Welke perceptie hebben anderstalige patiënten over de kwaliteit van communicatie in een getolkte consultatie in het huisartsgeneeskunde?

Olimpia-Diana MOLDOVEANU,

Universiteit Gent

Promotor: Prof.Dr. Myriam Deveugele, Universiteit Gent

Co-promotor: Karolien Aelbrecht, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2017

Inhoudstafel

1. Abstract **1**

Inleiding **2**

1.1. Keuze van het onderwerp 2

1.2. Doelstelling 3

2. Oriënterend literatuuronderzoek 4

3.1 Methode 4

3.2 Resultaten uit de literatuur 5

3. Onderzoeksmethodologie **9**

3.1. Doel van het onderzoek 9

3.2. Design van het onderzoek 9

3.3. Ethische aspecten 10

3.4. Datacollectie 10

3.4.1. Gesimuleerde consultaties 10

3.4.2. Focusgroep gesprekken 11

3.5. Rekrutering 11

3.5.1. Deelnemers gesimuleerde consultaties 12

3.5.2. Deelnemers focusgroep gesprekken 12

3.6. Data-analyse 13

5. Resultaten **14**

5.1. Algemeen 14

5.2. Perceptie van het gebruik van tolken in een medische consultatie 16

5.2.1. Perceptie van taalbarrière in de medische consultatie 16

5.2.2. Voorkeur bij het gebruik van verschillende soorten tolken 19

6. Discussies **23**

6.1. Discussies en vergelijking met literatuur 23

6.2. Kritische reflectie 26

7. Conclusies en aanbevelingen voor de huisartsenpraktijk **27**

8. Referenties **28**

9. Bijlagen **31**

9.1. Goedgekeurd protocol 31

9.2. Advies Etisch Comité 32

9.3. Informatiebrief deelnemers gesimuleerde consultaties 33

9.4. Informatie en toestemmingsbrief deelnemers focusgroepen 34

9.5. Vragenlijst deelnemers focusgroepen 36

1 Abstract

WELKE PERCEPTIE HEBBEN ANDERSTALLIGE PATIËNTEN OVER DE KWALITEIT VAN DE COMMUNICATIE IN EEN GETOLKTE CONSULTATIE IN HET HUISARTSGENEESKUNDE?

HAIO: Olimpia-Diana MOLDOVEANU, Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Myriam DEVEUGELE, Universiteit Gent
Co-promotor: Karolien AELBRECHT, Universiteit Gent
Praktijkopleider: Dr. Pascal DE SMET

Context: Leven in een multiculturele maatschappij, heeft gevolgen op verschillende aspecten, waaronder de gezondheidszorg. Uit onderzoek naar de communicatie tussen artsen en anderstalige patiënten blijkt dat het verschil in taal veruit de belangrijkste remmende factor is. Dit argument onderstreept het belang van een onderzoek naar hoe er in de huisartsenpraktijk met de patiënt gecommuniceerd wordt. De doelstelling van deze masterproef is om de kwaliteit van communicatie met anderstalige patiënten te verbeteren door het formuleren van aanbevelingen voor het gebruik van tolken in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvragen: Hoe percipiëren anderstalige patiënten de communicatie met een tolk tijdens een consultatie? Welke voorkeuren met betrekking tot het gebruik van een tolk hebben anderstalige patiënten tijdens een consultatie met taalbarrières?

Methode: We startten met een literatuuronderzoek. Vervolgens werden 16 gesimuleerde consultaties zonder en met verschillende soorten tolken in de huisartsgeneeskunde opgenomen. Daarna volgde een kwalitatief onderzoek aan de hand van focusgroepgesprekken met in totaal 19 anderstalige deelnemers.

Resultaten: De analyse van de focusgroepgesprekken toont aan dat het onmogelijk is om een medische consultatie met taalbarrière te voeren en in bepaalde situaties, zelfs gevaarlijk. Het gebruik van een tolk om deze taalbarrière te overbruggen, leek een goede oplossing. Echter, het type tolk dat het meest geschikt is, blijkt sterk afhankelijk te zijn van de medische aandoening, alsook van persoonlijke en culturele voorkeuren van de patiënt. Los van het type tolk, blijkt een 100% correcte vertaling belangrijk.

Conclusie: Een taalbarrière in een medische consultatie vormt een hindernis voor zowel de huisarts als de patiënt. Dit heeft implicaties voor het zorgbeleid van de patiënt. Een goede voorbereiding door de huisarts op consultaties met een taalbarrière van een huisarts kan een oplossing bieden, alsook het aangepaste gebruikt van een tolk in dergelijke consultaties.

2 Inleiding

2.1 Keuze van het onderwerp

België is al lang gekend als een demografisch dynamiek land. Volgens de Federale Overheidsdienst Economie, woonden er in 2013 ongeveer 500.000 vreemdelingen en in 2015 hadden 11,2% van de inwoners een vreemde nationaliteit, rekening houdend dat sinds 1 februari 1995 asielzoekers die in het wachtregister zijn ingeschreven, niet meer in de statistieken terechtkomen tot dat zij het statuut van vluchteling krijgen. Leven in een multiculturele maatschappij heeft gevolgen op verschillende aspecten in die maatschappij, waaronder de gezondheidszorg. Uit onderzoek naar de communicatie tussen artsen en niet-Westerse patiënten blijkt dat het verschil in taal veruit de belangrijkste remmende factor is (24-26). Dit is een eerste argument dat het belang onderstreept van onderzoek naar hoe er in de huisartsenpraktijk met de patiënt gecommuniceerd wordt, gezien dit voor de patiënt in België normaliter het eerste contact met de gezondheidszorg is.

In een consultatie met een anderstalige patiënt is het belangrijk voor de zorgkwaliteit dat beide actoren, name arts en patiënt, elkaar goed kunnen begrijpen. Tijdens een medische consultatie wordt heel wat informatie verzameld om tot een correcte diagnose te kunnen komen en een efficiënte behandeling en opvolging te kunnen opstarten, maar evenzeer emotioneel geladen informatie, die door eventuele culturele verschillen tussen arts en patiënt, alsook door een taalbarrière moeilijker in te schatten zijn door de arts. (24).

Het gebruik van een tolk, zowel een informele(niet-professionele) als een formele(professionele) tolk, kan hierbij hulp bieden (3-5,15-16,25-26). Literatuuronderzoek toont echter problemen aan bij het gebruik van tolken in een medisch consult, voornamelijk indien familieleden en/of vrienden van de patiënt, de rol van de informele tolk vervullen (8,11,13,16,). Artsen zelf accepteren vaak de aanwezigheid van een informele tolk omdat dit het consult makkelijker maakt en omdat ze de patiënt niet voor het hoofd willen stoten (5,6,8,11,12).

Er werden reeds onderzoeken uitgevoerd naar verbetering van consultaties met een een taalbarrière (3-5,10,12,20-22), alsook geprobeerd om richtlijnen (10, 20) en zelfs de tolk als instrumenten (3, 22) voor te stellen, toch zonder een duidelijke consensus.

De meeste onderzoeken over dit thema situeren zich in Centraal - en Noord Europa, Australië en de Vereinigde Staten, waar de migratie sterk gestegen is de afgelopen decennia. Ook in België werd hierover al enkele studies uitgevoerd (22, 24-26). Terwijl de meeste studies focussen op een bepaald element van een consultatie met taalbarrière, proberen we in dit onderzoek een meer diepgaande analyse uit te voeren naar de verschillende elementen die voor de anderstalige patiënt belangrijk zou kunnen zijn. Op deze manier pogen we meer te weten te komen over de specifieke noden en verwachtingen van de anderstalige patiënt tijdens een getolkte consultatie in de huisartsenpraktijk.

2.2 Doelstelling

De doelstelling van deze masterproef is om de kwaliteit van communicatie met anderstalige patiënten te verbeteren door het formuleren van aanbevelingen voor het gebruik van tolken in de huisartsenpraktijk. Hiervoor hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd en onderzocht om tot de aanbevelingen te komen:

- Hoe percipiëren anderstalige patiënten de communicatie met een tolk tijdens een consultatie?
- Welke voorkeuren met betrekking tot het gebruik van een tolk hebben anderstalige patiënten tijdens een consultatie met taalbarrières?

3 Oriënterend literatuuronderzoek

3.1 Methode

Voor het literatuuronderzoek werden de databanken PubMed, Embase en Web of Science gebruikt. Hierboven werden twee onderzoeksvragen voorgesteld, namelijk: '*Hoe percipiëren anderstalige patiënten de communicatie met een tolk tijdens een consultatie?*' en '*Welke voorkeuren hebben anderstalige patiënten met betrekking tot het gebruik van een tolk tijdens een consultatie met taalbarrières?*' Hieruit werden volgende zoektermen afgeleid: 'language barrier', 'communication barrier', 'interpreted consultation', 'foreign patient', 'perception interpreted consultation', 'general practitioner', 'primary care'. Deze termen werden geselecteerd volgens MeSH en vervolgens in verschillende combinaties door de databanken gehaald. De zoekterm 'language barrier' werd meerdere keren gecombineerd, namelijk met 'general practitioner', 'interpreted consultation' en 'perception of interpreted consultation'. Er werden ook combinaties gebruikt als 'general practitioner and interpreted consultation', 'general practitioner and foreign patient' en 'perception of interpreted consultation by foreign patient in primary care'.

