"Wie heb ik aan de lijn?"

Een vergelijkende studie tussen informele tolken en de Vlaamse Tolkentelefoon.

Laura TRUYENS, KU Leuven

Promotor: Prof. Jo GOEDHUYS, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

DANKWOORD

Dit werk kon slechts tot stand komen door medewerking van een zeer divers team van gemotiveerde mensen die mij tijdens het verwezenlijken ervan geduld, steun en hulp geboden hebben. Ik wil hen bij deze dan ook hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan deze masterproef.

Allereerst wens ik mijn promotor, Prof. Jo Goedhuys, te bedanken voor zijn constructieve begeleiding en inspirerende ideeën tijdens het gehele proces. Zijn inzichten in deze materie stimuleerden me om een uitgebreid literatuuronderzoek te verrichten, waardoor ik met een goede basis en heel wat achtergrondinformatie van start kon gaan met het opstellen van mijn vragenlijst en het eigenlijke interviewen van patiënten. Ik ben hem zeer dankbaar dat hij mij hiertoe gemotiveerd heeft en me nadien ook kritisch deed nadenken over mijn verkregen resultaten.

Daarnaast zou ik ook graag mijn collega's huisartsen uit onze groepspraktijk willen bedanken, Dr. Baeten Caroline en Dr. Paskeviciute Agne. Ook zij brachten een zeer waardevolle bijdrage aan dit werk door samen met mij te reflecteren over dit onderwerp en ook zelf de werking van de Vlaamse Tolkentelefoon te evalueren.

Ook wens ik mijn collega Huisarts-In-Opleiding (HAIO) Matilde Hens, alsook alle patiënten en informele tolken te bedanken die op een zeer enthousiaste manier meegewerkt hebben aan mijn masterproef. Het was stimulerend om te ervaren hoe jullie zonder aarzelen deelnamen aan deze studie en steeds bereidwillig en nauwgezet de bijhorende vragenlijsten tot een goed einde brachten.

Tot slot zou ik ook graag mijn familie en vrienden uitgebreid willen bedanken voor al hun morele steun, inzet en liefde die ze mij niet alleen bij het tot stand komen van deze masterproef, maar ook de voorbije negen jaar van mijn studie zonder aarzelen geboden hebben. Hierbij wens ik in het bijzonder mijn vriend Maksim Van Herck en schoonvader Alfons Van Herck te bedanken voor hun constructieve feedback tijdens het schrijven van mijn masterproef.

Bedankt aan iedereen die hieraan een bijdrage geleverd heeft!

ABSTRACT

"Wie heb ik aan de lijn?" Een vergelijkende studie tussen informele tolken en de Vlaamse Tolkentelefoon.

HAIO: Laura TRUYENS, KU Leuven
Promotor: Prof. Jo GOEDHUYS, KU Leuven
Praktijkopleider: Dr. Caroline BAETEN

Context: Communicatie, taal en begrip vormen zeer belangrijke bouwstenen voor het verlenen van kwaliteitsvolle medische zorgen welke bedreigd worden tijdens consultaties met een taalbarrière tussen de arts en zijn patiënt. Gezien de huidige multiculturele samenleving worden taalproblemen bij de huisarts alsmaar meer voorkomend. Om het gesprek tussen de arts en zijn anderstalige patiënt in dergelijke gevallen te faciliteren kan men in de praktijk gebruik maken van diverse ondersteunende maatregelen. Deze studie tracht de ervaringen en tevredenheid van patiënten over de Vlaamse Tolkentelefoon in kaart te brengen en te vergelijken met een informele tolk, een kennis of familielid die de taak van tolk op zich neemt en samen met de patiënt op raadpleging komt.

Onderzoeksvraag: Hoe verloopt de implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in een groepspraktijk te Antwerpen-Wilrijk en wat zijn de ervaringen van de deelnemende huisartsen betreffende formele en informele tolken? Hoe beleven anderstalige patiënten het gebruik van een formele telefoontolk en een informele tolk bij de huisarts? Ervaren zij belangrijke verschillen en hebben deze consequenties voor de gepercipieerde kwaliteit van zorgen door de huisarts en de tevredenheid van de patiënt?

Methode: De visie van de deelnemende huisartsen over de Vlaamse Tolkentelefoon werd op een kwalitatieve manier ondervraagd aan de hand van een praktijkoverleg dat plaatsvond vóór en na de implementatie in onze groepspraktijk. Daarnaast omvat dit onderzoek ook een belangrijk kwantitatief luik waarin anderstalige patiënten verschillen in beleving en tevredenheid tussen formele telefoontolken en informele tolken aan de hand van vragenlijsten dienden in kaart te brengen.

Resultaten: Huisartsen blijken vandaag de dag onvoldoende geïnformeerd over het bestaan van de Vlaamse Tolkentelefoon en halen het tijdrovende karakter aan als belangrijkste reden voor het beperkt gebruik van professionele hulpmiddelen tijdens consultaties met een taalbarrière. In deze studie werd de mening van 27 anderstalige patiënten bevraagd. De resultaten toonden aan dat patiënten in alle deelaspecten van een consultatie zeer tevreden zijn met zowel een informele tolk als met een formele telefoontolk. Toch verkozen anderstalige patiënten de vertrouwdheid van een kennis boven de objectiviteit van een professionele telefoontolk. Door de beperkte spreiding van de resultaten en de kleine steekproef kon significantie van de resultaten niet aangetoond worden.

Conclusie: Zowel huisartsen als anderstalige patiënten blijken unaniem positief over de Vlaamse Tolkentelefoon om een taalbarrière tijdens een consultatie te overbruggen. Het gebrek aan educatie over kwaliteitsvolle alternatieven, de tijdsdruk én de grotere beschikbaarheid van niet-professionele hulpmiddelen doen huisartsen vaak terugvallen op kennissen of familieleden om het gesprek met anderstalige patiënten te faciliteren. Bij het maken van de keuze tussen een professionele of niet-professionele tolk dient rekening gehouden te houden met de aard van de boodschap, de nood aan objectiviteit, correctheid en privacy én de beschikbaarheid van één van beide tolken.

Contact: lauratruyens@hotmail.com

ICPC-codes: A99: Ziekte/toestand niet gespec aard/lok; E01: Communicator; I01: Samenwerking

INHOUDSTAFEL

Dankwoord…… 1
Abstract…… 2
Inhoudstafel…… 3
Inleiding…… 4
1. Keuze van het onderwerp…… 4
2. Doelstellingen…… 6
Oriënterend literatuuronderzoek…… 7
1. Methode…… 7
2. Resultaten uit de literatuur…… 8
2.1 Multiculturaliteit in de huisartspraktijk: een vloed of een zegen?…… 8
2.2 Negatieve gevolgen van een taalbarrière…… 8
2.3 Hulpmiddelen voor communicatie met anderstalige patiënten…… 9
2.4 Welke variabelen beïnvloeden de tevredenheid van de patiënt?…… 10
Onderzoeksmethodiek…… 14
1. Onderzoeksvragen…… 14
2. Design van het onderzoek…… 14
2.1 Implementatieproces…… 14
2.2 Patiëntenbevraging…… 15
3. Ethische implicaties…… 16
4. Data-analyse…… 17
Resultaten…… 18
1. Implementatieproces…… 18
2. Patiëntenbevraging…… 19
2.1 Kenmerken studiepopulatie…… 19
2.2 Kenmerken consultaties met een telefoontolk en een informele tolk…… 22
2.3 Eerdere ervaringen met tolken…… 23
2.4 Vergelijking professionele telefoontolk en informele tolk…… 23
2.5 Analyse van de resultaten in subgroepen van de patiëntenpopulatie…… 25
Discussie…… 26
1. Samenvatting en interpretatie van de resultaten…… 26
1.1 Implementatieproces…… 26
1.2 Patiëntenbevraging…… 27
2. Sterkten en beperkingen van de studie…… 29
3. Implicaties voor de dagelijkse praktijk…… 31
Conclusie…… 33
Referenties…… 34
Bijlagen…… 36
Bijlage 1: Goedgekeurd protocol…… 36
Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité…… 41
Bijlage 3: Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer…… 42
Bijlage 4: Vragenlijst…… 45

INLEIDING

1. Keuze van het onderwerp

Communicatie, taal en begrip zijn fundamentele elementen om kwaliteitsvolle medische zorgen te kunnen garanderen.[1] Artsen dienen tijdens ieder consult informatie in te winnen over de klachten en symptomen waarmee de patiënt zich presenteert, uitleg te geven over de vermoedelijke diagnose en behandeling en een eventuele opvolging te voorzien. Het spreekt voor zich dat deze informatieoverdracht zeer moeizaam verloopt tijdens consultaties met een taalbarrière tussen de arts en zijn patiënt.[2]

Gezien de huidige instroom van migranten in België worden taalproblemen in de gezondheidszorg alsmaar meer voorkomend. Uit recente cijfers van de Federale Overheidsdienst Economie telde België op 1 januari 2017 1 327 776 personen met een vreemde nationaliteit. Dit komt neer op 11.7% van de totale bevolking in vergelijking met 8.8% twintig jaar geleden. De spreiding van deze bevolking met een vreemde nationaliteit is echter niet homogeen verdeeld binnen België. Zo bestaan er grote verschillen tussen stedelijke gebieden (bv: 49.2% in Elsene) en de meer rurale gebieden (<3% in verschillende gemeenten in West-Vlaanderen).[3] Deze demografische dynamiek is ook zeer actueel in onze huisartsenpraktijk, gesitueerd in de stad Antwerpen, waar 20.9% van de bevolking in 2017 een vreemde origine kende in vergelijking met 14.2% in 2004. Maar liefst 177 verschillende nationaliteiten komen hier dagelijks met elkaar in contact en zorgen voor een heuse linguïstische uitdaging.[4]

Ook in de groepspraktijk te Antwerpen-Wilrijk waar ik gedurende mijn twee jaar als Huisarts-In-Opleiding (HAIO) werkzaam was, komt deze verscheidenheid aan culturen en gesproken talen duidelijk naar voor. Ons patiëntenbestand bestaat uit ongeveer 50% patiënten van een vreemde origine, hoofdzakelijk afkomstig uit Marokko. Binnen deze populatie is het opvallend dat voornamelijk de oudere generaties onvoldoende Nederlands kennen waardoor communicatieproblemen niet zelden optreden. Daarnaast is ook de graad van analfabetisme nog steeds erg hoog in deze oudere populatie. Voornamelijk de 1ste generatie Marokkaanse vrouwen blijken vaak nog ongeletterd, wat de nodige problemen met zich meebrengt.

Om deze taalbarrière te overbruggen kan men in de praktijk gebruik maken van diverse ondersteunende maatregelen. Zoals ik reeds in mijn protocol vermeldde (zie bijlage) kan in Vlaanderen naast visuele ondersteuning of het gebruik van een contacttaal, zoals bijvoorbeeld Frans of Engels, ook steeds beroep gedaan worden op de dienst voor sociaal tolken en vertalen, georganiseerd door het Agentschap voor Integratie & Inburgering (AgII). Deze overheidsinstantie biedt formele (professionele) tolken aan die zowel ad hoc, tijdens de

raadpleging, alsook via een telefoongesprek consultaties voor beide partijen vertalen. Hoewel deze laatstgenoemde modaliteit, de Vlaamse Tolkentelefoon, doorgaans gratis en toegankelijk is voor alle huisartsen in Vlaanderen blijft een informele tolk de meest gebruikte methode om een taalbarrière te overbruggen. Dit impliceert dat een kennis of familielid de patiënt vergezelt tijdens de consultatie en de rol van tolk op zich neemt, zonder dat deze hiervoor een opleiding genoten heeft. Ook wereldwijd blijken informele tolken de meest gehanteerde manier van vertalen tijdens een consultatie.[5]

Gezien tolken steeds vaker als brug worden ingeschakeld om de communicatie tussen artsen en patiënten te faciliteren tijdens een huisartsconsultatie, dienen we ons de vraag te stellen hoe anderstalige patiënten deze vorm van dienstverlening ervaren. Ondervinden zij merkbare verschillen tussen een formele en een informele tolk op het vlak van tevredenheid over de kwaliteit van vertaling, hun privacy en het vertrouwen dat de arts tijdens de consultatie kan opwekken?

Het merendeel van de literatuur omtrent dit thema is afkomstig uit Centraal- en Noord-Europa, Australië en de Verenigde Staten, aangezien deze gebieden de afgelopen decennia een forse toestroom van migranten kenden. Recent kreeg dit topic ook in België bijkomende aandacht en werden hierover enkele studies uitgevoerd.[6-10] In de literatuur treft men een breed aanbod aan studies aan waarin de verschillende modaliteiten om een taalbarrière tijdens een consultatie te overbruggen onderling vergeleken worden. Zo onderzocht *Moldoveanu et al.*[11] in 2017 in haar masterproef Huisartsgeneeskunde de voorkeuren van anderstalige patiënten in getolkte consultaties aan de hand van focusgroepgesprekken. Hieruit bleek dat de onderzochte patiëntenpopulatie een informele tolk verkoos voor een alledaagse pathologie, maar de objectiviteit van een professionele tolk toch op prijs stelde tijdens consultaties waar het beroepsgeheim en privacy erg belangrijk zijn. Een recent overzichtsartikel van *Joseph et al.*[12] bracht een groot aantal uitgevoerde studies omtrent dit thema samen en concludeerde dat het momenteel nog onduidelijk is of professionele tolken de tevredenheid van patiënten tijdens een consultatie met een taalbarrière daadwerkelijk verhogen in vergelijking met een informele tolk die mee met de patiënt op raadpleging komt. In dit artikel besloten de auteurs dat er met de huidige beschikbare evidentie geen enkele modaliteit (informele tolk, formele tolk of videotolk) als superieur naar voor geschoven kan worden. Toch zijn studies waarbij de tevredenheid van patiënten hoger ligt bij een kennis of familielid als hulpmiddel voor vertaling in vergelijking met een professionele tolk erg schaars. *Kuo et al.*[13] toonde in 1999 als enige aan dat patiënten zich comfortabeler voelen bij een kennis wanneer zeer gevoelige zaken besproken worden tijdens een contact met de arts in vergelijking met een professionele tolk. Helaas konden deze resultaten nadien door geen enkele studie bevestigd worden. Integendeel, in de meeste studies schuiven patiënten een professionele tolk naar voor om hen

bij te staan tijdens consultaties bij de arts. Zo werd de tevredenheid van een getolkte consultatie van 180 ouders van pediatrische patiënten vergeleken in een studie van *Garcia et al.*[14] uit 2004. Uit deze studie bleek dat de ouders significant meer tevreden waren met een professionele tolk die aanwezig was tijdens de consultatie in het ziekenhuis, in vergelijking met een informele tolk of een telefoontolk. De non-verbale communicatie, de fysieke aanwezigheid en het rechtstreeks contact met de tolk werden door de auteurs als belangrijkste verklaringen naar voor geschoven. Een andere studie van *Lee et al.*[15] vergeleek de tevredenheid van patiënten met eenzelfde moedertaal als de arts met deze van patiënten die gebruik maakten van een telefoontolk of informele tolk tijdens de consultatie. De algemene tevredenheid over het consult bleek significant lager wanneer informele tolken ingeschakeld werden. Gezien er geen significant verschil in tevredenheid aangetoond kon worden tussen consultaties waar een taalbarrière afwezig was of waarbij een telefoontolk werd ingeschakeld, werd deze laatste als valabel alternatief naar voor geschoven. In de literatuur zijn verschillende studies terug te vinden die allen besluiten dat een professionele tolk steeds te verkiezen is boven een familielid of kennis om het gesprek tussen de anderstalige patiënt en de arts te faciliteren. De grotere mate van objectiviteit en correctheid van vertaling van de professionele tolk is hierin doorslaggevend.[5,16,17] Gezien het gebrek aan eensgezindheid rond dit thema dringt bijkomend onderzoek zich op, zodat de huisarts ook bij anderstalige patiënten op een hoogkwalitatieve manier medische zorgen kan verlenen.

