



Kwalitatief onderzoek naar de oorzaken van drop-out van de tweede generatie Turkse vrouwen in psychologische hulpverlening in Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van Master in de Klinische Psychologie door
Küçük Müjde 103616

Academiejaar 2014-2015

Promotor: Prof. dr. Mark Leys
Begeleidster: De Clerck Cindy

Aantal woorden: 18752





SAMENVATTING MASTERPROEF

Naam en voornaam: Küçük Müjde

Rolnr.: 103616

KLIN
AO
ONKU
AGOG

☒
☐
☐
☐

Titel van de Masterproef:

Kwalitatief onderzoek naar de oorzaken van drop-out van de tweede generatie Turkse vrouwen in psychologische hulpverlening in Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Promotor: Prof.

dr. Mark Leys

Begeleidster:

De Clerck Cindy

Samenvatting:

Dit onderzoek focust op de oorzaken van drop-out bij de tweede generatie Turkse vrouwen in het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Daarnaast werden maatregelen bevraagd voor het voorkomen van drop-out en werden aanbevelingen geformuleerd om drop-out te verminderen. Kwalitatief, exploratief onderzoek werd geopteerd om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Aan de hand van semigestructureerde interviews werden de belevingen en de ervaringen van 3 cliënten en van 3 hulpverleners over drop-out in het CGG in diepte bevraagd. Uit de bevindingen concluderen wij dat er onderliggende factoren zijn, die kunnen leiden tot drop-out. Uit de bevraging bij de hulpverleners en cliënten van deze factoren die aan de grondslag van drop-out liggen blijkt dat zowel de doorverwijzer, het gebrek aan toelichting, culturele verschillen in klachtenpresentatie en ziekteinzicht, de taal, de werkrelatie en het aanbod, culturele waarden en normen, de afwezigheid op een raadpleging en als laatste het vastleggen van de datum voor een therapeutische sessie een rol spelen. Het CGG neemt maatregelen om drop-out te voorkomen door projecten te organiseren en de cliënten op te volgen bij afwezigheid. Aanbevelingen van hulpverleners benadrukken het belang van een cultuursensitief onthaal, informatie over het behandelproces en het hanteren van therapeutische technieken om de gesprekken te evalueren. Volgens de cliënten kunnen nazorg, kennis over de culturele achtergrond en sensibiliseringscampagnes drop-out voorkomen en verminderen. De onderzoeksbevindingen wijzen er echter op dat er verder onderzoek vereist is voor een kwalitatieve en efficiënte zorg voor deze doelgroep.

Dankwoord

We werden door heel wat mensen bijgestaan tijdens het schrijven van onze masterproef en het realiseren van dit eindresultaat. Daarom graag een woordje dank.

Eerst en vooral willen we onze promotor Professor Dr. Marc Leys bedanken om ons de kans te geven om over dit onderwerp een onderzoek uit te voeren. Ondanks het feit dat Professor Dr. Leys deel uitmaakt van een andere vakgroep op de Vrije Universiteit Brussel, mochten we aansluiten als thesisstudenten, waarvoor onze oprecht dank. Daarnaast waren ook de begeleidende gesprekken en adviezen bij onze begeleidster Cindy De Clerck een meerwaarde voor ons onderzoek. We vonden het geweldig om een onderzoek te mogen doen over een onderwerp dat ons daadwerkelijk interesseerde.

De Centra Geestelijke Gezondheidszorg en de cliënten die deelnamen aan ons onderzoek willen we ook bedanken. We zijn hen echt dankbaar voor de tijd die ze hebben vrijgemaakt om hun ervaringen en belevenissen met ons te delen. Hun bereidwilligheid en nieuwsgierigheid maakten het bereiken van deze eindstreep uiteindelijk mogelijk.

Het belangrijkste houden we voor het laatste: we willen Lieve De Tollenaere van harte danken voor het nalezen van onze masterproef. Hierbij danken we ook onze familie, ouders, vrienden en kennissen die ons altijd gesteund hebben tijdens moeilijke perioden en gedurende heel de opleiding.

Bedankt!

Gel, gel, ne olursan ol yine gel,

Ister kafir, ister mecusi,

Ister puta tapan ol yine gel,

*Bizim dergahımız, ümitsizlik dergahı değildir,
Yüz kere tövbeni bozmuş olsan da yine gel, ... (Rumi, z.d)*

*Come, come, whoever you are.
Wanderer, worshipper, lover of leaving.
It doesn't matter.
Ours is not a caravan of despair.
Come, even you have broken your vow
a hundred times.*

Come, yet again, come, come,... (Rumi, z.d) **Inhoudsopgave**

1 Literatuur	1
1. 1 Aanleiding	1
1. 2 Probleemstelling	2
1. 2. 1 Aandeel in de bevolking	2
2 Literatuurstudie	4
2. 1 Methode	5
2. 2 Migratie en Mentale Gezondheid	6
2. 2. 1 Geestelijke gezondheidstoestand van allochtonen	7
2. 2. 1. 1 Cultuur	9
2. 3 Hulpverlening aan Migranten: Specifieke Initiatieven	10
2. 4 Kloof tussen Zorgbehoefte van Allochtonen en Zorgaanbod in GGZ	11
2. 4. 1 Algemene factoren drop-out	12
2. 4. 1. 1 Therapietrouw	12
2. 4. 1. 2 Continuïteit van zorgaanbod	12
2. 4. 1. 3 Procedure bij de aanvang van een zorgproces	12
2. 4. 1. 4 Therapeutische relatie	12
2. 4. 1. 5 Verwachtingen	13
2. 5 Gevolgen van Drop-out op Micro-, Meso- en Macro niveau	13
2. 5. 1 Gevolgen voor patiënten	13
2. 5. 2 Gevolgen voor hulpverlener	13
2. 5. 3 Gevolgen voor organisatie	13
2. 6 Uitdagingen	13

3 Methode	14
3. 1 Onderzoeksvraag en –doelstelling	14
3. 2 Onderzoeksgroep	15
3. 3 Dataverzameling	17
3. 4 Onderzoeksmethode	18
3. 5 Data-analyse	19
4 Onderzoeksresultaten Semigestructureerde Interviews (Hulpverleners)	20
4. 1 Inleiding	20
4. 2 Overzicht	20
4. 3 Traject	20
4. 4 Oorzaken van Drop-out	21
4. 4. 1 Verwachtingen	21
4. 4. 2 Klachtenpresentatie en ziekte-inzicht	22
4. 4. 3 Taal- en communicatieproblemen	24
4. 4. 4 Werkrelatie en aanbod	27
4. 4. 4. 1 Match tussen hulpverlener en cliënt	27
4. 4. 4. 2 Vaardigheden, attituden, en kennis	28
4. 4. 4. 3 Aanvoelen	28
4. 4. 4. 4 Machtsafstand	28
4. 4. 4. 5 Sociaal-economische factoren	29
4. 4. 4. 6 Etnische matching	30
4. 4. 5 Cultuurspecifieke waarden	30
4. 4. 6 Afwezigheid tijdens afspraken	31
4. 4. 7 Maatregelen	32
4. 5 Aanbevelingen van Hulpverleners	34
5 Onderzoeksresultaten Semigestructureerde Interviews (Cliënten)	36
5. 1 Inleiding	36
5. 2 Oorzaken	36
5. 3 Traject	36
5. 4 Verwachtingen	37
5. 5 Klachtenpresentatie en Ziekte-inzicht	37
5. 8 Taal	38
5. 7 Werkrelatie	39

5. 7. 1 Etnische matching	39
5. 8 Aanwezigheden op de Gesprekken	41
5. 9 Reden van Drop-out	41
5. 10 Aanbevelingen van de Cliënten	42
5. 10. 1 Infosessie en sensibiliseringscampagne	42
5. 10. 2 Follow-up	43
5. 10. 3 Psychologe met verschillende culturele achtergronden	43
5. 10. 4 Vastleggen van afspraken door de psychologe	43
Conclusie	6
44	
6. 1 Bespreking	44
6. 1. 1 Conclusie traject bij psychische klachten	44
6. 1. 2 Factoren die leiden tot drop-out	45
6. 1. 2. 1 Verwachtingen	45
6. 1. 2. 2 Klachtenpresentatie en ziekte-inzicht	45
6. 1. 2. 3 Taal	45
6. 1. 2. 4 Werkrelatie en aanbod	46
6. 1. 2. 5 Sociaal Economisch Status	46
6. 1. 2. 6 Etnische matching en cultuurspecifieke waarden	47
6. 1. 2. 7 Afwezigheid op afspraken	47
6. 1. 2. 8 Maatregelen	48
6. 1. 2. 9 Aanbevelingen	48
7 Kritische Reflectie Onderzoek en Toekomstig Onderzoek	49
7.1 Aanbevelingen voor het Beleid	52
8 Conclusie	
53	
Referentielijst	54
Bijlage	58
Bijlage 1: Introductiebrief CGG	59
Bijlage 2: Flyer cliënten	61
Bijlage 3: Interviewschema voor de hulpverleners	62
Bijlage 4: Interviewschema voor cliënten	65
Bijlage 5: Informed consent	67

1 Literatuur

1.1 Aanleiding

Naar de toegang van allochtonen tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is heel wat onderzoek gedaan. Meerdere studies hebben bewezen dat allochtonen die psychische aandoeningen ervaren, meer en meer zich richten tot de GGZ. Alhoewel de toegankelijkheid van allochtonen tot de GGZ verbeterd is, zijn er aanwijzingen dat het aantal allochtone cliënten die vroegtijdig afhaken van de therapie (drop-out) meer is dan autochtone cliënten. Een studie van Trimbos-instituut die uitgevoerd is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een belangrijke bijdrage geleverd in het onderzoek naar drop-out van allochtone GGZcliënten. Het onderzoek richt zich op de vier grootste groepen niet-westerse migranten: Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, en Antilliaanse cliënten. Het begrip 'drop-out' wordt in de literatuur beschreven als eenzijdige, voortijdige beëindiging van de behandeling of opname door de cliënt, terwijl de therapeut van mening is dat het behandeldoel nog niet bereikt is en voortzetting van de behandeling nog wel resultaten op zou kunnen leveren. De Weert-van Oene (zoals geciteerd in Hilderink, van 't Land, en Smits (2009) maakt in dit kader onderscheid tussen verschillende subtypen van drop-out: namelijk wegblijver (no show), onmiddellijke vertrekkende (beëindiging contact na een behandelcontact), snelle drop-out (beëindiging contact na circa een maand), en late drop-out (beëindiging contact na een behandelduur van twee tot zes maanden). Het evaluatierapport Medikuregem van CGG Brussel (2011) geeft meerdere mogelijke factoren weer betreffende de drop-out van allochtonen in de Centra Geestelijke Gezondheid. Uit dit rapport komen factoren voor op administratieve, financiële, sociale en fysieke vlak. Dit leidt bij de cliënten tot de verwachting om naast psychische klachten, ook de praktische problemen aan tafel gelegd en besproken worden. Indien deze verwachtingen van de cliënten niet uitkomen, kan de cliënt afhaken omwille van de teleurstelling. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat allochtonen meer behoefte hebben aan medicamenteuze behandeling dan autochtone cliënten. Ook bleek dat allochtone patiënten een passievere rol aannemen en dat ze concrete oplossingen van de therapeut verwachten. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat bijna twee derde van de hulpverleners van mening is dat het behandel aanbod in de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende afgestemd is op de culturele en etnische achtergrond van allochtone cliënten. Er kan voldoende afstemming voorzien worden indien de multidisciplinaire richtlijnen en gestandaardiseerde protocollen cultuur sensitieve methoden voor de behandeling van de allochtone cliënten zouden hanteren (Hilderink, van 't Land, & Smits, 2009).

1.2 Probleemstelling

In dit onderzoek willen we de onderliggende factoren van drop-out bij tweede generatie Turkse vrouwen in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg onderzoeken. Het Nederlandse Centraal

Bureau voor de Statistiek (CBS) (2011) definieert tweede generatie als een persoon die in Nederland woont en van wie tenminste één ouder niet geboren is in Nederland. Wie zelf in het buitenland is geboren en tenminste één ouder van buitenlandse afkomst heeft, behoort tot de eerste generatie allochtonen. Zij die in Nederland geboren zijn en tenminste één ouder hebben van buitenlandse afkomst, behoren tot de tweede generatie allochtonen.

In België wordt veelal de term allochtoon gebruikt. Volgens het minderhedendecreet van 28 april 1998 (art. 2 § 1) zijn allochtonen enkel personen die legaal in België verblijven, ongeacht of zij de nationaliteit hebben of niet, op voorwaarde dat één van hun ouders of grootouders niet in België is geboren en dat zij in een sociaaleconomische achterstandspositie verkeren omwille van hun afkomst. In het integratiedecreet van 30 april 2009, dat het minderhedendecreet van 1998 vervangt, werd het woord 'allochtoon' geschrapt.

In de praktijk worden alle leden van etnisch-culturele minderheidsgroepen met de term allochtonen benoemd. Deze groep is ruimer en betreft het ook de tweede en derde generatie. In deze groep zijn de specifieke kenmerken minder aan de feitelijke migratiebeweging verbonden, dan wel aan identiteitsvraagstukken, integratie, racisme en discriminatie, en eventueel socioeconomische achterstelling. Taalbarrières zijn hier minder prominent aanwezig.

Een 'etnisch-culturele minderheid' verwijst naar een duidelijk onderscheiden bevolkingsgroep die een minderheid vormt in het land waar men verblijft. De term dekt feitelijk dezelfde groep als de allochtonen: ze omvatten de migranten en hun nakomelingen. Deze mensen worden doorgaans vernoemd naar hun respectieve landen van herkomst, ook al hebben ze de Belgische nationaliteit (de Turken, Marokkanen, Italianen, Grieken,...). Ze worden ook vaak 'nieuwe Vlamingen' of 'nieuwe Belgen' genoemd.

1.2.1 Aandeel in de bevolking.

Sinds enkele jaren worden er verfijningen beoogd in de typologie (volgens nationaliteit bij geboorte, plaats van geboorte, en werkelijke nationaliteit) (Eggerickx et al., 2006b; Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding (CGKR), 2010). Volgens deze classificatie zou op 1 januari 2008 16,4% van de Belgische bevolking van buitenlandse afkomst of buitenlands bij geboorte zijn (wat dan ook de tweede generatie maar nog niet de derde generatie includeert).

Marokkaanse (8,5%) en Turkse (4%) gemeenschappen vormen de grootste niet-Europese gemeenschappen, gevolgd door de Amerikaanse staatsburgers (2,63%) en de Congolese gemeenschap (1,5%) (Algemene Directie Werkgelegenheid en Arbeidsmarkt, 2008).

Onze samenleving, en dus ook de zorgverlening, wordt almaar diverser en kleurrijker. De vraag naar goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit houdt zeer velen al geruime tijd bezig (Zorgnet Vlaanderen, 2011).

De keuze voor deze probleemstelling is ingegeven door de vaststelling dat het aantal consultaties door allochtonen toeneemt in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) maar tegelfdertijd dat de hulpverlening dikwijls vervroegd wordt stopgezet. In dit onderzoek willen we beter begrijpen of en wat de redenen zijn waarom hulpverlening rond mentale problemen vroegtijdig wordt stopgezet. Uit ervaringskennis met de groep Turkse vrouwen weten we dat kennissen, vrienden, of familieleden psychische problemen anders beleven. Deze kennissen, vrienden, of familieleden kunnen psychische problemen anders dan vanuit de biomedisch visie verklaren. Psychische ziekten worden anders beleefd. Hun grootouders spreken ook niet van psychische stoornissen, wel wordt er gesproken over 'gekheid'; iemand die psychologische problemen heeft, is gek. Aankloppen bij een religieuze genezer is gemakkelijker en meer geaccepteerd binnen deze kringen dan bij een reguliere organisatie zoals een CGG. Uit een panelgesprek van de psychologe Sultan Balli (2014) blijkt dat in haar praktijk de ziekteconcepties van de eerste generatie niet zijn veranderd bij de tweede en derde generatie. Zij schrijven psychische stoornissen nog steeds toe aan bovennatuurlijke ziekteconcepties. Hulpverleners en verwijzers hebben mogelijk nog onvoldoende weet van klachtenpatronen en ziektegedrag bij allochtonen, waardoor ze achterliggende psychiatrische problematiek over het hoofd zien (Dieperink, Dijk, & De Vries, 2007). Om de beste zorg naar maat van de cliënt te bieden als toekomstige psychologen werden er voor dit thesisonderzoek visies verzameld van hulpverleners hoe zij omgaan in hun praktijk met de hulpverlening aan allochtonen.

Naast het literatuurgedeelte worden in dit onderzoek hulpverleners bevraagd van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Alle leeftijdsgroepen kunnen het CGG raadplegen voor een uitgebreide waaier aan hulpvragen. Zowel kinderen, jongeren, volwassenen als ouderen kunnen gebruik maken van het behandelaanbod. Dit aanbod houdt meerdere behandel mogelijkheden in zoals individuele psychotherapie, relatietherapie, gezinstherapie, groepstherapie, medicamenteuze behandeling, speltherapie, sociale begeleiding, huisbezoeken, enz. Een CGG heeft verschillende deelwerkingen. Elke deelwerking beschikt over een multidisciplinair team samengesteld uit psychiaters, psychologen, en maatschappelijk werkers. Het zorgaanbod bestaat ook uit preventieprojecten voor maatschappelijk kwetsbare risicogroepen. Voor bepaalde problematieken en doelgroepen is er een gespecialiseerde hulp. Vanuit de oogpunten van de hulpverleners in het Centrum Geestelijke gezondheidszorg worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord: Wat zijn de onderliggende factoren van drop-out bij tweede generatie Turkse vrouwen? Welke maatregelen worden genomen om drop-out te voorkomen? Welke aanbevelingen worden gegeven om drop-out te verminderen?

Dit onderzoek gaat dus over de tweede generatie Turkse vrouwen. We willen de tweede generatie Turkse vrouwen onderzoeken omdat zij mogelijk moeite hebben om een evenwicht te vinden tussen beide culturen. Enerzijds wordt er thuis met de ouders voornamelijk de Turkse taal gesproken en anderzijds leren ze op school de Nederlandse taal aan en worden ze ondergedompeld in de Belgische cultuur. Dit zorgt ervoor dat ze als het ware vastzitten tussen beide culturen.

Een onderzoek is gedaan naar de vergelijking tussen de eerste en tweede generatie Turken over de aard van psychiatrische intra- en intergenerationele morbiditeit (Güzelcan, Koeter, & Lanting, 2001). Bij de eerste generatie Turken werden meestal de diagnoses 'depressie' en 'somatoforme stoornis' gesteld. Bij de tweede generatie werden naast 'depressie' meestal de diagnoses 'psychotische stoornis' (met name 'schizofrenie') of 'angststoornis' (met name 'paniekstoornissen') gesteld. Bij de eerste generatie Turken was de prevalentie van depressieve stoornissen en somatoforme stoornissen dus hoger dan bij tweede generatie Turken. Bij tweede generatie Turken was de prevalentie van psychotische stoornissen en angststoornissen dus hoger dan bij eerste generatie Turken. Op grond van deze bevindingen wordt voorgesteld om bij aanmelding in de geestelijke gezondheidszorg bij eerste generatie Turken extra aandacht te besteden aan stemmings- en somatoforme stoornissen (Güzelcan et al., 2001). Op basis van dit onderzoek willen we aanbevelingen formuleren om drop-out te verminderen bij Turkse allochtonen binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Door de oplossingen om drop-out te verminderen en te voorkomen zal de kwaliteit van de behandeling voor allochtonen stijgen. Dit onderzoek kan een positieve bijdrage leveren aan de aanpak van allochtonen binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

2 Literatuurstudie

Deze literatuurstudie bestaat uit drie delen.