Er werden in totaal 623 artikels gevonden bij het zoeken naar literatuur met bovenstaande zoektermen. De artikels met betrekking tot arts-patiënt communicatie met anderstalige patiënten werden verder gescreend op basis van de volgende inclusiecriteria:

a) niet ouder dan 20 jaar;
b) zowel abstract als volledige tekst raadpleegbaar;
c) gerelateerd aan de huisartsgeneeskunde.

Bij elk relevant artikel, werden de gerelateerde artikels en de publicaties die in dit artikel geciteerd werden ook bekeken. Uiteindelijk werden op basis van deze selectie 26 artikels weerhouden voor deze masterproef.

3.2. Resultaten uit de literatuur

Verschillende internationale studies hebben als doel om de medische consultaties met taalbarrière in de huisartsgeneeskunde te verbeteren. De aanwezigheid van een tolk blijkt onontbeerlijk tijdens medische consultaties met een taalbarrière (12, 16-19). Echter, over de meest geschikte tolk in elke situatie is er nog heel wat onduidelijkheid. Terwijl bepaalde studies de problematiek voornamelijk vanuit het perspectief van de arts bekijken (3-5), staan bij andere studies de perceptie en voorkeuren van de patiënt centraal (18-19, 12). Eveneens de manier waarop de tolk zelf dergelijke consultaties ervaart, werd reeds onderzocht (16).

Uit de meeste studies blijkt dat het perspectief van de anderstalige patiënt belangrijk is om de kwaliteit van consultaties met een tolk te verbeteren en zo ook de negatieve impact van de taalbarrière op hun gezondheid te voorkomen (1, 11-12, 18-19).

Volgens de studie van Hadziabdic et al. (2009) zijn er twee belangrijke aspecten in consultaties met tolken: enerzijds de vertaling op zich, anderzijds de tevredenheid van de patiënten met betrekking tot de tolk. De tolk's competentie, houding, uitstraling en een geschikte omgeving zijn belangrijke voorwaarden voor interpretatie. De bekwaamheid van de tolk, zijn houding en uitstraling alsook een aangepaste omgeving zijn belangrijke voorwaarden om het tolken zo optimaal mogelijk te laten verlopen. De tolk zelf wordt gezien als een communicatiemiddel en een begeleider in de zorg met betrekking tot informatieoverdracht en praktische problemen, maar evenzeer als een belemmering. Van een professionele tolk wordt verwacht om erg bekwaam te zijn in medische terminologie en taal en wordt een persoonlijke interactie in meeste gevallen verkozen (12). Ook andere studies (18-19) beschrijven dat de tolk soms gezien wordt als een obstakel, door het ontstaan van gevoelens zoals frustratie en onzekerheid over het beroepsgeheim, voornamelijk in situaties waarbij de relatie tussen de huisarts, de tolk en de patiënt niet optimaal is. Verder blijkt uit onderzoek dat de patiënt zelf actief en zichtbaar moet deelnemen aan de consultatie en zich niet moet verbergen achter de tolk (5). In verschillende studies wordt het gebruik van een professionele tolk alsook de ontwikkeling van culturele competenties bij tolken (cultureel mediatoor) aanbevolen als manier van verbetering van communicatie in een consultatie met taalbarrière (6,2,11).

Uit de studies van Wiking et al. (2009 en 2013) die de perceptie van anderstalige patiënten in de professioneel getolkte consultaties onderzocht hebben, blijkt dat meer dan twee derden van de patiënten door het gebruik van professionele tolken respect voor hun cultuur ervaren, alsook respect voor hun persoon op zich en hun wensen. Ethische conflicten waren zeldzaam (18, 19).

Wat betreft de voorkeuren van de anderstalige patiënten over de manier van tolken en het type tolk die gebruikt wordt, is er eensgezindheid in de literatuur. Uit onderzoeken blijkt dat het culturele aspect de grootste factor is in de beslissing van de patiënt om al dan niet een tolk te gebruiken (2, 6-7, 11).

Het merendeel van de studies vond dat de voorkeur van de anderstalige patiënt meer naar een informele tolk uitgaat (1, 7-8). Naast het verstrekken van de vertaling, wordt er verwacht dat informele tolken ook de rol van 'de vertegenwoordiger' en 'de verzorger' van de patiënten op zich nemen (1). Informele tolken krijgen meer vertrouwen van de patiënten dan professionele (formele) tolken, omdat de patiënten aannemen dat informele tolken in het belang van de patiënt zullen handelen. Bij van een informele tolk – een familielid of een vriend – heeft de patiënt niet het gevoel overheerst te worden door hen, maar eerder gesterkt te worden door hun aanwezigheid (1,7).

De studie van Greenhalgh et al. (2006) beschrijft de verschillende redenen die verklaren waarom een grote deel van de anderstalige patiënten niet voor een professionele (formele) tolk kiest: het gebrek aan vertrouwen, het moeilijk inplannen in de agenda's, de sterke verwachtingen van een bepaalde uitkomst (een verwijzing, een voorschrift, een ziekte attest enz.) waarvoor zij zelfs strategische acties zouden ondernemen om deze te bereiken(8). Familieleden daarentegen zijn in het algemeen vertrouwd en men verwacht dat de machtsbalans in het voordeel van de patiënt verschuift. Er zijn ook studies die het tegengestelde aantonen, namelijk patiënten die geen positieve ervaringen hebben met het gebruik van familieleden als tolk. Hun rol om zowel praktische als emotionele steun te verlenen, werd niet altijd als positief ervaren (11). In een ander onderzoek schrijven deze patiënten de negatieve ervaring toe aan het filteren van informatie door de tolk (9).

Verder blijkt uit de literatuur dat sommige patiënten, vaak hooggeschoolde patiënten, de tolk zien als een stabiele en neutrale brug die zorgt voor informatieoverdracht, en die hiervoor dus telkens moet balanceren tussen de huisarts en de patiënt (5, 13). Volgens de studies is dit gevaar de reden dat er meer voor professionele tolken wordt gekozen (5). Verder blijkt dat de kwaliteiten van de professionele tolk een goede kennis van talen en medische terminologie om letterlijk en objectief te vertalen en, bij sommige culturen, het delen van dezelfde oorsprong, dialect en geslacht met de patiënt zijn (13).

Over de rol van de tolk in een medische consultatie, zijn ook verschillen in de literatuur terug te vinden. Terwijl bepaalde studies stellen dat de tolk een rol speelt in de diagnose stelling, als een soort advocaat en co-therapeut (16,23), stellen andere studies dat enkel professionele tolken gebruikt mogen worden en dat deze ook als culturele bemiddelaar kunnen optreden (6, 2).

De meeste anderstalige patiënten ervaren de rol van de tolk als een communicatiemiddel en een praktische steun, die letterlijk en objectief vertaalt tijdens een consultatie. Het vertrouwen in de professionele tolk wordt gelinkt aan zijn bekwaamheid als tolk maar ook aan zijn persoon (13).

Uit een systematische literatuurstudie van Flores et al blijkt dat toegang tot professionele tolken ervoor zorgt dat er effectieve communicatie ontstaat tussen de arts en de patiënt, dat er een grotere tevredenheid is bij patiënten en er minder kans is op vertaalfouten.

Verschillende studies beschrijven een bijkomende factor, namelijk de cultuur. Tijdens het vertalen worden gaan bepaalde nuances verloren of zijn deze cultuurspecifiek. (2, 6-7,16).

Om voor de patiënten een gemakkelijke toegang tot hooggekwalificeerde professionele tolken te hebben, zijn organisaties in de gezondheidszorg en richtlijnen voor tolken moeten worden ontwikkeld (3- 4, 10, 12). Enkele studies hebben hiernaar onderzoeken gedaan en meerdere soorten van zogenoemde 'instrumenten' zijn dus op punt gesteld (3, 20-22). Een groep specialisten van Australië hebben een 'toolkit' voorgesteld voor een snelle beslissing tot welke type tolk meest aangeraden is om te gebruiken. Deze kit is bedacht om de nood en voorkeuren van de patiënt aan te tasten. Op deze manier is niet enkel de patiënt tevredengesteld, maar ook de consultatie heeft meer kans op succes in de correcte diagnose en behandeling (3). Het aspect van

werk routine is er in ieder geval aan te voelen nadat enkele keren gebruik is gemaakt van de toolkit (3-4).

Er zijn in meerder landen ook telefoontolk diensten beschikbaar, met de bedoeling om een snellere en goedkopere oplossing te bieden, met daaraan studies in verband met richtlijnen voor de gebruik door huisartsen. De doel tot verbetering inbrengen en grootschalig te gebruiken (20, 21) zou kunnen geraakt woorden enkel als de attitude en leadership van de aangebonden niet medisch personeel zou de nood van de tolken effectief begrijpen en supporteren(promoten) .

De stijgende diversiteit van allochtonen in België, heeft het werk van de huisarts nog ingewikkelder gemaakt, bij de meeste consultaties met taalbarrière valt de routine weg en verreist en ander aanpak met de nodige tolk er bij. De perceptie van de arts en de houding in verband met deze grote culturele diversiteit is, volgens een studie van Universiteit Gent, een van de remmende factoren in de communicatie met patiënten van een etnische minoriteit (22). GMP 3 is een gevalideerde instrument door hen ontwikkeld om de attitude en perceptie van de huisartsen te evalueren.

Twee artikels die niet huisarts gericht zijn, van Butow PN et al. (2013) en Aelbrecht K. et al. (2016 en 2017), werden bewaard omwille van de bruikbare uitkomst in de huisartsenpraktijk (9, 24). Het gaat over kankerpatiënten waarvoor in de praktijk een grote nood aan hulp en steun nodig is, wetend dat de huisarts een belangrijk figuur in de opvolging en de palliatieve zorg van deze patiënten is.