2. Doelstellingen

Het primaire doel van deze masterproef is om na te gaan of anderstalige patiënten consultaties bij de huisarts met behulp van een formele telefoontolk op een andere manier ervaren in vergelijking met een informele tolk die samen met hen op raadpleging komt. Nadien zal er onderzocht worden of deze eventuele verschillen consequenties hebben voor de gepercipieerde kwaliteit van zorgen door de huisarts en de tevredenheid van de patiënt.

Bijkomend zal ook het implementatieproces van dit type dienstverlening in een multidisciplinaire groepspraktijk te Antwerpen-Wilrijk geanalyseerd en beschreven worden, zodat deze een basis vormt voor de Vlaamse huisarts. Aansluitend trachten we vóór en na deze implementatie de visie van de deelnemende artsen over de Vlaamse Tolkentelefoon in kaart te brengen door middel van een praktijkoverleg met twee collega's huisartsen.

ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

1. Methode

Voor het literatuuronderzoek werd allereerst van start gegaan met het opstellen van duidelijke zoektermen afgeleid vanuit de eerder vermelde doelstellingen. Volgende zoektermen werden gedefinieerd: 'huisartsgeneeskunde', 'huisarts', 'eerstelijnszorg', 'taalbarrière', 'communicatieprobleem', 'tolk', 'Vlaamse Tolkentelefoon', 'telefoontolk', 'anderstalige patiënt', 'vreemdeling', 'allochtoon', 'multiculturaliteit', 'beleving patiënt', 'tevredenheid patiënt' en 'kwaliteit van de zorg'.

Aan de hand van deze zoektermen werd de database van voorgaande masterproeven van afgestuurde Huisartsen-In-Opleiding (HAIO's) op de website van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) stap voor stap doorzocht. Ook met behulp van de ICPC-codes 'communicator', 'samenwerking', 'professioneel/persoonlijk functioneren', 'sociaal cultureel probleem' en 'probleem met gezondheidszorg' konden enkele bijkomende studies geïncludeerd worden. Tot slot werd de gehele database gescreend om gerelateerde onderwerpen op te sporen. In totaal werden 19 masterproeven weerhouden.

Nadien werd de online medische databank Medline via PubMed doorzocht aan de hand van volgende zoektermen, welke in verschillende combinaties werden ingevoerd: 'general practice', 'general practitioner', 'primary care', 'language barrier', 'communication problem', 'interpreter', 'ad hoc interpreter', 'telephone interpreter', 'non-native speaker', 'foreign patient', 'multiculturalism', 'patient perception', 'patient satisfaction' en 'quality of care'. Via deze zoekstrategie werden in totaal 735 artikels weerhouden. Deze werden verder gescreend op basis van volgende inclusiecriteria:

1. Gepubliceerd vanaf het jaar 1980
2. Volledige tekst gratis beschikbaar
3. Gerelateerd aan de eerstelijnszorg

Ook de referentielijsten van de geselecteerde masterproeven en artikels werden nagekeken. Via dit 'sneeuwbaleffect' konden bijkomend 10 artikels weerhouden worden.

Uiteindelijk bleken na selectie 35 artikels relevant voor deze masterproef.

2. Resultaten uit de literatuur

2.1 Multiculturaliteit in de huisartspraktijk: een vloek of een zegen?

Gezien de toenemende linguïstische en etnische verscheidenheid in onze samenleving wordt het voor de huisarts steeds belangrijker om op een cultuursensitieve manier en met de nodige voorzichtigheid medische zorgen te verlenen.[10] Momenteel ervaren patiënten van etnisch-culturele minderheden duidelijke verschillen in de toegankelijkheid van de zorg en de interactie met zorgverleners in vergelijking met autochtone patiënten. Deze verschillen zijn onder meer te wijten aan de gebrekkige kennis van onze zorgprocessen, andere overtuigingen en opvattingen over ziekte, dood en behandeling, alsook aan de frequent aanwezige taalbarrière tussen de arts en zijn patiënt.[18]

Recente studies hebben aangetoond dat artsen momenteel te weinig opgeleid en begeleid worden om patiënten van etnisch-culturele minderheiden adequaat te behandelen.[9,19,20] Zo gedragen artsen zich vaak op een minder affectieve en open manier, tonen ze zowel verbaal als non-verbaal minder empathie en hebben ze minder aandacht voor psychosociale factoren. Ook patiënten zouden zich anders gedragen wanneer zij op consultatie komen bij artsen met een andere etniciteit.[9] Zo bleek uit een review van *Schouten et al.*[19] uit 2006 dat patiënten tijdens dergelijke consultaties verbaal minder expressief en assertief zijn, zich minder affectief gedragen en minder emoties uiten ten opzichte van de arts. De meer terughoudende houding van de arts ten opzichte van patiënten van etnisch-culturele minderheden kan verklaren waarom de manier van communiceren van deze patiënten beïnvloed wordt. Deze houding functioneert bijgevolg als een barrière voor het leveren van gelijkwaardige en kwaliteitsvolle zorg.[20]

Een recent overzichtsartikel uit *The Lancet* in 2018 concludeerde dat inzicht in de cultuur, etniciteit en identiteit van een patiënt cruciaal is om evenwaardige medische zorgen te kunnen bieden. Een cultuur kan het best omschreven worden als een geheel van gebruiken, gewoonten en overtuigingen welke betekenis geven aan een individu of als een proces waardoor zeer banale activitieten toch emotioneel beladen kunnen worden.[21] Het spreekt voor zich dat artsen werkzaam in een multiculturele maatschappij zich ten allen tijden bewust dienen te zijn van deze onderlinge verschillen en hiermee rekening dienen te houden bij het behandelen van een patiënt met een andere culturele achtergrond.

2.2 Negatieve gevolgen van een taalbarrière

Om hoogkwalitatieve medische zorgen te kunnen leveren is het cruciaal dat de arts en zijn patiënt elkaar voldoende begrijpen opdat zij op een doeltreffende en efficiënte manier met elkaar kunnen communiceren. Zo kan de arts enerzijds een duidelijk beeld scheppen over de

klachten en symptomen van de patiënt en verwerft de patiënt anderzijds nuttige informatie over zijn diagnose en bijhorende behandeling. Een taalbarrière tussen beide partijen vormt bijgevolg een majeure belemmerende factor in het leveren van kwaliteitsvolle medische zorgen en het opbouwen van een goede arts-patiënt relatie.[19,20,22]

Verschillende studies hebben aangetoond dat taalbarrières zeer nefaste gevolgen hebben op het vlak van gezondheidszorg. Zo vond *Jacobs et al.*[22] in 2004 dat anderstalige patiënten veel moeilijker toegang vinden tot de eerstelijnszorg, minder preventieve zorgen krijgen en bovendien ook minder tevreden zijn over de geleverde zorgen. Andere studies toonden aan dat deze patiënten ook meer nevenwerkingen van geneesmiddelen zouden ondervinden, hun diagnose vaak niet goed gevat hebben en een erg groot risico lopen om foutief begrepen te worden door artsen. Dit resulteert bijgevolg in psychologische stress, meer onnodige diagnostische testen en minder therapietrouw aan de medische adviezen van de arts en een eventueel geplande opvolging.[16,23-25] Communicatieproblemen hebben dus niet enkel een negatieve impact op de toegang tot de gezondheidszorg en de uitkomsten van een behandeling, maar ook op de tevredenheid van de anderstalige patiënt en resulteren uiteindelijk in hogere kosten voor zowel de patiënt als voor de gehele gezondheidszorg.[22,26]

2.3 Hulpmiddelen voor communicatie met anderstalige patiënten

In de meest ideale situatie spreken de arts en zijn patiënt eenzelfde taal. Dit kan bijgevolg beschouwd worden als ‘de gouden standaard’. Door de toenemende migratie en multiculturaliteit dienen huisartsen echter steeds meer beroep te doen op alternatieven om deze referentie zo goed mogelijk te benaderen.

In de literatuur worden professionele tolken doorgaans als meest adequate vertaalmethode naar voor geschoven en superieur beschouwd in vergelijking met informele tolken of het gebruik van een contacttaal. Dit aangezien professionele tolken een opleiding kregen, vertrouwd zijn met de medische terminologie en het medische systeem, correcter vertalen en gebonden zijn aan het beroepsgeheim.[1,2,5,22,27] Zo bleek uit literatuuronderzoek van *Karliner et al.*[16] dat het gebruik van een professionele tolk resulteert in betere medische zorgen in vergelijking met een informele tolk. Daarbij zou de kwaliteit van deze zorgen tot nagenoeg hetzelfde niveau stijgen als deze van consultaties zonder taalbarrière. Dit overzichtsartikel toonde duidelijke voordelen aan van het gebruik van professionele tolken op vlak van kwaliteit van vertaling, gebruiksgemak, klinische uitkomsten en de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorgen. Informele tolken zouden daarentegen significant meer fouten maken met een potentiële klinische relevantie tijdens het vertaalproces.[28] Deze omvatten zowel grammaticale als inhoudelijke elementen zoals bijkomende opmerkingen, weglatingen, substituties en addities. De informele tolk kleurt als het ware de boodschap van de arts,

waardoor de patiënt uiteindelijk een subjectieve versie te horen krijgt.[29] Ook de arts kan hierdoor geen volledig en correct beeld vormen over de problemen van de patiënt waardoor er potentieel minder kwalitatieve zorgen geleverd worden. Desalniettemin is dit tot op heden wereldwijd de meest gebruikte methode om taalverschillen tussen de arts en zijn patiënt te overbruggen, gezien de beperkte beschikbaarheid van professionele hulpmiddelen.[28,29]

Gezien de toenemende nood aan efficiëntere en betrouwbare manieren van communicatie met anderstaligen, werden gedurende de laatste decennia verscheidene studies uitgevoerd waarin de verschillende modaliteiten van professioneel vertalen onderling met elkaar werden vergeleken (tolk ter plaatse, via telefoon en via webcam). Dit met als belangrijkste doel één van deze methoden als superieur naar voor te kunnen schuiven, zodat algemene richtlijnen ontwikkeld kunnen worden. Tot op heden bereikte men hierover echter nog geen consensus en worden deze drie manieren van professioneel tolken als gelijkwaardig beschouwd.[5,12,27] Aangezien het vertalen via een webcam in België een relatief nieuwe methode is, is deze nog niet universeel toegankelijk. Het gebruik van een tolk ter plaatse en een telefoontolk daarentegen werd meer dan tien jaar geleden geïmplementeerd. En hoewel deze methode al enige tijd beschikbaar is, is slechts een kleine fractie van alle huisartsen hiermee vertrouwd en weet slechts een minderheid deze dienstverlening ook toe te passen in de dagelijkse praktijk.

In *Tabel 1* worden de meest gehanteerde methoden om een taalbarrière tijdens een raadpleging bij de arts te overbruggen, weergegeven met hun corresponderende voor- en nadelen, betrouwbaarheid en beschikbaarheid. [2,5,12,23,24,26,27,29-31] Ook wordt telkens duidelijk aangegeven hoe men beroep kan doen op elk van deze modaliteiten.

2.4 Welke variabelen beïnvloeden de tevredenheid van de patiënt?

Tevredenheid over de geleverde medische zorgen is een zeer ruim begrip welke eerst wat meer duiding noodzaakt. Tevredenheid kan het best worden omschreven als een positief gevoel dat ontstaat wanneer een persoon zijn verwachtingen ingevuld worden en zijn doelstellingen bereikt zijn.[19,32] Deze tevredenheid is enerzijds een determinant, maar anderzijds ook het gevolg van ervaringen met en het gebruik van deze medische zorgen. Vandaar dat dit begrip vaak beschouwd wordt als een uitkomstmaat voor de kwaliteit van de geleverde zorgen en een voorspellende waarde heeft op het vlak van therapietrouw. Het spreekt voor zich dat patiënten die tevreden waren over de behandeling die de arts voorschreef en hierbij voldoende uitleg kregen, deze gemakkelijker zullen naleven.[19,32,33]

De tevredenheid van een patiënt over zijn verkregen medische zorgen is een dynamisch proces en wordt beïnvloed door talrijke determinanten. Deze kunnen eigen zijn aan de

omstandigheden, de patiënt of aan de arts. Een eerste zeer belangrijke factor is de ernst van de aandoening van de patiënt. Hoe ernstiger, hoe minder tevreden patiënten zijn over hun verkregen zorgen. Ook een grote afstand tot de praktijk van de arts en een groot aantal opvolgconsultaties zouden deze doen dalen. Een gunstige prognose zou de tevredenheid dan weer verhogen.[32,33] Ook kan een patiënt beïnvloed worden door zijn mate van tevredenheid tijdens de voorgaande consultatie, waardoor positieve of negatieve verwachtingen gecreëerd worden die de werkelijke uitkomst vertekenen.[19,32,33]

Andere factoren die in de literatuur positief geassocieerd zijn met de tevredenheid van de patiënt zijn de vakkundigheid van de arts, de toegankelijkheid van de medische zorgen, de duur van de arts-patiënt relatie en taalcongruentie tussen de arts en zijn patiënt. Indien beide partijen eenzelfde moedertaal delen, stijgt de tevredenheid van zowel de arts als van de patiënt significant in vergelijking met patiënten die gebruik dienen te maken van andere hulpmiddelen voor communicatie. Ook duidelijke en eerlijke communicatie over de medische conditie van de patiënt en de bijhorende behandeling, een empathische houding van de arts en een open manier van communiceren zouden resulteren in meer tevreden patiënten.[19,32-35]

Ook patiëntkenmerken zijn bepalend voor de tevredenheid over de geleverde medische zorgen. Zo toont onderzoek aan dat oudere mensen meer tevreden zijn met hun medische zorgen in vergelijking met jongere patiënten.[33] Ook de culturele overtuigingen en de taalvaardigheid van de patiënt zijn belangrijke determinanten.[34,35]

Het spreekt voor zich dat huisartsen idealiter rekening houden met zoveel mogelijk van deze determinanten om kwaliteitsvolle zorgen te leveren. Bijkomende aandacht voor communicatieproblemen, een goede arts-patiënt relatie en aandacht voor de culturele achtergrond bij anderstalige patiënten kunnen hun tevredenheid aanzienlijk verhogen, met tal van gezondheidsvoordelen als resultaat.[19,32-35]