In het eerste gedeelte wordt ingegaan op verschillende thema's die bij allochtonen een impact hebben op het psychisch welzijn. Migratie en de gevolgen ervan kunnen leiden tot een ongezond psychisch welbevinden. Hierbij wordt ook ingegaan op cultuur. Kennis ervan kan bevorderend werken binnen psychologische hulpverlening. Tenslotte wordt de geestelijke toestand van allochtonen in België toegelicht aan de hand van een onderzoek van Levecque, Lodewyckx, Vandeneede, en Timmerman (2006).

In het tweede deel van het literatuurgedeelte wordt ingegaan op het ontstaan van psychologische hulpverlening aan migranten. Binnen de geestelijke gezondheidszorg startte men met interculturele hulpverlening. Deze is geëvolueerd naar cultuur sensitieve hulpverlening en tenslotte wordt momenteel gesproken van diversiteitsbewuste hulpverlening. Er wordt gewerkt aan toegankelijkheid, kwaliteit, en effectiviteit van de zorg voor allochtonen. Toch blijkt uit studies dat

cliënten afhaken bij psychotherapie. De kloof tussen zorgbehoefte en zorgaanbod voor allochtonen kan hierbij een rol spelen.

In het derde deel van de literatuurstudie wordt specifiek ingegaan op de factoren die kunnen bijdragen tot de drop-out bij allochtonen in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Therapietrouw, therapeutische relatie en continuïteit van zorgaanbod kunnen een signaal zijn voor drop-out. Ook de procedure van het zorgproces kan een invloed hebben op en mogelijk bijdragen aan drop-out, net als de verwachtingen van de cliënt.

In het laatste deel van de literatuurstudie worden de gevolgen van drop-out in geestelijke gezondheidszorg op micro-, meso- en macro niveau besproken. Er worden een aantal uitdagingen beschreven die drop-out bij Turkse vrouwen in Centra Geestelijke Gezondheidszorg kunnen voorkomen.

2.1 Methode

Een eerste zoektocht op de catalogus van de VUB werd gehouden om relevante artikels en masterthessissen te weerhouden. Verder werd via Web of Science, Pubmed en Google Scholar op zoek gegaan naar relevante artikels voor ons onderwerp. Termen zoals 'drop-out', 'allochtone cliënten', 'depressie', 'geestelijke gezondheidszorg', 'Turkse vrouwen', 'depression' werden in gevoerd. Via sneeuwbal effect werd er meer relevante artikels en rapporten geraadpleegd. Via de referenties van de gevonden informatie werden andere relevante studies gevonden die op hun beurt toegang gaven tot nog meer relevante bronnen. De boeken, artikels, en rapporten die weerhouden werden voor het onderzoek kunnen binnen de volgende thema's gegroepeerd worden: drop-out, allochtonen en geestelijke gezondheidszorg, behoeften en noden van allochtonen in geestelijke gezondheidszorg, interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg, verklaringsmodellen van allochtonen over psychologische problemen, enz.

2.2 Migratie en Mentale Gezondheid

Op 16 juli 1964 werd een verdrag tussen België en Turkije gesloten (Roels, 2008). Daarin werd een akkoord bereikt waardoor Turken naar België verhuisden om hun brood te verdienen. De Belgische bedrijven hadden de gastarbeiders nodig zodat de tekorten in de arbeidsmarkt opgevuld werden. Zij werden gastarbeiders genoemd omdat ze slechts enkele jaren zouden blijven in het land. Hun doel was om wat geld te verdienen en daarna terug te keren naar het vaderland. Maar hun droom verliep niet zoals gepland. Na de gezinshereniging werd het onmogelijk om terug te keren naar het vaderland en dit omwille van een onzekere sociaaleconomisch situatie. De tweede

generatie, de kinderen van de gastarbeiders, werd geboren en groeide op in België. De derde generatie omvat dan de kleinkinderen van de gastarbeiders (Schoonvaere, 2013).

Als gevolg van migratie en globalisering leven we in België in een multiculturele samenleving (Schoonvaere, 2013). In de literatuur wordt de impact van migratie beschreven op het psychisch welzijn van zowel de eerste generatie, de tweede, als derde generatie allochtonen. Dit uit zich op verschillende manieren. De eerste generatie ervaart voornamelijk stress rechtstreeks ten gevolge migratie, terwijl de tweede en derde generatie eerder indirect de gevolgen hiervan ervaart. Mogelijke stressoren ten gevolge van migratie zijn: taalproblemen, heimwee, discriminatie, slechte woonomstandigheden, en conflicten tussen verschillende culturele normen, waarden, en religies.

Migratie betekent voor velen verlies van een familienetwerk, sociale positie, status in een sociaal netwerk, religieus netwerk, en gebruiken en tradities in het land van herkomst. Dit verlies kan leiden tot angst, depressiviteit, en rouw. Daarnaast wordt vooral de eerste generatie migranten geconfronteerd met de zorg voor het eigen gezin maar ook voor hun ouders of andere familieleden in het land van herkomst.

Acculturatiestress, waarbij een enorme druk wordt ervaren om zich aan te passen aan de gebruiken en gewoonten, kan eveneens bijdragen tot de ontwikkeling van depressie. Bij de tweede generatie ontstaat er vaak een conflict tussen de twee culturen waarbij zij zich gekneld voelen tussen die twee culturen (Levecque, Lodewyckx, & Vranken, 2007; Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune, & Verrept, 2011; Kamperman, Komproe, & De Jong, 2005). Socio-economische factoren en ook de gevolgen van migratie hebben een belangrijke impact op het psychisch welzijn (Levecque et al., 2007). Onderzoek heeft aangetoond dat het migratieproces en de bijkomende gevolgen daarvan tot stress onder allochtone groepen kan leiden (Stronks, 1999).

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat in diverse culturele migrantenpopulaties meer aan psychische stoornissen lijden dan de lokale bevolking in het land van herkomst (Knipscheer & Kleber, 1997). Allochtonen hebben volgens de verschillende onderzoeken ook een grotere kans op een psychiatrische stoornis dan autochtonen. Vermoedelijk komt dat door een vervlechting van culturele verschillen met een sociaaleconomische achterstandspositie (Knipscheer & Kleber, 2005). Migratie en acculturatie zijn daarbij risicofactoren. Oorzaken kunnen gevonden worden in de migratiegeschiedenis en de zogenaamde 'migratiestress' (Cantor-Graae & Selten, 2005). Aangezien stress kan leiden tot een psychische stoornis zal het migratieproces tot meer behoefte aan geestelijke gezondheidszorg leiden.

2.2.1 Geestelijke gezondheidstoestand van allochtonen.

Het rapport van Levecque et al. (2006) geeft een overzicht van de gezondheidssituatie, de toegang tot de voorzieningen, en het gebruik van deze voorzieningen door verschillende bevolkingsgroepen in Vlaanderen.

Talrijke studies tonen een verhoogd voorkomen van storingen van het psychologisch en sociaal evenwicht (psychose, depressie, hyperventilatie, en angststoornissen) bij tweede generatiemigranten (Ang, 2007). Verklaringsmodellen verwijzen vooral naar moeilijkheden die ze ondervinden om in de samenleving te kunnen functioneren (maatschappelijke factoren zoals de socio-economische achterstelling, ervaringen van racisme en sociale uitsluiting, en een moeizaam acculturatieproces) (Lodewijckx, 2007).

Aan de hand van analyses van de nationale gezondheidsenquêtes van 1997, 2001, en 2004 geeft het rapport een overzicht van de gezondheidstoestand. Uit deze studie blijkt dat de mentale gezondheid van de allochtone Turken en Marokkanen iets minder goed is dan die van de Europeanen. Bij de Europeanen heeft één op vier last van psychologische distress en één op acht zou een mentale stoornis hebben. Bij Turken en Marokkanen heeft één op drie last van psychologische distress en één op vier een mentale stoornis. Ze rapporteren voornamelijk meer ernstige depressieve klachten (één op vier), somatische klachten (één op drie), en ernstige angstklachten (één op acht). Uit dit onderzoek blijkt ook dat de migranten meer mentale gezondheidsproblemen ervaren. Hun sociaaleconomische situatie is minder gunstig. Ze hebben over het algemeen een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Meer dan de helft van hen leeft zelfs onder de armoedegrens. Deze factoren hebben niet enkel impact op de gezondheidsstatus maar ook op de toegang tot de gezondheidszorg. De sociaal-culturele opvattingen van allochtonen verschillen ook van die van autochtonen. Deze bepalen hun gezondheidsklachten en hoe ze worden geuit.

Uit dezelfde onderzoek van Levecque et al. (2006) vonden dat Turken minder gebruik maken van de conventionele gezondheidszorg en dat ze frequent een beroep doen op een traditionele, vaak religieuze genezers voor psychische en somatische klachten en sociale en relationele problemen.

Niet alleen in België, maar in diverse Europese landen (Carta et al., 2005) wordt melding gemaakt van een ondervertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de geestelijke gezondheidszorg (Berckmans et al., 2004).

Verskillende verklaringen zijn mogelijk. Vooreerst is er het gebrek aan informatie. Het komt voor dat mensen het zorgaanbod in de GGZ niet voldoende kennen en dus ook niet weten waar ze met psychische problemen terecht kunnen. De taalbarrière kan hier een hoofdprobleem

zijn. Bij psychische hulpverlening is taal een essentieel instrument in het diagnostische en therapeutische proces. Bovendien worden psychische problemen vaak in somatische termen verwoord, waardoor het voor hulpverleners een bijkomende moeilijkheid is om een diagnose van psychische stoornissen te stellen (Ferrant, 2007; Gailly, 2008). Dit kan leiden tot onderdiagnose van psychische aandoeningen (Buytaert et al., 2009) en onvoldoende doorverwijzing naar de GGZ. Soms wordt er weinig rekening gehouden met de referentiekaders en de ziektebeleving van de allochtone cliënt (Ang, 2007; Gailly, 2008). Bovendien kan het consulteren van GGZ-diensten ook in de cultuur van vele allochtonen erg stigmatiserend zijn. Daardoor primeren zelfregulerende mechanismen zoals mantelzorg of hulpverlening binnen de culturele gemeenschap (traditionele genezers, gebedsgenezers, of religieuze leiders) (Buytaert et al. 2009). Door deze cluster van factoren worden psychische problemen bij etnisch-culturele minderheden vaker laattijdig gediagnosticeerd of begeleid (Buytaert et al. 2009).

In de literatuur wordt de impact van migratie beschreven op het psychisch welzijn van zowel de eerste, de tweede en als derde generatie allochtonen. Zoals hierboven reeds beschreven uit dit zich op verschillende manieren. Ten gevolge van migratie ervaart de eerste generatie voornamelijk stress. Terwijl de tweede en derde generatie eerder indirect de gevolgen hiervan ervaren (El Asjadi, masterproef). Acculturatiestress kan bijdragen tot de ontwikkeling van depressie. Hierbij wordt een grote druk ervaren om zich aan te passen aan de plaatselijke gebruiken en gewoonten. Bij de tweede generatie ontstaat er vaak een conflict tussen de twee culturen waarbij mensen zich gekneld voelen tussen de twee culturen (Levecque et al., 2007; Derluyn et al., 2011; Kamperman et al., 2005). Mogelijke stressoren ten gevolge van migratie zijn taalproblemen, heimwee, discriminatie, slechte woonomstandigheden, en conflicten tussen verschillende culturele normen, waarden, en religies (El Asjadi, masterproef).

2.2.1.1 Cultuur.

Wat is cultuur en welke impact heeft ze op de geestelijke gezondheidszorg? Verschillende visies en verschillende uitgangspunten kenmerken de beschrijving van het begrip 'cultuur'. Volgens Knipscheer en Kleber (2012) gaat cultuur om gedrag en betekenisgeving die door betrokkenen meestal als vanzelfsprekend worden ervaren, die een sterk bindend karakter hebben, en die daardoor generaties lang voort kunnen blijven bestaan. Cultuur is het, door aanleren verkregen en van generatie tot generatie doorgegeven, geheel van gewoonten, technieken, handelingen, waarden, en normen van een groep, waardoor het gedrag van de leden van de groep geregeld wordt (Fortmann, zoals geciteerd in Knipscheer & Kleber, 2005). Cultuur wordt volgens Hagendoorn (in Knipscheer & Kleber, 2005) beschreven als de voor een groep of samenleving

kenmerkende 'kijk' op de werkelijkheid; het geheel van betekenisverlening aan allerlei verschijnselen in en om ons heen. De rol van de cultuur staat volgens Knipscheer en Kleber (2012) centraal in de psychologie. Menselijk gedrag kan niet begrepen worden los van de culturele context waarbinnen dat gedrag zich afspeelt. Cultuur doordrenkt ons denken, ons voelen, onze emoties, ons waarnemen, en ons handelen. In de psychologie wordt cultuur echter vaak gezien als hinderlijke ruis die het zicht op objectieve gedragsverklaringen bemoeilijkt. In de sociologie daarentegen beschouwt men cultuur dikwijls als een tamelijk willekeurige verzameling gedeelde waarden en normen die het handelen van de mensen structureert en in de antropologie als het weefsel waaruit de maatschappij bestaat (Knipscheer en Kleber, 2012).

Door cultuur wordt de levenswijze van een volk grotendeels bepaald door onder andere tradities, normen, waarden, opvattingen, enz. Iedere bevolkingsgroep heeft zijn eigen cultuur, hierdoor kunnen botsingen tussen culturen ontstaan. Wat in één cultuur acceptabel is, is onaanvaardbaar in een andere cultuur.

Cultuur beïnvloedt de manier waarop de migrant zijn klacht of ziekte presenteert en beleeft. Volgens Balli (2014) kent elke cultuur een eigen ziekte-idiom, dat zijn taaleigen uitingen van symptomen. Het ziekte-idiom beïnvloedt de verklaring die men hanteert voor ziekte. Veel klachten zoals die in de westerse psychiatrie worden onderscheiden, worden in andere culturen niet als psychisch ervaren: zij maken onderscheid tussen enerzijds klachten die bij het leven horen zoals stress en somberheid en anderzijds echte gekte. Niemand praat graag over psychische klachten, doch binnen culturele gemeenschappen waarbij sociale kansen (vb. relatievorming) afhangen aan een goede naam zal er nog minder gesproken worden over psychische klachten. Modellen zoals het biomedisch, moreel, sociaal, en cultureel model kunnen ziekte-idiomen verklaren.

2.3 Hulpverlening aan Migranten: Specifieke Initiatieven

De gevolgen van migratie op het psychologische welzijn van de migrant en de cultuur van de migrant heeft invloed op de organisatiestructuur van de geestelijke gezondheidszorg. De reguliere hulpverlening maakte kennis met de migrant en startte in 1980 met specifieke hulpverlening aan Turken en Marokkanen. In 1990 is de term 'migrantenhulpverlening' binnen de organisaties gelanceerd. De cultuur en socio-economische situatie vormden een verklarend referentiekader voor gedrag van de Turkse en Marokkaanse gastarbeiders. De hulpverlener diende over culturele kennis te beschikken: kennis van geschiedenis, waarden, normen, opvattingen, gedragingen, enz. van de gastarbeiders-cliënten.

In het jaar 2000 werd de term 'migrantenhulpverlening' veranderd in 'interculturele (transculturele) hulpverlening'. Niet de cultuur van de allochtone cliënt was het probleem maar de ontmoeting met de 'andere cultuur'. De hulpverlening specialiseerde zich in 'interculturele

communicatie' en omgaan met 'verschil': cultureel bewustzijn staan centraal. De professionals stonden open voor verschillen en veranderende attitudes en zijn zich bewust van de eigen culturele identiteit (zelfkennis). Ze hebben begrip voor de complexiteit van diversiteit, waarbij verschillende factoren tegelijkertijd een rol kunnen spelen.

In 2010 sprak men over 'cultuur sensitieve hulpverlening'; een hulpverlening die gevoelig is voor de cultuur en cultuurverschillen zonder een waardeoordeel te hebben. Het begrip voor verschillen binnen/tussen culturen, het herkennen en erkennen van de dynamiek van verschillen, macht en invloed van cultuurverschillen, het beschikken over culturele empathie, het zich kunnen inleven in andere culturen, ze waarderen, en de meerwaarde zien van diversiteit.

Momenteel wordt er gesproken over 'diversiteitsbewuste hulpverlening'. Diversiteit wordt gezien als meer dan culturele verscheidenheid. Hulpverleners dienen te kunnen omgaan met verschillen in leeftijd, geslacht, sociaaleconomische situatie, maar ook culturele achtergrond. Aandacht voor individu, cultuur, en context wordt belangrijk geacht (Balli, 2014).

Dit laatst valt volgens Struijs en Wennink (2000) onder de term 'interculturalisatie van de gezondheidszorg'. Hierbij worden de voorzieningen in de gezondheidszorg cultuurgevoeliger gemaakt, zodat de hulpverleners de cliënten met het nodige begrip en respect kunnen behandelen. Op die manier zullen de culturele waarden, normen, en de culturele achtergrond van de cliënten beter begrepen worden en zal de cliënt zich ook meer gerustgesteld voelen. 'Voor de uitvoering van de zorg en de professionaliteit van de hulpverleners betekent interculturalisatie differentiatie van de zorg'. Differentiatie van de zorg betekent echter dat het zorgaanbod niet altijd voor iedereen uniform en identiek zal zijn. Immers, juist om de doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit, en effectiviteit van de zorg te bereiken zijn soms specifieke maatregelen nodig om drempels weg te nemen, om communicatieverschillen te overbruggen, of om een herkenbaar en vertrouwenwekkend klimaat te bieden' (Struijs en Wennink, 2000). Op voorwaarde dat interculturalisatie rekening houdt met de diversiteit van de cliënt, waarbij de hulpverlener een kwalitatief betere en respectvolle relatie beoogt. Dit zal niet alleen allochtone cliënten ten goede komen, maar kan ook een kwaliteitsverbetering betekenen voor alle cliënten (Struijs en Wenninck, 2000).

2.4 Kloof tussen Zorgbehoefte van Allochtonen en Zorgaanbod in GGZ

Uit een onderzoek is gebleken dat Turken minder gebruik maken van de conventionele gezondheidszorg en dat ze frequent een beroep doen op een traditionele, vaak religieuze genezers voor psychische en somatische klachten, maar ook voor sociale en relationele problemen (Levecque et al., 2006).

Een verklaring hiervoor kan zijn dat er gebrek aan informatie is. Volgens Ferrant (2007) en Gailly (2008) kennen mensen het zorgaanbod in de GGZ niet voldoende en weten dus ook niet waar ze met psychische problemen terecht kunnen.

2.4.1 Algemene factoren drop-out.

2.4.1.1 Therapietrouw.

Een mogelijk oorzaak over het belang van samenwerkingsrelatie is het therapietrouw. Zowel cliënt als hulpverlener kunnen de verantwoordelijkheid op zich nemen om een behandelingsstrategie uit te werken en te voeren, waaraan de cliënt zich kan houden (De Bock, Bruckers & Coune, 2010).

2.4.1.2 Continuïteit van zorgaanbod.

Volgens een onderzoek naar de continuïteit van zorgaanbod in een ambulant Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn er mogelijke oorzaken van no-show te duiden. Ze situeren zich op het niveau van de organisatie van het zorgtraject en op het niveau van de therapeutische relatie zelf. Een groter percentage no-show gedurende een zorgperiode voorspelt significant een hogere kans op drop-out. Dit kan een belangrijk signaal naar hulpverleners toe zijn: het opvolgen van cliënten die wegblijven zonder te verwittigen is tegelijk een percentage van drop-out. Meer activiteiten in een zorgperiode geven meer kans op drop-out, hoewel die kans vrij stabiel blijft vanaf het vijfde face-to-face contact. De eerste gesprekken zijn dus in grote mate bepalend voor het al dan niet verderzetten van het zorgtraject (De Bock, Bruckers, & Coune, 2010).