In deze studies is de manier van de communicatie van een prognostiek aan anderstalige kankerpatiënten aangepakt. Het blijkt dat alle participanten, informele of formele tolken, alsook oncologen de neiging hebben om de informatie te filteren. Fysieke problemen werden vaker besproken dan emotionele aspecten en de bespreking over de levensduur werd vermeden en zich meer in medisch jargon werd uitgedrukt (9). In gewone omstandigheden ervaren de patientën het filteren van informatie meer bij de informele tolken (1,7,8). Oncologische ongeneesbare ziekten hebben een meer uitgesproken emotioneel impact en volgens meerdere auteurs zou dit een reden zijn dat tolken veel prognostische mededeling filteren of blokkeren, waardoor de nood aan gespecialiseerde medische tolken (1,9,15,24).

4 Onderzoeksmethodologie

4.1 Doel van het onderzoek

Uit de literatuur blijkt dat er reeds mogelijkheden tot het verbeteren van de communicatie tussen arts en anderstalige patiënt onderzocht zijn. Er is echter nog te weinig geweten over hoe anderstalige patiënten zelf naar de kwaliteit van de communicatie met de huisarts kijken, hoe ze de specifieke problemen die voortvloeien uit de taalbarrière ervaren, en hoe ze de tolken ervaren die hierbij kunnen helpen. In deze masterthesis zullen anderstalige patiënten vanuit hun eigen ervaring bevraagd worden over de kwaliteit van de arts-patiënt communicatie.

4.2. Design van het onderzoek

Het onderzoek dat gevoerd werd voor deze masterproef maakt deel uit van een groter onderzoek over arts-patiënt communicatie in verschillende contexten.

In dit onderzoek werd gekozen voor een kwalitatieve benadering. Er werden focusgroepgesprekken georganiseerd, omdat zij een snelle en interactieve manier zijn om kwalitatieve gegevens te verzamelen en het onderwerp in de breedte te bekijken.
Tijdens de focusgroepgesprekken werden de anderstalige personen gevraagd om videofragmenten van gesimuleerde consultaties met anderstalige patiënten in vier verschillende situaties, die in het kader van het onderzoek werden opgenomen (zie hieronder), te bekijken: a.) in een situatie zonder tolk, b.) in een situatie met een informele tolk gekend door de patiënt, c.) in een situatie met een informele tolk niet gekend door de patiënten, en d.) in een situatie met een formele, professionele tolk. Na het bekijken van deze fragmenten, werden zij gevraagd om hun mening hierover te uiten en in discussie te treden met elkaar in het Nederlands.

4.3. Ethische aspecten van het onderzoek

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent, project 2016-0333 (zie bijlage). De video-opnames van de gesimuleerde consultaties en de focusgroepgesprekken werden georganiseerd door de masterproefstudent en haar co-promotor.

Alle deelnemers werden op voorhand zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over het doel en het belang van het onderzoek, alsook zijn/haar vrijwillige deelname hieraan. De onderzoekers (Olimpia Moldoveanu en Karolien Aelbrecht) gaven bij de aanvang van elk focusgroepgesprek nogmaals informatie over het onderzoek en vroegen toestemming tot deelname aan het onderzoek en het opnemen van de focusgroepgesprekken (zie bijlage.

Alle gesprekken werden geanonimiseerd. Denamen van de deelnemers werden veranderd in een cijfer zodat de identiteit van de deelnemers in geen geval kan worden achterhaald door derden.

4.4. . Datacollectie

4.4.1. Gesimuleerde consultaties

In het kader van het onderzoek werden 16 gesimuleerde consultaties met anderstalige patiënten opgenomen, waarin vier situaties werden gecreëerd:

- consultaties zonder enige tolk aanwezig
- consultaties met een informele tolk, niet gekend door de simulatie patiënt
- consultaties met een informele tolk, gekend door de simulatie patiënt
- consultaties met een formele – professionele tolk

Elke opgenomen consultatie werd gerandomiseerd getoond aan telkens twee communicatie-experten verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Fragmenten die door de twee experten als communicatief goed en slecht aangeduid werden, werden uiteindelijk gebundeld in 7 fragmenten. Deze fragmenten werden ondertiteld en werden,

uiteindelijk, gebruikt als vertrekpunt voor de focusgroepgesprekken om het gesprek telkens op gang te brengen.

4.4.2. Focusgroep gesprekken

Focusgroepgesprekken zijn een snelle en interactieve manier om kwalitatieve gegevens te verzamelen en het onderwerp in de diepte te bekijken. Er werd voor focusgroepgesprekken gekozen omdat het aanleiding geeft tot een gevarieerde vorm van communicatie via o.a. anekdotes, grapjes, opmerkingen, etc. De dynamische interactie in een kleine groep leidt tot een beter inzicht van de aangehaalde problematiek en tegelijkertijd stimuleert het discussie en verschillen in opinies van alle deelnemers. Het organiseren van focusgroepgesprekken werd gestaakt van zodra er saturatie van informatie werd bereikt.

Op basis van de onderzoeksvragen, werden de onderwerpen geselecteerd die als vertrekpunt van de focusgroepgesprekken werden gebruikt. Dit waren ook de onderwerpen van de 7 fragmenten die telkens bij de start van elke discussie werden getoond:

- Omgaan met taalbarrière zonder tolk
- Gebruik van verschillende soorten tolken
- Ingaan op 'cues en concerns' in de getolkte consultaties
- Rol van de tolk in een consultatie
- Context in de consultatie
- Keuzemogelijkheden bieden in de getolkte consultaties
- Vertalingsfouten tijdens getolkte consultaties

4.5. Rekrutering

Het onderzoek vond plaats tussen maart 2016 en januari 2017. In een eerste fase van het onderzoek werden de gesimuleerde consultaties opgenomen, daarna werden de deelnemers van

de focusgroepgesprekken gerekruteerd en vonden de focusgroepengesprekken plaats (augustus 2016 - januari 2017).

4.5.1. Deelnemers gesimuleerde consultaties

Voor de opgenomen consultaties werden vier huisartsen, werkzaam op de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent, gevraagd om een voormiddag consultaties uit te voeren zonder verdere instructies. Verder werden vier anderstalige simulatiepatiënten met een Roemeense, Portugese, Italiaanse en Arabische origine gerekruteerd die bij elke arts een gesimuleerde medische aandoening diende na te spelen in telkens een andere situatie: zonder tolk, met een informele gekende tolk (eigen familielid of vriend), met een informele niet gekende tolk (voorzien door de onderzoekers) of met een professionele tolk (voorzien door de onderzoekers). De tolken die gebruikt werden in elke situatie werden enerzijds gerekruteerd via de simulatiepatiënten en binnen de hele universiteit (bv. anderstalige doctoraatsstudenten), anderzijds via professionele organisaties voor tolken.

Voor de opnames werden de simulatiepatiënten en de tolken geïnformeerd over het onderzoek, alsook gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen (zie bijlage).

4.5.2. Deelnemers focusgroepgesprekken

Er werden zeven focusgroepgesprekken georganiseerd met telkens 1 tot 4 anderstalige deelnemers. Om te kunnen deelnemen aan een focusgroepgesprek, dienden de volwassen deelnemers een andere moedertaal dan het Nederlands te hebben, maar met voldoende kennis van het Nederlands om in groepsverband hun beleving, percepties en voorkeuren te kunnen uiten.

De deelnemers aan de focusgroepgesprekken werden voornamelijk gerekruteerd via huisartspraktijken met voldoende anderstalige patiënten (WGC 'Brugse Poort' te Gent, WGC 'Daenshuis' te Aalst, Duo-praktijk 'De Smet-Debaene' te Nieuwerkerken, Huisartsenpraktijk 'Belgiëlaan' te Destelbergen). Aan de coördinators van de wijkgezondheidscentra en huisartsen

van elke praktijk werd een informatieve e-mail over het onderzoek gestuurd, met alle informatie over het onderzoek, alsook de contactgegevens van de onderzoekers. Nadat de coördinatoren en de huisartsen een eerste screening voor potentiële deelnemers hadden uitgevoerd en deze hadden gecontacteerd, werden de deelnemers voor een tweede keer telefonisch en/of schriftelijk gecontacteerd door de onderzoekers (Olimpia Moldoveanu en Karolien Aelbrecht) van deze studie. Er werd ook aan de deelnemers gevraagd andere personen voor te stellen die bereid zouden zijn om aan het onderzoek deel te nemen. Voor elk gesprek werd door de onderzoekers nogmaals contact genomen, via telefoon, brief of sms, om hun deelname te bevestigen. Tijdens de focusgroepgesprekken werden de deelnemers nogmaals geïnformeerd over het doel van het onderzoek, alsook werd hun toestemming gevraagd(zie bijlage).

4.6 Data-analyse

Alle gesprekken werden opgenomen, letterlijk uitgeschreven, grondig nagelezen en gecodeerd. Het coderingsproces verliep parallel met de transcriptie van de focusgroepgesprekken. Via het coderingsproces werd getracht om alle informatie over eenzelfde onderwerp te labelen aan de hand van codes en op deze manier samen te brengen.