Tabel 1. Overzicht van de meeste gehanteerde methoden voor communicatie met anderstalige patiënten.[2,5,12,23,24,26,27,29-31]

	Methode	***Voordelen***	***Nadelen***	***Betrouwbaarheid***	***Beschikbaarheid***	***Beschikbaar via…***
Niet-professioneel[§]						
Vereenvoudigde taal	Gebruik van woorden of korte zinnen	- Altijd beschikbaar - Gratis - Niet afhankelijk van 3de partij of internet	- Slechts gedeelte van boodschap wordt meegedeeld - Patiënt dient notie van taal te hebben - Nuances en onderliggende agenda gaan vaak verloren	–	+++	/
Online vertaalmachines +/- spraakfunctie	Aan de hand van vertaalmachines op het internet woorden of zinnen laten vertalen en/of vertaald laten afspelen voor patiënt	- Vrijwel altijd beschikbaar via PC of smartphone - Gratis	- Slechts gedeelte van boodschap wordt meegedeeld - Tijdsintensief - Geen controle op vertaling - Nood aan internetverbinding - Nuances en onderliggende agenda gaan vaak verloren	–	++	- Google Translate - Vertaalsites - Vertalingsapplicaties
Contacttaal	Communicatie door middel van een gemeenschappelijk gesproken taal (≠ moedertaal arts of patiënt Vb: Engels, Frans,…)	- Direct beschikbaar - Gratis - Niet afhankelijk van 3de partij of internet	- Nuances en onderliggende agenda gaan vaak verloren - Patiënt en arts moeten taal beiden voldoende machtig zijn	+/-	+/-	/
Informele tolk	Kennis of familielid komt mee naar de raadpleging en vertaalt voor arts en patiënt. Deze tolk heeft hiervoor geen officiële opleiding genoten.	- Direct beschikbaar - Gratis - Snel en gemakkelijk - Tolk kan bijkomende achtergrondinformatie geven - Patiënt vertrouwt tolk	- 3de partij aanwezig tijdens consultatie[#] - Problemen met privacy - Niet gebonden aan beroepsgeheim - Subjectieve vertaling - Geen controle op kwaliteit vertaling - Meer kans op foutieve vertalingen	+/-	+	- Kennissen - Familie - Personeel - Aanwezige anderstalige patiënten

	Methode	Voordelen	Nadelen	Betrouwbaarheid	Beschikbaarheid	Beschikbaar via…
Professioneel [°]						
Tolk ter plaatse	Tolk is aanwezig tijdens de consultatie	- Gebonden aan beroepsgeheim - Goede kwaliteit van vertaling - Objectieve vertaling - Kennis medische terminologie - Geschikt voor langdurige en moeilijke gesprekken	- Enkel beschikbaar tijdens de kantooruren - Kostelijk - Niet onmiddellijk beschikbaar - Dient op voorhand gepland te worden - 3de partij aanwezig tijdens consultatie	+++	+/-	- Agentschap voor integratie en inburgering (AgII*) - Privétolken
Telefoontolk	Tolk wordt opgebeld tijdens de consulatie	- Gebonden aan beroepsgeheim - Dient niet op voorhand gepland te worden - Goede kwaliteit van vertaling - Objectieve vertaling - Kennis medische terminologie - Anoniem	- Enkel beschikbaar tijdens de kantooruren - Minder geschikt voor langdurige of moeilijke gesprekken - Soms storende achtergrondgeluiden - Technische problemen - 3de partij aanwezig tijdens consultatie - Verlies van non-verbale communicatie - Moeilijkheden tijdens demonstraties	+++	+	- Agentschap voor integratie en inburgering (AgII*) - Privétolken
Tolk via webcam	Tolk wordt geraadpleegd via webcam tijdens de consultatie	- Gebonden aan beroepsgeheim - Goede kwaliteit van vertaling - Objectieve vertaling - Kennis medische terminologie - Virtuele aanwezigheid	- Enkel beschikbaar tijdens de kantooruren - Kostelijk - Minder geschikt voor langdurige of moeilijke gesprekken - Soms storende achtergrondgeluiden - Technische problemen - 3de partij aanwezig tijdens consultatie - Gêne voor webcam	+++	+/-	- IN-Gent taal- en tolkenservice[%] - Privétolken

[§] Methoden waarvoor geen opleiding noodzakelijk is.
[#] Deze 3de persoon kan problemen geven voor het opbouwen van een goede arts-patiënt relatie en een belemmering betekenen voor het uiten van de ware gedachten en gevoelens van de patiënt.
[°] Methoden waarvoor een gespecialiseerde opleiding vereist is.
[*] AgII: Agentschap voor Integratie en Inburgering.
[%] Enkel van toepassing voor artsen werkzaam in Groot-Gent.
- (slecht), +/- (matig), + (goed), ++ (zeer goed), +++ (uitmuntend)

ONDERZOEKSMETHODIEK

1. Onderzoeksvragen

Met deze studie trachten we een antwoord te formuleren op onderstaande vragen:

1. Hoe verloopt de implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in de praktijk? Welke concrete stappen dient men als huisarts te ondernemen om hier gebruik van te kunnen maken en heeft het gebruik van deze dienstverlening implicaties voor de werking en organisatie van een groepspraktijk? Wat is de visie van de deelnemende huisartsen over de Vlaamse Tolkentelefoon? Welke potentiële voor- en nadelen of indicaties zien zij hierin en bestaan er weerstanden om hier gebruik van te maken?

2. Hoe beleven patiënten het gebruik van een formele telefoontolk en een informele tolk tijdens een consultatie bij de huisarts? Ervaren zij verschillen en hebben deze consequenties voor de gepercipieerde kwaliteit van zorgen door de huisarts en de tevredenheid van de patiënt?

2. Design van het onderzoek

Gezien de aard van de onderzoeksvragen werd geopteerd voor een klinisch observationele studie als meest geschikte onderzoeksmethode. Hierin trachten we enerzijds op een kwantitatieve manier, aan de hand van vragenlijsten, verschillen in beleving en tevredenheid bij patiënten tussen formele telefoontolken en informele tolken in kaart te brengen. Daarnaast omvat dit onderzoek ook een belangrijk kwalitatief luik waarin we de visie van de deelnemende huisartsen over de Vlaamse Tolkentelefoon en het proces van implementatie zullen analyseren en beschrijven.

2.1 Implementatieproces

Enkele weken voor de implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon en de bijhorende patiëntenbevragingen werd een praktijkoverleg georganiseerd met twee collega's huisartsen, waaronder mijn praktijkopleider (PO). Tijdens dit overleg werd allereerst praktische informatie gegeven over het gebruik van de Vlaamse Tolkentelefoon en werd het doel van deze masterproef uitgebreid toegelicht. Ervaringen, meningen en ideeën over een telefoontolk werden uitgewisseld en de vragenlijst voor de patiënten werd onderworpen aan een kritische blik, teneinde moeilijke formuleringen en overbodige vragen te kunnen elimineren. Tot slot werden beide artsen gemotiveerd om gedurende de periode van rekrutering enkele malen zelf gebruik te maken van de Vlaamse Tolkentelefoon. Na afloop van de studieperiode werd opnieuw een praktijkoverleg georganiseerd met dezelfde artsen en werd onderzocht of hun

visie over een telefoontolk na implementatie gewijzigd was. Hierin werd onder meer gepeild naar hun ervaringen, problemen, bedenkingen alsook pluspunten die zij ervaren hebben door gebruik te maken van deze dienstverlening.

Daarnaast werd ook getracht een praktische beschrijving te geven van het gehele proces van implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon, gebaseerd op het verloop in een multiculturele groepspraktijk te Antwerpen-Wilrijk. Hierin werden niet alleen alle te ondernemen stappen beschreven die men dient te doorlopen om hier gebruik van te kunnen maken als solo-arts of als groepspraktijk, maar werden ook alle valkuilen en aanpassingen beschreven die het gebruik van de Vlaamse Tolkentelefoon in onze groepspraktijk met zich meebracht.

2.2 Patiëntenbevraging

2.2.1 Patiëntenpopulatie, rekrutering en setting

Dit onderzoek vond plaats in een multidisciplinaire groepspraktijk te Wilrijk met een gevarieerde patiëntenpopulatie en een breed aanbod aan anderstalige patiënten van diverse origine.

In de periode van oktober 2018 tot en met januari 2019 werd aan alle anderstalige patiënten gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek, op voorwaarde dat ze 18 jaar of ouder waren en spontaan samen met een informele tolk, die vlot Nederlands of Engels sprak, naar de consultatie gekomen waren.

Patiënten jonger dan 18 jaar, hardhorige patiënten, patiënten met een acute psychiatrische problematiek of lijdend aan een dementieel syndroom alsook palliatieve patiënten werden geweerd uit dit onderzoek.

2.2.2 Vragenlijst

De vragenlijst die aan de geïncludeerde patiënten werd aangeboden werd opgesteld na zorgvuldig literatuuronderzoek. Nadien werd deze voorgelegd aan collega's Huisartsen-In-Opleiding (HAIO's) en collega's huisartsen teneinde overbodige vragen weg te kunnen laten of moeilijke formuleringen te kunnen verduidelijken. De finale versie werd vertaald naar de meest voorkomende vreemde taal in onze groepspraktijk, het Arabisch, zodat de patiënt deze volledig zelfstandig zou kunnen invullen zonder bijkomende nood aan vertaling door één van beide tolken.

In deze vragenlijst wordt de consultatie met de formele telefoontolk en deze met de informele tolk kwantitatief met elkaar vergeleken in verschillende aspecten. Er wordt gepeild naar de

tevredenheid van de patiënt voor beide consultaties door middel van puntenschalen en eenvoudige ja/neen-vragen.

2.2.3 Verloop van de studie en data-collectie

Na uitgebreide toelichting over het doel, de inhoud en het verloop van de studie aan de hand van de informatiebrochure, werd de *'Geïnformeerde Toestemming"* (zie bijlage) in tweevoud ondertekend en werd ad random, met behulp van een dobbelsteen, de volgorde van de consultaties bepaald.

De consultatie voor de klachten en symptomen waarvoor de patiënt de arts consulteerde, werd vervolgens tweemaal uitgevoerd: eenmaal met de informele tolk en eenmaal met een formele telefoontolk van de Vlaamse Tolkentelefoon. Er werd getracht om de tweede consultatie volledig opnieuw te beginnen en zich niet te baseren op elementen die in het eerste consult aan bod kwamen. Er werd als het ware naar gestreefd om de tweede consultatie uit te voeren alsof de eerste niet had plaatsgevonden om zo twee onafhankelijke situaties te creëren. Na afloop van beide consultaties ontving de patiënt de vragenlijst, die in het bijzijn van de arts en informele tolk volledig anoniem ingevuld werd. Indien de patiënt Arabisch sprak, ontving deze de Arabische versie van de vragenlijst. Indien de patiënt een andere taal sprak, werd een Nederlandstalige versie overhandigd welke door de informele tolk vertaald werd in de moedertaal van de patiënt.

De medewerking van de patiënt werd beperkt tot het tweemaal uitvoeren van de consultatie en het invullen van de bijhorende vragenlijst, nadien werden geen bijkomende inspanningen meer gevraagd.

3. Ethische implicaties

Deze masterproef verkreeg een definitief gunstig advies van de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (zie bijlage).

Het onderzoek werd uitgevoerd door de masterproefstudent zelf. Voor een aantal consultaties werd beroep gedaan op een collega Huisarts-In-Opleiding, Matilde Hens, die te Leuven een gelijkaardige studie met telefoontolken uitvoert in het kader van haar masterproef. Ook zij tracht ervaringen met de Vlaamse Tolkentelefoon in kaart te brengen, maar evalueert dit vanuit het standpunt van de arts.

Alle patiënten werden voor deelname zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over het doel, het verloop, de verwachte duur en de verzamelde gegevens aan de hand van het *'Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer'* (zie bijlage). Ook het vrijwillige karakter van de studie, de mogelijkheid om niet deel te nemen of te stoppen wanneer de

patiënt wil, de potentiële risico's en voordelen, de volledige anonimiteit en het beroepsgeheim van de arts en de telefoontolk werden duidelijk gecommuniceerd. Deze informatie werd verleend in het Nederlands door de arts-onderzoeker en stapsgewijs vertaald door de informele tolk. Dit alles opdat de patiënt de beslissing tot deelname weloverwogen kon nemen.

4. Data-analyse

Zowel het praktijkoverleg vóór als na de implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon werd opgenomen en nadien letterlijk uitgeschreven en geanalyseerd. Er werd tijdens deze interviews geopteerd om de artsen tweemaal aan dezelfde vragenlijst te onderwerpen, zodat onderlinge verschillen nadien duidelijk te extraheren zouden zijn.

Tijdens het proces van implementatie werden nauwgezet aantekeningen gemaakt om deze later overzichtelijk te kunnen reproduceren. Ook bijkomende aandachtspunten en moeilijkheden werden steeds genoteerd.

Na afloop van de patiëntenbevragingen werden alle vragenlijsten verzameld en gecodeerd weergegeven. Op deze gegevens werden nadien berekeningen uitgevoerd aan de hand van het computerprogramma Excel. Na visuele inspectie van de verkregen data werd duidelijk dat de resultaten te weinig variatie vertoonden en te dicht bij elkaar lagen waardoor bijkomende statistiek onmogelijk was. Wel werden er bijkomende vergelijkingen gemaakt tussen verschillende nieuw gedefinieerde subgroepen. Zo werden allereerst de scores van de jongste helft van de patiënten vergeleken met deze van de oudste helft. Nadien werden ook deze van de patiënten met als moedertaal Arabisch en Berbers vergeleken, deze van de kortst en de langst wonende helft patiënten in België en de scores van de patiënten die wél en geen Nederlandse les gevolgd hadden.

RESULTATEN

1. Implementatieproces

Uit het praktijkoverleg georganiseerd vóór de implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in onze groepspraktijk bleek dat beide collega's onvoldoende geïnformeerd waren over deze dienstverlening en hier tot op heden nog geen gebruik van hadden gemaakt. Tijdens consultaties met anderstalige patiënten hanteren zij momenteel andere hulpmiddelen om de onderlinge taalbarrière te overbruggen. Zo vallen mijn collega's meestal terug op familie en vrienden die de patiënt begeleiden. In zeldzame gevallen echter komt de patiënt alleen op raadpleging en worden er soms notities meegegeven die later vertaald worden door de familie of wordt een kennis opgebeld om het gesprek ad hoc te vertalen.