2.4.1.3 Procedure bij de aanvang van een zorgproces.

Uit het onderzoek van De Bock, Bruckers, en Coune (2010) blijkt dat verschillende factoren een invloed hebben op het zorgproces: de procedure die gevolgd wordt voor de aanvang van de therapie kan leiden tot no-show, duidelijke communicatie over de verwachtingen van de hulpverlener en de cliënt kan de kans dat no-show optreedt verkleinen. Dit geldt inzonderheid voor het uitspreken van verwachtingen inzake afspraken. Indien er lange wachtlijsten of wachttijden zijn, kunnen hulpverleners meer druk ervaren om nieuwe patiënten in de agenda op te nemen en dit ten nadele van mensen die wegblijven op een afspraak, met een niet-daling van de no-show tot gevolg (De Bock, Bruckers, & Coune, 2010).

2.4.1.4 Therapeutische relatie.

De therapeutische relatie wordt bepaald door kenmerken van enerzijds de cliënt en anderzijds de hulpverlener, en door de interactie tussen beide. Hypothesen zijn onder andere dat patiënten met bepaalde kenmerken meer kans hebben om weg te blijven zonder verwittiging.

Voorbeelden zijn mensen in kansarmoede en mensen met persoonlijkheidsstoornissen (De Bock, Bruckers, & Coune, 2010).

2.4.1.5 Verwachtingen.

Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat vooral de match tussen patiënt-verwachtingen, kenmerken van de hulpverlener en aard van de hulpverlening van belang zijn. Hoe groter de match qua ziekte-theorie, genezingstheorie en gezondheidstheorie, hoe groter de therapietrouw. Ook hulpverlenerskenmerken (leeftijd, ervaring, therapeutisch kader,...) op zich kunnen no-show beïnvloeden (De Bock, Bruckers, & Coune, 2010).

2.5 Gevolgen van Drop-out op Micro-, Meso- en Macro niveau

2.5.1 Gevolgen voor patiënten.

Volgens De Bock, Bruckers, en Coune (2010) is er het risico dat de patiënt niet voldoende kan vooruitgaan. Indien hij zijn behandeling/begeleiding volledig stopzet, ervaart hij niet de voordelen van een volledig afgeronde therapie/therapeutische relatie, wat zeker voor een aantal pathologieën belangrijk is.

2.5.2 Gevolgen voor hulpverlener.

Hierover is zeer weinig literatuur te vinden. Hoe dan ook zal het weinig hulpverleners onverschillig laten indien een patiënt tijdelijk of definitief wegblijft. Het kan de moeite lonen na te gaan hoe de hulpverlener vanuit een persoonlijke dynamiek zelf emotioneel reageert op het voorkomen van no-show. Met andere woorden, tegenoverdrachtelijke reacties kunnen resulteren in effecten op het zelfvertrouwen, een idee van falen induceren, enz. en deze reacties kunnen mee het handelen bepalen. Voorbeelden zijn: niet reageren op no-show, blijven aanklappen, enz. (De Bock, Bruckers, & Coune, 2010).

2.5.3 Gevolgen voor organisatie.

Indien de patiënt wegblijft met voorafgaandelijke verwittiging, wordt er voor zover mogelijk voor gezorgd dat deze tijd herpland wordt met face-to-face afspraak of gebruikt wordt voor noodzakelijk administratie of overleg. Echter, indien deze afwezigheid gebeurt zonder voorafgaandelijke verwittiging (no-show) is het organisatorisch moeilijk deze tijd efficiënt te herplannen. Gezien de beperkte financiële middelen van een CGG heeft dit aanzienlijk invloed de geboden zorg (De Bock, Bruckers & Coune, 2010).

2.6 Uitdagingen

De echte uitdaging voor de zorg bestaat uit het realiseren van de interculturele dialoog door de interculturele competenties van cliënten, hulpverleners, en directieleden te bevorderen (Talloen,

2007, 2008). Dat veronderstelt dat er aandacht is voor de volgende drie componenten die elkaar nodig hebben, ondersteunen, en aanvullen (Talloen, 2007, 2008; Olthuis, 2001; Ang, 2007).

(1) Houding: deze component belichaamt attitudes zoals medemenselijkheid, respect, empathie, inzet, nieuwsgierigheid, en aanvoelen. Het doel is om inzicht te krijgen in de waarden en ideeën van mensen met een andere culturele achtergrond. Hierbij zijn inzicht in en bewustzijn van de eigen culturele waarden, normen, en vanzelfsprekendheden belangrijk.

(2) Vaardigheden: centraal staan de vaardigheden om de specifieke leefwereld, ideeën, en behoeften van een persoon met een andere culturele achtergrond te kunnen achterhalen en bespreken. Het gaat dan om gespreksvaardigheden zoals actief en geduldig kunnen luisteren, vragen stellen, enz.

(3) Kennis: hier staat het belang van het verwerven van kennis over gedrag, ideeën, of dieperliggende kenmerken van een cultuur (zoals emoties, gehechtheden, gevoeligheden, enz) centraal, doch met het cruciale besef dat kennis altijd beperkt zal zijn en op zich geen oplossingen zal bieden voor een bepaald probleem.

Het bevorderen van de interculturele competenties gaat over het omgaan met culturele diversiteit en kan alleen worden verworven via interactie en dialoog. Dat impliceert dat situaties steeds moeten worden geïnterpreteerd met voldoende contextsensitiviteit en bereidheid om de dialoog aan te gaan. Het is een continuerend proces met een eigen tempo en dynamiek, waarvoor er geen standaardstrategie bestaat.

3 Methode

In dit gedeelte wordt het methodologisch kader duidelijk. Deze masterproef is een kwalitatief onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van semigestructureerde interviews.

3.1 Onderzoeksvraag en –doelstelling

Deze studie gaat de factoren na die ten grondslag liggen aan drop-out bij Turkse cliënten in CGG. Zowel het verhaal van de aanbodkant (hulpverleners) als van de vraagkant (cliënten) over de mogelijke redenen van drop-out wordt onderzocht. Naast de oorzaken worden maatregelen en mogelijke oplossingen, adviezen en tips bevraagd om drop-out binnen CGG te verminderen en voor te komen.

Volgende hoofdonderzoeksvragen werden gesteld aan de hulpverleners: (1) Traject: hoe komen de Turkse vrouwen terecht in CGG? Zijn ze voldoende geïnformeerd over CGG bij aanvang van de psychotherapie? (2) Oorzaken drop-out. Verwachtingen: worden de verwachtingen besproken bij de aanvang van de gesprekstherapie? Klachtenpresentatie en ziekte-inzicht: hebben de cliënten klachten die specifiek zijn voor de doelgroep? Taal: speelt taalverschil een rol bij dropout? Wordt er gebruik gemaakt van een tolk? Zijn de cliënten de Nederlandse taal machtig en worden de gevoelens, bedenkingen goed uitgedrukt? Culturele achtergrond: heeft het verschil in

culturele achtergrond een impact op de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt? (3) Signalen van drop-out: wat zijn mogelijke signalen bij drop-out? (4) Maatregelen: worden er maatregelen genomen om drop-out onder allochtonen te voorkomen of te verminderen? (5) Aanbevelingen: welke mogelijke tips en adviezen zijn er om het drop-outpercentage bij allochtonen te verminderen?

Zowel de vraag- als de aanbodkant werden in het onderzoek opgenomen. De onderstaande vragen werden gesteld aan de cliënten. (1) Traject: hoe kwam de cliënt terecht in CGG? Werd ze voldoende geïnformeerd vooraleer ze terechtkwamen bij de psychosociaal hulpverlener? (2)

Oorzaken drop-out.

Verwachtingen: werden de verwachtingen van de hulpverlener besproken? Klachtenpresentatie: met welke klachten kwam de cliënt terecht in CGG? Taal: is het taalverschil tussen de hulpverlener en de cliënt belangrijk voor een gesprekstherapie? Hoe kijkt de cliënt naar een tolk tijdens de therapieën? Culturele achtergrond: zou verschil in culturele achtergrond tussen cliënt en de hulpverlener een effect hebben op drop-out? (3) Signalen van drop-out: Verwittigde de cliënt de hulpverlener weten in verband met het beëindigen van de behandeling? (4) Maatregelen: werden er maatregelen genomen om drop-out te vermijden? (5) Aanbevelingen: vragen naar tips en adviezen om drop-out te verminderen.

3.2 Onderzoeksgroep

Voor het huidig onderzoek werden de ervaringen en belevingen van de hulpverleners in het Centra Geestelijke Gezondheidszorg bevraagd in verband met drop-out bij de tweede generatie Turkse vrouwen. We streefden naar een zo groot mogelijke diversiteit binnen de groep hulpverleners die ruime ervaring hadden met allochtonen in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg wat betreft discipline, leeftijd, culturele afkomst, en regio.

In totaal namen drie hulpverleners van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg deel aan het onderzoek. Zij hadden verscheidene jaren ervaring en de populatie waarmee ze werkten waren allochtone en autochtone volwassenen cliënten. De psychologen werkten met eerste-, tweede- en derde generatie allochtone cliënten. De problematieken waarrond deze hulpverleners werken omvatten hoofdzakelijk persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen, mentale beperkingen, psychosen, en posttraumatische stressstoornissen. Twee hulpverleners hebben een masteropleiding psychologie gevolgd. De psychotherapeute heeft een opleiding als psychiatrische verpleegkundige genoten. De hulpverleners hebben allen een therapeutische opleiding gevolgd die bestond uit verscheidene therapeutische benaderingen onder andere systeemtherapie en clientcentered therapie. De twee psychologen waren van Turkse afkomst en de psychotherapeute was van Vlaamse afkomst. Hun ervaring binnen het werkveld varieerde van 2,5 tot 12 jaar. Een Turkse psychologe was actief binnen het Steunpunt voor Cultuur Sensitieve Zorg.

Naast de ervaringen en belevingen van de hulpverleners in Centra Geestelijke Gezondheidszorg werden ook de ervaringen en de belevingen van de cliënten bevraagd in verband met drop-out bij de tweede generatie Turkse vrouwen. Voor de selectie van de cliënten werden enkele criteria gehanteerd; (1) Turkse afkomst, (2) tussen de 18 en 30 jaar, en (3) drop-out in psychotherapie binnen het CGG. Op basis van deze criteria contacteerden ons in totaal 10 personen. Helaas werden er slechts drie cliënten weerhouden omwille van de criteria waarop we ons onderzoek gebaseerd hebben. Drie cliënten waren van de eerste generatie, hierdoor behoorden ze niet tot onze doelgroep. De overige vier cliënten waren niet in een CGG maar in andere instellingen zoals een ziekenhuis, Centrum Algemeen Welzijnswerk, of in een privépraktijk op therapie. De cliënten wisten het verschil niet goed tussen een CAW, CGG, privé-psycholoog, en een ziekenhuispsycholoog.

Hieronder worden de gegevens van de deelnemers weergegeven.

Tabel 1 geeft een overzicht van de cliënten weer. De persoonskenmerken zoals het geslacht, de leeftijd, de opleiding, en hun huidige uitgeoefende functie zijn verwerkt binnen de tabel.

Tabel 1: Overzicht cliënten

Label	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Functie
C1	Vrouw	25	Bachelor Rechtspraktijk	Vrijwilliger voor bijles
C2	Vrouw	24	Bachelor Orthopedagogiek	Student
C3	Vrouw	26	Secundair Onderwijs	Huisvrouw

Tabel 2 geeft een overzicht van de geïnterviewde hulpverleners weer. De persoonskenmerken zoals het geslacht, de leeftijd, de opleiding, en hun huidige functie zijn verwerkt binnen deze tabel.

Tabel 2: Overzicht hulpverleners

Label	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Functie	Periode actief in CGG

HV1	Vrouw	38	Master in de klinische psychologie, opleiding systeemtherapeut en EMDR	Klinisch psycholoog + auteur	12 jaar
HV2	Vrouw	28	Master in de klinische psychologie, opleiding EMDR	Klinisch psycholoog	2,5 jaar
HV3	Vrouw	60	Bachelor psychiatrische verpleegkunde, opleiding psychotherapeute	Psychotherapeute	15 jaar

3.3 Dataverzameling

De hulpverleners werden gerekruteerd op verschillende manieren. Eerst werd er deelgenomen aan een panelgesprek dat georganiseerd werd door Stad Gent. Het onderwerp was over geestelijke gezondheidszorg binnen de allochtone gemeenschap in Gent. De deelnemers en het publiek waren hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. Onder andere klinisch psychologen, psychiaters, huisartsen, en maatschappelijke werkers namen deel aan deze activiteit. Daar werd kennisgemaakt met de hulpverleners en werden ze geïnformeerd over het onderzoek. Verder werd er een e-mail opgesteld om de klinische psychologen die in de CGG werken uit te nodigen voor deelname aan ons onderzoek. In de e-mail werden de doelstellingen van het onderzoek toegelicht en werd toestemming gevraagd om hen te mogen interviewen. Er werd eerst telefonisch contact opgenomen om het onderzoek te schetsen. Daarna werd er een e-mail verstuurd naar de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. In totaal werden vijf Centra Geestelijke Gezondheidszorg gecontacteerd namelijk Brussel, Gent, Antwerpen, Mechelen, en Genk. Bovendien werd er een e-mail verstuurd naar een klinisch psycholoog die werkzaam was in het CGG te Lokeren. Uiteindelijk hebben als gevolg van de mails hulpverleners met een werkervaring in CGG Gent, Brussel, en Lokeren zich kandidaat gesteld.

Voor de rekrutering van de cliënten werden ook diverse kanalen gebruikt. Ten eerste zijn de Turkse verenigingen gecontacteerd die op hun beurt hun leden een mail gestuurd hebben. Ten tweede werd er een flyer opgemaakt (bijlage 2) die opgehangen werd bij moskee verenigingen en

andere vzw verenigingen zoals Compactuna en Vincit. Daarnaast werden groepen op sociale media, die Turkse vrouwen als volgers hebben, benaderd om onze flyer mee te delen waardoor we geschikte cliënten konden rekruteren. Als laatste stap werden de familieleden, vriendengroepen, en alle sociale netwerken van de onderzoekers ingezet om via mond aan mond reclame geschikte participanten op te sporen.

We besloten om een kwalitatief onderzoek uit te voeren door semigestructureerde interviews af te nemen van de deelnemers. Deze interviews duurden 45 à 60 minuten. Het gevoel, de ervaring, de belevenissen, en de mening van de deelnemer staan centraal. Semigestructureerde interviews geven een houvast om de interviews succesvol af te nemen en een systematiek in het onderzoek te verzekeren.

3.4 Onderzoeksmethoden

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen werden twee acties ondernomen; het uitvoeren van een literatuuronderzoek en het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek door middel van het afnemen van semigestructureerde interviews.

Bij een eerste zoektocht in de literatuur was er informatie beschikbaar over drop-out van allochtonen in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Voor België was er geen specifieke onderzoek over drop-out in Centra Geestelijke Gezondheidszorg bij allochtonen. Een tweede zoekactie werd gedaan in de catalogus van de bibliotheek van VUB. Dit leverde ons ook enkele artikels op over drop-out. Via de referenties van de gevonden informatie werden andere relevante studies gevonden die op hun beurt toegang gaven tot nog meer relevante bronnen ('snowballsampling'). De boeken, artikels, en rapporten die weerhouden werden voor het onderzoek kunnen binnen de volgende thema's gegroepeerd worden: drop-out, allochtonen en geestelijke gezondheidszorg, behoeften en noden van allochtonen in geestelijke gezondheidszorg, interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg, verklaringsmodellen van allochtonen over psychologische problemen, enz.

Het tweede onderzoeksgedeelte bestond uit het afnemen van semigestructureerde interviews van hulpverleners. In het onderzoek staan de ervaringen en belevingen van de hulpverleners centraal, hiervoor opteerden we voor half- of gedeeltelijk gestructureerde interviews. Het doel van een open interview is het verzamelen van informatie uit mededelingen van ondervraagde personen, om zo een vooraf geformuleerde vraagstelling te beantwoorden, deze informatie kan meer of minder gestructureerd worden (Baarda et al., 2005). Er werd een interviewschema opgesteld dat we gebruikten tijdens het interview. De inhoud van het interviewschema werd samengesteld op basis van de onderzoeksvragen en het literatuuronderzoek. Deze vormden een leidraad voor thema's die aan bod dienden te komen. Hierbij werd ingegaan op

de informatie die deelnemers aanbrachten, omdat we tot doel hadden zo dicht mogelijk bij de belevingswereld van de respondent te blijven. De deelnemers ondertekenden, voorafgaand aan het interview, een 'informed consent' waarin zij hun toestemming gaven om het interview digitaal op te nemen en de gegevens te gebruiken. Het anoniem verwerken van de interviews werd verzekerd. De digitale opnames van de interviews zullen ter beschikking zijn bij de promotor van dit onderzoek.

3.5 Data-analyse

Binnen een kwalitatief onderzoek staat de betekenisgeving centraal. Om de verworven informatie uit de interviews van de hulpverleners en de cliënten te analyseren en te interpreteren werd er gebruik gemaakt van thematische analyse. Thematische analyse wordt bij kwalitatieve onderzoeken gebruikt om thema's te identificeren, analyseren, en rapporteren (Braun & Clarke, 2006). De inhoud van de interviews wordt aan een thema toegewezen. Hierdoor worden de inhoud en de complexiteit van de betekenissen gemakkelijker begrepen (Braun & Clarke, 2006). Eerst en vooral werden de interviews letterlijk uitgetypt. Daarna werden de transcripties meerdere keren nagelezen, de relevante zinnen werden aangeduid, en genoteerd aan de kantlijn. Vervolgens werden de overkoepelende thema's bestudeerd. Na het samenvoegen van dezelfde onderwerpen, werden de verschillende thema's verfijnd. Tenslotte werden de thema's gedefinieerd en vastgelegd. De bedoeling is om de essentie van elk thema kort en duidelijk weer te geven (Braun & Clarke, 2006). Thema's komen aan bod om tot slot een terugkoppeling naar de literatuur te maken. Om de anonimiteit te bewaren kan men de transcripties in de bijlage niet raadplegen, wel zijn de opnames van de interviews op CD-rom en USB-stick opgeslagen en samen met de informed consents afgegeven aan Professor Dr. Mark Leys.

4 Onderzoeksresultaten Semigestructureerde Interviews (Hulpverleners)

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden eerst de resultaten van de hulpverleners bestudeerd. Factoren die aan de grondslag liggen van drop-out bij Turkse cliënten werden bevraagd bij drie psychologische hulpverleners in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg te Brussel, Gent, en Lokeren.

4.2 Overzicht

Het traject dat een Turkse cliënte aflegt om een behandeling in een Centra Geestelijke Gezondheidszorg te krijgen kan verschillen van respondent tot respondent.

Wat betreft drop-out bij Turkse cliënten in ons onderzoek spelen het bespreken van de verwachtingen bij de aanvang van de therapeutisch proces zowel door de cliënt als de hulpverlener, klachtenpresentatie en ziekte-inzicht, taal- en communicatieproblemen, werkrelatie en aanbod

binnen Centra Geestelijke Gezondheidszorg, cultuurspecifieke waarden, en afwezigheid op afspraken een belangrijke rol bij het vroegtijdig stoppen van de behandeling bij Turkse cliënten in Centrum Geestelijke Gezondheidszorg.