Tijdens een eerste fase werden alle interviews door de twee onderzoekers (Olimpia Moldoveanu en Karolien Aelbrecht) onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Hierbij werden de codes van alle betekenisvolle fragmenten bediscussieerd tot er consensus werd bereikt. Hierdoor kon de betrouwbaarheid van het coderingsproces gegarandeerd worden. Dit leidde, in een tweede fase, tot het vormen van categorieën waarbij zowel binnen als overheen de uitgeschreven gesprekken werd gezocht naar patronen en structuren die deze categorieën verder verbonden. Op basis hiervan kon een antwoord geformuleerd worden op de onderzoeksvragen.

5 Resultaten

De resultaten werden onderverdeeld in twee delen. Eerst wordt er een algemeen overzicht gegeven over de focusgroepgesprekken en de deelnemers, in het tweede deel worden de bevindingen voorgesteld die een antwoord moeten bieden op de onderzoeksvragen: '*Hoe percipiëren anderstalige patiënten de communicatie met een tolk tijdens een consultatie?*' en '*Welke voorkeuren hebben anderstalige patiënten met betrekking tot het gebruik van een tolk tijdens een consultatie met taalbarrières?*'

5.1 Algemeen

Er werden 6 focusgroepgesprekken en 1 interview georganiseerd. Het interview was het gevolg van de afwezigheid van de deelnemende participanten. De gemiddelde duur van de focusgroepgesprekken was 90 minuten. De kortste bedroeg 1uur en 16 minuten (d.i. het afzonderlijk interview) en het langst durende focusgroepgesprek was 2 uur en 7 minuten.

In totaal namen er 19 anderstalige personen deel aan de focusgroepgesprekken, waarvan 15 vrouwen en 4 mannen. De gemiddelde leeftijd was 43jaar. Alle 15 vrouwen woonden samen met een partner en hadden een of meerdere kinderen. Van de 4 deelnemende mannen waren twee mannen alleenstaand en hadden geen kinderen.

Een derde van de vrouwen en twee mannen waren hoogopgeleid. Behalve één, beheersten de deelnemers een redelijk hoog niveau van de Nederlandse taal. Het merendeel heeft via het volgen van een cursus de taal geleerd. Eén man en twee deelnemende vrouwen waren tweede generatie allochtonen, zij hebben aldus het Belgische schooltraject doorlopen.

De deelnemers waren gevarieerd van origine. Vijf van de 19 deelnemers was van Arabische origine, 3 van Turkse origine, 8 van Oost-Europese en 3 van de Zuid-Amerikaanse origine.

Twee mannen en meer dan de helft van de deelnemende vrouwen (12) hadden een voltijdse job in een Nederlandstalige omgeving.

Bijna alle deelnemers (18) hebben ooit voor iemand anders vertaald in een medische setting. Ongeveer twee derde van de deelnemers (14) heeft zelf ooit gebruik gemaakt van een tolk,

waarvan het merendeel (12) een informele tolk, zoals een familielid of een vriend. Acht deelnemers hadden ervaring met een formele tolk.

De sociodemografische kenmerken van de deelnemers worden gedetailleerd in onderstaande tabel weergegeven.

Nr/ NrFG	**Leeftijd**	**Geslacht**	**Gezin samenstelling**	**Aantal kinderen**	**Land van herkomst**	**Moedertaal**	**Opleidingsniveau**	**Werk**
1/1	44	V	partner en kinderen	2	Polen	Pools	Hogeschool/Univ	Ja
2/1	46	V	partner en kinderen	2	Mexico	Spaans	Hogeschool/Univ	Neen
3/1	40	V	partner en kinderen	2	Chili	Spaans	Hogeschool/Univ	Neen
4/2	50	V	partner	5	Polen	Pools	Hogeschool/Univ	Ja
5/2	45	M	partner en kinderen	2	Turkije	Turks	Middelbaar	Ja
6/2	39	V	partner en kinderen	3	Turkije	Turks	Middelbaar	Neen
7/3:	52	V	partner en kinderen	3	Libanon	Arabisch	Hogeschool/Univ	Neen
8/3	49	V	partner en kinderen	1	Roemenië	Roemeens	Middelbaar	Ja
9/3	42	V	partner en kinderen	1	Roemenië	Roemeens	Middelbaar	Ja
10/3	40	V	partner	0	Brazilië	Portugees	Middelbaar	Ja
11/4	42	M	alleenwonend	0	Montenegro	Albanees	Hogeschool/Univ	Ja
12/5	58	V	partner	2	Bulgarije	Bulgaars	Middelbaar	Ja
13/5	41	V	partner en kinderen	2	Turkije	Turks	Middelbaar	Ja
14/5	42	V	partner en kinderen	2	Bulgarije	Bulgaars	Lagere school	Ja
15/6	26	M	andere: verloofd	0	Irak	Arabisch	Hogeschool/Univ	Neen
16/6	49	M	partner en kinderen	3	Syrië	Koerdisch	Hogeschool/Univ	Neen
17/7	57	V	kinderen	4	Marokko	Arabisch	Middelbaar	Ja
18/7	44	V	partner en kinderen	3	Marokko	Arabisch	Hogeschool/Univ	Ja
19/7	46	V	partner en kinderen	2	Tsjechie	Tjechisch	Hogeschool/Univ	Ja

Tabel 1. Socio-demografische karakteristieken deelnemers focusgroepgesprekken

5.2 Perceptie van het gebruik van tolken in een medische consultatie

Hieronder wordt een antwoord geformuleerd op de volgende onderzoeksvragen:

- hoe percipiëren anderstalige patiënten de communicatie met een tolk tijdens een consultatie?
- welke voorkeuren hebben anderstalige patiënten met betrekking tot gebruik van een tolk tijdens een consultatie met taalbarrières?

De observaties uit de focusgroepgesprekken worden per thema, zoals aangeboden via de videofragmenten, besproken. In deze masterproef worden enkel de resultaten besproken die betrekking hebben op de bovenstaande onderzoeksvragen.

5.2.1 Perceptie van de taalbarrière in de medische consultatie

In een medische consultatie is het moeilijk als beide actoren, namelijk de arts en de patiënt, elkaars taal niet spreken. De ene moet zijn klachten voldoende kunnen beschrijven opdat de andere tot een juiste diagnose te kunnen komen, en vervolgens de correcte behandeling te kunnen opstarten. Een taalbarrière maakt dit proces bijna onmogelijk en, in bepaalde situaties, zelfs gevaarlijk. Alle deelnemers waren akkoord dat het onmogelijk is om in deze omstandigheden een goede consultatie te voeren.

I: "Als jullie dit fragment zien, wat betekent dat voor jullie?"
P: "Dat die mensen voelen zich een beetje machteloos, de patiënt en de dokter. Het kan niet een normale afspraak zijn: de patiënt geen taal spreekt en de dokter moet alles vertalen en zoeken in de translation...Ik voel direct: 'neen' (FG 1)."

I: "Wat vonden jullie van deze twee filmpjes?"
P: "Heel moeilijk. Alle twee is niet correct omdat de dokter moet correct begrijpen wat jij hebt .... Jij moet heel goed de mensen begrijpen wat hij zegt (FG 6)."

I: "Wat zien jullie gebeuren?"
P: "Zeer moeilijk voor de patiënt en voor de dokter. Het moet iemand vertalen hé, met tolk, iemand van familie. ... Moeten meekomen. Ja. Altijd (FG 5)."

Wat betreft het gedrag van de huisarts in een situatie waarbij er geen gedeelde taal is en geen tolk aanwezig is, zijn de meningen van de deelnemers verdeeld. Zowel het gebruik van een digitaal vertalingsinstrument zoals 'google translate' als het gebruik van handgebaren tijdens de hele consultatie vinden de deelnemers een goede oplossing. Het belangrijkste voor hen is dat de huisarts begrijpt wat er aan de hand is en dat de patiënt uiteindelijk geholpen wordt.

I: "Maakt het niet uit of het via computer is of letterlijk met handen en voeten zoals de tweede dokter?Je hebt geen voorkeur voor de arts die je gezien hebt?"

P: "Nee, nee."

P. "De tweede dokter was oké, vriendelijk. Ik kan niet zeggen dat de eerste niet vriendelijk was want hij praat bijna niet."

P: "Ja, ikke wel. Ik zou liever de andere (tweede) hebben hé. ..De eerste heeft feitelijk niets gedaan ook om zo echt achter komen 'voor wat kom je'? Hij is blind een puzzel aan het maken...(FG 1)."

I:"Wat vonden jullie van de acties van de eerste dokter?"

P: "Dat vond ik echt mooi, allez, dat is geduld hebben (FG 2)."

I: "Wat vinden jullie van de oplossingen hier die artsen gebruikt hebben voor hun patiënt?"

P: "Ja, ik vind dat wel goed, dat ze gaan zoeken om dat echt te verstaan....En die andere ook, allez, met de gebaren en zo (FG 3)."

I: "Dus, jouw voorkeur zou er uitgaan naar..."

P: "Het tweede... Het eerste gesprek zo, via google translate, ... Dat is niet altijd juist ... het tweede gesprek, zo met gebaren ... Dat is ook zo een beetje internationaal hé. Iedereen begrijpt een beetje. Van dat tweede gesprek is het veel duidelijker ook hé (FG 4)."

I: "Hebben jullie een voorkeur?"

P: "Met de computer. Voor mij is er niet goed de tweede (FG 5)."

Eigen ervaringen met consultaties zonder gedeelde taal of tolk waren zeldzaam, en indien het eens was voorgevallen, was de situatie of de ziekte niet levensbedreigend of ernstig. De meesten deelnemers spraken nog een tweede taal die gedeeld werd met de huisarts of raadpleegden een huisarts die naar oplossingen zocht voor de taalbarrière.