De ervaringen na het implementatieproces waren unaniem positief. Voornamelijk wanneer er een belangrijke, moeilijke of zeer persoonlijke boodschap dient overgebracht te worden naar de patiënt of indien de informele tolk minderjarig is, kan een telefoontolk een echte meerwaarde bieden en zal hier in de toekomst gebruik van gemaakt worden in onze praktijk. De grotere accuraatheid en objectiviteit pleit volgens de ondervraagde artsen voor het gebruik van een professionele telefoontolk. Het tijdrovende aspect vormt echter de belangrijkste drempel om hier meer gebruik van te maken in de dagelijkse praktijk. Toch bleef de voorkeur voor een informele tolk ongewijzigd, gezien de grotere beschikbaarheid en kennis over de achtergrond en voorgeschiedenis van de patiënt.

Om als huisarts gebruik te kunnen maken van de Vlaamse Tolkentelefoon dient men allereerst een samenwerkingsovereenkomst af te sluiten met het Agentschap Integratie en Inburgering. Dit formulier is terug te vinden op hun website *www.agii.be/sociaal-tolken-en-vertalen* en dient in tweevoud en ondertekend opgestuurd te worden naar de hoofdzetel (Tour & Taxis, Agentschap Integratie en Inburgering, dienst Sociaal Tolken en Vertalen, Havenlaan 86C bus 212, 1000 Brussel). De overeenkomst dient ook digitaal ingezonden te worden naar *STV@integratie-inburgering.be*. Indien de overeenkomst aan alle voorwaarden voldoet, ontvangt u één ondertekend exemplaar terug per post. Voor activatie van de account dient men na ontvangst van de overeenkomst een e-mailadres door te sturen naar bovengenoemd e-mailadres. Indien men meerdere accounts wenst per dienst, kan men in deze stap meerdere e-mailadressen opgeven zodat iedere gebruiker zijn persoonlijke aanvragen kan beheren. Na registratie van dit (deze) e-mailadres(sen) kan de onlineaccount geactiveerd worden via het online portaal *aanvraag.sociaaltolkenenvertalen.be.* Vervolgens dient u een persoonlijk wachtwoord te kiezen waarna u een activeringsmail ontvangt voor uw account. Na deze activatie kunnen er onbeperkt tolken ter plaatse en telefoontolken aangevraagd worden via het online portaal. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de aanvraag van een telefoontolk

via dit online portaal minstens twee werkdagen voor het eigenlijke gesprek dient plaats te vinden. Indien men het gesprek met een anderstalige patiënt echter niet op voorhand kon plannen of voorzien, kan men ad hoc bellen naar het nummer 02/208 06 11. Via deze weg kan echter niet gegarandeerd worden dat de gewenste taal beschikbaar is op dat gegeven moment. De Vlaamse Tolkentelefoon is beschikbaar op alle werkdagen van 9.00-12.30u en van 13.30-18.00u, met uitzondering van woensdag, vrijdag en tijdens schoolvakanties tot 17.00u.

Het uitrollen van deze dienstverlening in onze groepspraktijk verliep vlot en zonder problemen en nam ongeveer een tweetal weken in beslag. Door gebruik te maken van meerdere accounts per praktijk kan men ongehinderd tolken aanvragen zonder rekening te moeten houden met aanvragen van andere collega's. Er zijn weinig tot geen bijkomende organisatorische maatregelen noodzakelijk om de Vlaamse Tolkentelefoon te kunnen implementeren.

2. Patiëntenbevraging

Vanaf oktober 2018 tot en met januari 2019 werd aan alle anderstalige patiënten die samen met een informele tolk op consultatie kwamen, gevraagd om deel te nemen aan deze studie. In totaal werden er gedurende deze periode 27 patiënten geïncludeerd. Hiervan werden 23 patiënten (85%) door de arts-onderzoeker zelf bevraagd. De overige 4 patiënten (15%) werden geïncludeerd door een collega arts-onderzoeker, Matilde Hens.

2.1 Kenmerken studiepopulatie

Tabel 2 geeft een uitgebreid overzicht van de socio-demografische kenmerken van de onderzochte studiepopulatie. Onder de deelnemende patiënten waren er 7 mannen (26%) en 20 vrouwen (74%) met een gemiddelde leeftijd van 58 jaar. Ook bij de informele tolken was het merendeel van het vrouwelijke geslacht (67%). De gemiddelde leeftijd in deze groep was 33 jaar. De ondervraagde patiënten verblijven hier gemiddeld 25 jaar, toch volgde slechts 30% hiervan Nederlandse les. 85% van alle geïncludeerde patiënten kwam als eerste generatie naar België en 70% heeft nooit een diploma gehaald. Slechts 4 anderstalige patiënten (15%) zijn momenteel nog aan het werk.

Een overzicht van de verschillende nationaliteiten en het geboorteland van de deelnemende patiënten wordt weergegeven in *Figuur 1*. 85% werd geboren in Marokko, maar slechts 12 patiënten (44%) heeft momenteel nog de Marokkaanse nationaliteit. Ook tal van andere nationaliteiten namen deel aan deze studie: 10 patiënten (37%) hadden de Belgische en 2 patiënten (7%) de Spaanse nationaliteit. Verder nam ook 1 Chinese (4%), 1 Italiaanse (4%) en 1 Afghaanse patiënt (4%) deel aan deze studie.

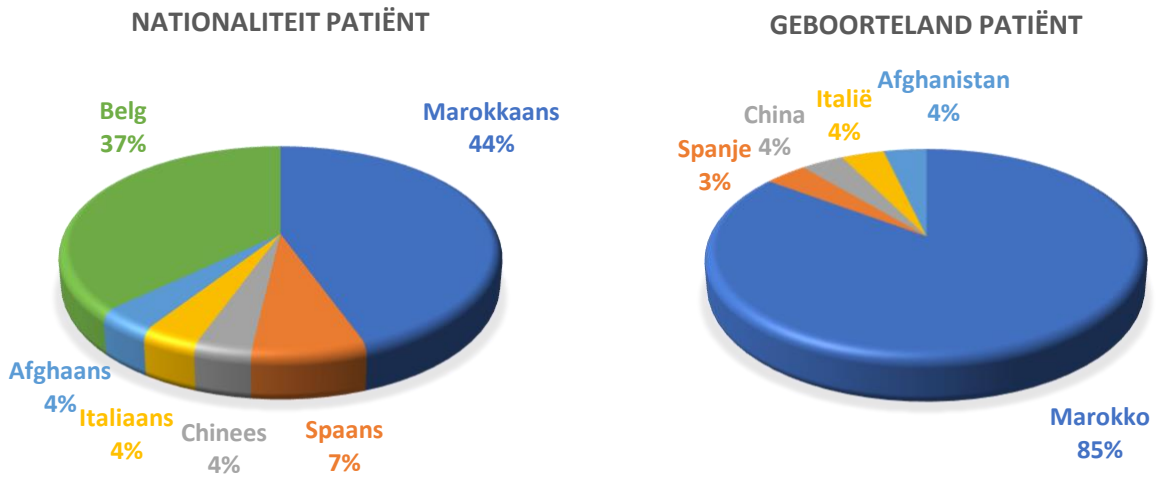
Tabel 2: Socio-demografische kenmerken van de ondervraagde studiepopulatie.

Kenmerk		***Percentage (%)***		***Gemiddelde (n)***	
		Patiënt	**Informele tolk**	**Patiënt**	**Informele tolk**
Geslacht	Man	25.9	33.3		
	Vrouw	74.1	66.7		
Leeftijd				58.2	32.6
Nationaliteit	Marokkaans	44.4	37.0		
	Belg	37.0	40.7		
	Spaans	7.4	7.4		
	Chinees	3.7	3.7		
	Italiaans	3.7	3.7		
	Afghaans	3.7	3.7		
	Nederlands		3.7		
Geboorteland	Marokko	85.2	33.3		
	België		44.4		
	Spanje	3.7	7.4		
	China	3.7	3.7		
	Italië	3.7	3.7		
	Afghanistan	3.7	3.7		
	Nederland		3.7		
Verblijfsduur[#]				25.1	20.4
Generatie	1ste	85.2	19.2		
	2de	14.8	69.2		
	3de		11.5		
Aantal kinderen				5.3	1.1
Hoogst behaalde diploma?	Hoger	7.4	38.5		
	Secundair	18.5	38.5		
	Lager	3.7	7.7		
	Geen	70.4	15.4		
Momenteel aan het werk?	Ja	14.8	48.1		
	Neen	85.2	51.9		
Nederlandse les gevolgd?	Ja	29.6	59.3		
	Neen	70.4	40.7		

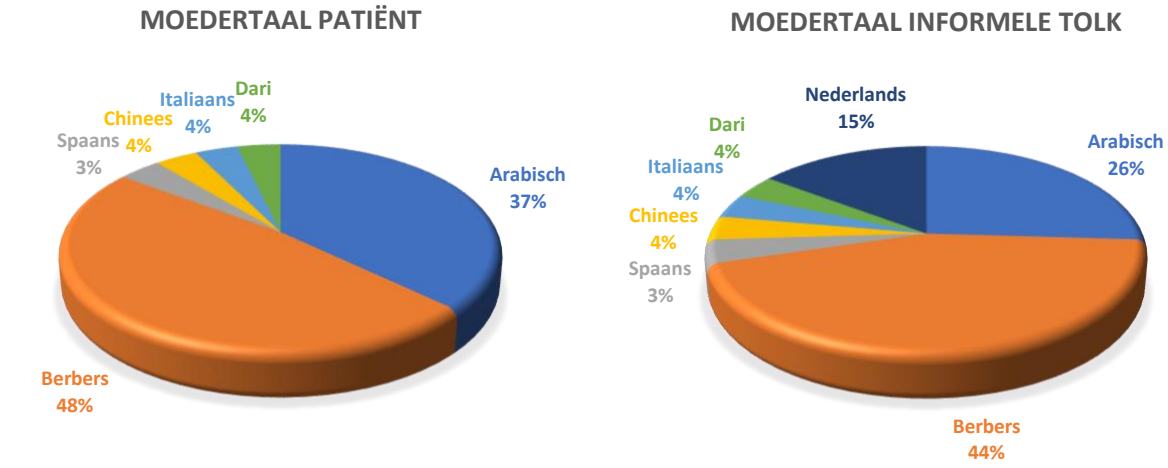
[#] Aantal jaren wonende in België

In *Figuur 2* wordt de onderlinge verdeling van de moedertaal van zowel de patiënt als van de informele tolk weergegeven. Het Berbers is zowel bij de patiënten (48%) als bij de informele tolken (44%) veruit de meest voorkomende moedertaal. Het Nederlands is slechts de moedertaal van 4 informele tolken (15%). Daarnaast spreekt slechts een kleine minderheid van de patiënten een andere taal dan het Arabisch of Berbers: 11% beheerst het Frans, 11% spreekt Engels en 17% Spaans.

Figuur 1: Verdeling nationaliteiten en land van geboorte van de studiepatiënten.



Figuur 2: Verdeling moedertalen van de studiepopulatie.



Tijdens de bevraging van de socio-demografische factoren werd ook gepeild naar het gevoel van integratie van de deelnemers in België *(vraag 3.13).* 22 anderstalige patiënten (88%) voelden zich geïntegreerd tegenover 92% bij de informele tolken. Daarnaast werd ook gevraagd hun eigen gezondheid te beoordelen op een schaal van 1 tot 7 *(vraag 3.14).* De patiënten gaven zichzelf hierop een gemiddelde score van 5, de informele tolken gemiddeld een score van 6. Ook de relatie met de arts scoorde hoog met een gemiddelde bij zowel de patiënt als bij de informele tolk van 6.3 op 7 *(vraag 3.15).*

2.2 Kenmerken consultaties met een telefoontolk en een informele tolk

Tabel 3. Resultaten vragenlijst voor de arts – Kenmerken patiënt

Kenmerk		***Percentage (%)***
4.1 Was de patiënt al op consultatie gekomen?	Ja	59.3
	Nee	40.7
4.2 Relatie informele tolk tot patiënt?	Echtgenote	3.7
	Echtgenoot	7.4
	Dochter	48.1
	Zoon	22.2
	Zus	7.4
	Vriendin	7.4
	Vriend	3.7
4.3 Taal vertaling telefoontolk?	Berbers	59.3
	Arabisch	25.9
	Spaans	3.7
	Chinees	3.7
	Italiaans	3.7
	Dari	3.7
4.4 Taal vertaling informele tolk?	Berbers	55.6
	Arabisch	29.6
	Spaans	3.7
	Chinees	3.7
	Italiaans	3.7
	Dari	3.7
4.5 Gesproken taal tussen arts en tolken	Nederlands	88.9
	Engels	11.1

Ook de arts zelf diende achteraf een korte vragenlijst in te vullen over de kenmerken van de patiënt en de consultatie. De resultaten hiervan worden weergegeven in *Tabel 3 en 4.*

Bij 13 patiënten (48%) kwam de dochter mee op consultatie om de taalbarrière te overbruggen. Het Berbers werd in 59% van alle consultaties met de telefoontolk en in 56% van de consultaties met de informele tolk gebruikt om te communiceren met de anderstalige patiënt. Slechts tijdens drie consultaties (11%) communiceerden de arts en de tolk onderling in het Engels. Tijdens alle overige gesprekken werd er onderling Nederlands gesproken.

Gemiddeld genomen duurde het gesprek met de formele tolk 14 minuten, in vergelijking met 16 minuten bij een kennis die de patiënt vergezelde op de raadpleging. De tevredenheid van de arts over de consultatie met deze laatstgenoemde tolk lag hoger dan de tevredenheid over het consult met de professionele telefoontolk (5.7 ⇔ 5.1).

Tabel 4. Resultaten vragenlijst voor de arts – Kenmerken consultatie

Kenmerk		***Percentage (%)***	**Gemiddelde (n)**
4.6 Eerst uitgevoerde consultatie?	Telefoontolk	44.4	
	Informele tolk	55.6	
4.7 Totale duur consultaties			29.9
4.8 Duur consultatie telefoontolk			14.3
4.9 Duur consultatie informele tolk			15.5
4.10 Tevredenheid consultatie telefoontolk			5.1
4.11 Tevredenheid consultatie informele tolk			5.7
4.12 Doel consultatie?	Nieuw probleem	37.0	
	Follow-up	63.0	

2.3 Eerdere ervaringen met tolken

In een inleidende vraag werd gepeild naar de ervaring van de anderstalige patiënten met een professionele of informele tolk *(vraag 1.1).* Hieruit bleek dat 17 patiënten (61%) voordien nog nooit gebruik hadden gemaakt van een tolk. 7 patiënten (25%) hadden al eerder kennis gemaakt met een professionele tolk ter plaatse, 2 patiënten (7%) met een telefoontolk en 2 patiënten (7%) met een informele tolk. Niemand had reeds ervaring met een professionele videotolk.