4.3 Traject

Volgens de ervaringen van de hulpverleners vinden de cliënten hun weg naar het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg niet alleen door professionele doorverwijzers o.a. huisartsen; daarnaast vinden ze op eigen initiatief meestal na opzoeken op het internet of via informele contacten hun weg naar het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg. Sleutelfiguren kunnen ook een belangrijke rol spelen om in behandeling te gaan in CGG.

HV 3: 'Via doorverwijzing via professionele hulpverlener of via eigen initiatief.' HV 2: 'Eigenlijk horen ze van iemand dat er een Turkssprekende psychologe hier in het centrum is.'

HV 1: 'Sommige via internet door te googelen, de meesten via mond aan mond reclame, sommigen door organisaties, sommigen door sleutelfiguren die voor de stad werken, sommigen via groepstherapie (...) minder via de Vlaamse communicatiemiddelen.'

4.4 Oorzaken van Drop-out

In dit deel worden de ervaringen bevraagd bij hulpverleners in verband met hun ervaringen, belevenissen, en meningen over de oorzaken die aan de grondslag liggen van drop-out bij Turkse cliënten in de CGG.

4.4.1 Verwachtingen.

Volgens Hosper, Van 't Hof, Knipscheer, Vollebergh en Bijl (1999) zou er onvoldoende informatie zijn over de verwachtingen in de GGZ. Uit de bevraging van de hulpverleners blijkt dat er geen vaste standaardinformatie is bij de aanvang van een zorgproces over de behandeling binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Om deze reden worden de verwachtingen en het aanbod van het CGG niet standaard gecommuniceerd. Het hangt van de hulpverlener af of tijdens de aanvang van de behandeling over de verwachtingen en het aanbod binnen het CGG worden gesproken.

Een respondente heeft op eigen initiatief voor Turkse cliënten in CGG een informatieve folder samengesteld over de procedure, behandeling, duur, enz.

HV 1: 'Ik had een aantal documenten opgemaakt waarop bijvoorbeeld informatie vermeld staat over hoelang de therapie zou duren. Ik probeerde hen de eerste sessie veilig te stellen en zoveel mogelijk het gevoel te geven dat ze thuis waren.'

Er is een psychologe die vindt dat het zeker nodig is om informatie te geven tijdens de aanvang van het zorgproces.

HV 3: 'Wat psychotherapie kan inhouden, waarvoor mensen hier kunnen zijn, dat doe ik bij iedereen. Dat vind ik nodig in je werk (...).'

Een andere respondente verwoordt de verwachtingen niet vanuit zichzelf. Indien er een andere hulpvraag is die niet overeenstemt met het aanbod van het CGG wordt het wel toegelicht aan de cliënt. Bij de aanvang van de behandeling toetst de respondente wat de verwachtingen zijn van de cliënte.

HV2: 'Cliënten krijgen sowieso een intake bij een collega, het eerste gesprek gebeurt bij een maatschappelijk assistent. Ik denk niet dat ze daar zoveel informatie krijgen. Daarna komen ze bij mij. Ik geef dat ook niet standaard door, maar enkel als er een vraag komt voor 'papierwerk'. Dan leg ik het uit dat ik geen expert ben. Ik leg uit wie er hier dan werkt. Ik doe het niet standaard, maar dat zou wel beter zijn denk ik.'

HV1: Ik vraag dan wat ze van mij verwachten en wat hun doelen zijn enz. Als cliënten bij mij komen, zeggen ze dat ze een luisterend oor nodig hebben. Zij willen vaak gewoon komen om te ventileren, omdat ze niemand in hun omgeving hebben die hen genoeg kan ondersteunen. Over praktische zaken stellen ze ook vragen.'

De psychotherapeute ondervindt vooral bij Turkse cliënten dat ze op voorhand informatie ingewonnen hebben via informele contacten.

HV3: 'Ik heb de indruk dat Turkse gemeenschap elkaar wel goed informeren via informele contacten zoals tantes, vrienden en soms sleutelfiguren in de integratiedienst waar dat ook Turkse mensen werken.'

4.4.2 Klachtenpresentatie en ziekte-inzicht.

De culturele achtergrond beïnvloedt de klachtenpresentatie van de patiënt (Suurmond et al., 2012). De klachtenpresentatie van allochtone cliënten uit zich onder meer in overmatig somatiseren (Suurmond et al., 2012). Uit de interviews blijkt ook dat er een cultureel verschil is in klachtenpresentatie bij Turkse vrouwelijke cliënten.

HV3: 'Ik denk dat Turkse mensen meestal de klachten uiten via somatiek.'

Volgens Bhugra (2004) heeft migratie invloed op het welzijn van een individu. Het proces van migreren, de voorbereidingen die voorafgaan aan migratie, en de stressoren na de migratie zullen individuen op verschillende manieren beïnvloeden en individuen zullen hier ook anders op reageren (Bhugra, 2004). Volgens de respondenten heeft migratie ook een invloed op psychische toestand. Een voorbeeld hiervan is het invloed van discriminatie op de persoonlijkheid en de gevolgen ervan. Onbekendheid met de taal, procedures, en een lage economische situatie bemoeilijken het ziekte-inzicht, waardoor het therapeutisch proces langzaam kan verlopen.

HV 1: 'Migratiefactoren hebben te maken met ontworteling, het heeft te maken met context, dat je die onderscheid maakt is wel belangrijk als hulpverlener.'

HV 2: 'Ik zie van mijn vele cliënten ... dat de autochtone cliënten wel sneller vooruit kunnen in hun leven want zij kennen de taal. Zij kunnen allemaal een of andere bezigheid doen, als ze een depressie hebben kunnen ze gemakkelijk ermee omgaan. Ik heb op dit moment een Vlaamse cliënt van boven de 60 jaar. Doorheen de therapie heeft ze besloten om te scheiden en ze bouwt echt een leven op. Als ik kan vergelijken met mijn andere Turkse cliënten is dat veel moeilijker omdat je dan zegt van "ja echtscheiding, ik ben hier alleen, advocaat vinden is duur en de procedures zijn onbekend." Zonder taalkennis daar bots je tegen heel wat dingen, dat is veel moeilijker. Bij de autochtone cliënte is het gewoon, voor haar is dat vanzelfsprekend, zij gaat ook sneller vooruit in therapie.'

Therapeuten zijn soms niet op de hoogte van bepaalde culturele aspecten en daardoor kan geen onderscheid gemaakt worden tussen wat door de westerse wereld wordt gezien als pathologische symptomen en wat door een andere cultuur wordt gezien als normaal gedrag (Pernice & Brooke, 1996). Volgens de respondenten speelt cultuur een belangrijke rol in de manier waarop klachten worden geuit. Bepaalde ziektebeelden zoals psychose en schizofrenie worden anders beleefd bij Turkse mensen.

HV1: 'Het gedrag hangt af van diagnose, maar bij diagnose moet je ook onderscheid maken met cultuurspecificiteit. Dat is wel belangrijk, dus je moet niet zeggen van dat is een Borderline persoonlijkheidsstoornis, het kan wel zo overkomen, maar er zit een ander laag in. Cliënten met Borderline persoonlijkheidsstoornissen shoppen vaak. Borderline, schizofrenie en psychoses komen in een andere vorm voor bij Turkse mensen. De cultuur bepaalt het. Ik ken mensen die psychotisch zijn en een volledige job hebben en die in vele landen aan business doen. Een psychose bij een Vlaamse patiënt is niet hetzelfde als een psychose bij een Turkse patiënt.'

HV1: Contextuele factoren van discriminatie; zich buiten gezet voelen hebben heel veel effect op de persoonlijkheid en dat is van belang voor de psychose. Soms hebben Turken maar één keer psychose en dan nogmaals op latere leeftijd. Psychoses bij Vlamingen zijn op vroegere leeftijd en wordt ook vaker gepresenteerd. Die functioneren vaak niet meer, zeker als dat tot schizofrenie overgaat. De psychiater waarmee ik werk zegt het ook altijd. Vlaamse cliënten die psychose meemaken zijn zwaardere cliënten. Je kunt er niet mee praten.'

4.4.3 Taal- en communicatieproblemen.

Bij personen met een migrantenachtergrond is vaker sprake van een taalbarrière en miscommunicatie met de zorgverlener (Traylor et al., 2010). Taalbarrières en culturele verschillen zijn sterk aan elkaar gerelateerd aangezien opvattingen, overtuigingen, normen, en waarden geuit worden in taal (Schaafsma et al., 2003).

Het gebruik van een 'tweede' taal kan een hulpmiddel zijn om de taalbarrière ten dele te overwinnen. Het feit dat dit echter niet de moedertaal is van de cliënt kan het uitspreken van werkelijke gevoelens, belevingen, en verhalen erg bemoeilijken (Derluyn et al., 2005). Taal en communicatie zijn van cruciaal belang om accurate klinische informatie te verkrijgen en om een therapeutische relatie op te bouwen met cliënten (Pumagiera, Rogers, & Rothe, 2005). Het ontbreken van een gemeenschappelijke taal tussen cliënt en therapeut is een obstakel om adequate gezondheidszorg te kunnen verschaffen (Bisschoff et al., 2003)

In het onderstaande citaat probeert de hulpverleenster om de gevoelens en de problemen te verwoorden in een gemeenschappelijke taal, waardoor ze moeite toont om de cliënt te begrijpen door empathisch te zijn.

HV 3: 'Meeste mensen hebben allemaal onderwijs Nederlands gevolgd en werken ook in het Nederlands. Ik heb het tot hiertoe niet ondervonden als een probleem. Ik heb de indruk dat er voldoende finesses gekend zijn. Met omschrijvingen kan het ook, ik toets ook heel veel of ik het begrepen heb of het zo bedoeld is met omschrijving met synoniemen. Als ik het niet begrijp of als er een woord is dat het niet zo wordt bedoeld, dan doe ik dat wel, ja uiteraard. Een van de belangrijke dingen die ik vind is dat ik de cliënten heel goed begrijp, dus ik wil ze goed beluisteren en dat wel weten of het juist is wat ze bedoelen.'

Volgens een hulpverleenster kunnen taalproblemen leiden tot communicatieproblemen die het therapeutische proces bemoeilijken en de kans op drop-out verhogen.

HV 1: 'Er was een vrouw die haar man verloor door een bepaalde besmettelijke ziekte. Ik zei dat ze het moest laten nakijken. Er was een soort ontbrekende informatie. Ze zei dat de dokters zeiden dat het niet belangrijk was. De psychiater zei, dat is een vrouw die nonchalant is en de dokters hebben het haar verteld, ze wilt het niet weten. Maar dat klopte niet, dat was een besmettelijke ziekte waaraan haar man is doodgegaan. Toen heb ik gezegd van ik ga eerlijk zijn, laat dat eens nakijken. Er zijn heel vaak communicatiestoornissen. Je mag niet uitgaan van dat is dat of dat, je moet grondig onderzoeken.'

Taal is volgens Derluyn et al. (2005) immers een deel van een identiteit. Het praten in een vreemde taal kan er volgens hen toe leiden dat er een afstand gecreëerd wordt, zodat het moeilijk wordt om op die manier echt te kunnen voelen. In de moedertaal wordt immers vaak over heel andere onderwerpen gesproken dan in een tweede taal (Van Eyken, 2005). Twee hulpverleners melden dat cliënten kiezen voor een Turkstalige psychologe, omdat cliënten zich enerzijds beter kunnen uitdrukken en anderzijds zich ook beter begrepen voelen.

HV 1: 'Ze kiezen eigenlijk voor mij omdat ze denken dat ik ze beter zal begrijpen, omdat ik zelf migrant ben, Turks ben en hun taal spreek.' 'Voor een goede therapeutische relatie vergemakkelijkt het spreken van dezelfde taal alles.'

HV3: 'Het spreken van dezelfde taal vind ik heel belangrijk want dat gaat over nuances.'

Dankzij de tolk kan er een goed therapeutische proces opgebouwd worden om taalproblemen en communicatieproblemen te voorkomen. Maar sommige hulpverleners verkiezen niet met tolken te werken gezien dit de gesprekken vertraagt, de werkrelatie hindert, en meer kosten met zich meebrengt. Ook volgens Derluyn et al. (2005) wordt het werken met tolken nog onvoldoende toegepast in verschillende welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. De reden hiervoor is dat er weinig tolken beschikbaar zijn en dat de kost ervan groot is. Interculturele bemiddelaars daarentegen worden door de hulpverleners positief ervaren, omdat ze gemeenschappelijke culturele achtergrond hebben met de cliënt en relevante culturele informatie kunnen geven aan de hulpverleners.

HV 3: 'Je praat dan met de tolk niet met de cliënt. Dat heeft zeker een invloed als je niet in dezelfde taal kunt spreken. Daar ben ik heel erg zeker van. Maar ik heb er geen ervaring mee. Taal is zo een belangrijk aspect en nuances kunnen aangeven en precies kunnen aangeven hoe dat je dat voelt, hoe dat je dat ervaart, hoe dat je dat bedoelt. We proberen

via omschrijvingen erbij te komen wat de taal is, wat dat betreft is het nog gebrekkig. Voor woord is het gevoel de finesse, dat ik niet kan verwoorden. En wanneer dat dat vertaald moet worden dan gaat er zoveel verloren van kleur, van intensiteit en van ritme.' HV 2: *'Interculturele bemiddelaar van dezelfde cultuur, kan ondersteunend zijn. (...) Soms heb je een goed band met de interculturele bemiddelaar het kan een aanspreekpunt zijn. Als ik iets niet begrijp kan ik culturele vragen stellen aan de bemiddelaar. Ze is dan een stuk steun. Aan de andere kant is dat trager en duurt langer. Er zijn moeilijkheden, er is een angst of de tolk goed aan het vertalen is. Het verloopt niet zo vlot en cliënten krijgen minder voldoening van het gesprek (...) Werken met een tolk kan negatieve impact hebben op de therapeutische relatie, omdat je daar niet direct via taal kan communiceren.'*

Een hulpverleenster zei dat ze niet ingaat op het werken met tolken. Meer dan één van de Turkse psychologen bevestigde dat haar Vlaamse collega's omwille van latente redenen niet met Turkse cliënten willen werken.

HV 3: 'Nee, toch wel, wat wel een belemmerende factor is en waarop ik tot nu toe niet op in gegaan ben is het werken met tolken. Omdat dat wel voor mij compleet iets anders is en waarop ik tot nu toe niet op in gegaan ben, is het werken met tolken. Omdat dat wel voor mij compleet iets anders is (...) er zijn andere collega's die dat wel opnemen, en die dat gewoon zijn van te doen.'

HV 2: 'Er zijn collega's die niet willen werken, ze zeggen dat ze geen tijd hebben om met een tolk te werken. Ik vind het eigenlijk een complex verhaal, ze zeggen dat een ander collega beter werkt met tolken en nemen de cliënt niet op.'

4.4.4 Werkrelatie en aanbod.

4.4.4.1 Match tussen hulpverlener en cliënt.

In de trendrapportage van het Trimbos-instituut (Hilderink, van 't Land en Smits, 2009) wordt er vermeld dat een goede werkrelatie mogelijk wordt gemaakt als de cliënt informatie wilt geven aan de hulpverlener, maar dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie ook tijd kan kosten. Dit komt omdat allochtonen vaker dan autochtone cliënten onbekend zijn met de GZZ, terughoudender zijn, en niet gewend zijn hun probleem buiten de familie, met een vreemde te bespreken. Om te voorkomen dat allochtone cliënten de zorg voortijdig beëindigen, is het belangrijk dat de zorg voldoende aansluit bij de beleving en de verklaringsmodellen van de cliënten (Hilderink, Van 't Land en Smits, 2009).

In het onderstaande citaat wordt volgens een respondente sommige uiterlijke kenmerken door de cliënt gelinkt aan persoonlijkheidskenmerken. Hieronder is er een voorbeeld van een

mismatch die bijna was ontstaan bij een grote gestalte macho cliënt tegenover een kleine en magere psychologe. De cliënt minachtte de therapeutische competentie van de psychologe. Tegen de verwachtingen in paste de respondente haar stijl aan de bruuske cliënt aan wat een positieve indruk maakte bij de twijfelende cliënt. Dit was een herkansing voor de psychologe en het bewijst dat de klinische psycholoog zich moet kunnen afstemmen op het gedrag van de cliënt.

HV 1: 'Hoe ga jij mij kunnen helpen zei een mogelijke drop-out cliënt. Ik toonde de deur en zei dat hij mocht gaan. Hij was niet gewoon dat mensen zo praten tegen hem. Ik heb deze cliënt volledig behandeld. Tijdens de tweede gesprek was het aanwijzen van de deur het meest effectieve therapie zei de cliënt. Cliënten geven vaak nogmaals een kans aan de therapeut tot ze overtuigd worden. Die kwam echt om mij een kans te geven. Hij was de eerste keer nog niet overtuigd.' 'Cliënten willen de therapeut bovendien beschermen. Ze denken dat een therapeut dat niet gaat aankunnen. Ik had een cliënt met grote trauma's. Haar man was vermoord. Toen ze mij voor het eerst zag, zei ze dat ze dacht dat ik het niet zou aankunnen. Ze wou het mij niet aandoen. Ik heb uiteindelijk 8 jaar met haar gewerkt. Cliënten denken soms als de therapeut geen trauma heeft gehad, zal ze me niet kunnen begrijpen. Ze denken dat de therapeut jong is en niet veel levenservaring heeft.'

HV 2: 'Drop-out kan te maken hebben met de stijl van de therapeut.'

4.4.4.2 Vaardigheden, attituden, en kennis.

Intercultureel competente therapeuten zijn zich bewust van hun eigen culturele waarden en vooroordelen. Ze zijn zich ook bewust van het wereldbeeld van de cliënt. Ze waken voor 'culturaliseren' en houden ruimte voor culturele verschillen (Van Dijk & Boedjarath, 2002). Interculturele behandeling stelt extra eisen aan de algemene competenties. Interculturele therapie is een proces van zoeken en aftasten, van navigeren langs verschillende betekeniscontexten, van relativeren van het gangbare, van openstaan voor alternatieve, van doorzettingsvermogen, en van openstaan voor de 'cultuur' van de cliënt in de ruimste zin, of deze cultuur nu etniciteit, leeftijd, sekse, of sociale status betreft (Knipscheer & Kleber, 2005).

4.4.4.3 Aanvoelen.

Het bezitten van bepaalde vaardigheden, attituden, en kennis kan drop-out vermijden. De momenten waarbij het niet zo goed gaat met de cliënt moet je goed kunnen aanvoelen en hierop gepast kunnen reageren volgens een hulpverlener. Deze competenties leer je door ervaring en bovendien leveren ze een positieve bijdrage om drop-out te voorkomen en op maat van de cliënt te werken.

HV 1: 'Competentie van een psycholoog is dat je het kan aanvoelen.'

HV 2: 'Er zijn cliënten waarmee ik een zeer goed contact heb, maar er zijn er waarmee het niet klikt. Dan voel ik dat ze niet langer zullen komen. Ik verwacht misschien veel van mijn cliënten, ik push hen veel om iets te doen. Van de supervisie weet ik dat ik moet opletten dat ik niet teveel push, dan haken ze soms af. Soms willen ze gewoon komen praten en willen ze geen acties nemen.'

4.4.4.4 Machtsafstand.

Een goede afstand-nabijheid relatie tussen de cliënt en de hulpverlener is belangrijk binnen therapeutische gesprekken. De respondenten vinden dat de machtsafstand tussen hulpverlener en cliënt een voorspeller kan zijn van drop-out. Het bewaken van de therapeutische grenzen is cruciaal, maar etnisch culturele gewoonten kunnen door de cultuur van de organisatie als problematisch worden ervaren. Bijvoorbeeld het niet aannemen van cadeaus wordt in het Turkse cultuur als heel ongeleefd beschouwd.