I: "Kunnen jullie vergelijken met ervaringen die jullie zelf gehad hebben?"

P: "Ik was ziek dat was 18 jaar geleden, kerstdag, dokter van wacht … nog geen dokter.... drie maanden in België ... Dus dat was gebarentaal op de basis van de symptomen dat ik had, en zo is het feitelijk tot goed eind gekomen moet ik wel zeggen. Maar het is niet evident (FG 1)."

I: "Met uw dokter spreekt u Nederlands?"

P: "Een beetje, ik niet begrijp en mijn dokter *translate google*."

I: "En vindt u dat goed? Bent u daar tevreden mee?"

P: "Nu goed. Maar later niet. Ik denk normale problemen is goed. Normaal bv. verkouden of keelpijn, die zijn goed. Maar wanneer grote problemen is niet goed (FG 6)."

P: "Tweede is beter dan de eerste. Maar alle twee is niet correct, maar wanneer de bv. de normale pijn, bv. de snijden of breuken van de been of van de hand, dit is ok, wanneer hij heeft een probleem inwendig, is moeilijk. Hij moet dus professioneel tolken. (FG 6)"

I: "Hebben jullie daar zelf ervaring mee?"

P: "Neen, want ik heb altijd hun taal gesproken. Frans of Engels. Ik heb altijd mijn plan getrokken (FG 3)."

Voor het omgaan met een taalbarrière, hadden de deelnemers verschillende oplossingen. Enerzijds werd het gebruik van tolken voorgesteld, anderzijds het gebruik van andere communicatiemiddelen, zoals het gebruik van digitale vertalingsinstrumenten of het zoeken van een huisarts die dezelfde taal spreekt. Over het gebruik van een tolk waren de meeste deelnemers het eens, terwijl het raadplegen van een huisarts die dezelfde taal spreekt, voor velen de makkelijkste, maar niet de beste optie was. Velen waren van mening dat de beste optie, voor de patiënt, de Nederlandse taal leren was.

I: "Dus een dokter die dezelfde taal spreekt als jou?"

P: "Ik ken hier een dokter die Arabisch spreken... Dus ik ben altijd bij hem geweest in het begin.. nu het maakt niet uit, nee... als het een goede dokter is, dat is het belangrijkste (FG 3)."

5.2.2 Voorkeur bij gebruik van verschillende soorten tolken

Zoals hierboven reeds aangegeven, was er over het gebruik van tolk in algemeen eensgezindheid tussen de deelnemers. Echter, de meningen waren verdeeld over welke type tolk het meest aangepast zou zijn. Volgens de deelnemers was dit overigens sterk afhankelijk van de medische aandoening, en ook van persoonlijke en culturele voorkeuren van de patiënt.

Het gebruik van informele tolken, zoals familieleden en vrienden, genoten de voorkeur in eenvoudige, niet ernstige zorgsituaties, zoals bijvoorbeeld verkoudheden of breuken, en waar dus geen persoonlijke informatie besproken werd. Er was geen uitgesproken verschil in het kiezen voor een familielid of een vriend in deze situaties. Enkele deelnemers gaven aan ook geen bezwaar te hebben bij het gebruik van informele niet gekend tolken.

I: "Zouden jullie ook het liefst een vriend of iemand die jullie goed kennen mee willen als tolk, ook als jullie slecht nieuws zouden krijgen?"

P: "Een vriend is toch beter... Je moet alles zeggen tegen de dokter... Met een vriend is het gemakkelijker (FG 1, Spaans)."

P: "Ik heb geen problemen met andere mensen die ik niet ken om te zeggen over mijn problemen (FG1, Braziliaans)."

P: "Mijn broer die kan wel alles van mij kennen en zo... maar geen verre vriend (FG 3, Arabisch)."

P: "Familie is de beste... Maar als bijvoorbeeld mijn familie niet goed Nederlands spreekt, professioneel tolk is beter dan een vriend. Omdat hij spreekt voor de zieke... Hij vertaalt de juiste problemen voor de dokter (FG 6, Arabisch)."

P: "Voor mij is gelijk.... Het belangrijkste is dat je alles begrijpt, zeker als ge pijn hebt... Dat dokter ook alles goed begrepen heeft...(FG 5, Tsjechisch)."

P: "Een vriendin meepakken... neen, dan zou ik liever iemand neutraal willen, die mij niet kent (FG 1, Pools)."

Alle deelnemers merkten op dat meer dan de helft van de vragen die door huisartsen werden gesteld, niet correct of volledig vertaald werden en dat dit het gevolg was van het gebruik van een informele tolk tijdens een medische consultatie. Volgens hen kunnen dergelijke fouten gebeuren indien de gekozen tolk de Nederlandse taal niet voldoende beheerst of als de tolk moeite heeft om de hele context te begrijpen en dus het verhaal niet correct kan overbrengen. Ze waren allen akkoord dat dit ernstige gevolgen heeft voor het stellen van een optimaal beleid, behandeling en opvolging voor de patiënt.

I: "En heb jij een voorkeur?"
P: "Ik weet dat niet. Voorkeur. Als er iemand meegaat, als er vertaler of tolk, die zal u juist uitleg geven maar als ze een klein beetje Nederlands begrijpen, die kan sommige dinges niet verder zeggen of vergeten te zeggen … dat gebeurt wel zo... dat ze niet alles vertaalt (FG 3)."

De voordelen voor het gebruik van familieleden als tolk waren, volgens sommige deelnemers, het gevoel meer vertrouwen te hebben in hen en ook de grotere beschikbaarheid die zij hebben. Toch zijn er ook nadelen aan verbonden, zoals de beperkte taalvaardigheid en de soms onvolledige vertalingen, zoals hierboven reeds vermeld, alsook het voelen van schaamte in bepaalde medische situaties waardoor de patiënt of het familielid niet bereid is alle informatie te geven. Verder kwam het gebruik van kinderen als tolk niet aan bod tijdens de gesprekken.

Een aantal deelnemers koos voor het gebruik van professionele tolken tijdens een medische consultatie, en dit voornamelijk omwille van het beroepsgeheim en de neutraliteit van dergelijke tolken. Echter, de kosten en de onmiddellijke beschikbaarheid van professionele tolken werden als een nadeel gezien.

I: "Jij denkt dat de professionele tolk beter is?"

P: "Dat denk ik. Maar tolken, je kunt dat niet altijd vinden hé, weet je dat? Ge kunt ook problemen hebben met de tolken. Want ze kunnen niet komen. Ge moet zelfs dagen wachten. En een professionele tolk is kostelijk (FG 2)."

P: "Ja. Voor griep of verkouden of pijn in de rug en zo, de familie mag weten, geen probleem. Maar zijn ook wel andere ziekte, kanker hebben of ja, andere ziektes HIV of noem maar op ... willen niet dat iemand anders weet: dan ben je beter met een professionele tolk. Privacy, ja. Familie denk ik dat ze dat rap gaan door vertellen aan andere familieleden of andere vrienden ... Dat is ook een beetje: die kent mij niet , ik hoop op beroepsgeheim (FG 4)."

Terwijl het merendeel van de deelnemers een volledige en letterlijke vertaling verkozen, waren drie deelnemers tevreden met een korte samenvatting, met de belangrijkste resultaten, van de consultatie door de tolk. De reden die zij hiervoor gaven, waren de eigen ervaring met de zorgverlening door het uitoefenen van een medisch beroep, of de eigen persoonlijkheid. Verder bleek ook één deelnemer een gespecialiseerde (medische) tolk te verkiezen.

I: "Wil je dan eigenlijk dat uw tolk alles vertaalt, woord per woord ...?"

P: "Moet alles vertalen. Alles weten, ja, zoveel mogelijk vertalen. Maar woord voor woord is moeilijk hé in alle talen. Jazeker. … de dokter ook alles vertelt aan mij, dat ik weet waar ik sta. Dat is heel belangrijk voor mij (FG 4)."

P: "… misschien is mijn karakter, maar nee, ik heb nodig, maar echt nodig om alles te weten. Te begrijpen.... Echt, of anders ben ik echt nerveus (FG 3)."

P: "Ik zou willen beknopt. Ik moet dat allemaal gedetailleerd niet weten hé ... kort en bondig ... Natuurlijk is dat ook weer van mijn beroep (FG 1)."

I: "Het is belangrijk dat het goed vertaald wordt? Iemand die alles begrijpt?"

P: "Ik zou liever een tolk willen, iemand van ziekenhuis omdat die altijd in ziekenhuis is, altijd meer begrijpen dan een gewone tolk denk ik."

I: "Oke, Iemand die gespecialiseerd is in medisch tolken eigenlijk?"

P: "Ja. Dat zou nog zekerder zijn (FG 5)."

Los van de voorkeur tussen het gebruik van een professionele versus een informele tolk, verwachtten alle deelnemers dat de vertaling 100% correct is.

I: "Dus daar zijn jullie allemaal mee akkoord dat die vertaling wel correct moet zijn?"
P: "100% zeker Dat is de basis. Dat is de basis hé van de verder communicatie en behandeling en eventuele hulp en noem maar allerlei zaken die daar bij komen. … Dat wordt toch allemaal goed correct vertaald en ook hulp ingeschakeld worden. En geholpen worden om die hulp te krijgen. Dat vind ik toch belangrijk (FG 1)."