2.4 Vergelijking professionele telefoontolk en informele tolk

De resultaten van de vragenlijst betreffende de technische aspecten van het consult, de beleving van de patiënt en enkele algemene aspecten worden weergeven in *Tabel 5*. Deze scores worden allen weergegeven op een schaal van 1 tot 7 en zijn over het algemeen erg hoog en gelijklopend. De technische aspecten van de consultatie met de telefoontolk werden opvallend lager gescoord. Patiënten beoordeelden de wachttijd om verbonden te worden met de telefoontolk gemiddeld 5.1 op 7 *(vraag 2.3).* De beschikbaarheid van de telefoontolk kreeg gemiddeld een 4.1 *(vraag 2.4)* en het gebruik van de luidspreker of het doorgeven van de telefoon tussen de arts en de patiënt werd gemiddeld beoordeeld met een 5.3 *(vraag 2.6).*

Bij enkele vragen was er een duidelijke discrepantie tussen het resultaat van beide tolken. *Vraag 2.5* peilde naar de tevredenheid van de patiënt over het feit dat er vertraging zat op de vertaling door het gebruik van een derde partij, met name de tolk. De anderstalige patiënten beoordeelden deze vertraging bij de telefoontolk met 5.4 en bij de informele tolk met 6.1. Ook bij de bevraging naar de tevredenheid over de bezorgdheid, steun en begrip van de tolk (*vraag 2.14)*, de mate van vertrouwen in de tolk *(vraag 2.15),* de mate waarin de tolk de patiënt kon geruststellen *(vraag 2.16)* en de psychische steun en empathie van de tolk *(vraag 2.18)* behaalde de informele tolk een score meer dan 0.5 hoger dan de telefoontolk.

Tabel 5. Resultaten vergelijking professionele telefoontolk en informele tolk.

Vraag aan patiënt[#]	***Gemiddelde score formele telefoontolk[*] (n)***	***Gemiddelde score informele tolk[$] (n)***
2.1 Tevredenheid uitleg en informatie verkregen van de arts?	6.1	6.5
2.2 Tevredenheid duur consult?	6.2	6.5
2.3 Tevredenheid wachttijd verbinding telefoontolk?	5.1	/[%]
2.4 Tevredenheid problemen beschikbaarheid tolk?	4.1	/[%]
2.5 Tevredenheid vertraging vertaling?	5.4	6.1
2.6 Tevredenheid gebruik luidspreker of doorgeven telefoon?	5.3	/[%]
2.7 Tevredenheid verstaanbaarheid tolk?	6.2	6.5
2.8 Tevredenheid anonimiteit en privacy tijdens consult?	6.1	6.4
2.9 Tevredenheid gebrek aan non-verbale communicatie?	5.3	/[%]
2.10 Tevredenheid samenwerking tussen arts en tolk?	6.5	6.8
2.11 Tevredenheid kwaliteit van vertaling door tolk?	6.1	6.5
2.12 Tevredenheid medische kennis tolk?	5.7	6.1
2.13 Tevredenheid vriendelijkheid en respect van tolk?	6.2	6.7
2.14 Tevredenheid bezorgdheid, steun en begrip tolk?	6.0	6.8
2.15 Mate van vertrouwen in tolk?	6.2	6.8
2.16 Mate waarin tolk u geruststelde?	5.9	6.5
2.17 Tevredenheid aandacht emoties tolk?	6.2	6.7
2.18 Tevredenheid psychische steun en empathie van tolk?	6.0	6.7
2.19 Tevredenheid kennis tolk over uw culturele achtergrond?	6.3	6.8
2.20 Tevredenheid aandacht tolk voor uw socio-economische achtergrond?	6.3	6.7
2.21 Mogelijkheid met tolk te praten over intieme problematiek?	5.3	6.1
2.22 Belang zelfde geslacht van tolk?	5.7	
2.23 Belang zelfde culturele achtergrond van tolk?	4.9	
2.24 Belang aanwezigheid tolk in zelfde ruimte?	5.6	
2.25 Heeft u alles kunnen bespreken tijdens dit consult?	6.5	6.9
2.26 Hoe tevreden was u op het einde van het consult?	6.6	6.9

[#] Dit is slechts een verkorte versie van de oorspronkelijke vraag. Voor de volledige vraag: zie bijlage 4 'Vragenlijst'
[*] Weergegeven op een schaal van 1 tot 7; 1: zeer ontevreden, helemaal niet of zeer onbelangrijk; 7: zeer tevreden, helemaal wel of zeer belangrijk
[$] Weergegeven op een schaal van 1 tot 7; 1: zeer ontevreden, helemaal niet of zeer onbelangrijk; 7: zeer tevreden, helemaal wel of zeer belangrijk
[%] Niet van toepassing

Uit deze vragenlijst bleek echter ook dat anderstalige patiënten een hogere score geven aan een informele tolk wanneer intieme en gevoelige problemen besproken dienen te worden *(vraag 2.21).* Daarnaast bescoren patiënten het belang van een tolk met hetzelfde geslacht hoger (5.7) dan een tolk met eenzelfde culturele achtergrond (4.9) en de aanwezigheid van de tolk in dezelfde ruimte (5.6) *(vragen 2.22, 2.23 en 2.24).*

Op het einde van de consultatie hadden de patiënten bij beide tolken het gevoel dat ze alles besproken hadden en ook de algemene tevredenheid over de consultatie lag zowel bij de telefoontolk (6.6) als bij de informele tolk (6.9) zeer hoog *(vraag 2.25 en 2.26).*

2.5 Analyse van de resultaten in subgroepen van de patiëntenpopulatie

Na definiëring van nieuwe subgroepen kwamen enkele opvallende resultaten naar boven, welke door de grote homogeniciteit niet vatbaar waren voor bijkomende statistiek.

Wanneer men de jongste helft van de patiënten (<60 jaar) vergelijkt met de oudste helft van de patiënten (≥60 jaar) zien we een merkbaar verschil in de gemiddelde tevredenheid over de mate waarin de informele tolk de patiënt kon geruststellen *(vraag 2.16).* Deze eerste groep gaf een gemiddelde score van 6.8, de tweede groep 6.2 op 7.

Vervolgens werd er ook gekeken naar verschillen tussen de patiënten die als moedertaal Arabisch of Berbers spreken. Hier vinden we grote verschillen in de tevredenheid over de vertraging van de vertaling *(vraag 2.5)* bij de informele tolk. Patiënten met als moedertaal Arabisch gaven de informele tolk gemiddeld een 5.4, deze met als moedertaal Berbers een 6.5. Uit de bevraging van de mate van geruststelling door de professionele tolk *(vraag 2.16)* bleek dat de telefoontolk gemiddeld 5.5 scoorde bij de patiënten met Arabisch en 6.8 bij patiënten met Berbers als moedertaal. Tot slot bleek er binnen deze nieuwe groep ook een verschil in de mogelijkheid om met de tolk te praten over persoonlijke en intieme problemen *(vraag 2.21).* De patiënten met als moedertaal Arabisch beoordeelden de telefoontolk en informele tolk met een gemiddelde score van 4.7 en 5.3. De andere groep gaf deze tolken respectievelijk een score van 6.3 en 6.5.

Ook de kortst wonende helft patiënten in België (≤17 jaar) en de langst wonende helft (>18 jaar) werden onderling vergeleken. In deze groep bleek voornamelijk een duidelijk verschil in de mogelijkheid om met de tolk over intieme en persoonlijke problemen te praten *(vraag 2.21).* De kortst wonende helft gaf de informele tolk een gemiddelde score van 7, de langst wonende een gemiddelde score van 5.2.

De laatste groep die nieuw gedefinieerd werd, waren de patiënten die geen en de patiënten die wél Nederlandse les gevolgd hadden. Uit deze vergelijking kwamen enkele interessante resultaten. De eerste groep die geen lessen gevolgd had, gaf de telefoontolk een score van 5.6 in vergelijking met de 2de groep (6.9) voor de tevredenheid over de bezorgdheid, steun en begrip *(vraag 2.14).* Ook bij *vraag 2.16* werd een groot verschil waargenomen. Zij die geen les gevolgd hadden, gaven een gemiddelde score van 5.3, zij die wel les gevolgd hadden 6.5. Op de vraag over de tevredenheid over de psychische steun en de empathie van de tolken *(vraag 2.18)* gaven de patiënten die geen les gevolgd hadden de telefoontolk een 5.2 en de informele tolk een 6.3. De andere groep gaf beide tolken een gemiddelde score van 7. Finaal werd ook in *vraag 2.21* een verschil opgemerkt. Zij die geen les volgden, gaven de telefoontolk een gemiddelde score van 4.8 in vergelijking met een score van 5.9 door de andere groep.

DISCUSSIE

1. Samenvatting en interpretatie van de resultaten

1.1 Implementatieproces

Deze studie tracht een antwoord te formuleren op een tweeledige onderzoeksvraag met betrekking tot het gebruik van de Vlaamse Tolkentelefoon tijdens consultaties met anderstalige patiënten in de huisartspraktijk. Allereerst bracht het initiële praktijkoverleg aan het licht dat huisartsen momenteel onvoldoende geïnformeerd zijn over het bestaan en de toepassing van een telefoontolk als hulpmiddel om een taalbarrière tijdens een consultatie te overbruggen. Hoewel hun ervaringen na de implementatie unaniem positief waren, bleef hun voorkeur voor een informele tolk als hulpmiddel ongewijzigd. Hun (foutieve) perceptie over het tijdrovende karakter van een consultatie met een telefoontolk speelt hierin een doorslaggevende rol, gezien de grote tijdsdruk waaronder huisartsen dienen te presteren. Indicaties waarin zij echter wél zouden opteren voor een professionele (telefoon)tolk zijn consultaties waarin een belangrijke, moeilijke of persoonlijke boodschap dient gegeven te worden aan de patiënt en waarin een grotere mate van accuraatheid en objectiviteit vereist is. Deze bevindingen liggen in lijn met de resultaten van een studie van *Karliner et al*.[1] waaruit bleek dat artsen meer moeilijkheden vertoonden met het ontlokken van de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt bij het gebruik van een professionele tolk. Ook het zogenaamde '*patient empowerment'* werd bemoeilijkt door de aanwezigheid van een ongekende 3de partij. Verder bleek ook dat hoe meer ervaring de artsen hadden met het gebruik van een professionele tolk, hoe groter hun eigen tevredenheid over de geleverde medische zorgen. Anderzijds toonde *Napoles et al.*[27] in 2010 aan dat artsen meer tevreden waren over de communicatie en het verloop van de consultatie bij gebruik van een professionele tolk in vergelijking met een informele tolk. Deze laatste bevindingen werden meermaals bevestigd in de literatuur.[5,23,36] Hieruit kunnen we suggereren dat de voorkeur van de ondervraagde huisartsen zou kunnen wijzigen indien ze frequenter gebruik zouden maken van de Vlaamse Tolkentelefoon. Op die manier zou ook de foutieve perceptie over het tijdskader ontkracht kunnen worden, aangezien een duidelijke uitleg in de taal van de patiënt problemen voorkomt en nieuwe consultaties overbodig maakt.

De vlotte en gebruiksvriendelijke procedure om de Vlaamse Tolkentelefoon in de huisartspraktijk te integreren, maakt deze dienstverlening uitermate toegankelijk. De website *www.agii.be/sociaal-tolken-en-vertalen* vormt een mooie leidraad als hulpmiddel tijdens dit proces. Er dient echter wel een kleine kanttekening gemaakt te worden met betrekking tot de kosten verbonden aan het gebruik van dit initiatief. Sinds eind 2018 werden de subsidies door de bevoegde ministers teruggeschroefd, waardoor de beschikbare budgetten overschreden

werden en de gebruikers de tolkkosten vanaf dat moment zelf moesten financieren. Dit komt neer op een basistarief van € 45 per getolkt uur met een forfait van € 11,25 voor het eerste kwartier. Deze kosten dienen in de toekomst door de arts zelf bekostigd te worden wanneer de beschikbare budgetten overschreden worden en kunnen een bijkomende hindernis vormen om dit hulpmiddel in te schakelen.

1.2 Patiëntenbevraging

In een poging een dieper inzicht te verwerven over de tevredenheid van patiënten over het gebruik van tolken tijdens een consultatie met een taalbarrière, kwam aan het licht dat patiënten zeer tevreden zijn over de Vlaamse Tolkentelefoon als hulpmiddel om communicatieproblemen te overbruggen. De bevinding dat slechts twee patiënten hier eerder mee in contact kwamen, bevestigt nogmaals dat de Vlaamse huisarts hierover onvoldoende geïnformeerd is of gebruik van maakt en frequent terugvalt op andere hulpmiddelen.

Onze studie toonde aan dat patiënten zowel naar beleving toe, alsook de technische en algemene aspecten in rekening genomen, in alle deelaspecten zeer tevreden zijn met zowel een informele tolk als met een professionele telefoontolk. Toch verkiest de anderstalige patiënt in onze studie een kennis of familielid boven de deskundigheid van een professionele tolk en werd de informele tolk gemiddeld beter beoordeeld. Helaas konden significante verschillen in tevredenheid niet aangetoond worden. Enkel na bijkomende onderverdeling van de ondervraagde populatie scoorde de telefoontolk op één enkele vraag 0.2 hoger dan de informele tolk. De ondervraagde patiënten stoorden zich voornamelijk aan alle technische aspecten die een consultatie met een telefoontolk met zich mee kan brengen. Niet alleen de arts, maar blijkbaar ook de patiënt vindt lange wachttijden of de onbeschikbaarheid van een tolk in de gewenste taal erg storend. Daarnaast blijkt ook het vertrouwen en de tevredenheid over de psychische steun in een ongekende professional aanzienlijk minder dan bij een kennis of familielid. Deze resultaten suggereren dat de anderstalige patiënt in België meer waarde hecht aan vertrouwen, geruststelling en empathie door een kennis dan aan objectiviteit en correctheid van vertaling. Desalniettemin ligt de algemene tevredenheid van patiënten voor beide modaliteiten erg hoog. (6.6 op 7 voor de informele tolk en 6.9 voor de professionele tolk).

Na verdere analyse van de gegevens werden enkele interessante verschillen tussen subgroepen van de onderzochte populatie duidelijk. Zo bleken er in enkele vragen *(vraag 2.5, 2.16 en 2.21)* opmerkelijke verschillen tussen patiënten met als moedertaal Arabisch en Berbers. Deze bevindingen zijn op het eerste zicht eerder verrassend, maar kunnen verklaard worden door terug te gaan naar de antropologische oorsprong van de Marokkaanse bevolking. Ruim 70% van de Marokkaanse bevolking spreekt het Arabisch, leeft met de Arabische cultuur en identificeert zichzelf bijgevolg als een Arabier. De overige 30% zijn Berbers (de

oorspronkelijke bevolking van Marokko) die zich niet hebben weten te Arabiseren en naast het Arabisch nog steeds het Berbers als hun moedertaal eerbiedigen.[37] Het verschil in culturele waarden tussen beide bevolkingsgroepen kan een verklaring bieden voor het verschil in vertrouwen van deze bevolking in een ongekende 3de persoon als tolk. En zeker indien het persoonlijke, intieme of gevoelige onderwerpen betreft. Ook het feit of anderstaligen al dan niet Nederlandstalige les hebben gevolgd, zou een invloed hebben op de tevredenheid van patiënten over een professionele telefoontolk. De gemiddelde scores bij patiënten die geen les volgden, liggen duidelijk lager dan deze die wel een notie hebben van het Nederlands. Dit verschil zou bijvoorbeeld verklaard kunnen worden door het grotere vertrouwen in de tolk en de arts, aangezien de patiënt toch enkele woorden of uitdrukkingen rechtstreeks kan oppikken van de arts en zich hierdoor wat meer betrokken voelt. Anderzijds zou dit ook een weerspiegeling kunnen zijn van het engagement van de patiënt. Het feit dat deze zich actief inzet om een nieuwe taal te leren, zou een illustratie kunnen zijn van diens openheid en vertrouwen in zijn nieuwe thuisland.