HV 2: 'Als psychologe ben ik warm en open, maar er is altijd een afstand. Ze zien me wel als een autoriteitsfiguur. Ik vind dat er een gezonde afstand is. Vanuit het centrum zijn ze bang dat ik te close zal worden met mijn cliënten. Alle Turkse mensen zijn close. Ze brengen ook cadeaus mee, maar dat wordt hier dan een probleem. Ik neem het aan en geef het aan het team. Het niet aannemen vind ik schaamtelijk. Ik dank de cliënt in de naam van het team.'

4.4.4.5 Sociaal-economische factoren.

Op vlak van opleidingsniveau merken hulpverleners geen verschil tussen Turkse en Vlaamse cliënten.

HV 1: 'Ook bij Vlaamse cliënten is het zelfde, je kan sneller over de drempels heen bij opgeleide mensen. Zij ervaren minder drempels van de organisatie. Die zitten vaak in de middenklasse en de organisatie zit vaak in de middenklasse cultuur. Middenklasse van Turkije en middenklasse van België zijn veel meer met elkaar gelinkt. Culturele afstand is kleiner tussen middenklasse Turk en een Belg.'

HV 3: 'De gesprekken verlopen anders bij cliënten die intellectueel zwak zijn. Zij kunnen minder metalliseren. Zij hebben meer ondersteunende begeleiding nodig. Maar ik kan het niet enkel koppelen aan Turkse mensen.'

Een voorbeeld hiervan is het verschil tussen de Turkse en Belgische cliënten in rolpatronen en de gezinsstructuur. Indien de vrouw economisch afhankelijk is van haar partner kan de vrouw afhaken. Het inwonen bij schoonouders die de therapieën niet toelaten kan leiden tot drop-out.

HV 1: Voor ze naar een psycholoog gaan, vinden ze heel veel informatie. De wegblijvers zijn mensen die niet veel gerust gesteld zijn, zij zitten met heel veel angsten. Er zijn verschillende redenen, de angst om te veranderen, de weerstand, het niet weten wat een therapeut kan bieden, de tijd en de afstand. Weerstand van de familie; de man en de schoonmoeder die geen toestemming geven. Mannen betalen de therapie, zij moeten ook toestemming geven.'

4.4.4.6 Etnische matching.

Uit de literatuur blijkt dat sommige allochtone GGZ-clienten het belangrijk vinden dat hun hulpverlener dezelfde etnische achtergrond heeft. Etnische matching zou dan een middel kunnen zijn om drop-out van allochtone cliënten te verminderen (Hilderink, van 't Land en Smits, 2009). Deze behoefte wordt niet door alle respondenten even sterk gezien. Het wordt zelfs door een respondente positief benaderd, omdat een derde vanuit een andere cultuur een andere opvatting kan hebben.

HV 2: 'Ik geloof niet dat ik betere begeleidingen zal geven, omdat ik ook Turks ben. Een ander psycholoog met een andere culturele achtergrond kan ook zeer goed werken. Je hebt dan een culturele afstand, een derde die vanuit een helikopterview kan kijken. Zelfde culturele achtergrond hebben is voor mij niet van belang.'

4.4.5 Cultuurspecifieke waarden.

Uit de bevindingen kunnen bepaalde culturele waarden een invloed hebben op drop-out volgens de respondenten. Taboethema's liggen gevoelig, scheiden is bijvoorbeeld binnen sommige culturen een taboe. Een hulpverlener kan snel een etiket krijgen door de gemeenschap, omdat ze een invloed zou hebben op de scheiding van een koppel. Een psycholoog die werkt binnen de pleegzorg of in een vluchthuis wordt niet als positief ervaren. Een ander voorbeeld is het taboethema homoseksualiteit, dit wordt ervaren als een schande voor de familie en daarom houden ze dit zoveel mogelijk geheim. Ook uit de literatuur blijkt dat cliënten moeite ondervinden in gesprekken (Broers & Eland, 2000), hieraan liggen angst, schaamte, en wantrouwen ten grondslag; vooral Turkse cliënten zouden roddel of veroordeling binnen de Turkse gemeenschap vrezen (Hofstede, 1991). Gevoelens van schaamte en angst voor gezichtsverlies zijn kenmerkend voor collectivistische culturen en samenlevingen (Hofstede, 1991). Misbruik is ook een voorbeeld van

een taboethema, dit wordt zoveel mogelijk geheim gehouden. Overeenstemming van culturele waarden en normen kan een positieve invloed hebben op de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener.

HV 1: 'Vluchthuizen zijn grote angsten van vrouwen. Vluchthuizen of kinderen die geplaatst worden. Er circuleren heel veel verhalen voorbeeld een vrouw die depressie heeft en door een psycholoog kan zorgen dat haar kinderen geplaatst worden. Een ander voorbeeld als ze vertellen dat hun man hen slaat dat ik het zal melden aan een vluchthuis. Deze verhalen leven bij mensen.' 'Drop-out is groter ook bij taboethema's zoals schaamte en homoseksualiteit, omdat je de angst hebt om het open te stellen. Er was een familie en die waren bij een seculiere psycholoog geweest. Ze zei "jullie hebben 26 jarige dochter, jullie moeten haar vrij laten; ze mocht alleen wonen met een vriendin. Cliënt voelde zich achterlijk en traditioneel. Ze zeiden dat ze een ander soort psycholoog nodig hadden en zijn bij mij gekomen. Sommige thema's zijn gevoeliger. Het heeft iets met normen en waarden te maken. Bril van de cliënt is belangrijk. Deze mensen hebben last met het uitleggen wat ze voelen. Ze zoeken naar hulpverleners waar ze zich goed op hun gemak voelen en waar ze niet moeten verantwoorden'.

HV 3: 'Als ik vraag of haar moeder weet dat ze misbruik heeft gekend van een buurman of een goede vriend van thuis, antwoordt ze dat het absoluut niet kan. Ik vind het een grote openheid. Mensen zeggen bij ons kan dat niet, in onze gemeenschap wordt dat niet gedaan. Ze zeggen het met zoveel woorden. Zo expliciet wordt het vernoemd.'

4.4.6 Afwezigheid tijdens afspraken.

Onaangekondigd afwezig zijn op afspraken wordt door respondenten aangegeven als een signaal van drop-out. Ook uit een onderzoek van De Bock et al. (2010) kan afwezigheid op afspraken, onaangekondigde afwezigheid, of onregelmatige aanwezigheden van de cliënten een signaal zijn van drop-out. Uit de bevindingen zijn er cliënten die andere activiteiten voor nemen en de kracht niet vinden om te werken aan hun klachten. Regelmaat wordt volgens twee respondenten als een belangrijke vereiste gezien voor een goede behandeling.

HV 1: 'Afhakers komen vaak in minder frequente categorieën voor. Drop-out bouw je eigenlijk op als je de cliënt niet frequent ziet bijvoorbeeld een keer op de maand of twee keer om de maand, dat wordt een afspraak in een keer om de vier maand en dan merk je dat het precies genoeg is voor de cliënt.'

HV 3: Wanneer het een therapeutisch proces is vind ik dat het een keer om de veertien dagen genoeg kan zijn. Tussendoor gebeurt het meest in het veranderingsproces. Sommige

mensen vragen niet om wekelijks te komen, omdat zo een gesprek zodanig veel kan losmaken en dat ze het veel kan bewerkstelligen. Ze willen goed functioneren. Als mensen dieper zitten komen ze moeilijker naar de therapie. Ze hebben de kracht er niet voor. Dat is algemeen zo bij alle cliënten.'

HV 3: 'Er is eerder slordigheid naar het wel of niet nakomen van een afspraak. Ik heb een jonge vrouw in therapie die begin de dertig is en die vaak niet komt, ook al heeft ze een afspraak. Ze liet haar werk voor gaan. Ze laat de afspraak niet voorgaan. Als je een therapeutisch proces wil aangaan moet er zeker een regelmaat zijn. Je kunt niet van een proces spreken een keer om de twee maanden. Ik heb het met haar besproken of ze wel echt ene therapeutisch proces wilt en of het echt nodig is. Ik heb haar verteld dat we elkaar op regelmatige tijdstippen kunnen zien. Ze heeft zich toen akkoord verklaard om elkaar regelmatig te zien en vroeg om minder afspraken te maken. Ook omdat ik denk dat het stilaan een einde aan het komen is.'

4.4.7 Maatregelen.

Zo is het volgens Kortmann (in Verhagen & Van Megen, 2012) en Blom (in Verhagen & Van Megen, 2012) de zaak dat behandelaars proberen aan te sluiten bij het denken en handelen van patiënten om het vertrouwen te winnen en een goede behandelrelatie te ontwikkelen. De behandelaars kunnen zo aansluiten bij de culturele en religieuze achtergrond.

Er zijn maatregelen die de CGG nemen om drop-out te verminderen, ook hulpverleners nemen maatregelen om drop-out te voorkomen op persoonlijk niveau, zoals het opbellen van cliënten als ze niet naar hun afspraken komen. Het organiseren van groepstherapie zodat er een aanbod is voor allochtonen, het versturen van een brief dat de therapie zal afsluiten, op huisbezoek gaan als de cliënt er niet kan geraken, er wordt enkele maanden gewacht om het dossier af te sluiten. Een afsluitingsgesprek gebeurt zelden bij Turkse cliënten. Onderstaande citaten illustreren de maatregelen die worden genomen door de CGG.

HV 1: 'Er zijn initiatieven die de organisatie zelf onderneemt om drop-out te verminderen zoals cultuur sensitieve zorg. Via het elektronische patiëntendossier krijgen we ook waarschuwing om mensen op te volgen. Er is een Turks sprekende groep voor nabestaanden. Nabestaanden die iemand heeft verloren door zelfmoord. CGG en Turkse Unie werken samen, omdat er een regelgeving is waarop er vermeldt staat dat Vlaams geld niet mag gebruikt worden voor anderstaligen. Er zijn ook Turkssprekende hulpverleners.'

HV 3: 'Op organisatorisch vlak wordt er heel veel werk van gemaakt. Er wordt een

wergroep kortdurend opgestart om te kijken hoe drop-out kan verminderd worden. Hoe de niet nagekomen afspraken kan verminderd worden. Niet specifiek voor Turkse mensen, maar heel algemeen, want er is een heel grote drop-out. Voor Turkse mensen is er een collega die vormingen gaat geven twee keer op een jaar. Vijf halve dagen in Stedelijke Integratiedienst voor de Turkse gemeenschap. Ze krijgen een brief. Ze krijgen een vermelding dat het dossier wordt afgesloten en dat ze later opnieuw altijd terug contact mogen opnemen als ze nood hebben.'

HV 3: 'Wanneer ik niet gerust ben kan het wel gebeuren dat ik hen opbel. Als mensen hier echt niet geraken, kan ik zeer uitzonderlijk naar huis gaan, maar zeer uitzonderlijk. Er zijn collega's die gemakkelijker op huisbezoek gaan. Voor mij is het niet evident ik kom met de trein en fiets. Voor mij zal dat heel intensief zijn.'

Bovendien nemen hulpverleners ook maatregelen afhankelijk van de soort problematiek van de cliënt. Zo zal de psychotherapeute gemakkelijker een cliënt met depressie contacteren bij afwezigheid omwille van haar bezorgdheid en de risico's voor de cliënt.

HV 3: 'Ik heb eerder de neiging van therapieproces is de verantwoordelijkheid van de cliënt. Ik bespreek het op voorhand. Het kan een moment zijn van persoonlijke worsteling en het wel of niet aankunnen van de interactie. Het vraagt een zekere stabiliteit, omdat de cliënt van een instabiel moment komt. Ik ga ook na of ze verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun proces. Dat ze zelf hun verantwoordelijkheid nemen en dat ik niet achter hen moet gaan. Bij mensen met een ernstige depressie is dat iets anders, dan ga ik zelf contact opnemen.'

'Een vrouw die majeure depressie heeft komt niet naar haar afspraak. Ik bel haar dan op en ze maakt opnieuw een afspraak. Ze vergeet die afspraak doordat ze weinig perspectieven heeft. Maar telkens als ik haar bel maakt ze wel een afspraak. Ik bel haar op omdat ik eigenlijk bezorgd ben om haar en omdat ze kinderen heeft om wie ik zorgen over maak. Op die manier behouden we contact met elkaar. Er blijft een verbinding. De huisarts wordt ook op de hoogte gebracht. Haar huisarts laat haar ook weten dat ze een afspraak heeft. Heeft dat te maken met het Turks zijn of met haar problematiek dat weet ik niet. Ik heb het eigenlijk aan haar problematiek geweten.'

Afsluitingsgesprekken komen volgens een psychologe zelden voor bij drop-out. Turkse cliënten laten niets meer horen van zichzelf. De reden hiervoor is dat ze niet onbeleefd willen zijn en als excuus geven ze andere redenen aan.

HV 2: 'Stoppen met de therapie, dat is altijd raar. Dat gebeurt nooit van uw probleem is opgelost, we hebben hier twee jaar aan gewerkt. Cliënten stoppen eerder als ik het idee heb van wij gaan hier bijna afronden, maar ze komen opeens niet. Mensen zijn vaak beschaamd om het te zeggen. Die zullen een ander excuus vinden bijvoorbeeld "ik ben terug gestart met mijn werk en voel me goed, maar ik zal je zeker bellen". Ik zeg dat ik het dossier dan zal afsluiten, dat willen ze ook niet. Ze zeggen dat ze me zeker zullen terug bellen. Ik wacht nog een maand of twee en sluit het dossier af. Ik denk dat ze zelf het gevoel hebben van ik heb hier uitgehaald wat ik wou halen en dan stoppen ze. Ik wil eigenlijk op een ander manier afsluiten door een afsluitingsgesprek, maar dat gebeurt niet vaak. Bij autochtonen is dat wel duidelijk. Ze zeggen dat ze zullen stoppen en niet zullen komen. Cliënten die met een tolk komen is het erger.'

'Ik wacht ook soms 6 maanden, want gisteren kreeg ik een waarschuwing van die cliënt heb je al 6 maanden niet gezien, dan moest ik het wel afsluiten.'

HV 3: 'Als iemand niet komt en die laat niets weten dan bel ik na een tijdje op. Na twee weken bel ik ze op en geef een afspraak en als ze niet komen bel ik niet meer op. Ik verwacht dat ze zelf terugbellen en als ze dan niet terugbellen dan sluit ik het na 3 a 4 maanden af. Er is een verschil in residentiële, ze moeten een beetje gemotiveerd zijn om in de tweede lijnszorg terecht te komen. Vaak geven ze als antwoord banale dingen. Ik ben het vergeten of ik had dat moment een afspraak bij de dokter.'

4.5 Aanbevelingen van Hulpverleners

Tenslotte werden adviezen en tips bevraagd bij hulpverleners die mogelijk een invloed kunnen hebben bij het verminderen van drop-out. Hulpverleners gaven adviezen op organisatorisch-, directie-, beleids-, en therapeutisch niveau. Het onthaal is belangrijk volgens twee hulpverleners. De houding in het onthaal; het tonen van betrokkenheid kan een effect hebben op drop-out. Het geven van informatie wordt belangrijk geacht tijdens de eerste gesprekken. Ook het aanbieden van visueel materiaal over de behandeling en de vooruitgang in de therapie kan drop-out verminderen volgens een hulpverleenster.

HV 1: 'Je moet op structureel niveau, therapeutisch, directie, beleidsniveau gaan kijken. Wat is de algemene cultuur van de dienst en van de organisatie. De cliënten kan je zoveel mogelijk informeren over wat ze kunnen verwachten en zoveel mogelijk met beeld werken vb. een meetlat is een manier om drop-out te voorkomen. Ik gebruik een meetlat en zeg er gaat een punt komen dat je de gesprekken niet meer nodig hebt. Ik gebruik dan een

meetlat om te zeggen wanneer ze gaan stoppen en mij niet meer nodig zullen hebben. Ik toon een punt dat ze gezond gaan zijn. Het is een heel goede techniek om drop-out voor te komen en de gesprekken te evalueren. Ik zeg "tot score vijf moet je even op je tanden bijten en vanaf 5 gaat het gemakkelijker". Bijvoorbeeld bij de tandarts is dat ook zo, die zegt bij een prikje eventjes op je tanden bijten. Je bereidt de cliënten voor. (...) Het feit dat je het benoemd is hoopgevend. Je kunt ook de vooruitgang meten. Ik ben van 1 tot 2 geraakt, ze kunnen evolutie visueel zien.

HV 3: 'Het zorgvuldig informatie geven wat mensen kunnen verwachten en wat hun argumenten zijn in therapie en ervan een onderwerp maken in het gesprek en verduidelijken als het nodig blijkt.

Maatregelen die genomen worden op organisatorisch vlak worden weergegeven in de onderstaande citaten:

HV 1: 'Op organisatorisch vlak doet CGG groepstherapie, dat is een extramurale activiteit in de omgeving van vrouwen. Ik geef ook lezingen over mijn boek, dan zien ze mij ook. Cliënten geven kritiek over telefoontjes en de manier waarop ze onthaald worden. Ik denk dat onthaal tot drop-out kan leiden. Hoe ze onthaald worden met de telefoon, enz zijn heel belangrijk.'

HV 2: 'Betrokkenheid niet enkel vanuit de hulpverlener, maar ook vanuit de organisatie want allochtonen worden behandeld alsof ze buitenbeentjes zijn. Bijvoorbeeld bij het onthaal doen ze alsof ze er niet bij horen. Als ik toevallig in het secretariaat ben en ik spreek ze aan door te zeggen dat hun psycholoog hen komt afhalen. Ze zien mij en vragen om bij mij op gesprekken te komen en dat is dan een waterval van drop-out bij andere collega's. De betrokkenheid is belangrijk. Bij een andere Turkse collega is dat ook zo. Je houding is belangrijk. In het onthaal zijn ze onbekwaam als er cliënten komen en die geen goed Nederlands kunnen. Ze weten niet wat te doen. Als je mensen goed goeiendag zegt of verwelkomt en non-verbaal duidelijk maakt van "zet u maar kan veel helpen". Een cliënt had een afspraak om 9.00 uur, ze belde om 8.30 om te laten weten dat ze even te laat ging zijn. Ze sprak Frans en vroeg het om aan mij door te geven dat ze te laat ging zijn. Onthaalmedewerker zei dat ze niet goed Frans sprak. Ze kwam met tranen aan mij zeggen dat ze de manager wou spreken. Onthaal is heel belangrijk. Je ontvangt hier mensen als organisatie.'

5 Onderzoekresultaten Semigestructureerde Interviews (Cliënten)

5.1 Inleiding

In dit onderdeel worden de resultaten beschreven van de semigestructureerde interviews van cliënten. Hierbij werden bij drie Turkse cliënten uit de tweede generatie, die een zorgperiode in de Centra geestelijke gezondheidszorg hadden, de ervaringen en belevenissen bevraagd. De factoren die bijgedragen hebben tot drop-out in de psychotherapie worden in dit deel uitgebreid beschreven.

5.2 Oorzaken

5.3 Traject

De respondenten die een behandeling kregen in het CGG werden doorverwezen via de huisarts. Vooraleer ze met de behandeling begonnen wisten de cliënten niet wat een behandeling in CGG inhield. Ze werden niet voldoende geïnformeerd door de doorverwijzer.

C1: 'Ik ben eerst met rugklachten naar mijn huisarts geweest, maar toen ik daar was, heb ik de nood gehad om te vertellen over mijn problemen, wat er me eigenlijk dwarszat. Zij heeft een brief geschreven, ik heb het toen thuis opengedaan en het was een doorverwijsbrief naar een psycholoog.'