Bijna alle deelnemers verwachtten dat de huisarts de patiënt rechtstreeks aanspreekt en dat de tolk enkel gebruikt wordt als communicatiemiddel. Slechts een paar verkozen het betrekken van de tolk als deelnemer van de consultatie waarbij de patiënt en de tolk, alsook de huisarts en de tolk met elkaar in discussie konden treden.

I: "Dus jullie willen ook rechtstreekse spreken met de tolk en niet met de arts?"
P: "Ja, maar als de dokter niet begrijpen, moet het met de tolk (FG 1)."
P: ".. als patiënt … liefst rechtstreeks met de tolk (FG 2)."
P: "Dokter moet vragen eerst naar patiënt en dan vertalen tolk (FG 5)."

I: "Vindt u dat de arts ook mag praten met de tolk? Of enkel met de patiënt?"
P: "De dokter (moet) alleen (met) de patiënt spreken … De patiënt is belangrijk voor de dokter (FG 6)."

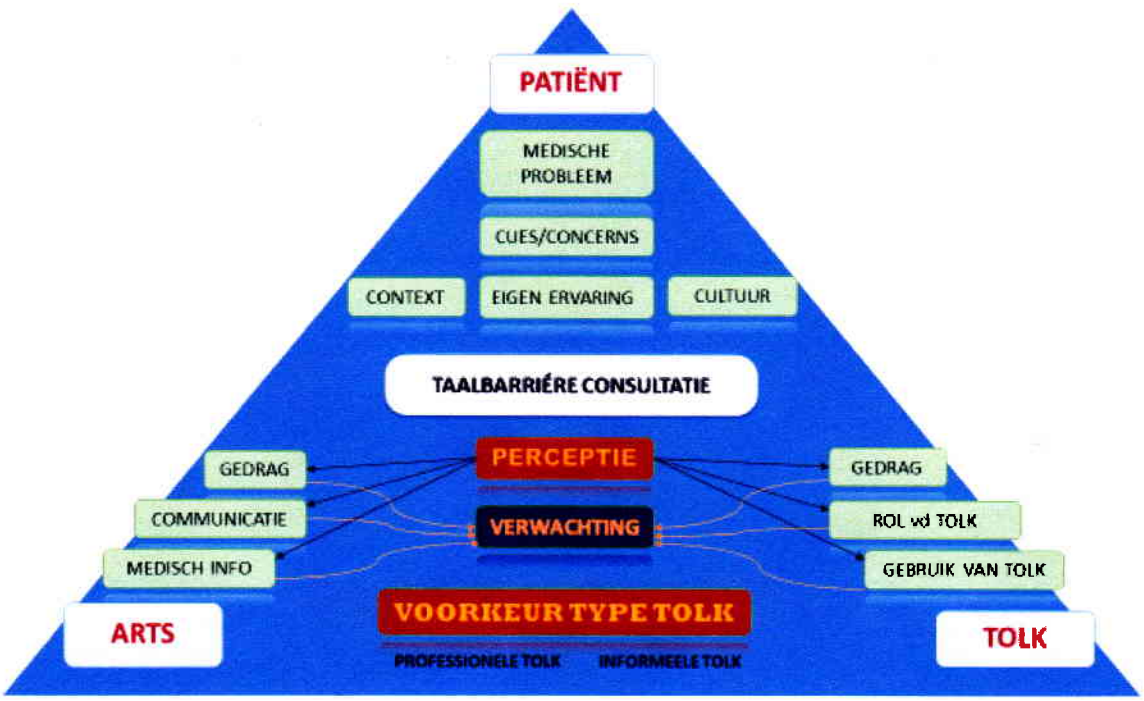
I: "En waar zou je dan de tolk zetten?"
P: "Ik denk, het is beter als tolk .. zit voor mij...als patiënt... niet naast (FG 2)."

6 Discussies

6.1 Discussie en vergelijking met literatuur

Het opzet van dit onderzoek was om na te gaan welke perceptie anderstalige patiënten hebben over de kwaliteit van communicatie in een getolkte consultatie in het huisartsgeneeskunde. Door de huidige maatschappelijke context blijft dit een belangrijk thema dat uitgebreid onderzoek vereist.

In deze masterproef hebben we eerst op basis van volgende onderzoeksvragen 'hoe percipiëren anderstalige patiënten de communicatie met een tolk?' en 'welke voorkeuren hebben anderstalige patiënten tijdens een consultatie met taalbarrières?' een literatuurstudie uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de recente ontwikkelingen binnen dit thema. Vervolgens werd er gekozen om, in het kader van een groter onderzoek, videofragmenten van getolkte consultaties op te nemen en deze te gebruiken tijdens focusgroepgesprekken.



Figuur 1: Kwaliteit van communicatie volgens de perceptie van patiënt

Deze figuur geeft de resultaten van het volledige onderzoek weer, maar voor dit deelonderzoek werd specifiek naar de perceptie en voorkeuren van de patiënten in verband met het tolken gekeken.

Vaak wordt de anderstalige patiënt bij zijn aankomst in België geconfronteerd met een situatie waarin hij geen gemeenschappelijke taal deelt met de huisarts, en waarbij ook geen tolk aanwezig is. Uit dit onderzoek blijkt dat het onmogelijk is om in dergelijke omstandigheden een goede en veilige consultatie te voeren. Dit komt overeen met de literatuur die zegt dat een consult die in dergelijke omstandigheden niet gevoerd kan worden (2-5, 21-22).

Het gedrag van de huisarts om het probleem van de taalbarrière te doorbreken blijkt in ons onderzoek belangrijk, zonder uitgesproken voorkeur voor het soort oplossing. Het belangrijkste is dat de huisarts een goed idee krijgt over wat er aan de hand is met de patiënt en de patiënt uiteindelijk geholpen worden. De literatuur spreekt weinig er over, in een enkele studie zouden de patiënten voor gelijk welke strategieën kiezen om de arts te kunnen spreken/begrijpen, maar de kwaliteit blijkt erg dubieus te zijn (21).

Het gebruik van tolken in consultaties met een taalbarrière blijkt een goede oplossing. Het type tolk dat best gebruikt wordt, is echter afhankelijk van de medische aandoening, van de persoonlijke voorkeuren en eventuele culturele voorkeuren van de patiënt. Los van het type tolk, blijkt een 100% correcte vertaling belangrijk.

Voor de informele, gekende tolk – zoals een familielid of een vriend – wordt doorgaans gekozen indien het om een niet ernstige en eenvoudige ziekte gaat zoals een verkoudheid. De keuze voor deze soort tolk gebeurt op basis van vertrouwen en beschikbaarheid. Het nadeel echter aan deze keuze is de kans op onvolledige en/of foute vertalingen. Ook is er soms een gevoel van schaamte bij bepaalde medische aandoeningen die verder zorgt voor onvolledigheid in het verhaal van de patiënt, alsook de vertaling door de tolk. Ook naar de aanpak van de familie als tolk voor zware, soms ongeneesbare ziektes, was de uitkomst niet even bevredigend, door de groot emotioneel impact werd de informatie naar patiënt toe gefiltreerd. De literatuur beschrijft zowel goede (1, 7-8) als slechte (7, 9-11) ervaringen met familie als tolk, wat overeen komt met de bevindingen van ons onderzoek.

Een professionele tolk daarentegen wordt gekozen in situaties of bij patiënten waar het beroepsgeheim belangrijk is. De nadelen bij deze tolken zijn de gepercipieerde kosten en de (niet onmiddellijke) beschikbaarheid ervan. Overeenstemmend met enkele studies (16-17, 23) waarvan blijkt dat professionele vertalers zichzelf als actieve deelnemers zien, die de communicatie verbeteren door de kloof tussen arts en patiënt te overbruggen, beschrijven de meeste anderstaligen de rol van de tolk als communicatie en praktische steun, die letterlijk en objectief interpreteren.

Over manier van tolken gesproken komt de literatuur ons resultaten te streven dat vele patiënten verwachten dat de arts hen rechtstreeks aanspreekt ondanks de taalbarrière en de tolk blijft aan de zijkant, enkel als een stem, enkel voor de vertaling. De verschillende studies bespreken dit idee meer van de kant van arts, terwijl dat we alleen naar de perceptie van de patiënt hebben gekeken. Een duidelijke keuze naar rechtstreekse conversatie met de tolk in de literatuur is niet gevonden en het was ook slechts bij een paar deelnemers aan ons focusgroepgesprekken te vernoemen.

Uit ons onderzoek blijkt cultuur toch een sterke invloed te hebben in de voorkeur naar gebruik van tolk. Er zijn meerdere studies naar de echte redenen tot aan de decisie om een bepaalde type tolk te gebruiken in een consultatie bij de huisarts (2,6-7,11). Het resultaat is interessant en merendeel akkoord met de uitkomst van ons studie: indien met de naasten geen goede vertrouw relatie mogelijk is, gaat de voorkeur naar de vrienden, waar ook verschillende graden van vriendschap zijn beschrijven en eraan afhankelijk ook de rol die zij als tolk vervullen varieërt. In algemeen, is deze type tolk-patiënt relatie minder goed gepercipieerd, toch door de patiënt zelf en door de artsen getolereerd door soms gebrek aan andere mogelijkheden.