De resultaten van het socio-demografisch onderzoek vormen een mooie weerspiegeling van de beperkte diversiteit aan anderstalige patiënten in onze groepspraktijk, gesitueerd nabij Antwerpen-Kiel. In deze regio bevindt zich een grote Marokkaanse gemeenschap, waardoor patiënten met de Marokkaanse nationaliteit het merendeel vormden van onze studiepopulatie. Gezien deze patiënten in gemeenschapsverband leven, ontstaat weinig tot geen motivatie om Nederlands te leren. Patiënten kunnen zich prima in het Arabisch of Berbers behelpen tijdens hun dagdagelijkse bezigheden zonder hinder te ondervinden van hun taalgebrek. Dit vormt ook de verklaring waarom velen van onze patiënten na gemiddeld 25 jaar in België gewoond te hebben, nog steeds geen Nederlands spreken hoewel het merendeel zich echter wel geïntegreerd voelt zoals blijkt uit deze studie. Anderzijds kwam ook een zeer hoge graad van analfabetisme onder de oudere Marokkaanse bevolking naar boven. Tijdens het invullen van de toestemmingsformulieren kon slechts de helft van de patiënten zijn of haar naam noteren of een handtekening plaatsen door een gebrek aan opleiding in hun geboorteland. Meestal moest de informele tolk deze taak op zich nemen. Tijdens het uitvoeren van deze studie en de bijhorende observaties kwam er tevens een zeer typisch patroon van consultvoeren naar boven. Zoals blijkt uit de beschrijving van de studiepopulatie was het merendeel van de patiënten, alsook van de informele tolken van het vrouwelijke geslacht. Van deze laatste groep was slechts de helft aan het werk. Er heerst blijkbaar nog steeds een zeer sterk rolmodel binnen de Marokkaanse gemeenschap, waarin vrouwen niet gaan studeren maar thuisblijven om voor de kinderen te zorgen. Dit zet zich in verschillende generaties verder waardoor we een typisch patroon krijgen, met name: een oudere Marokkaanse vrouw die ongeletterd is en samen met haar dochter op raadpleging komt en thuis voor de kinderen zorgt. Dit is uiteraard

een zeer sterke veralgemening die louter en alleen voortvloeit uit observaties, maar wel een mooie weerspiegeling vormt van de realiteit in onze groepspraktijk. Deze bevindingen vinden enerzijds hun oorsprong in religieuze overtuigingen, maar zijn ook te herleiden naar een eeuwenoude traditie waarin vrouwen in de Arabische wereld slechts beperkte rechten en vrijheid konden genieten. Dit resulteert niet enkel in discriminatie op vlak van opleiding, ook op vlak van economische activiteiten en gezondheidszorg heersen er binnen deze cultuur nog grote verschillen tussen man en vrouw.[38]

Tot slot mag ook de opinie van de arts over de Vlaamse Tolkentelefoon niet ontbreken. Met slechts een beperkt verschil van 0.6 op 7 (5.1 voor de telefoontolk en 5.7 voor de informele tolk) kan men besluiten dat huisartsen beide modaliteiten van vertalen weten te appreciëren. Gezien in bijna de helft van de gevallen gestart werd met de consultatie met de telefoontolk en gezien de duur van een consultatie met de informele of formele tolk slechts 2 minuten verschilde, kan de perceptie van het tijdrovende aspect van een professionele tolk ontkracht worden. Een overvolle wachtkamer, een uitlopende consultatie of een griepepidemie mag bijgevolg geen reden meer vormen om geen gebruik te maken van de Vlaamse Tolkentelefoon tijdens een consultatie met een taalbarrière tussen de arts en zijn patiënt.

2. Sterkten en beperkingen van de studie

Er werd reeds veelvuldig onderzoek verricht naar de tevredenheid van anderstalige patiënten over het gebruik van tolken als hulpmiddel tijdens een consultatie met een taalbarrière.[1,12,32,33] Dit onderzoek weet zich hier enerzijds van te onderscheiden door de specifieke doelgroep waarin deze werd georganiseerd. Men spitste zich toe op de eerstelijnsgeneeskunde én op patiëntengroepen die vaak geëxcludeerd worden uit andere studies omdat ze de taal niet spreken en een tolk nodig hebben. Anderzijds ook door het kwantitatieve karakter welke gerealiseerd werd door gebruik te maken van scoresystemen. Hierdoor werd het mogelijk om de mening van patiënten over een informele tolk en een professionele telefoontolk over verschillende aspecten tijdens een consultatie met de huisarts rechtstreeks met elkaar te vergelijken. Daarnaast is men in dit onderzoek geslaagd om het proces van implementatie van de Vlaamse Telefoontolk in de huisartspraktijk op een overzichtelijke manier weer te geven. Ook het feit dat het onderzoek verricht werd door twee verschillende observatoren vormt een belangrijke meerwaarde.

De gehanteerde vragenlijst voor de bevraging van de patiënten werd vooraf vertaald in het Arabisch, de meest gesproken en geschreven taal in onze praktijk, waardoor patiënten de vragen zelf konden lezen en beoordelen. Hierdoor werd een bijkomende vertaling van de vragen voor het merendeel van de patiënten overbodig zodat de kans op een subjectieve interpretatie door de tolk gereduceerd werd. Ook indien de patiënt niet kon lezen, verminderde

hierdoor de kans op fouten gezien de correcte vertaling van de vraag de informele tolk in de mond gelegd werd. Aangezien er enkel een Arabische vertaling opgesteld werd, dienden de vragen in enkele consultaties, waarbij de patiënten geen Arabisch spraken of konden lezen, toch vertaald te worden door de informele tolk. Deze bias kon slechts tijdens vier consultaties niet vermeden worden.

Het doel van deze studie was een verschil in tevredenheid tussen professionele en niet-professionele tolken aan te tonen en indien mogelijk één van beide modaliteiten als superieur naar voor te kunnen schuiven. Gezien de hoge scores en de beperkte spreiding kon er echter geen bijkomende statistiek uitgevoerd worden op de verkregen resultaten en bereikte men een zogenaamd 'plafondeffect'. Hiervoor kunnen verschillende mogelijke oorzaken geïdentificeerd worden. Een potentiële reden is de aanwezigheid van de arts en de informele tolk tijdens het invullen van de vragenlijst door de patiënt, waardoor deze zich onder sociale druk verplicht voelde de arts en diens kennis een goede score te geven. Anderzijds zouden ook culturele effecten zoals een hoog aanzien van de arts of het repetitieve karakter van de vragenlijst aan de basis kunnen liggen van dit plafondeffect. Bij retrospectieve evaluatie van de vragenlijst viel onmiddellijk op dat de vragen allen zeer gelijkaardig gesteld werden. Dit werd initieel zo opgesteld om uniformiteit voor de patiënt te garanderen en het gemakkelijker te maken de vragen te interpreteren. Achteraf gezien zou dit de oplettendheid van de patiënt in het gedrang gebracht kunnen hebben. Meer variatie in de manier waarop men dient te antwoorden of een score dient te geven alsook meer negatie zou hier een oplossing voor kunnen bieden. Gezien een aanzienlijk deel van de patiënten de vragen niet zelfstandig kon lezen, zouden ook subjectieve vertalingen of suggestieve opmerkingen van de informele tolk de cijfers verkleurd kunnen hebben. De vragenlijst werd bijkomend ook niet gevalideerd en de patiënten dienden een gevoelsmatige (subjectieve) score te geven, waardoor de resultaten met enige voorzichtigheid te interpreteren zijn.

Er werd gepoogd om aan de hand van schalen van 1 tot 7 nauwkeurige gegevens te verzamelen over de tevredenheid van de ondervraagde patiënten. Ook door de vragenlijst voorafgaand aan de studie voor te leggen aan collega's huisartsen werd getracht de inhoud ervan te valideren zodat weldegelijk bevraagd werd wat men met deze studie aan het licht wilde brengen. Ondanks deze grondige voorbereidingen bleken sommige vragen niet helder genoeg gesteld en dienden deze bijkomend verduidelijkt te worden voor de patiënten. Ook bleek achteraf bij het analyseren van de resultaten dat enkele vragen foutief geïnterpreteerd werden door de patiënten. Een voorbeeld hiervan is de inleidende vraag over de eerdere ervaringen van de patiënt met een tolk. Hieruit bleek dat slechts twee patiënten voorafgaande ervaring zouden hebben met een informele tolk. De realiteit leert ons dat de meerderheid van deze patiënten voorafgaand aan dit onderzoek reeds op consultatie kwamen bij de arts-

onderzoeker samen mét een informele tolk. Wat aangeeft dat de vraag foutief opgevat werd en het resultaat bijgevolg een vertekend beeld geeft. Het is bijgevolg plausibel dat na eliminatie van deze onduidelijkheden en herformulering van enkele vragen een hogere validiteit bekomen zou kunnen worden.

Tijdens het invullen van de vragenlijst gaven de patiënten zelf nog enkele andere moeilijkheden aan. Zo werd er gebruik gemaakt van schalen van 1 tot 7, waarbij 1 werd vertaald naar zeer ontevreden en 7 naar zeer tevreden. Hiertussen werden de scores niet expliciet benoemd. Patiënten hadden het soms moeilijk om hun gevoel te abstraheren naar een score, waardoor een tevredenheidsscore '3' soms moeilijk te interpreteren was. Dit fenomeen kwam zeer sterk naar voor indien de patiënt niet kon lezen of schrijven. Ook dit zou een verklaring kunnen bieden voor de voorkeur van de studiepopulatie om vaak terug te grijpen naar de extreme scores (1 of 7), aangezien deze duidelijk te interpreteren waren.

Deze hoge scores kunnen echter ook beschouwd worden als een waardevolle boodschap voor alle huisartsen die regelmatig geconfronteerd worden met anderstalige patiënten. Uit deze masterproef blijkt dat patiënten zeer tevreden zijn met beide modaliteiten, waardoor men in de dagelijkse praktijk in functie van de beschikbaarheid en wensen van de patiënt probleemloos voor beiden kan opteren.

Een andere belangrijke beperking van dit onderzoek is de kleine steekproef en de beperkte diversiteit van de onderzochte studiepopulatie. Gezien er slechts 27 patiënten ondervraagd werden en 85% hiervan van Marokkaanse origine was, zijn de resultaten van dit onderzoek niet rechtlijnig te extrapoleren voor alle anderstalige patiënten in België.

3. Implicaties voor de dagelijkse praktijk

De resultaten van dit onderzoeksproject tonen aan dat anderstalige patiënten zeer tevreden zijn over de Vlaamse Tolkentelefoon tijdens een consultatie bij de huisarts. Gezien het plafondeffect kon er echter geen bijkomende statistiek uitgevoerd worden, waardoor men geen significant verschil in tevredenheid kon aantonen tussen een informele en een formele tolk. Dit impliceert dat geen van beide hulpmiddelen als superieur te beschouwen is en ze beiden toegepast kunnen worden tijdens consultaties met een taalbarrière.

Een gemeenschappelijk gesproken taal tussen de arts en zijn patiënt blijft echter de gouden standaard. Idealiter zou een arts zijn patiënt steeds in zijn eigen taal ondervragen, al is dit in de huidige multiculturele samenleving niet altijd haalbaar. Uit puur medisch standpunt is dit echter wel de veiligste manier om met elkaar te communiceren, aangezien de arts en zijn patiënt in dergelijke situaties elkaar perfect begrijpen en men vaak een beter zicht krijgt op de dubbele agenda van de patiënt. Nuances gaan spijtig genoeg vaak verloren tijdens

consultaties met een taalbarrière, waardoor de arts een belangrijk deel van de boodschap nooit te horen krijgt. Het is belangrijk om hier als arts aandacht voor te hebben, zodat anderstalige patiënten evenwaardige zorgen kunnen genieten.

Het opstellen van concrete richtlijnen omtrent dit thema is moeilijk, gezien het gebrek aan unanimiteit in de literatuur en de beperkte spreiding van de gegevens van deze studie. Indien de correctheid van de boodschap en de privacy van de patiënt in een bepaalde situatie erg belangrijk zijn, valt een professionele tolk aan te bevelen. Dit gezien de grotere mate van objectiviteit en correctheid van vertaling. Het is in deze gevallen bijgevolg raadzaam om de hulp van een professionele tolk in te schakelen en dit indien mogelijk op voorhand te plannen. In alle andere gevallen vormt een informele tolk een volwaardig alternatief. Bij het maken van de keuze tussen een formele of informele tolk dient men rekening te houden met factoren eigen aan de patiënt, de pathologie en de boodschap die dient overgedragen te worden. Gezien een consult met de Vlaamse Tolkentelefoon gemiddeld 2 minuten korter duurt dan met een kennis of familielid, mag het tijdsaspect geen rol spelen bij de keuze tussen beide hulpmiddelen. In de praktijk dient men deze keuze meestal niet expliciet te maken. Vaak wordt een anderstalige patiënt standaard vergezeld van een kennis om de consultatie te vertalen. Toch kan het in sommige situaties raadzaam zijn om bijkomende hulp van de Vlaamse Tolkentelefoon in te schakelen.

Daarnaast leert deze studie ons ook dat de Marokkaanse populatie in Antwerpen nog een erg hoge graad van analfabetisme kent en te weinig gestimuleerd wordt om Nederlandse les te volgen. Ook hiermee dient rekening gehouden te worden tijdens een patiëntencontact. Uitleg aan de hand van schema's, tabellen of uitgeschreven richtlijnen is voor analfabeten weinig zinvol. Voor deze specifieke doelgroep dient de boodschap op een aangepaste wijze overgedragen te worden, zoals bijvoorbeeld door middel van pictogrammen, tekeningen en andere visuele hulpmiddelen. Tot slot hebben wij als arts ook een belangrijke maatschappelijke rol en dienen we deze patiënten ongeacht hun leeftijd actief te stimuleren om Nederlands te leren. Op deze manier kan de hinderlijke taalbarrière gereduceerd worden, waardoor deze patiënten minder afhankelijk worden van kennissen en familieleden om gesprekken in het Nederlands voor hen te vertalen. Dit kan het integratieproces enkel en alleen ten goede komen.

CONCLUSIE

Gezien de groeiende multiculturaliteit in onze samenleving komen alsmaar meer anderstalige patiënten op raadpleging bij de huisarts. Tijdens dergelijke consultaties met een taalbarrière verloopt de communicatie vaak suboptimaal, waardoor de arts minder in staat is adequate medische zorgen te verlenen aan zijn patiënt.