C2: 'Door mijn huisarts ben ik opgenomen.' 'Bij de psychologe ben ik via via geweest, zij heeft een afspraak voor mij gemaakt.'

C 3: 'Ik ben doorverwezen door mijn huisarts. Dat ik nodig had, dat ik bij een psychologe moest gaan. Omdat ik ook die symptomen die klachten ook toonde, lichamelijk als geestelijk zeg maar. Euhm. Ja, dan ben ik via mijn huisarts naar een psychologe doorverwezen. Dat was een Belgische psychologe.'

5.4 Verwachtingen

In de onderstaande citaat blijkt dat de therapeutische gesprekken niet voldeden aan de verwachtingen van twee cliënten.

C 1: 'De instelling ken ik niet zo goed, maar ik vond het zo formeel de therapie, allé er zit daar iemand die vragen stelt en ik moet gewoon antwoorden, ik vond dat niet zo aangenaam (...).'

De psychologen gaven geen informatie of spraken niet over de verwachtingen volgens de respondenten.

C 1: '(...) Ik mocht direct beginnen, nadat ze zei van wat brengt u hier?'

Een cliënte had ook de verwachting dat de psychologe met haar familie zou praten, haar problemen waren gerelateerd aan familiale problemen. Zo konden haar problemen misschien opgelost zijn.

C 3: 'Ik verwacht (...) dat de psychologe eigenlijk met wie dat cliënt problemen heeft met die personen moet spreken. (...) als ze dat gaat doen, dan gaan grote problemen opgelost worden.'

5.5 Klachtenpresentatie en Ziekte-inzicht

Uit de resultaten van de interviews bij cliënten blijkt dat de klachten een rol spelen bij het afhakingsproces. Ook de cliënten zijn er over eens dat de klachten een invloed hebben tijdens het afhakingsproces. In die periode waren ze sensitiever en geraakten ze gemakkelijk geïrriteerd.

C 1: 'ik was al zo gevoelig in die periode, en na het gesprek voelde ik me niet begrepen en heb ik België verlaten voor een aantal maanden.'

Psychische klachten worden ook door de cliënten lichamelijk weergegeven. In de onderstaande citaten zijn hiervan twee voorbeelden:

C 1: 'Ik ben met rugklachten naar mijn huisarts geweest, maar toen ik daar was, heb ik de nood gehad om te vertellen over mijn problemen (...). Ze heeft me met een doorverwijsbrief naar een psycholoog verwezen (...). Er stond beginnende depressie op.'

'(...) ik weende vaak, ik had geen zin meer om iets te doen, ik voelde me leeg.' C 2: *'Ik had geen zin meer om iets te doen. ik kon niet meer naar buiten. Ik had enorm veel vermoeidheid. Ik sliep veel. Ik had negatieve gedachten. Ik wou eigenlijk al gedacht aan zelfmoord (...) en daarom hebben ze mij doorverwezen. (...) ik had pijn aan mijn spieren (...) ik had overal pijn.'*

C 3: *'Ik moest opgenomen worden van mijn huisarts, want ik was mager. Ik was 45 kilo geworden (...) ik moest kilo's bijnemen en dan mocht ik weggaan. (...) Mijn ouders begrepen mij niet. Ik heb gezegd ik ga mij snijden in mijn armen en dan ga mijn pijn weggaan. En echt de pijn ging weg in mijn borst. (...) niemand begreep mij. Mijn mama begreep mij ook niet en dan heb ik mezelf pijn gedaan eigenlijk. Zo kon ik mezelf kalmeren om de pijn weg te doen in mijn borsten.'*

5.6 Taal

De cliënten die we interviewden waren geboren in België en hadden Nederlandstalig onderwijs gevolgd. Ze hadden geen nood aan een tolk. Ondanks het feit dat ze de Nederlandse taal machtig waren ondervonden ze moeilijkheden tijdens de gesprekken. Bij het vertellen van hun problemen kwamen ze moeilijk op het juiste woord, hierdoor voelden ze zich niet op hun gemak, omdat ze moeite hadden met het uitdrukken van de gevoelens en beleving. Dit had als gevolg dat ze afhaakten van het CGG.

C 1: 'Omdat ik beide talen goed ken, maakt dit niet veel uit voor mij, maar tijdens het gesprek kon ik sommige woorden niet vertellen. Ja, je hebt omschrijvingen die je beter in het Turks kan verwoorden dan in het Nederlands, dat miste ik wel wat, maar ik mocht wel beschrijvingen geven, echt uitleggen wat ik bedoelde

C 2: 'Ja, ik vond dat moeilijk. Moest mijn eerste doorverwijzing bij een Turkse geweest zijn, dus een Turkse hulpverlener (...) zij had mij veel beter begrepen.' 'Ik moet niet achter mijn woorden zoeken. Dat gaat dan wel automatisch want als je thuis spreekt over je problemen dan is dat ook meestal in het Turks en niet altijd in het Nederlands. Je voelt u ook op uw gemak.'

C 3: '(...) omdat ik gemakkelijker ga formuleren en gemakkelijker ga spreken dan in het Nederlands. Want ik kan sommige Turkse woorden ook niet formuleren in het Nederlands want mijn Nederlands is niet perfect hé. Ja, ik ben in België geboren, maar kan sommige woorden nog altijd niet gebruiken. Mijn school is gestopt. Moest ik misschien verder gestudeerd hebben, dan zou het veel beter geweest zijn. Mijn jonge tijden, dat ik naar school ben gegaan, het is geen wow, om alles te leren snap je. Het was een verpleegkundige school. Wat leer je daar? Gewoon mensen verzorgen (...). Je krijgt geen wiskunde zelfs, snap je. Je krijgt geen taal ofzo.'

'Ik heb mijn gevoelens anders geuit. Anders geformuleerd. Het was een beetje moeilijk voor mij, omdat we thuis voortdurend Turks spreken, ik weet meer Turks dan Nederlands. Tis een beetje moeilijk Nederlands gebruiken. Omdat je problemen ook Turks gebeuren. Als je het in Turks verteld is het beetje gemakkelijk. (...) in Turks is dat beter.'

Het gebruik van een tolk keuren de cliënten af, omdat ze geloven dat dit de afstand tussen de hulpverlener en de cliënt zal vergroten. De aanwezigheid van een tolk zien ze als een obstakel om openlijk over hun problemen te praten en ze benadrukken dat ze zelfs niet aan de therapie zouden beginnen met een tolk.

C 2: 'Ik zou dat niet willen, allé dat er iemand zit die ik niet ken daar zit en zit mee te luisteren naar mijn verhaal. Ik vind het al moeilijk om aan een psycholoog mijn gedachten,

mij bedenkingen te vertellen want ik vond dat ze te veel vragen vroeg van, is dit zo in jullie cultuur, is dit zo in jullie geloof. En stel dat er daarbij nog een tolk was die alles moest vertalen, ik denk niet dat ik daar zou blijven zitten.'

5.7 Werkrelatie

5.7.1 Etnische matching.

Volgens de cliënten heeft de kennis van een psychologe over de culturele achtergrond een impact op de therapeutische relatie en de behandeling zelf. Ze voelden zich niet begrepen door de Vlaamse psychologen, hierdoor haakten ze af. In de onderstaande citaat merkte de cliënte dat de psychologe een gebrek aan kennis had over gewoonten in haar cultuur. Cliënten hechten belang aan een persoon met de dezelfde culturele achtergrond om zich goed en begrepen te voelen.

C 1: 'Ik dacht altijd van niet, maar ik heb dit wel ondervonden, mijn psycholoog deed alsof ze niets wist of misschien wist ze het echt niet, maar ik vond dit vervelend, die vragen over mijn cultuur, mijn godsdienst, allé moest een Turkse daar rechtover me gezeten hebben dan zou die de vragen niet gesteld hebben.'

C 3: '(...) moest een Turkse geweest zijn, zij had mij veel beter begrepen. Omdat ook in ons cultuur. Alé, Onze mening hetzelfde. In Turkse cultuur maak je allemaal zelfde mee. Zij weet dan ook hoe dan Turkse mensen zijn. Moest ik verteld hebben zou ze zeggen ah ja zo.' '(...) je moet gans vertellen. 'De cultuur, hoe dat bij ons zit. Hoe je trouwt en dat voor mij heel iets anders is en dat je maagd getrouwd moet zijn. Dat is al iets zwaar. En dan scheiden enzo. Dat is zo anders. Dat is zo zwaar voor een Turkse meisje vind ik.'

Uit het onderstaande citaat kan afgeleiden worden dat de cliënt na drop-out in CGG terecht kwam bij een Turkse psychologe op aanraden van een vriendin. Hierbij ervaarde de cliënt dat de hulpverlener meer empathisch was en geen moeite moest doen om gewoonten uit de cultuur duidelijk te maken.

C 2: 'Dat was een Belgische psychologe. Maar ben daar een paar keer naartoe geweest, maar ik heb niet gevonden wat ik zocht. Ik voelde mij niet goed bij haar. Ze was wel betrouwbaar. Maar het was gewoon. Ik moest meer extra energie insteken om sommige dingen te laten inzien, wat dat in onze cultuur anders was, dat ik dingen niet kon toepassen in mijn gezin of in mijn cultuur. Maar wat wel toegankelijk was in Belgische cultuur. Dat was dan moeilijk. Dan ben ik naar een Turkse psychologe doorverwezen geweest, door mijn vriendin die heeft aangeraden. Daar ging alles direct van zelf wel. Ik moest niet meer uitleggen, ze kon ook haar eigen beter in mijn plaats stellen dan de andere psychologe.'

'(...) voorbeeld euhm gelijk ja dat mijn moeder nog bij schoonouders heeft gewoond en dat wij daar ook zijn opgegroeid. Dat is eigenlijk voorbeeld dat in Turkse cultuur aanvaardbaarder is, maar in Belgische cultuur iets is dat je niet vaak ziet. En daaruit kan ik meer op mijn gemak zijn in Turks dan in Nederlands.'

Dezelfde cliënte vond niet de taal een probleem, maar ze vond dat qua cultuur een verschil was.

C 2: Turkse cultuur, Turkse gemeenschap, Turkse mensen. Wij zijn Belgisch, Turkse origine met een Belgische roet. (...) die achtergrond dat blijft toch, je bent opgegroeid met Turkse wortels in u. Tis gewoon het cultuur verschil.'

5.8 Aanwezigheden op de Gesprekken

Een respondente vond het bijzonder moeilijk om zelf een datum vast te leggen voor een afspraak. Het krijgen van een afspraak door een psychologe kan een houvast zijn voor de cliënten om op gesprekken te komen.

C 2: 'Ja, dat zij een beetje beslist. Ze heeft dat ook gedaan met momenten. Dat wel. Op momenten dat ze dat aan mij vraagt is dat wel ambetant gevoel. Je weet het zelf van , tis al zo moeilijk om ergens te gaan. Een afspraak te geven. En als je zegt van je moet die dagen en die dagen daar zijn dan heb je zo iets van ja kijk die dag moet ik daar en daar naartoe gaan. Maar als je in die situatie zit en geestelijk niet OK zijt, is dat moeilijker om er antwoord op te geven. Want je wilt al sowieso niet komen.'

In het onderstaande citaat vertelde een cliënte dat ze niet meer durfde bellen naar haar psychologe, omdat ze afwezig was op haar afspraak omwille van gezondheidsredenen. Ze voelde zich nog steeds niet genezen, maar durfde geen contact op te nemen waardoor ze afhaakte.

C 3: 'Ja dat probleem heb ik ook. Omdat ik te laat geweest ben. Ik durf niet. Ewel ik moet nog een psycholoog bellen, ik moet gaan bij haar, want ik ben niet goed, ik ben nog altijd niet genezen eigenlijk. Ik zit nog altijd in problemen. Ik durf haar niet bellen.'

5.9 Reden van Drop-out

Twee cliënten stopten na de eerste gesprekken in het CGG, omdat de gesprekken niet voldeden aan hun verwachtingen. Ze voelden zich niet begrepen. Eén ervan is via een vriendin terecht gekomen bij een Turkse psychologe en wordt sinds een jaar behandeld voor haar depressie. Eén respondente stopte de behandeling in CGG door haar zwangerschap.

C 1: '(...) na het gesprek voelde ik me niet begrepen en heb ik België verlaten voor een aantal maanden. (...) ik heb haar ook tijdens het gesprek gezegd dat ik weg wilt en tot bezinning wil komen. (...) ik had haar al gezegd dat ik naar Turkije zal gaan en niet zal kunnen komen naar de therapie. (...) ze zei dat ik altijd welkom was indien ik zal terugkeren naar België.'

C 2: 'ik ben een paar keer naartoe geweest, maar ik heb niet gevonden wat ik zocht. Ik voelde mij niet goed bij haar. Ze was wel betrouwbaar. Ik moest meer extra energie insteken om sommige dingen te laten inzien, wat in onze cultuur anders was. (...) dan ben ik naar een Turkse psychologe doorverwezen door een vriendin die heeft aangeraden. Daar ging alles direct van zelf. Ik moest niet meer uitleggen, ze kon ook haar eigen beter in mijn plaats stellen dan de andere psychologe.'

C 3: '(...) ik was content van haar. Nadien kon ik niet bij haar gaan, omdat ik zwanger was, ik had beetje last. Maar zij was echt goed, zij gaf mij goede raad enzo, ik was echt content van haar.'

5.10 Aanbevelingen van de Cliënten

De meningen, tips, en adviezen werden gevraagd aan de cliënten om drop-out bij Turkse vrouwelijke cliënten in psychotherapie te verminderen of te voorkomen.

5.10.1 Infosessie en sensibiliseringscampagne.

Ten eerste zou volgens de cliënten kennis van de Turkse culturele achtergrond het behandelproces bevorderen. Hierbij raden ze aan om infosessies te organiseren over hoe psychologen kunnen omgaan met cliënten met een andere culturele achtergrond. Bovendien zou een sensibiliseringscampagne ook kunnen helpen om drop-out te verminderen.

C 1: 'Gewoon wat info hebben over die culturele achtergrond zou al een stapje in de goede richting zijn, dus ik vind dat die meer inspanning moet doen, want het eerste gesprek is het belangrijkste, ofwel klikt ofwel klikt het niet, ik had niet het gevoel dat ze me kon helpen als ze zelfs banale zaken niet wist en ernaar vroeg.'

'Ja, sessies die gaan over hoe je moet omgaan met allochtone cliënten, en voor de cliënten dan wat therapie inhoudt, meer sensibiliseringscampagne.'

5.10.2 Follow-up.

De tweede aanbeveling is dat er na een therapeutische sessie een mogelijkheid tot followup moet zijn. In het onderstaande citaat raadt een cliënte aan om de toestand van de cliënten op te volgen door te telefoneren en te vragen hoe het gaat met de cliënte. Op die manier kan de hulpverlener meer betrokkenheid tonen wat de therapeutische relatie kan bevorderen.

C 2: 'Ik wil wel meedelen dat bij psychologen die nazorg wel minder inzit. Nazorg bedoel ik van, oke, op dat moment. Je gaat naar psychologen je wordt behandeld. Je hebt therapieën en achteraf. Je krijgt een afspraak, maar wat er tussen gebeurt niemand weet dat; maar als je zo zegt van ik heb zelfmoordneigingen of ik voel mij niet goed. Ik wil dit doen en dat komt er niet uit. Dan vraag ik mij af, wat een psychologe dan moet doen. Ik heb zelf niet meegemaakt, maar de nazorg zie ik minder bij psychologe dan bij anderen. Bijvoorbeeld bij dokters, ze bellen u dan op van en zeggen je moet die medicatie nemen of het ga niet goed met u. dan mis ik wel. Dan heb ik zoveel vragen van wat dan? Ik heb soms momenten gehad dat ik mij zeer slecht voelde, zou ik mijn psychologe nu bellen of niet? Hoe zou ze reageren? Ale die nazorg zit er wel iets minder in. Of is dat specifiek bij mijn psychologe maar ik denk het niet...'

5.10.3 Psychologe met verschillende culturele achtergronden.

Een derde aanbeveling is dat er een psychologe van elk cultuur aanwezig zou zijn binnen het centrum.

C 2: 'Een Marokaanse gaat zich misschien beter voelen bij een Marokkaanse psychologe. Dat is een must vind ik.'

5.10.4 Vastleggen van afspraken door de psychologe.

Er waren twee cliënten die vonden dat de psychologe moest bepalen wanneer ze terug moesten komen. Ze vinden dat zij het moest bepalen en de keuze niet mochten overlaten aan de cliënten, omdat zij meer op de hoogte zijn van hun psychische toestand.

C 2: ' (...) ben ik niet ziek genoeg om te komen. Wanneer wil je komen na een week of twee weken. Dat laat ze dan aan mij over. Dan heb ik zo iets van ale zie jij niet in hoeveel nood ik heb aan een pschologe en hoeveel ik nog wil vertellen over mijn problemen. (...) als je in die situatie zit en geestelijk niet oké bent, is dat moeilijker om er antwoord op te geven.'

C 3: ' (...) dat ze de persoon serieus moeten opnemen, dat ze die persoon echt moeten helpen vind ik. (...) ik vind dat ze ook moeten zeggen van kom ook keer deze week bij mij langs, dat ze zeggen van kom terug eens langs, ik wil u terug zien. Dat de psychologe zelf kan zeggen en dat ze niet verwachten van mensen ik ga die dag komen. De psychologe moet zeggen van die dag moet je bij mij komen. Voorbeeld een ernstig persoon moeten ze in een week drie vier keer zien vind ik en niet langer uitstellen.'

6. Conclusie

6.1 Bespreking

In dit onderdeel beantwoorden we de onderzoeksvragen op basis van de resultaten van het onderzoek. Hierbij wordt teruggekoppeld naar de literatuurstudie.

6.1.1 Conclusie traject bij psychische klachten.

Uit het rapport van Levecque et al. (2006), dat een overzicht van de gezondheidssituatie van autochtonen en allochtonen in Vlaanderen weergeeft, blijkt dat de mentale gezondheid van de allochtone Turken iets minder goed is dan die van de autochtone bevolking. Ze ondervinden last van meer ernstige depressieve klachten, somatische klachten, en ernstige angstklachten. Uit de studies naar de toegang van allochtonen tot de geestelijke gezondheidszorg blijkt dat allochtonen steeds beter de weg naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg weten te vinden wanneer ze last hebben van psychische aandoeningen (Hilderink, van 't Land, & Smiths, 2009). De bevindingen van de hulpverleners in CGG tonen aan dat Turkse cliënten vaak doorverwezen worden voor een behandeling door een professionele instantie of op eigen initiatief door opzoeking op internet, kennissen, mond aan mond reclame, en sleutelfiguren die een belangrijke rol vervullen in de gemeenschap. De cliënten worden doorverwezen door de huisarts naar het CGG of door een sleutelfiguur die de doorverwijzing deed.

6.1.2 Factoren die leiden tot drop-out.

Ondanks de verbeterde toegankelijkheid zijn er aanwijzingen dat allochtone cliënten vaker voortijdig de behandeling beëindigen dan autochtone cliënten. Zo wijst een studie van het Trimbosinstituut (Hilderink, van 't Land, & Smits, 2009) naar mogelijke onderliggende factoren van dropout bij allochtone GGZ-clieënten in Nederland. Uit de resultaten analyse van de cliënteninterviews stopten cliënten met de psychotherapie na de eerste gesprekken. Een cliënt stopte door haar zwangerschap na aantal gesprekstherapieën. Aanvang van de therapie is belangrijk om maatregelen tegen drop-out te nemen. Hiervoor kunnen op organisatorisch vlak maatregelen worden genomen.