Het is ons moeilijk te onderscheiden wanneer de culturele impact eindigt en wanneer de persoonlijkheid van een patiënt een rol spreekt. Sommigen beschrijven zichzelf sterk aangebonden aan hen cultuur te zijn, anderen negeren een bond tussen de twee, zij zouden keuzes maken eerder door hun persoonlijke meningen over het leven. Overeenstemmend zijn sommige cultureel specifieke karakteristieken in enkele studies getoond, die een groot invloed zouden hebben met betrekking tot de gekozen type tolk voor een kwaliteitsvolle medische consultatie (2, 6-7,16). Hiervan leren we dat verschillende culturele groepen beschrijven pijn en

angst heel anders: cultureel-specifieke termen, uitdrukkingen of metaforen kunnen moeilijk te begrepen zijn, zelfs wanneer het taalvermogen hoog is. Dit is en belangrijk pijler in de perceptie van de patiënt over de kwaliteit van communicatie met de huisarts: de zekerheid dat zij elkaar volledig begrijpen en dat het niet anders zouden behandeld worden dan de autochtonen (6).

6.2 Kritische reflectie:

Een sterkte van dit onderzoek is de methode die gebruikt werd. Focusgroepgesprekken zijn een snelle en interactieve manier om kwalitatieve gegevens te verzamelen en het onderwerp in de diepte te bekijken. Deze methode biedt aan de deelnemers de nodige ruimte om hun ervaringen en meningen te delen in een veilige omgeving. Ook zorgde het gebruik van videofragmenten van gesimuleerde getolkte consultaties dat de discussie over het thema makkelijk op gang kwam.

Verder kan de ontwikkeling en de selectie van de videofragmenten als een sterkte van dit onderzoek beschouwd worden. Gezien enkel de anderstalige simulatiepatiënten geïnstrueerd werden, kon het natuurlijk gedrag van de huisarts geobserveerd worden in de fragmenten. Ook de selectie van de fragmenten die uiteindelijk gebruikt werden voor de focusgroepgesprekken, werden op een valide manier geselecteerd waardoor er gemeten kon worden wat we wilden weten.

Tijdens de organisatie van de focusgroepgesprekken, zijn de onderzoekers echter ook gebotst op een groot probleem, namelijk het moeilijk mobiliseren van deze patiëntenpopulatie. Ondanks de schriftelijke en/of mondelinge toezegging, kwamen vele deelnemers niet opdagen. Dit uitte zich in een erg gevarieerde aanwezigheid van deelnemers tijdens de focusgroepgesprekken, van 1 tot 4 deelnemers. De onderzoekers hebben echter op verschillende manieren - telefonisch, per brief, per sms en een combinatie van de drie - geprobeerd deze populatie te motiveren om aanwezig te zijn tijdens de focusgroepgesprekken.

Een vaak besproken andere beperking van een focusgroepgesprek is het mengen van mannen en vrouwen in een focusgroep. Dit heet het Peacock-effect. De aanwezigheid van mannen en vrouwen in eenzelfde focusgroep kan, voor vrouwen, soms leiden tot het minder uiten van hun

mening, alsook is het mogelijk dat de mannen de drang hebben om vaker en meer te spreken. We hebben dit echter in dit onderzoek niet kunnen observeren omdat twee groepen enkel uit mannen bestonden, en in een andere focusgroep de mannen zich duidelijk in de minderheid bevonden.

7 Conclusies en aanbevelingen voor de huisarts

Een taalbarrière in een medische consultatie vormt een hindernis voor zowel de huisarts als de patiënt. Dit heeft implicaties voor het zorgbeleid van de patiënt. Het gebruik van tolken kan hier echter een oplossing bieden.

Hieronder enkele aanbevelingen voor het omgaan met anderstalige patiënten in de huisartsenpraktijk:

1. Een voorbereide huisarts is er twee waard! Het is belangrijk om als huisarts te zoeken naar mogelijke oplossingen om met een eventuele taalbarrière om te gaan. Dit kan gaan van het zoeken naar goede informele (bv. een onthaalmedewerker) of professionele tolken (bv. professionele organisaties die tolken aanbieden), tot het installeren van een webcam, voor het gebruik van webcamtolken, of het zoeken naar een goed digitaal vertalingsinstrument (bv. Universal Doctor - http://www.universaldoctor.com/).
2. Bespreek de voorkeuren met betrekking tot het gebruik van tolken steeds met de patiënt: wat verkiest de patiënt per situatie? Probeer dan ook zoveel mogelijk rekening te houden met deze voorkeuren.

   Echter, indien het gebruik van een bepaalde tolk niet optimaal verloopt (bv. het gevoel heeft dat de vertaling niet correct of onvolledig is), kan de huisarts dit best weer te sprake komen. Dit onderzoek wijst uit dat alle patiënten dit belangrijk vinden.
3. Probeer voldoende tijd te nemen voor een consultatie met een taalbarrière.
4. Probeer, bij een opeenvolging van consultaties over eenzelfde aandoening, gebruik te maken van eenzelfde tolk.
5. Professionele tolken gebruiken een 'code of conduct' waarbij de regels van het tolken, waaronder de neutraliteit, besproken worden. Een dergelijke ethische code kan ook geïntroduceerd worden bij het gebruik van informele tolken.

8 Referenties

1. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JC, van den Putte B Informal interpreting in general practice: the migrant patient's voice. Ethn Health. 2016 Oct 21:1-16.
2. Meuter RF, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. BMC Health Serv Res. 2015 Sep 10;15:371
3. Gray B, Hilder J, Stubbe M. How to use interpreters in general practice: the development of a New Zealand toolkit. J Prim Health Care. 2012 Mar 1;4(1):52-61, A1-8.
4. Greenhalgh T, Voisey C, Robb N. Interpreted consultations as 'business as usual'? An analysis of organisational routines in general practices. Sociol Health Illn. 2007 Sep;29(6):931-54.
5. Fatahi N, Hellström M, Skott C, Mattsson B. General practitioners' views on consultations with interpreters: a triad situation with complex issues. Scand J Prim Health Care. 2008;26(1):40-5.
6. Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? Patient Educ Couns. 2008 Jul;72(1):155-62.
7. Blöchliger C, Tanner M, Hatz C, Junghanss T. Asylum seekers and refugees in ambulatory health care: communication between physician and patient. Praxis (Bern 1994). 1997 May 7;86(19):800-10.
8. Greenhalgh T, Robb N, Scambler G. Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective. Soc Sci Med. 2006 Sep;63(5):1170-87. Epub 2006 May 11.
9. Butow PN, Sze M, Eisenbruch M, Bell ML, Aldridge LJ, Abdo S, Tanious M, Dong S, Iedema R, Vardy J, Hui R, Boyle F, Liauw W, Goldstein D. Should culture affect practice? A comparison of prognostic discussions in consultations with immigrant versus native-born cancer patients. Patient Educ Couns. 2013 Aug;92(2):246-52.

10. Meuter RF, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. BMC Health Serv Res. 2015 Sep 10;15:371.
11. Hadziabdic E, Albin B, Heikkilä K, Hjelm K. Family members' experiences of the use of interpreters in healthcare Prim Health Care Res Dev. 2014 Apr;15(2):156-69.
12. Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K. Migrants' perceptions of using interpreters in health care.Int Nurs Rev. 2009 Dec;56(4):461-9.
13. Hadziabdic E, Albin B, Hjelm K. Arabic-speaking migrants' attitudes, opinions, preferences and past experiences concerning the use of interpreters in healthcare: a postal cross-sectional survey.BMC Res Notes. 2014 Feb 3;7:71.
14. Hadziabdic E, Hjelm K. Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study. Int J Equity Health. 2014 Jun 16;13:49.
15. Weiss R, Stuker R. When patients and doctors don't speak the same language-- concepts of interpretation practice. Soz Praventivmed. 1999;44(6):257-63.
16. Singy P, Guex P. The interpreter's role with immigrant patients: contrasted points of view. Commun Med. 2005;2(1):45-51.
17. Wallin AM, Ahlström G. Cross-cultural interview studies using interpreters: systematic literature review. J Adv Nurs. 2006 Sep;55(6):723-35.
18. Wiking E, Sundquist J, Saleh-Stattin N. Consultations between Immigrant Patients, Their Interpreters, and Their General Practitioners: Are They Real Meetings or Just Encounters? A Qualitative Study in Primary Health Care. Int J Family Med. 2013;2013:794937.
19. Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J.A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden. Fam Pract. 2009 Oct;26(5):377-83.
20. Phillips C. Using interpreters - a guide for GPs. Aust Fam Physician. 2010 Apr;39(4):188-95.
21. Huang YT, Phillips C. Telephone interpreters in general practice - Bridging the barriers to their use. Aust Fam Physician. 2009 Jun;38(6):443-6.

22. De Maesschalck S, Willems S, De Maeseneer J, Deveugele M. Development and validation of EMP-3: an instrument to measure physician's attitudes toward ethnic minority patients. M Fam Med. 2010 Apr;42(4):262-7.
23. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. Med Care Res Rev. 2005 Jun;62(3):255-99.
24. Aelbrecht K, Pype P, Vos J, Deveugele M. Having cancer in a foreign country.Patient Educ Couns. 2016 Oct;99(10):1708-16.
25. Aelbrecht K, De Maesschalck S, Willems S, Deveugele M, Pype P. How family physicians respond to unpleasant emotions of ethnic minority patients. Patient Education & Counseling, April 2017, 10.1016/j.pec.2017.04.001
26. De Maesschalck S. Diversiteit in taal en cultuur tijdens de raadpleging: een tango tussen artsen en migranten. 2012 Sept; Huisarts Nu. 41(3). p.144-147.

