	A. Ik zie mijzelf meer als coach. Ik diagnosticeer, ik vertel aan de mensen wat ik gevonden heb en wat voor mijn gevoel de oorzaak is

	voor de problematiek. En ik doe oefeningen met hen. Wat zij thuis kunnen doen. B. Ik denk dat je een goede therapeutische relatie hebt als je respect voor elkaar hebt. Als je kunt zorgen dat een cliënt graag naar je toe komt en graag met je werkt en dat je zorgt dat doel dat de cliënt uiteindelijk moet behalen dat je dat integreert in je therapieplan. Dus dat je altijd dat doel voor ogen hebt en daar ook altijd naartoe streeft. C. De relatie die ik heb met een cliënt of patiënt, de onderliggende verstandshouding, contact enzovoorts. D. Ik vind dat een relatie waarin wel duidelijk is wat je voor elkaar doet, waarbij er een duidelijke rolverdeling is tussen therapeut en cliënt. E. Ja eigenlijk de band die je hebt met de cliënt. Is de persoon op zijn gemak bij jou en kan hij vertellen wat op zijn hart ligt, praat hij gewoon of is hij bang om te praten. Ik vind het belangrijk dat iemand op zijn gemak is bij mij. En vaak merk je dan dat ze dan al heel veel gaan vertellen. Dus vooral vertrouwen en op het gemak zijn bij elkaar. F. Ja, ik denk het vertrouwen. Wederzijds vertrouwen. De rol van hulp verlenen aan de zorgvrager. Dat je als hulpverlener eigenlijk de zorg biedt die jou cliënt nodig heeft. En dat je de cliënt breed ziet en dat je dus ook kijkt naar sociaal-emotionele aspecten. G. Dat kinderen zich bij mij op hun gemak voelen en dat ik bepaalde grenzen heb waar ze mee moeten functioneren. Ze moeten het gevoel hebben dat ze met mij ook over andere dingen kunnen praten. Je probeert gewoon een beetje een klik te krijgen met een kind en dat is niet iets wat je kunt afdwingen, met de een heb je dat nou eenmaal met de ene meer dan met de ander. H. Ik vind het vaak een samenwerking. De ouder levert de informatie aan van de thuissituatie en ik lever de informatie aan vanuit mijn kennis. Dat moet uiteindelijk samen gaan werken om dat kind vooruit te helpen.
Cultuursensitiviteit	
Vraag 12	A. Ik houd ontzettend rekening met persoonlijke omstandigheden en persoonlijke factoren. Zodra dat iemand binnen komt, dan staat daar een persoon met zijn totale bagage, of dat nou een culturele bagage is of een persoonlijke bagage. Het zijn wel dingen waar je doorlopend rekening mee houdt. B. Ik zie geen cultuur tegenover mij zitten. Ik zie daar een cliënt zitten en aan die cliënt moet ik mij aanpassen en probeer ik mij aan te passen.

	C. Ik moet zeggen dat ik niet het gevoel heb dat ik die mensen op een andere manier moet benaderen. Eigenlijk verloopt dat hetzelfde als met wel westerse cliënten of ouders. Ik merk wel dat vaak vader het voor touw nam binnen een gesprek, dus dat je daar meer mee in gesprek bent, omdat vaak de moeders de taal wat minder goed beheersen. D. Dat ik mij gewoon aanpas aan mijn cliënten. Als ouders keer op keer een hand geven bij het binnenkomen en weggaan, dan doe ik dat ook. Ook het aanvoelen waar ieder individu behoefte aan heeft. Heel veel is wel onbewust. E. Dat je je inleeft in de ander. Dat je respect hebt voor de cultuur en normen en waarden. En respect hebben en je toch inleven in de ander. Ik probeer dan ook vooral interesse te tonen in hun cultuur. F. Ik denk eigenlijk de voorgaande dingen die ik benoemd heb. Dat je rekening houdt met de duidelijke taal, dat ze je begrijpen. Dat je nog een keer extra navraagt of ze je begrepen hebben. Dat je misschien wat meer non-verbale acties gebruikt. Dat je het opschrijft, dat je eventueel een ander persoon er in meeneemt. G. Dat je een beetje rekening probeert te houden met feestdagen, meestal probeer ik dan om de therapie zo normaal mogelijk te houden, dus om die woorden [woorden die horen bij feestdagen] aan te bieden, maar om vooraf even aan de ouders toestemming vragen of zij dat oké vinden. H. Ik probeer altijd de situatie in te schatten. Wat willen zij graag, hoe sterk staan zij in hun cultuur en wat vinden zij daarin belangrijk? Ook probeer ik navraag te doen bij bijvoorbeeld collega's. Maar vaak vraag ik me dan weer af, is het cultureel bepaald of is dit nou persoonlijk?
Slotvraag	
Vraag 13	A. Probeer te doorgronden hoe mensen in het leven staan. Hoe zij staan ten opzichte van therapeut. Hoe therapietrouw dat ze zijn. En laat verder cultuur een onderdeel van de persoonlijke factoren zijn en hef het niet tot een ongelooflijk problematisch iets. Cultuur dien je in gedachte te houden en dan probeer je aan te sluiten op datgene dat cultureel bij deze persoon hoort. B. Ik denk dat je sowieso open-minded erin moet staan. En wat mij vroeger heeft geholpen om dat te doen is mij ook wel verdiepen in bepaalde culturen. Ik denk vooral dat je gewoon dat respect naar elkaar toe moet hebben en gewoon open moet staan voor mensen in het algemeen.