6.1.2.1 Verwachtingen.

De hulpverleners communiceren de verwachtingen en het aanbod in CGG niet als een vaste standaard bij de aanvang van de psychotherapie. Het hangt van de hulpverlener af of er tijd voor wordt genomen tijdens het gesprek. De cliënten gaven ook aan dat de verwachtingen niet echt besproken worden. In een onderzoek van De Bock et al. (2010) wordt ook nadruk gelegd op het duidelijk communiceren van de verwachtingen van de hulpverlener of team om de kans op noshow te verminderen.

6.1.2.2 Klachtenpresentatie en ziekte-inzicht.

De cliënten waren zich bewust van hun psychische klachten, nadat ze met lichamelijke klachten naar de huisarts gingen. Volgens de hulpverleners in de CGG somatiseren Turkse cliënten vaak en hebben ze een minder goed ziekte-inzicht. De wijze waarop ze hun klachten uiten is verschillend. Zo blijkt uit een studie van Hosper en medewerkers (1999) dat Turkse cliënten vaker dan autochtonen lichamelijke klachten en slaapproblemen rapporteerden, maar dat zij ook melding maakten van psychische klachten, terwijl bij autochtonen de nadruk meer eenzijdig lag op psychische klachten. Volgens Balli (2014) kent elke cultuur een eigen ziekte-idioom. Daarbij beïnvloedt de cultuur de manier waarop de migrant klacht of ziekte presenteert en beleeft (Balli, 2014).

6.1.2.3 Taal.

Een andere oorzaak die mogelijk kan leiden tot drop-out is de taal. Uit onderzoek van Van Daal, Sönmez en Brugman (2003) blijkt dat taal kan leiden tot communicatieproblemen. Bij psychische hulpverlening is taal een essentieel instrument in het diagnostische en therapeutische proces (Ferrant, 2007; Gailly, 2008). Volgens de hulpverleners verlopen de therapeutische relatie en de behandeling beter als de hulpverlener en cliënt dezelfde taal spreken; cliënten voelen zich dan begrepen. Voor cliënten kan de taal ook een belangrijk onderliggende factor zijn van drop-out. Turkse cliënten die de Nederlandse taal machtig zijn, kunnen toch moeilijkheden ondervinden bij het vertellen van hun klachten tijdens de therapeutische sessies. Er is een mogelijkheid om met tolken te werken als de hulpverlener en de cliënt niet dezelfde taal machtig zijn. Niet alle hulpverleners staan open voor het werken met tolken, omdat het negatieve invloed heeft op de werkrelatie. Er kan informatie verloren gaan. Hierbij worden interculturele bemiddelaars als positief ervaren, omdat die hulpverleners meer culturele achtergrondinformatie kunnen krijgen van de cliënten. Het werken met tolken kan tot drop-out leiden, omdat het gesprek niet vlot verloopt. Er is ook een angst of de tolk het goed vertaalt. Cliënten verkiezen ook niet om met tolken te werken, omwille van de afstand die wordt ervaren tussen cliënt en hulpverlener.

6.1.2.4 Werkrelatie en aanbod.

Uit de bevindingen van de hulpverleners blijkt de match tussen het aanbod van de hulpverlener en de verwachting van de cliënt een belangrijke factor is voor een goede werkrelatie. Hulpverleners kunnen over bepaalde culturele vaardigheden, attituden, en kennis beschikken en

een bepaalde houding aannemen die bevorderend werkt voor een goed behandelproces. Het onderzoek van De Bock et al. (2010) bevestigt de resultaten, volgens hen blijkt dat de therapeutische relatie wordt bepaald door kenmerken van enerzijds de cliënt en anderzijds de hulpverlener en door de interactie tussen beide. Een Turkse hulpverlener heeft een andere aanpak bij de behandeling van een Turkse cliënt, omwille van de kennis die zij heeft over haar migratieachtergrond. In de literatuur wordt kennis over gedrag, ideeën, of dieperliggende kenmerken in de cultuur beschouwd als een factor die een invloed kan hebben op de houding die de hulpverlener aanneemt tijdens een therapeutische sessie (Talloen, 2007; 2008; Olthuis, 2007; Ang, 2007).

6.1.2.5 Sociaal Economisch Status.

Sociaaleconomische factoren kunnen een invloed hebben op het therapieproces volgens de hulpverleners, maar er is geen verschil tussen Turkse en Vlaamse cliënten. Wat wel anders is bij Turkse cliënten volgens de hulpverleners is dat de rolpatronen en de gezinsstructuur in de cultuur een invloed hebben op drop-out. Dit wordt ook bevestigd door een studie van Veeninga en Hafkensheid (2004), zij ondervinden dat er een verband is tussen een lage sociaaleconomische status en een grote kans op drop-out (Veeninga & Hafkensheid, 2004).

6.1.2.6 Etnische matching en cultuurspecifieke waarden.

Cliënten vinden etnische matching echter belangrijk binnen een therapeutische setting. Hulpverleners daarentegen vinden niet dat het een vereiste is voor een goede werkrelatie. Het hebben van een andere culturele achtergrond wordt zelfs als positief gezien, omdat een andere culturele visie een positieve invloed zou kunnen hebben op de behandeling. Ook in de literatuur vinden we dat sommige allochtone GGZ-cliënten het belangrijk vinden dat hulpverleners zelfde culturele achtergrond hebben (Knipscheer, 2000).

Bovendien kan het hebben van dezelfde culturele waarden volgens hulpverleners in CGG een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van drop-out bij Turkse cliënten, hierbij is het belangrijk om kennis te hebben over taboeonderwerpen binnen de Turkse gemeenschap om een gepaste behandelattitude en -aanbod te geven aan cliënten. Ook uit de literatuur blijkt dat de culturele waarden volgens hulpverleners een rol spelen bij het voortijdig afbreken van een behandeling door allochtone GGZ-cliënten. Men voelt zich beschaamd wanneer anderen weten van de 'overtreding' (Hilderink, van 't Land, & Smits, 2009).

6.1.2.7 Afwezigheid op afspraken.

Uit de bevindingen blijkt ook dat het niet nakomen van afspraken in het CGG kan leiden tot een slechte therapeutische relatie. Volgens de hulpverleners is regelmaat een belangrijk aspect binnen een goed zorgproces. Het kan een signaal zijn van drop-out bij cliënten. Uit een studie van VGGZ Hasselt en Universiteit Hasselt (De Bock et al., 2010), die het fenomeen no-show in CGG onderzoeken, blijkt dat therapietrouw belangrijk is in het opvolgen van het zorgproces. Deze continuïteit kan in het gedrang komen indien cliënten geregeld afwezig blijven op hun consultaties (De Bock et al., 2010). De cliënten gaven aan dat ze graag een datum voor raadpleging krijgen van de hulpverlener in plaats van zelf een datum vast te leggen. Ze verkiezen eerder om de raad en de keuze van de hulpverlener te respecteren en te volgen.

6.1.2.8 Maatregelen.

Om drop-out te verminderen en te vermijden worden in CGG op organisatorische en therapeutische niveaus maatregelen genomen. Eén van de voorbeelden is CGG Brussel dat aandacht besteedt aan drop-out door het project Cultuur sensitieve zorg en een andere is in CGG Gent dat een specifieke werkgroep start in verband met drop-out van cliënten in het algemeen. De maatregelen die genomen worden zijn eenvoudigweg het opbellen bij afwezigheid en het opsturen van brieven naar de cliënten. Afhankelijk van de klinische stoornis kan de hulpverlener uit bezorgdheid cliënten opbellen en vragen wat de reden is van de afwezigheid. Bij het afsluiten van het dossier worden brieven opgestuurd naar cliënten. Afsluitingsgesprekken komen zelden voor bij Turkse cliënten.

6.1.2.9 Aanbevelingen.

Als laatste werden aanbevelingen bevestigd bij hulpverleners en cliënten van de CGG. Aanbevelingen werden gegeven op beleids-, organisatorisch-, directie-, en therapeutisch niveau. Hierbij kan het geven van een informatiesessie over het aanbod van de CGG en over de aanpak van de behandeling, voor de aanvang van de zorgproces drop-out verminderen. Tijd maken voor het bespreken van de verwachtingen van hulpverleners en cliënten in een sessie is ook een belangrijke topic. Evaluatie van de behandeling met de cliënt tijdens het zorgproces wordt ook belangrijk geacht. Zo kan het aanbieden van visueel materiaal over de behandeling en de vooruitgang in de therapie drop-out verminderen volgens een hulpverleenster. Het organiseren van groepssessies voor Turkse vrouwen kan een bijdrage zijn tot het werken met de specifieke doelgroep. Het onthaal heeft ook een belangrijke rol volgens de hulpverleners om drop-out te voorkomen. Kennis van bepaalde vaardigheden, houding, en culturele achtergrond van de onthaalmedewerkers als de hulpverleners in CGG kunnen drop-out voorkomen. In een onderzoek van Talloen (2007, 2008), Olthuis (2001) en Ang (2007) wordt nadruk gelegd op het bevorderen

van de interculturele competenties bij het CGG personeel, deze kunnen een positief invloed hebben op de behandeling. Voorlichting en psycho-educatie over de CGG vinden we ook terug in het onderzoek door het Trimbos-instituut (Hilderink, van 't Land, & Smits, 2009).

Cliënten gaven in de analyse aan dat het opleiden van hulpverleners tot een cultuur sensitieve aanpak van de behandeling, nazorg na een therapeutische sessie, vastleggen van een afspraak door de hulpverlener, en het organiseren van sensibiliseringscampagne, drop-out kunnen verminderen in CGG. Ook uit het onderzoek van het Trimbos-instituut (Hilderink, van 't Land, & Smits, 2009) blijkt dat intensiever bijscholen van hulpverleners een belangrijke factor kan zijn om drop-out te verminderen.

7 Kritische Reflectie Onderzoek en Toekomstig Onderzoek

Voor de aanvang van dit onderzoek, wisten we dat onze onderzoeksgroep een moeilijk te bereiken doelgroep is binnen de Turkse gemeenschap. Juist hierdoor was het een uitdaging om dit onderwerp te onderzoeken en ons er in te verdiepen.

Ondanks het feit dat dit een onderwerp was van de wetenschapswinkel, dat onder begeleiding van het CGG te Brussel zou doorgaan, werd de samenwerking verbroken. Dit heeft ons niet gedemotiveerd, maar integendeel juist aangezet om door te gaan met ons onderwerp dat in de toekomst van cruciaal belang zal zijn, gezien de stijgende nood aan geestelijke gezondheidszorg bij allochtonen.

Tijdens het moeizame opzoekingswerk vonden we een interessante activiteit die gepland was op 11 maart 2014. Onder begeleiding van moderator en psychologe Sultan Balli (2014), een pionier in haar vakgebied, werd er een panelgesprek in de wijk Brugse Poort georganiseerd door de Gezondheidsdienst van Stad Gent. Het thema van dit panelgesprek luidde als volgt: "Spreken over geestelijke gezondheid met Gentenaars van andere origine: wat zijn de drempels en de taboes?" Dit thema sloot aan bij ons onderwerp en was een ideale gelegenheid om klinisch psychologen te ontmoeten en te vertellen over ons onderzoek. Op het einde van de uiteenzetting hebben we nuttige informatie verworven en veel bijgeleerd over de geestelijke gezondheid van allochtonen in Gent. Tegelijkertijd hadden we de mogelijkheid om klinisch psychologen aan te spreken. Vol enthousiasme hebben ze naar ons geluisterd, daarna werden beloftes om een bijdrage aan ons onderzoek te leveren gemaakt. Enkele maanden later contacteerden we opnieuw de klinisch psychologen die binnen het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg werken of gewerkt hebben. We hebben het Centra Geestelijke Gezondheidszorg in Gent, Brussel, Genk, Antwerpen, en Mechelen gecontacteerd. CCG Genk en Mechelen hebben ons onderwerp op de teamvergadering voorgesteld maar ze vonden het niet relevant en wilden niet deelnemen. CGG Antwerpen meldde ons dat onze doelgroep niet aanwezig is in hun centrum. Uiteindelijke namen CGG Brussel, Gent,

en een klinisch psychologe die 12 jaar ervaring had in CGG Lokeren deel aan het onderzoek. Er namen slechts weinig respondenten mee aan dit onderzoek.

De procedure om een interview van een hulpverlener van een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg te mogen afnemen, hebben we onderschat. Enkel de instemming van de klinisch psycholoog van de CGG was niet voldoende. Het voorstel voor een interview moest besproken worden op de teamvergadering die één keer per week doorgaat. Vaak werd dit vergeten en vooraleer we een antwoord kregen, gingen er enkele maanden voorbij. Na de toelating, moest er een datum afgesproken worden met de hulpverlener. Ook hier verliep niet alles zoals gepland. Tijd vrijmaken voor een interview was moeilijk door de drukke agenda van de hulpverleners. Omdat het interview zou doorgaan binnen het gebouw van het CGG zelf, moest er rekening gehouden worden met de uren van het CGG.

Ons onderzoek gaat zowel over de ervaringen en belevenissen van de hulpverleners als die van de cliënten. Om Turkse vrouwelijke cliënten van de tweede generatie, die in een CGG psychotherapie hebben gekregen en hebben afgehaakt te vinden hebben we diverse kanalen geraadpleegd. Enerzijds contacteerden we Turkse verenigingen die ons onderzoek bekend maakten bij hun leden, anderzijds hebben we via sociale media ons onderzoek in groepen die onze doelgroep bevatten en kunnen benaderen gepost. We kregen respons van Turkse vrouwelijke cliënten, maar opmerkelijk was dat de cliënten het verschil tussen een zelfstandig psycholoog en een psycholoog van het CGG niet kenden. De doelgroep van het onderzoek was beperkt tot Turkse vrouwelijke cliënten die in het CGG therapie hebben gevolgd en afgehaakt hebben. Uiteindelijk namen die cliënten deel aan het onderzoek die openstonden voor een interview. Er was heel wat inspanning vereist om de cliënten te overtuigen en gerust te stellen in verband met de anonimiteit. Ze hadden schrik om deel te nemen uit angst dat het bekend zou zijn binnen hun culturele gemeenschap. Dit wijst er op dat het bespreken en bekend maken van psychische problemen steeds een taboethema is binnen het Turkse gemeenschap.

Tot slot is het de bedoeling om een aantal beperkingen van dit onderzoek te belichten en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek nader weer te geven.

Onze zoektocht naar cijfers over drop-out bij allochtonen in de CGG is niet zonder problemen verlopen. In België waren geen cijfers beschikbaar omtrent drop-out bij Turkse CGGcliënten. In Nederland werd een studie gedaan op vraag van Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport door het Trimbos-instituut over drop-out onder allochtone GGZ-clieënten. Er werd een themarapport opgesteld over de onderliggende factoren van drop-out, cijfers werden bekend gemaakt en er werden aanbevelingen geformuleerd om drop-out bij allochtonen te verminderen bij

allochtone GGZ cliënten. Een onderzoek naar cijfers over drop-out in Belgische CGG is noodzakelijk om een kwalitatieve en efficiënte zorg te bieden op maat van de cliënt. Dit is onder andere mogelijk door de elektronische patiënten dossiers (EPD) van de CGG te raadplegen. Deze worden gebruikt om informatie te verzamelen op continue wijze: er worden gegevens genoteerd bij de aanvang van de medische-psychiatrische behandeling, bij elke afzonderlijke periode van de behandeling, en bij gelegenheid van het afsluiten van de behandeling. De geregistreerde gegevens omvatten o.a.: socio-economische kenmerken van de patiënt, diagnose en problemen bij de aanmelding en intakegegevens, behandelgegevens, diagnose, en overblijvende problemen bij ontslag.

Een andere mogelijke beperking is dat er in Vlaanderen weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar is over drop-out bij allochtone cliënten in CGG en als gevolg hiervan worden de bevindingen van dit onderzoek veelal vergeleken met internationale literatuur zoals het onderzoek van het Trimbos-instituut. Deze internationale literatuur is mogelijk niet voldoende onderzocht binnen de CGG in België. Specifieke studie over drop-out van allochtone CGG-clieënten in België kan een positieve bijdrage leveren om een kwalitatieve en efficiënte zorg te bieden aan deze doelgroep.

Ondanks deze tekortkomingen is dit onderzoek relevant en cruciaal voor de praktijk, daar er in

Vlaanderen weinig onderzoek beschikbaar is over dit specifiek onderwerp. Iedere wetenschappelijk onderbouwde studie kan daarom een eventuele bijdrage leveren aan toekomstige onderzoeken. Dit onderzoek geldt enkel voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg die deelnamen aan het onderzoek en is met andere woorden niet generaliseerbaar (Baarda, De Goede, & Theunissen, 2012). Daarnaast stelt Mortelmans (2013) dat als een andere onderzoeker hetzelfde kwalitatieve onderzoek zou uitvoeren, het mogelijk zou zijn dat die onderzoeker tot andere resultaten komt, omdat iedereen de data anders kan interpreteren. Dit betekent niet dat kwalitatief onderzoek niet betrouwbaar is.

Wat betreft toekomstig onderzoek kunnen volgende aanbevelingen gemaakt worden. Vooreerst kan het nuttig zijn om de elektronische patiëntendossiers te onderzoeken in alle CGG, zo kunnen de cijfers in kaart gebracht worden. Toekomstig onderzoek kan zich richten op hulpverleners in alle CGG in België. Het perspectief van de cliënt kan ook getoetst worden na het stopzetten van de gesprekken in CGG door de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Zo kan men het onderzoek richten op een grote steekproef over alle Centra Geestelijke Gezondheidszorg en de oorzaken zowel van de aanbod- als van de vraagkant onderzocht worden. Hierdoor kan CGG een beter zicht krijgen op het aantal van drop-out, bij welke generatie drop-out voorkomt, tijdens welke fase drop-out voorkomt en kunnen de oorzaken van drop-out bij deze doelgroep bestudeerd worden.

Het zou voor de CGG interessant zijn om een ruimer onderzoek uit te voeren met meer deelnemers. De doorverwijzers zoals de huisartsen, sleutelfiguren,... kunnen de deelname aanmoedigen aan het onderzoek.

7.1 Aanbevelingen voor het Beleid

De problematiek van drop-out bij Turkse CGG-cliënten kan opgenomen worden in het kwaliteitsbeleid. Zo kunnen preventieve maatregelen tegen drop-out worden genomen en kan een meer kwalitatieve en efficiënte zorg worden geboden aan de doelgroep. Dit kan door een tevredenheidsonderzoek bij deze doelgroep over de behandelsessie en de organisatorische aanpak. De doorverwijzer kan een belangrijke rol spelen bij Turkse vrouwelijke cliënten van de CGG zoals de sleutelfiguren van de stadsdiensten. Dankzij de samenwerking met sleutelfiguren kan ook dropout beperkt worden. Bij de allochtone cliënten bestaat er nog steeds een tekort aan kennis over wat CGG is en aanbiedt. Hierover kunnen infosessies georganiseerd worden in buurtcentra, moskeeën en cafés. De allochtone en autochtone cliënten kunnen vergeleken worden wat betreft het aantal en de oorzaken van drop-out gevallen in CGG. Turkse cliënten zijn een grote populatie in België en vragen ook aandacht van de CGG. Concrete studie is hiervan ook niet voorhanden en kan in de toekomst gedaan worden. Zo kunnen organisatie- en behandelingsprogramma's voor deze doelgroep meer aangepast worden aan de culturele afkomst. De gevolgen van drop-out kunnen op deze manier beperkt worden in CGG bij deze doelgroep.