9 Bijlagen

9.1 Goedgekeurd protocol:

WELKE PERCEPTIE HEBBEN ANDERSTALLIGE PATIËNTEN OVER DE KWALITEIT VAN DE COMMUNICATIE IN EEN GETOLKTE CONSULTATIE IN HET HUISARTSGENEESKUNDE?

Achtergrond: In een consultatie met een anderstalige patiënt is het belangrijk dat beide actoren, arts en patiënt, elkaar goed kunnen begrijpen. Het gebruik van een tolk, zowel een informele als een formele tolk, kan hierbij hulp bieden. Onderzoek in dat verband toont problemen aan indien informele tolken, zoals familieleden of vrienden van de patiënt, de rol vervullen. Artsen zelf accepteren vaak de informele tolk omdat het gemakkelijk is en omdat ze de patiënt niet voor het hoofd willen stoten. Het is echter niet geweten hoe anderstaligen zelf naar de kwaliteit van de communicatie met de huisarts kijken, hoe ze de specifieke problemen die voortvloeien uit de taal barrière ervaren, en hoe ze de tolken ervaren die hierbij kunnen helpen. In deze thesis zullen anderstalige patiënt vanuit hun eigen ervaring hun perceptie over kwaliteit van communicatie bespreken.

Onderzoeksvragen: Hoe percipiëren anderstalige patiënten de communicatie met een tolk? Welke voorkeuren hebben anderstalige patiënten tijdens een consultatie met taal barrières?

Geplande methode:

- literatuur onderzoek met als belangrijkste thema: taalbarrières en getolkte consultaties in de huisartsgeneeskunde
- er zullen video opnames worden gemaakt van gesimuleerde consultaties in de huisartsgeneeskunde waarin anderstalige patienten communiceren via verschillende type tolken of zelfs zonder.
- organiseren van focusgroepen met anderstalige, maar reeds Nederlands sprekende patiënten.

Deze patiënten zullen aan de hand van de opgenomen, gesimuleerde consultaties in de huisartsgeneeskunde, aangeven welke hun voorkeuren zijn en waarom. Ze zullen tevens terugblikken op hun eigen ervaringen in de zorg. Op deze manier krijgen we een idee over hoe tevreden en dan ook hoe correct behandelt kan een anderstalige patient zijn, die bij een huisartsgeneeskundige consultatie nog geen voldoende talkennis heeft om alle aspecten te voltooien tot een vlot, correct en compleet verlop en daarom ook welke type tolk het meest aangeraden zou zijn. Dat kan interessant zijn naar eventueele acties in de toekomst toe.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2016/0333	09-jun-16	FAGG, Bimetra Clinics, 1K5

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Welke perceptie hebben anderstalige patiënten over de kwaliteit van de communicatie in een getolkte consultatie in de huisartsgeneeskunde (MaNaMa Olimpia-Diana Moldoveanu)
Belgisch Registratienummer: B670201627970
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier (volledig ontvangen dd. 07/03/2016) - versie 1.0 dd. 26/02/2016
* Antwoord onderzoekers: Ontvangen via Karolien Aelbrecht dd. 13/05/2016 in antwoord op opmerkingen EC dd. 8/03/2016
* Informatie- en toestemmingsformulier: Aangepaste versie ontvangen dd. 13-05-2016

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 9/06/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 9/06/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 9/06/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 9/06/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/06/2016
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/06/2016

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

Toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek:

"De impact van een taalbarrière in een medisch consult"

UNIVERSITEIT GENT

- Ik bevestig dat ik de folder over het onderzoek "De impact van een taalbarrière in een medisch consult" heb ontvangen, de informatie heb begrepen en een antwoord heb gekregen op mijn vragen.
- Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek volledig vrijblijvend is, geen enkele verplichting inhoudt en op elk moment door mij kan beëindigd worden zonder nadelige gevolgen en zonder dat ik daarvoor een reden hoef op te geven.
- Ik begrijp dat het onderzoeksteam met mijn toestemming gegevens verzamelt over mijn zorgtraject en hoe ik dit beleef. Dit alles staat beschreven in de informatiefolder.
- Ik begrijp dat al deze gegevens strikt vertrouwelijk behandeld zullen worden. De gegevens worden verwerkt voor het wetenschappelijk onderzoek. Deze informatie komt ook bij niemand anders terecht dan de leden van het onderzoeksteam.
- Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens worden verzameld, verwerkt en gebruikt in de context van het onderzoek.
- Ik weet dat ik steeds het recht heb om mijn gegevens in te zien en ze te corrigeren indien nodig. Ik weet dat ik bijkomend informatie kan bekomen bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.
- Via onderstaande strook geef ik toestemming voor deelname aan het onderzoek "De impact van een taalbarrière in een medisch consult".

IN DRUKLETTERS INVULLEN AUB!

□ Dhr. □ Mevr.

Naam .....

Voornaam .....

Adres .....

Postcode .....

Gemeente .....

GSMnr. .....

Ik verklaar dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen, ga ermee akkoord en bevestig hiermee mijn deelname aan het onderzoek "De impact van een taalbarrière in een medisch consult".

Datum ..... Handtekening .....

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

FOCUSGROEPGESPREKKEN

De perceptie van anderstaligen over de kwaliteit van communicatie in een getolkte consultatie

Voor de onderzoeker:

Focusgroep datum:

Informed consent nr.:

Voor de deelnemer:

1. Geboortedatum: _____
2. Geslacht: Man - Vrouw
3. Gezinssamenstelling: ☐ alleenwonend
   ☐ samenwonend in familieverband
   ☐ samenwonend met partner
   ☐ samenwonend met partner en kinderen
   ☐ samenwonend met kinderen
   ☐ andere: _____
4. Aantal kinderen (indien van toepassing): _____
5. Land van herkomst: _____
6. Aantal jaren in België: _____
7. Moedertaal: _____
8. Officieel taalniveau Nederlands: _____
9. Zelfinschatting taalniveau Nederlands: (geen kennis) 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (zeer goed)
10. Opleidingsniveau:
    ☐ geen
    ☐ lagere school
    ☐ middelbare school
    ☐ hogeschool/universiteit
11. Beroep: _____

UNIVERSITEIT GENT

12. Hoeveel ervaring heeft u met professionele tolken?

- ☐ nooit
- ☐ 1 tot 5 keer
- ☐ 5 tot 10 keer
- ☐ >10 keer

13. Hoeveel ervaring heeft u met informele tolken (bv. familieleden, vrienden, etc.)?

- ☐ nooit
- ☐ 1 tot 5 keer
- ☐ 5 tot 10 keer
- ☐ >10 keer

14. Eigen ervaring als tolk:

14 A. Hoe vaak heeft u zelf reeds getolkt?

- ☐ nooit
- ☐ 1 tot 5 keer
- ☐ 5 tot 10 keer
- ☐ >10 keer

14 B. Voor wie heeft u reeds getolkt? _____

15. Ervaring met de gezondheidszorg?

15 A. Hoe vaak bent u afgelopen jaar naar de huisarts geweest?

- ☐ nooit
- ☐ 1 tot 5 keer
- ☐ 5 tot 10 keer
- ☐ >10 keer

15 B. Bent u ooit ernstig, levensbedreigend, ziek geweest? Zo ja, welke ziekte?

_____

_____

15 C. Hoe vaak bent u afgelopen jaar naar het ziekenhuis geweest?

- ☐ nooit
- ☐ 1 tot 5 keer
- ☐ 5 tot 10 keer
- ☐ >10 keer

Informatie voor de patiënt:

Project:
De perceptie van anderstaligen over de kwaliteit van communicatie in een getolkte consultatie.

Beschrijving en doel van het project.
Met deze studie willen we zicht krijgen op de beleving en de perceptie van anderstaligen op de kwaliteit van communicatie in een getolkte medische consultaties in de huisartsengeneeskunde. Verder willen we zicht krijgen op de voorkeuren van het gebruik van verschillende soorten tolken tijdens een medische consultatie, om zo de specifieke noden en behoeften van deze doelgroep te begrijpen en beleidsmatige aanbevelingen te kunnen formuleren.
Hiervoor gaan we op zoek naar volwassen personen met een andere moedertaal dan het Nederlands, maar met voldoende kennis van de Nederlandse taal, die in groepsverband hun beleving, percepties en voorkeuren willen formuleren. Deze personen zullen gevraagd worden om videofragmenten van gesimuleerde consultaties met anderstalige patiënten in vier verschillende situaties te bekijken: a.) in een situatie zonder tolk, b.) in een situatie met een informele tolk gekend door de patiënt, c.) in een situatie met een informele tolk niet gekend door de patiënten, en d.) in een situatie met een formele, professionele tolk. Na het bekijken van deze fragmenten, zullen zij gevraagd worden om hun mening hierover te uiten en in discussie te treden met elkaar in het Nederlands.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UZGent. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. dr. Myriam Deveugele en dr. Peter Pype.

Toestemming en weigering
Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.
U kunt weigeren deel te nemen aan het onderzoek zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoekers.
Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen
Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot een betere zorg op maat voor alle patiënten.

Kosten
Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid
Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Mevrouw/De Heer.....

Adres.....

Ik stem erin toe deel te nemen aan dit wetenschappelijk onderzoek:

☐ Akkoord

1. Ik bevestig dat .....(naam informerende onderzoeker in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Gelezen en goedgekeurd, Datum:.....

Naam onderzoeker: .....
(Naam en handtekening)

Naam deelnemer.....
(Naam en handtekening)