	C. Ouders in ieder geval veel, zo veel mogelijk betrekken bij de behandeling en ook binnen de behandeling, als ouders erbij zitten, niet alleen maar met het kind bezig zijn maar ook ouders mee laten doen in de therapie, zodat ze zelf ook wat meer vertrouwen krijgen in hun handelen en niet alleen maar afwachtend hoeven te kijken. En wat je vaak ziet dat als ze mee gaan doen is dat ze het leuker gaan vinden. Ik heb ook het gevoel alsof ze wat meer gemotiveerd zijn om thuis te oefenen en het is, heb ik altijd het idee, ook een beetje groeien zeg maar, alsof ze zichzelf een schouderklopje kunnen geven. D. Ik zou wel proberen om het[de verschillende culturen]een beetje los te laten. Niet dat je in de behandeling gaat met een bepaald beeld. Het is heel belangrijk om open minded te beginnen en om alles op je af te laten komen. Je kunt natuurlijk ook rekening houden met dingen, maar ik zou niet de hele logopedische behandeling daarover laten draaien. Dus: rekening houden met, maar niet te veel. Wel je eigen grenzen aangeven. E. Het is het is leuk om met verschillende culturen te werken en het is misschien ook goed om je er soms een beetje in te verdiepen. Dat je weet waar het over gaat. Probeer ook interesse te tonen in de mensen en houd rekening met hun normen en waarden en heb respect voor wat zij denken en hoe zij doen. Controleer ook bij de mensen of ze het hebben begrepen. Vaak knikken ze ja, en dan vraag je het na en dan weten ze het toch niet, dus probeer je taalgebruik aan te passen en check nog een keer of ze je hebben begrepen. En probeer ook in de moedertaal oefeningen mee te geven he. Doe een oefening in Nederlands bij de therapie en geef het mee voor thuis in de moedertaal. F. Ja, ik zou op het moment dat je een buitenlands iemand krijgt of een niet-westers iemand, zou ik je inlezen in de cultuur. Op een gegeven moment weet je dat natuurlijk wel, welke culturele achtergronden welke opvattingen hebben. En verder zou ik meegeven dat op het moment dat je qua communicatie niet goed met een cliënt kan communiceren. Zorg er voor dat je of een tolk hebt of een buurvrouw hebt die mee kan praten. Waardoor je dus hele duidelijke afspraken kan maken met bepaalde mensen. Jij bent de therapeut en ze hebben je aan jou te schikken. En op het moment dat zij hun afspraken niet nakomen dan is dan hun probleem en niet jouw probleem. G. Ik probeer altijd om iedereen gelijk te behandelen en niet zo zeer te kijken naar de verschillen die er zijn. Dat je oplet of ouders het oké vinden als ik iets binnen een behandeling betrek maar i probeer eigenlijk gewoon ieder kind hetzelfde te behandelen. Ik denk vooral: "hier zit een kind, op dat niveau en we gaan op dat gebied werken". H. Verdiep je in de verschillende culturen, je bent nooit klaar met leren.
--	--

--	--