Tenslotte kan deze masterproef een steentje bijdragen aan het voorkomen van drop-out bij Turkse cliënten in CGG. Op de specifieke oorzaken van drop-out bij tweede generatie is er geen nadruk gelegd, omwille van het gebrek aan concrete studies over cijfers in CGG bij Turkse cliënten. Uit de bevindingen kunnen we voor de eerste generatie het gebruik van tolken als een oorzaak vaststellen van drop-out in CGG. Uit de resultaten van onze interviewgegevens van de tweede generatie Turkse cliënten merken we op dat hun voorkeur ging naar een Turkse hulpverlener omwille dezelfde culturele achtergrond. Drop-out bij tweede generatie Turkse cliënten kan gerichter onderzocht worden, want op dit moment is er geen studie binnen CGG die rapporteert wat de mogelijke oorzaken zijn van drop-out bij tweede generatie Turkse vrouwelijke cliënten. Aangezien het een uniek onderzoek is in België kan het een basis zijn voor verder onderzoek.

8 Conclusie

Het doel van het onderzoek was om de factoren die ten grondslag liggen aan drop-out bij de tweede generatie Turkse vrouwen uit de Centra Geestelijke Gezondheidszorg kregen op te sporen. Een ander doel was om na het vaststellen van de oorzaken, oplossingen, en adviezen aan te bevelen om drop-out in de toekomst te verminderen of te voorkomen.

De doelen werden gerealiseerd door een kwalitatief, exploratief onderzoek waarbij diverse thema's onderzocht werden aan de hand van semigestructureerde interviews. Het betekende een meerwaarde voor dit onderzoek de vraag- en aanbodkant van de CGG te bevragen over hun ervaringen en belevenissen. De interviews werden afgenomen van drie hulpverleners die ervaring hebben met onze doelgroep in het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg en drie cliënten die in behandeling waren in het CGG. Op basis van semigestructureerde interviews kon er in de diepte bevraagd worden waardoor er een hele waaier aan informatie verkregen werd over de ervaringen, belevenissen van de hulpverleners en de cliënten. Er werd aandacht geschonken aan zowel het verhaal van de aanbodkant als van de vraagkant.

Vanuit de bevindingen van het onderzoek werden verschillende factoren aangekaart die de kans op drop-out verhogen in psychotherapie bij Turkse vrouwen in CGG. Bij meerdere thema's die bevraagd zijn, was er bij de cliënten een hoge consensus. Wat betreft de thema's die bevraagd werden bij de hulpverleners kon er geconcludeerd worden dat de meningen verdeeld waren.

De onderliggende factoren die kunnen leiden tot drop-out zijn verwachtingen, klachtenpresentatie en ziekte-inzicht, taal, culturele waarden en normen,... Hierbij worden maatregelen genomen op beleids-, organisatorisch- en therapeutisch niveau om drop-out te voorkomen.

Tenslotte werden de aanbevelingen van de hulpverleners en cliënten verwoord. Deze kunnen in de toekomst opgenomen worden de toekomst in het kwaliteitsbeleid van CGG.

Verder onderzoek over dit onderwerp is aanbevolen en vereist. Er is een groot gebrek aan onderzoeken in België rond het behandelde thema.

Referentielijst

- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek (2)*. Houten, Nederland: Wolters Noordhoff bv.
- Balli, S., Diaby, K., & Karanfil, E. (2014, maart). Spreken over geestelijke gezondheid met Gentenaars van andere origine: Wat zijn de drempels en de taboes? In S. Balli (Voorzitter), *Spreken over geestelijke gezondheid met Gentenaars van andere origine: Wat zijn de drempels en de taboes?* Symposium gegeven bij de samenkomst van de Gezondheidsdienst van Stad Gent, Gent.
- Bendimja, A. (2010). *Het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Broers, E., & Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.

- Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Brussel. (2012). Steunpunt Cultuursensitieve Zorg. Geraadpleegd op 14 februari 2014 op <http://cultuursensitievezorg.files.wordpress.com/2012/12/steunpunt-cultuursensitieve-zorg-jaarverslag-2012.pdf>
- Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbeveling van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Geraadpleegd op 13 februari 2014 op http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/19077013_nl.pdf
- Derluyn, I., Wille, B., De Smet, T., & Broekaert, E. (2005). *Op weg. Psychosociale en therapeutische begeleiding van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen*. Antwerpen: Garant.
- Dieperink, C., Van Dijk, R., & De Vries, S. (2007). Allochtonen in de GGZ 1990- 2004: Groei en diversiteit. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 710-720.
- Algemene Directie Werkgelegenheid. (2008). *De immigratie in België: Aantallen, stromen en arbeidsmarkt*. Geraadpleegd op <http://www.werk.belgie.be/publicationDefault.aspx?id=28778>
- El Asjadi, N. (2013). *Hoe kijken Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst naar depressie? Worden hun opvattingen rond depressie beïnvloed door culturele of religieuze factoren?* (Ongepubliceerde masterproef). Universiteit Gent, Gent.
- Güzelcan, Y., Koeter, M. W. J., & Lanting, R. R. H. (2011). Verschillen in psychiatrische morbiditeit tussen eerste- en tweedegeneratie Turken die zich aanmelden voor behandeling bij een polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(3), 185-189.
- Hilderink, I., van 't Land, H., & Smits, C. (2009). *Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Themarapportage in het kader van de Trendrapportage GGZ, deelterrein 3: Kwaliteit en Effectiviteit*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hofstede, G. (1991). *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Hosper, K., Van 't Hof, S. Knipscheer, J., Vollebergh, W., & Bijl, R. (1999). *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ. Een inventarisatie van klachten, oorzaken, hulpvragen en hulpaanbod vanuit het perspectief van hulpverleners en cliënten*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Kamperman, A. M., Komproe, I. H., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Psychische gezondheidstoestand van migranten: Discrepantie tussen psychiatrische stoornissen en ervaren klachten en beperkingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 761-769.
- Kleber, R., & Knipscheer J. W. (2005). Psychotherapie met allochtonen –écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 717-724.

- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005). Migranten in de GGZ: Empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753-759.
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2012). *Psychologie en de multiculturele samenleving (3)*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma uitgevers .
- Levecque, K., Lodewyckx, I., Vandeneede, S., & Timmerman, C. (2006). Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen. Geraadpleegd op 13 februari 2014 op file:///C:/Users/Do/Downloads/gezondheid-en-gezondheidszorg-bij-allochtonen%20(1).pdf
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97(1), 229-239.
- Pernice, R., & Brook, J. (1996). Refugees' and immigrants' mental health: Association of demographic and post-immigration factors. *The Journal of Social Psychology*, 136(4), 511-519.
- Plysier, S., & Ben Idris, N. (2011). Evaluatierapport Medikuregem. CGG Brussel
- Pumariega, A. J., Rogers, K., & Rothe, E. (2005). Culturally competent systems of care for children's mental health: Advances and challenges. *Community Mental Health Journal*, 41(5), 539-555.
- Roels, L. (2008). Buitenlandse arbeiders in de Luikse steenkoolmijnen, 1900-1974. Geraadpleegd op 14 februari 2014 op <http://www.tseg.nl/2008/3-roels.pdf>
- Rumi, M. C. (z.d). Mevlana'dan İnciler. Geraadpleegd op 3 april 2015 via [http://forum.thefreedictionary.com/postst17417_Mevlana-dan-%C4%B0nciler-Rumi Quotes.aspx](http://forum.thefreedictionary.com/postst17417_Mevlana-dan-%C4%B0nciler-Rumi%20Quotes.aspx)
- Schaafsma, E. S., Raynor, T. D., & de Jongh-van den Berg, L. T. (2003). Accessing medication information by ethnic minorities: Barriers and possible solutions. *Pharmacy World & Science*, 25(5), 185-190.
- Schoonvaere, Q. (2013). Demografische studie over de populatie van Turkse herkomst in België. Geraadpleegd op 13 februari 2014 op http://www.diversiteit.be/diversiteit/files/File//studies/Migration%20turque%20NL%202013_51_def%20NL.pdf
- Schrier, A. C., Theunissen, J. R., Kempe, P. T., & Beekman, A. T. F. (2005). Migranten in de ambulante GGZ maken een inhaalslag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 771-777.
- Stronks, K. (1999). Allochtoon, dus ongezonder? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 33-40.
- Struijs, A., & Wennink, H. J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Suurmond, J., Seeleman, C., Stronks, K., & Essink-Bot, M. L. (2012). *Een arts van de wereld:*

Etnische diversiteit in de medische praktijk. Bohn Stafleu van Loghum: Houten.

Traylor, A. H., Schmittiel, J. A., Uratsu, C. S., Mangione, C. M., & Subramanian, U. (2010).

Adherence to cardiovascular disease medications: Does patient-provider race/ethnicity and Language concordance matter? *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1172-1177.

Trimbos-instituut. (2009). Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 12 februari 2014 op

http://rvz.net/uploads/docs/Allochtone_clienten_en_geestelijke_gezondheidszorg.pdf

Van Eyken, N. (2005). Vluchtelingen bij de psychiater. In M. Hernaert & C. Verslyppe (Red.), *Goede praktijkvoorbeelden uit de hulpverlening aan vluchtelingen* (pp. 39-48). Gent:

Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg vzw.

Van Dijk, R., & Boedjarath, I. (2002). Wat een geluk dat niemand weet, dat ik Repelsteeltje heet!

Op zoek naar het wezen van transculturele psychotherapie. In E. van Meekeren, A.

Limburg-Okken & R. May (Red.), *Culturen binnen psychiatriemuren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp 123-136). Amsterdam: Boom.

Verhagen, P. J., & Van Megen, H. J. G. M. (2012). *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit*.

Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.

Bijlage

Bijlage 1: Introductiebrief CGG

Bijlage 2: Flyer cliënten

Bijlage 3: Interviewschema voor hulpverleners

Bijlage 4: Interviewschema voor cliënten

Bijlage 5: Informed consent



Bijlage 1: Introductiebrief CGG

Geachte mevrouw/heer,

Als studenten master in de psychologie aan de Vrije Universiteit Brussel voeren wij een onderzoek naar de oorzaken van drop-out bij de tweede generatie Turkse vrouwen binnen het Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

Uit verschillende studies blijkt dat allochtonen steeds beter de weg naar het GGZ weten te vinden wanneer ze last hebben van psychische aandoeningen. Ondanks de verbeterde toegankelijkheid, zijn er aanwijzingen dat allochtone cliënten vaker voortijdig de behandeling beëindigen (drop-out) dan autochtone cliënten. In het kader van de opleidingsonderdeel Masterproef willen we graag onderzoeken wat de oorzaken zijn van drop-out bij de tweede generatie Turkse vrouwen binnen het Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

Doel van het onderzoek is:

- om beter zicht te krijgen op de factoren die ten grondslag liggen van drop-out.
- oplossingen formuleren om drop-out te verminderen en te voorkomen onder tweede generatie Turkse vrouwen binnen het Centra Geestelijke Gezondheidszorg.
- Zowel het verhaal van de aanbodkant (klinisch psychologen) als van de vraagkant (cliënten) over de mogelijke redenen van drop-out onderzoeken.

Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en kwalitatieve interviews met GGZ-hulpverleners die ervaring hebben met het behandelen van allochtone cliënten. Het onderzoek richt zich op de tweede generatie Turkse vrouwen in Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Naast bevraging van de hulpverleners, zal er op vrijwillige basis gepolst worden naar de mening van de cliënten met psychologische problemen die psychologische behandeling gekregen hebben maar voortijdig zijn gestopt met de therapie. Een onderzoek naar de bevindingen over de werkrelatie, de moeilijkheden bij de behandeling en de factoren die bijgedragen hebben tot de beslissing van de stopzetting zal verricht worden.

Hierbij willen we graag de medewerking van het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Gent/Brussel/Antwerpen/... . We zouden graag een interview afnemen met hulpverleners die ervaring hebben met de behandeling van allochtone cliënten. De resultaten zullen niet op instellingsniveau gerapporteerd worden. Bovendien zal de anonimiteit gewaarborgd worden.

Voor meer informatie over het onderzoek, kan er altijd contact opgenomen worden met ons.

Müjde Küçük: 0485.37.50.11 & Kader Özcan: 0488.29.10.08 Dank

bij voorbaat voor uw medewerking.

Met de meeste hoogachting,

Kader Özcan & Müjde Küçük **Bijlage 2: Flyer cliënten**



GEZOCHT: TURKSE VROUWEN DIE GESTOPT ZIJN MET THERAPIE IN HET CGG

Bent u van Turkse afkomst?

Heeft u therapie gevolgd
in het Centrum voor
Geestelijke Gezondheidszorgen
bent u gestopt ?

Wij zijn 2 studenten die een onderzoek
doen naar drop-out in psychotherapie
bij Turkse vrouwen in CGG.
Indien u voldoet aan de bovenstaande
voorwaarden, wilt u ons
zo vlug mogelijk
contacteren?

kader.ozcan@vub.ac.be
mujde.kucuk@vub.ac.be

Bijlage 3: Interviewschema voor de hulpverleners

1. Voorstelling van mezelf en bedanking

2. Introductie

- **Toestemming geluidsopname**
- **Informed consent**
- **Doel van het onderzoek**

3. Vragenlijst voor de hulpverlener 3.1 Informatie over hulpverlener

- **Wat is uw leeftijd?**
- **Welke origine heeft u?**
- **Sinds wanneer of hoe lang was u actief in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg?**
- **Hoeveel ervaring heeft u met Turkse vrouwelijke cliënten?**
- **Tot welke leeftijdscategorie behoren zij?**
- **Hoeveel Turkse vrouwelijke cliënten heeft u tot nu toe ongeveer behandeld?**

3.2 Traject

- **Hoe komen de Turkse cliënten bij u terecht? Kan u het traject reconstrueren?**
- **Vindt u dat de cliënten genoeg geïnformeerd zijn wanneer ze bij u terecht gekomen zijn?**

3.3 Oorzaken drop-out

- **Heeft u Turkse vrouwelijke cliënten die vroegtijdig stoppen met de therapie?**
- **Kan u ons ongeveer een totaal cijfer geven van het aantal Turkse vrouwelijke cliënten die afhaken?**
- **Merkt u een opmerkelijk verschil tussen de drop-outpercentages van uw Turkse vrouwelijke cliënten en uw andere cliënten?**
- **Welke factoren hebben volgens u ervaringen een invloed op drop-out onder allochtone cliënten?**

3.3.1 Verwachtingen

- **Worden de verwachtingen over de cliënt tijdens de therapie aanbod gebracht?**
- **Heeft de rol van de verwijzer een invloed?**

3.3.2 Klachtenpresentatie en ziekte-inzicht

- **Is er een verschil in klachtenpresentatie en ziekte-inzicht bij Turkse vrouwelijke cliënten?**
- **Hebben de cliënten klachten die specifiek zijn voor de doelgroep?**
- **Spelen klachten een rol gespeeld hebben bij het afhaken van de behandeling?**
- **Wordt nagegaan of de problematiek van de cliënt geschikt is voor de instelling?**

3.3.3 Taal

- Vindt u dat het taalverschil tussen de hulpverlener en de cliënt belangrijk is?
- Maakt u gebruik van een tolk indien er een taalprobleem is?
- Vindt u dat uw Turkse vrouwelijke cliënten de Nederlandse taal voldoende machtig zijn? Kunnen ze hun gevoelens, bedenkingen goed uitdrukken?

3.3.4 Culturele achtergrond

- Vindt u dat het verschil in culturele achtergrond een impact heeft op de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt?
- Doet u meer inspanning om de vertrouwensrelatie vlot te laten verlopen wanneer de cliënt een andere culturele achtergrond heeft?

3.4 Signalen van drop-out

- Hebben de cliënten u laten weten dat ze willen stoppen met de behandeling of kwamen ze gewoon niet opdagen?
- Hebben de cliënten tijdens de therapie kritiek gegeven over de instelling, relatie, therapie,...

3.5 Maatregelen

- Neemt de instelling waarin u actief bent maatregelen om dropout onder allochtonen te voorkomen of te verminderen?
- Zijn er gevallen van drop-out waarbij u kan zeggen dat het voorkomen kon worden?
- Heeft u nog getracht om contact om te nemen nadat de cliënt niet meer kwam opdagen? Kon u sommige afgehaakte cliënten overtuigen om de behandeling verder te zetten?
- Indien ja, slaagden zij er effectief in om de therapie verder te zetten?

3.6 Aanbevelingen

- Hebt u tips en adviezen om het drop-outpercentage bij allochtonen in Centra Geestelijke Gezondheidszorg te verminderen?

4. Afsluiting

- Vragen?
- Bedanking

Bijlage 4: Interviewschema voor cliënten

1. Voorstelling van mezelf en bedanking

2. Introductie

- **Toestemming geluidsopname**
- **Informed consent**
- **Doel van het onderzoek**

3. Vragenlijst voor de cliënt

3.1 Informatie over cliënt

- **Wat is uw leeftijd?**
- **Wat is uw burgerlijke staat?**
- **Heeft u kinderen?**
- **Hoe bent u terechtgekomen in het Centrum Geestelijke Gezondheidscentrum?**
- **Heeft u zelf raad gevraagd aan uw huisarts of bent u doorverwezen?**

3.2 Traject

- **Hoe kwam u terecht bij uw klinisch psycholoog? Kan u het traject vertellen?**
- **Vindt u dat u genoeg geïnformeerd was vooraleer u bij de klinische psycholoog terecht gekomen was?**

3.3 oorzaken drop-out

3.3.1 Klachtenpresentatie

- Met welke klachten bent u naar het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg geweest?
- Hebben uw klachten een rol gespeeld bij het afhaken van de behandeling?
- Vond u dat uw problematiek geschikt was voor de instelling?

3.3.2 Taal

- Welke talen spreekt u?
- Welke taal gebruikt u tijdens de therapie?
- Vindt u dat het taalverschil tussen de hulpverlener en de cliënt belangrijk is?
- Heeft u gebruik gemaakt van een tolk tijdens de therapie?
- Gaat uw voorkeur naar een hulpverlener die uw moedertaal machtig is of maakt dit geen verschil voor u?

3.3.3 Culturele achtergrond

- Vindt u dat het verschil in culturele achtergrond een impact heeft op de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt?
- Vindt u dat de hulpverlener meer inspanning moet doen om de vertrouwensrelatie vlot te laten verlopen wanneer de cliënt een andere culturele achtergrond heeft?

3.4 Signalen van drop-out

- Heeft u de klinische psycholoog laten weten dat u wilt stoppen met de behandeling of ging u gewoon niet naar uw afspraak?
- Heeft u tijdens de therapie kritiek gegeven over de instelling, relatie, therapie die tot drop-out zou leiden?

3.5 Maatregelen

- Vindt u dat er in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg waar u therapie volgde, maatregelen werd genomen om drop-out bij allochtonen te verminderen of te voorkomen?
- Is er contact met u opgenomen nadat u niet meer kwam opdagen? Heeft men geprobeerd om u te overtuigen om de behandeling verder te zetten?

- Heeft men voldoende inspanningen gedaan volgens u om u te overtuigen? Wat konden ze meer gedaan hebben?

3.6 Aanbevelingen

- Hebt u tips en adviezen om het drop-outpercentage bij allochtonen te verminderen?

4. Afsluiting

- Vragen
- Bedanking

Bijlage 5: Informed consent



INFORMED CONSENT

Toestemming deelname 'masterproef van Mijde Küçük'

Datum:/...../ 2014

Plaats:

.....

Hierbij geef ik, ondergetekende,

(vul naam in):

toestemming aan de ondergetekende master studenten om voor hun masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van Master in de Psychologie de informatie die verkregen is tijdens het interview te gebruiken.

De studenten heeft mij ingelicht over het onderzoek en het verloop en de opname van het interview.

De verkregen informatie wordt volledig anoniem verwerkt. Er worden dus nergens namen vermeld.

Voor akkoord,

Naam deelnemer

.....

.....

Naam studenten