De laatste decennia werden diverse ondersteunende maatregelen ontwikkeld om soortgelijke taalproblemen te overbruggen. Eén van deze modaliteiten is de Vlaamse Tolkentelefoon. Deze dienstverlening biedt professionele tolken aan die per telefoon geraadpleegd kunnen worden en is na registratie toegankelijk voor alle Vlaamse huisartsen. De implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in onze groepspraktijk verliep erg vlot en ervaringen waren unaniem positief. Ondanks de bewezen grotere objectiviteit en correctheid van een professionele tolk blijft de informele tolk, niet alleen in België maar ook wereldwijd, de meest gehanteerde manier van vertalen. Niet alleen het gebrek aan educatie over het bestaan van alternatieven, maar ook de foutieve perceptie over het tijdsaspect spelen hierin een belangrijke rol.

In deze studie werd gepoogd om een dieper inzicht te verwerven in de tevredenheid van anderstalige patiënten over informele en formele tolken om het gesprek met de huisarts te faciliteren. Hieruit bleek dat patiënten in alle deelaspecten zeer tevreden zijn over beide hulpmiddelen. De informele tolk werd over het algemeen positiever onthaald, wat suggereert dat de anderstalige patiënt in België meer waarde hecht aan vertrouwen, geruststelling en empathie door een kennis dan aan accuraatheid van vertaling door een professional. Gezien de beperkte steekproef en spreiding van de resultaten konden er geen significante verschillen in tevredenheid aangetoond worden, waardoor geen van beide hulpmiddelen als superieur te beschouwen is. Om definitieve besluiten te kunnen trekken en concrete richtlijnen op te kunnen stellen betreffende dit thema is bijkomend hoogkwalitatief onderzoek op een grotere en meer gevarieerde patiëntenpopulatie noodzakelijk.

We kunnen bijgevolg concluderen dat anderstalige patiënten zeer tevreden zijn over informele tolken en professionele telefoontolken als hulpmiddel om een taalbarrière tijdens een consultatie bij de huisarts te overbruggen. De keuze tussen beiden dient gebaseerd te worden op basis van de boodschap die overgebracht dient te worden naar de patiënt, de nood aan objectiviteit en correctheid van vertaling, de nood aan privacy voor de patiënt én de beschikbaarheid van één van beide tolken. Deze keuze wordt in de praktijk meestal door de patiënt zelf gemaakt, wanneer deze vergezeld door een informele tolk op raadpleging komt. Toch kan het in bepaalde situaties raadzaam zijn bijkomende professionele hulp in te schakelen zodat ook de anderstalige patiënt hoogkwalitatieve zorgen kan genieten.

REFERENTIES

1. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gildengorin G. The language divide: The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. *J Gen Intern Med* 2004;19:175-183.
2. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Shuldiner T. The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. *Fam Pract* 2011;28:317-322.
3. Waeyaert N. Kerncijfers: Statistisch overzicht van België 2017. Beschikbaar via: https://statbel.fgov.be/sites/default/files/Over_Statbel_FR/NL_kerncijfers_2017_web_0.pdf. Geraadpleegd 2018 November 27.
4. Stad Antwerpen. Stad Antwerpen in Cijfers 2018. Beschikbaar via: https://stadincijfers.antwerpen.be/?var=natcube. Geraadpleegd 2018 November 27.
5. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2005;62(3):255-299.
6. Swolfs A, Verbist R, Verhaert P, Verhoeven V. Telefoontolken in de huisartsenpraktijk: wat is hun effect op de kwaliteit van het consult en de zorg? *Huisarts Nu* 2012;41:186-190.
7. De Maesschalck S, Willems S, De Maeseneer J, Devleugele M. Development and validation of EMP-3: an instrument to measure physician's attitudes toward ethnic minority patients. *M Fam Med* 2010; 42(4):262-267.
8. Aelbrecht K, Pype P, Vos J, Devleugele M. Having cancer in a foreign country. *Patient Educ Couns* 2016; 99(10):1708-1216.
9. Aelbrecht K, De Maesschalck S, Willems S, Devleugele M, Pype P. How family physicians respond to unpleasant emotions of ethnic minority patients. *Patient Educ Couns* 2017;100(10):1867-1873.
10. De Maesschalck S. Diversiteit in taal en cultuur tijdens de raadpleging: een tango tussen artsen en migranten. *Huisarts Nu* 2012;41(3):144-147.
11. Moldoveanu OD, Deveugele M, Aelbrecht K. Welke perceptie hebben anderstalige patiënten over de kwaliteit van communicatie in een getolkte consultatie in het huisartsgeneeskunde? 2017. Beschikbaar via: https://old.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B21ffd6e7-1434-3324-2e17-9d0d170084d3%7D_MASTER_THESIS_OLIMPIA_MOLDOVEANU.pdf. Geraadpleegd 2019 maart 5.
12. Joseph C, Garruba M, Melder A. Patient satisfaction of telephone or video interpreter services compared with in-person services: a systematic review. *Aust Health Rev* 2018;24(2):168-177.
13. Kuo D, Fagan MJ. Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *J Gen Intern Med* 1999;14:547-550.
14. Garcia EA, Roy LC, Okada PJ, Perkins SD, Wiebe RA. A comparison of the influence of hospital-trained, ad hoc, and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited English-proficient parents presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2004;20:373-378.
15. Lee LJ, Batal HA, Maselli JH, Kutner JS. Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *J Gen Intern Med* 2002;17:641-646.
16. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of literature. Health *Serv Res* 2007;42(2):727-754.
17. Gany F, Leng J, Shapiro E, Abramson D, Motola I, Shield DC et al. Patient satisfaction with different interpreting methods: A randomised controlled trail. *J Gen Intern Med* 2007;22(2):312-318.
18. Butow PH, Sze M, Dugal-Beri P, Mikhail M, Eisenbruch M, Jefford M et al. From inside the bubble: migrants' perceptions of communication with the cancer team. *Support Care Cancer* 2011;19:281-290.
19. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2006;64(1-3):21-34.

20. Burgess DJ, Fu SS, van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *J Gen Intern Med* 2004;19(11):1154-1149.
21. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, Dhavan P et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018;392(10164):2606-2654.
22. Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, Stone EL. Overcoming language barriers in health care: cost and benefits of interpreter services. *Am J Public Health* 2004;94(5):866-869.
23. Gandhi TK, Burstin HR, Cook EF, Puopolo AL, Haas JS, Brennan TA et al. Drug complications in outpatients. *J Gen Intern Med* 2000;15(3):149-154.
24. Meuter RFI, 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* 2915;15:371-376.
25. Juckett G, Unger K. Appropriate use of medical interpreters. *Am Fam Physician* 2014;90(7):476-480.
26. Campbell C, Lockyer J, Laidlaw T, MacLeod H. Assessment of a matched-pair instrument to examine doctor-patient communication skills in practising doctors. *Med Educ* 2007;41:123-129.
27. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, O'Brien H, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Clinician ratings of interpreter mediated visits in underserved primary care settings with ad hoc, in-person professional, and video conferencing modes. *J Health Care Poor Underserved* 2010;21(1):301-317.
28. Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Kin H. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Ann Emerg Med* 2012;60(5):545-553.
29. Raminez D, Engel KG, Tang TS. Language interpreter utilisation in the emergency department setting: A clinical review. *J Health Care Poor Underserved* 2008;19:352-362.
30. Ku L, Flores G. Pay now or pay later: providing interpreter services in health care. Health Aff 2005;24(2):435-444.
31. Locatis C, Williamson D, Gould-Kabler C, Zone-Smith L, Detzler I, Roberson J et al. Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation. *J Gen Intern Med* 2010;25(4):345-350.
32. Lochman JE. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *J Community Health* 1983;9(2):91-109.
33. Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Med Care* 1982;20(6):606-614.
34. Carrasquillo O, Orav EJ, Brennan TA, Burstin HR. Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *J Gen Intern Med* 1999;14:82-87.
35. 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;72(1):155-162.
36. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R. Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Educ Couns* 2007;67(3):286-292.
37. Mordechai N. Minorities in the Middle East: A history of Struggle and Self-Expression. North Carolina: *McFarland*; 2002. P54
38. Moghadam VM. Towards gender equality in the Arab/middle east region: Islam, culture and feminist activism. 2004. Beschikbaar via: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2004_valentine_moghadam.pdf. Geraadpleegd 2019 februari 26.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

KU LEUVEN UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

MASTERPAPER

PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in een multiculturele groepspraktijk te Antwerpen en vergelijking met een informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt.
Version 1: Date submission	Date: 25/09/2018
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Jo Goedhuys
	Telephone: 016/37 72 98 of 016/37 66 21
	E-mail: jo.goedhuys@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES** X NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: /
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Laura Truyens
	Student number: r0263035
	Telephone: 0496/98 44 55
	E-mail: laura.truyens@student.kuleuven.be of lauratruyens@hotmail.com

KU LEUVEN UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Communicatie, taal en begrip zijn fundamentele elementen om kwaliteitsvolle medische zorgen te kunnen garanderen[1]. Artsen dienen tijdens ieder consult informatie te verzamelen over de klachten en symptomen waarmee de patiënt zich presenteert, uitleg te geven over de vermoedelijke diagnose en behandeling of het plannen van een eventuele opvolging. Het spreekt voor zich dat deze informatieoverdracht zeer moeizaam verloopt tijdens consultaties met een taalbarrière tussen de arts en de patiënt.[2]

Gezien de huidige instroom van migranten in België worden taalproblemen in de gezondheidszorg steeds prevalenter. Verschillende Engelstalige studies toonden aan dat taalbarrières zeer nefaste gevolgen hebben op het vlak van gezondheidszorg. Zo vond *Jacobs et al.*[3] in 2004 dat deze populatie veel moeilijker toegang vindt tot de eerstelijnszorg, minder preventieve zorg krijgt en bovendien ook minder tevreden is over de geleverde zorgen. Andere studies toonden aan dat deze patiënten ook meer nevenwerkingen van geneesmiddelen zouden ondervinden, hun diagnose vaak niet goed begrepen hebben en een erg groot risico lopen om foutief begrepen te worden door artsen.[4,5]

Om deze taalbarrière te overbruggen kan men in de dagdagelijkse praktijk gebruik maken van diverse ondersteunende maatregelen. Zo beschreef *De Backer E et al.*[6] in haar masterproef "Taalondersteuning bij Gentse huisartsen: oorzaken van en remediëring voor ondergebruik" de huidige beschikbare hulpmiddelen voor communicatie met anderstalige patiënten. Naast visuele ondersteuning of het gebruik van een contacttaal kan in Vlaanderen ook steeds beroep gedaan worden op de dienst voor sociaal tolken en vertalen, georganiseerd door het Agentschap voor Integratie & Inburgering. Deze dienstverlening biedt professionele tolken aan die zowel ad hoc, tijdens de raadpleging, alsook via een telefoongesprek consultaties voor beide partijen vertalen.

Wanneer men spreekt over tolken dient men een fundamenteel onderscheid te maken tussen een professionele of formele tolk en een informele tolk. Deze laatste manier van vertalen is de meest gebruikte en meest gekende manier en impliceert dat een kennis of familielid meekomt naar de raadpleging om het gesprek voor zowel de arts als voor de patiënt te vertalen. Het gebruik van een informele tolk heeft tal van voordelen: zo is de tolk meestal direct beschikbaar, is deze dienstverlening gratis, is het een weinig tijdrovende manier van vertalen en kan deze vaak ook relevante achtergrondinformatie leveren tijdens het consult. Verschillende studies hebben echter aangetoond dat informele tolken inferieur zijn aan professionele tolken wanneer deze ingezet worden tijdens arts-patiënt contacten. Zo zouden informele tolken meer fouten maken, zou een patiënt zich geremd voelen om over zeer persoonlijke en intieme onderwerpen te praten en zou de boodschap vaak gefilterd of foutief geïnterpreteerd worden. Hierdoor kan de arts geen volledig beeld vormen over de problemen van de patiënt en wordt er vaak een slechtere kwaliteit van zorgen geleverd.[7,8]

Een professionele tolk daarentegen heeft wél een opleiding genoten en kan ofwel aanwezig zijn tijdens de consultatie of geraadpleegd worden via een telefoon of webcam. Indien beschikbaar is deze steeds te verkiezen boven een informele tolk.[3] Verschillende Engelstalige studies toonden aan dat professionele tolken minder fouten maken, zorgen voor een beter begrip en bijgevolg ook resulteren in een grotere tevredenheid bij patiënten.[5,7-8] Ook *Swolfs A et al.*[9] vond in zijn masterproef "Telefoontolken in de huisartsenpraktijk" dat het gebruik van de Vlaamse Tolkentelefoon de kwaliteit van het consult en de zorgverlening significant verhoogde. En dit ging volgens zijn studie niet gepaard met een stijging of daling van de medische kosten.

Gezien tolken steeds vaker als brug worden ingeschakeld om de communicatie tussen artsen en patiënten te faciliteren tijdens een huisartsconsultatie, dienen we ons de vraag te stellen hoe de patiënt deze dienstverlening ervaart. Ervaart deze merkbare verschillen tussen een formele en een informele tolk op het vlak van tevredenheid over de kwaliteit van vertaling, de privacy en het vertrouwen dat de arts bij de patiënt kan opwekken?

In Amerika werd dit onderwerp reeds uitvoerig onderzocht. Een grootschalige studie uit 2002 van *Lee et al.*[10] toonde aan dat patiënten die een arts consulteerden mits gebruik van een contacttaal (een taal die beide partijen spreken maar niet hun moedertaal is) en patiënten die gebruik maakten van een telefoontolk, even tevreden waren over de kwaliteit van het consult in vergelijking met patiënten die in hun moedertaal met de arts konden communiceren. Echter, patiënten die tijdens de studie gebruik maakten van een informele tolk waren duidelijk minder tevreden dan de bovengenoemde groepen. Deze studies zijn echter niet rechtlijnig te vertalen naar de situatie in België om tal van verschillende redenen zoals een andere setting, een andere etnische minderheid (voornamelijk Latijns-Amerikaanse Spanjaarden) en een andere organisatie van de dienstverlening voor tolken.

Gezien er in Europa slechts beperkt kwantitatief onderzoek werd verricht om verschillen op het vlak van tevredenheid van patiënten tussen een informele en een formele tolk aan te tonen, dringt bijkomend onderzoek zich op. *Moldoveanu OD et al.*[11] trachtte dit in 2017 in haar masterproef "Welke perceptie hebben anderstalige patiënten over de kwaliteit van communicatie in een getolkte consultatie in de huisartsgeneeskunde?" op een kwalitatieve manier te onderzoeken aan de hand van focusgroep-gesprekken. Met onze studie daarentegen wensen we kwantitatieve verschillen aan het licht te brengen en zullen we ons enkel toespitsen op het verschil tussen een formele telefoontolk en een informele tolk die mee met de patiënt op raadpleging komt.

3. STUDY OBJECTIVES

Doelstellingen

Het doel van deze masterproef is om na te gaan of anderstalige patiënten consultaties bij de huisarts met behulp van een informele tolk of een formele telefoontolk op een verschillende manier beleven. Bijkomend zal er worden onderzocht of deze eventuele verschillen consequenties hebben voor de gepercipieerde kwaliteit van zorgen door de huisarts en de tevredenheid van de patiënt. Daarnaast trachten we in een tweede deel van de studie de visie van huisartsen over de Vlaamse Tolkentelefoon in kaart te brengen. Tot slot zal ook het proces van implementatie van dit type dienstverlening in een groepspraktijk van huisartsen geanalyseerd en beschreven worden.

Onderzoeksvragen

Na bepaling van onze doelstellingen hebben we deze vertaald naar meer concrete onderzoeksvragen:

1. Wat is de visie van huisartsen over de Vlaamse Tolkentelefoon? Welke potentiële voor- en nadelen zien zij hierin? Bestaan er weerstanden om hier gebruik van te maken? Hebben zij zelf een voorkeur en zien zij concrete indicaties voor het gebruik van een informele of formele tolk?
2. Hoe verloopt de implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in de praktijk? Welke concrete stappen dient men als huisarts te zetten om hier gebruik van te kunnen maken? Heeft deze dienstverlening implicaties voor de werking en organisatie van een groepspraktijk?
3. Hoe beleven patiënten het gebruik van een formele telefoontolk en een informele tolk tijdens een consultatie bij de huisarts? Ervaren zij verschillen en hebben deze consequenties voor de tevredenheid over de kwaliteit van de geleverde zorgen?

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

4. RESEARCH METHOD

Deze studie betreft een klinisch observationele studie waarin men op een kwantitatieve manier, aan de hand van vragenlijsten, verschillen in beleving en tevredenheid bij patiënten tussen formele telefoontolken en informele tolken tracht in kaart te brengen. Daarnaast bevat de studie ook een kwalitatief luik waarin men aan de hand van een praktijkoverleg in een multiculturele groepspraktijk te Antwerpen de mening van huisartsen over beide soorten tolken zal bevragen. Dit zowel vóór als na implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in deze praktijk. Ook het proces van implementatie zal beschrijvend worden weergegeven.

Rekrutering

De patiënten zullen worden gevraagd om deel te nemen aan deze studie indien ze spontaan samen met een informele tolk op consultatie komen bij de arts-onderzoeker. Wij hopen minstens 30 patiënten te kunnen motiveren om deel te nemen aan deze studie.

Informatie en geïnformeerde toestemming

Na identificatie van een potentiële studiepatiënt zal deze eerst alle noodzakelijke informatie krijgen van de arts-onderzoeker om de beslissing tot deelname aan de studie weloverwogen te kunnen nemen. Patiënten zullen in geen geval druk ervaren om deel te nemen en een eventuele weigering tot deelname zal geen gevolgen hebben voor de verdere arts-patiënt relatie. Er zal duidelijk aan de patiënt worden vermeld dat hij/zij deelneemt aan een studie in het kader van een masterproef huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven. Daarnaast zal ook het doel van de studie, het verloop, de verwachte duur en de verzamelde gegevens worden meegedeeld aan de hand van het formulier "Noodzakelijke informatie voor de deelnemer" (zie bijlage). Eventuele vragen van de patiënt of informele tolk zullen steeds zo zorgvuldig mogelijk beantwoord worden.

Er zal ook duidelijk gecommuniceerd worden over het vrijwillige karakter van de studie, de mogelijkheid om niet deel te nemen of te stoppen met de studie wanneer de patiënt wilt, de potentiële risico's en voordelen, de volledige anonimiteit van de deelname en het beroepsgeheim waaraan zowel de arts als de telefoontolk gebonden zijn.

Deze informatie zal steeds door de arts-onderzoeker in het Nederlands gegeven worden en dient te worden vertaald door de informele tolk. Vragen of onduidelijkheden tijdens deze uitleg zullen onmiddellijk verhelderd worden. Na het overlopen van alle informatie zal uitdrukkelijk aan de patiënt gevraagd worden of hij/zij alles begrepen heeft, of er nog onduidelijkheden zijn en of hij/zij wenst deel te nemen aan de studie.

Na ondertekening van twee exemplaren van de "Geïnformeerde toestemming" (zie bijlage) door zowel de patiënt, de tolk als door de arts, zal één exemplaar samen met een exemplaar "Noodzakelijke informatie voor de deelnemer" (zie bijlage) worden overhandigd aan de patiënt. Pas nadien zal het onderzoek van start gaan.

Laura Truyens Vergelijking telefoontolk met informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt – Versie 1 24/11/18

Verloop van de consultatie

Zowel in de informatiebrief als bij aanvang van de studie zal worden benadrukt dat de patiënt niet verplicht is om deel te nemen aan de studie en dat hij/zij de studie op ieder moment kan stopzetten, zonder hier een reden voor te hoeven geven. Dit zal bijgevolg ook geen invloed hebben op de verdere behandeling van de patiënt en de arts-patiënt relatie. Gegevens van niet afgeronde interviews en vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in het onderzoek en zullen vernietigd worden.

De consultatie voor de klachten en symptomen waarvoor de patiënt de arts consulteert, zal tweemaal uitgevoerd worden. De eerste maal met de informele tolk en de tweede maal na inbellen met de formele telefoontolk van de Vlaamse Tolkentelefoon, of omgekeerd. De volgorde van de consultaties zal ad random bepaald worden met behulp van een dobbelsteen. Bij alle even nummers zal men starten met de informele tolk en bij alle oneven met de formele telefoontolk. Er wordt getracht om de tweede consultatie volledig opnieuw te beginnen en niet verder te gaan op elementen die in het eerste consult aan bod kwamen. Men streeft er als het ware naar om de tweede consultatie uit te voeren alsof de eerste niet heeft plaatsgevonden om zo twee gelijkaardige situaties te creëren. De patiënt en de arts doen in de tweede consultatie alsof het de eerste keer is dat de patiënt met deze klachten naar de arts komt. Na afloop van beide consultaties zal de patiënt een vragenlijst ontvangen die hij/zij naar alle eerlijkheid dient in te vullen.

Indien er om een bepaalde reden geen telefoontolk beschikbaar is (taal niet beschikbaar, buiten de kantooruren,…), wordt de patiënt niet geïncludeerd in de studie en zullen er geen gegevens verzameld worden.

Vragenlijst

De vragenlijst werd opgesteld na zorgvuldig literatuuronderzoek en werd voorgelegd aan collega's huisartsen-in-opleiding, collega's huisartsen, familie en vrienden teneinde overbodige vragen weg te kunnen laten of moeilijke formuleringen te kunnen verduidelijken. De vragenlijst zal na goedkeuring vertaald worden in de twee meest gesproken talen in onze groepspraktijk en zal eerst aan enkele patiënten worden voorgelegd in een proefstudie, alvorens met de echte studie van start te gaan. Lichte wijzigingen van de inhoud zijn hierdoor nog mogelijk.

De vragenlijst is opgebouwd uit drie delen en omvat een 30-tal vragen. Dit zijn zowel rechtlijnige ja/neen vragen alsook schalen waarop de patiënt zijn mate van tevredenheid op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 7 (zeer tevreden) dient weer te geven. Deel I is de eigenlijke vragenlijst voor de patiënt. Deze start met een algemene vraag als inleiding en gaat verder met de vergelijking van de informele en de formele tolk op zowel diagnostische, technische, belevingsmatige als op algemene aspecten van de consultatie. Finaal worden ook enkele demografische gegevens van de patiënt en de informele tolk bevraagd. Gegevens die het mogelijk maken om de patiënt of de tolk te identificeren werden doelbewust weggelaten. Deel II daarentegen is een korte vragenlijst voor de arts waarin kenmerken van de patiënt en de consultatie bevraagd worden. En tot slot worden in deel III beknopt enkele richtlijnen besproken als leidraad bij de vragenlijst.

De deelname van de patiënt blijft beperkt tot het tweemaal uitvoeren van de consultatie en het invullen van deze vragenlijst. Deze laatste zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen. Hierna zal de patiënt geen bijkomende inspanningen meer moeten leveren.

De vragenlijst werd achteraan bijgevoegd in de bijlage.

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon

Naast het onderzoekgedeelte tracht men in deze masterproef ook een praktische beschrijving te geven van het proces van implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in een groepspraktijk te Antwerpen. Hierbinnen zal men niet alleen alle te ondernemen stappen beschrijven die men dient te doorlopen om zich te registreren als individu of als groepspraktijk, maar zal men ook de veranderingen en aanpassingen beschrijven die dit voor een groepsprakrijk teweeg brengt. Dit deel van de studie is louter beschrijvend en hiervoor zal geen bijkomend onderzoek dienen te gebeuren.

Praktijkoverleg

Vóór implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in onze groepspraktijk, wordt er een praktijkoverleg gepland met twee collega's Dr. Agne Paskeviciute en Dr. Caroline Baeten (mijn opleider) om samen te reflecteren over hun visie over een telefoontolk. Welke voor- en nadelen zien zij hierin? Waarom werd hier tot op heden nog geen gebruik van gemaakt in onze praktijk? Zien zij hier ruimte voor? Zouden zij hier zelf ook gebruik van maken? Zien zij hier bepaalde indicaties voor? Ook wordt het praktische verloop van een consultatie met een telefoontolk overlopen en zullen zij gemotiveerd worden om ieder één (of meerdere) van dergelijke telefoonconsulten uit te voeren.

Van dit overleg zullen de belangrijkste elementen tijdens het gesprek worden genoteerd op de persoonlijke computer van de arts-onderzoeker, beveiligd met een paswoord. Om alle anonimiteit te bewaren zullen namen nooit genoteerd worden en zal er altijd gesproken worden onder de gemeenschappelijke noemer "wij" als artsen van onze praktijk. Ook zal de naam van onze groepspraktijk nooit vermeld worden.

Na afloop van de studieperiode zal in begin 2019 nog een praktijkoverleg gepland worden met dezelfde aanwezige leden. Hierin zal getracht worden hun ervaringen, problemen en bedenkingen maar ook pluspunten van het werken met een telefoontolk in kaart te brengen. Ook deze gegevens zullen op eenzelfde manier neergeschreven en bewaard worden als hierboven beschreven.

Deze gesprekken zullen beiden nauwkeurig voorbereid worden zodat op voorhand geweten is welke gegevens men wenst te verkrijgen en welke onderwerpen zeker aan bod dienen te komen. Na afloop van beide gesprekken met mijn collega's zullen deze gegevens beschrijvend verwerkt worden in mijn masterproef.

Deelnemende artsen

Ikzelf, Laura Truyens, zal de hoofdonderzoeker zijn en zal tijdens mijn studie worden bijgestaan door Matilde Hens (collega Huisarts-In-Opleiding te Leuven). Matilde voert een zeer gelijkaardige studie over telefoontolken uit te Leuven maar bekijkt dit vanuit het standpunt van de arts. Ook zal beroep gedaan worden op mijn collega's huisartsen in onze groepspraktijk te Wilrijk, met name Dr. Caroline Baeten en Dr. Agne Paskeviciute.

Na goedkeuring van mijn protocol zullen alle deelnemende artsen uitleg krijgen over het doel van deze studie, het gebruik van de Vlaamse Tolkentelefoon en de praktische uitvoering van deze studie. Deze artsen zullen uitleg krijgen over hoe ze moeten randomiseren (aan de hand van een dobbelsteen), welke informatie ze moeten verschaffen aan de patiënt, hoe het formulier "Geïnformeerde toestemming" (zie bijlage) dient te worden ingevuld en hoe de vragenlijsten correct ingevuld worden door de patiënten. Zij zullen ook een uitgebreide uitleg krijgen over het omgaan met deze gegevens en het bewaren van anonimiteit en privacy. Alle deelnemende artsen krijgen een afzonderlijke map met alle noodzakelijke formulieren (informatie- en toestemmingformulieren) en vragenlijsten voor de studie. Ook de ingevulde vragenlijsten en formulieren zullen hierin bewaard worden. Na afloop van de studie worden deze mappen persoonlijk aan de hoofdonderzoeker (mezelf) overhandigd. Deze map mag voor geen andere doeleinden gebuikt worden en dient steeds op

Laura Truyens Vergelijking telefoontolk met informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt – Versie 1 24/11/18

dezelfde plaats bewaard te worden.

Mogelijke ethische implicaties

Zoals hierboven beschreven zal eenzelfde consultatie tweemaal worden uitgevoerd, eenmaal met een informele tolk en eenmaal met een formele of professionele telefoontolk. Er zal worden getracht om de tweede consultatie volledig opnieuw te laten beginnen alsof de eerste nooit heeft plaatsgevonden en niet verder te gaan op elementen die besproken werden tijdens het eerste consult. Hierdoor trachten we twee gelijkaardige situaties te creëren. Aangezien we gebruik zullen maken van twee verschillende tolken, is het mogelijk dat er andere informatie naar boven zal komen waardoor de verdere diagnostische stappen en het behandelingsplan tussen beide consultaties kan verschillen. Dit kan uiteraard zeer verwarrend zijn voor de patiënt. Indien dit het geval is, zal er met behulp van de informele tolk met de patiënt overlegd worden tijdens welke consultatie hij/zij zich het beste heeft kunnen uitdrukken en zijn/haar klachten het meest volledig heeft kunnen verwoorden. De arts en de patiënt zullen in dergelijke situaties samen overleggen (aan de hand van de informele tolk) welke bijkomende diagnostiek en behandeling het meest wenselijk en gepast is.

Deelname aan deze studie resulteert niet in bijkomende kosten voor de patiënt. Ook zal deze geen vergoeding krijgen voor deelname aan de studie. De patiënt zal voor één enkele raadpleging betalen, aangezien deze op eigen initiatief op raadpleging kwam.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Inclusiecriteria

- Leeftijd ≥ 18 jaar.
- Beperkte notie van de Nederlandse taal (Beperkt = geen zinnen kunnen formuleren).
- Spontaan samen met een informele tolk naar de raadpleging komen. Deze informele tolk kan een gezinslid of kennis zijn die zich goed kan uitdrukken in het Nederlands (Goed = vloeiende zinnen kunnen vormen).

Exclusiecriteria

- Leeftijd < 18 jaar.
- Hardhorige patiënten.
- Patiënten met een acute psychiatrische problematiek.
- Patiënten die lijden aan een dementieel syndroom.
- Palliatieve patiënten.
- Spontaan samen met een informele tolk naar de raadpleging komen die onvoldoende Nederlands spreekt om te functioneren als volwaardige tolk.
- Spontaan samen met een informele tolk naar de raadpleging komen die kan vertalen naar een andere taal dan het Nederlands.

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

5.2 Expected duration

Verwachte duur

De rekrutering van patiënten zal verlopen van oktober 2018 (na goedkeuring door de ethische commissie) tot en met december 2018. Het praktijkoverleg zal net voor en net na deze periode plaatsvinden.

Einde van de studie voor de deelnemer

Zoals eerder vermeld, omvat deze studie slechts één enkel bezoek aan de arts, waarin eenzelfde consultatie tweemaal zal worden uitgevoerd. Na afloop van beide consultaties wordt aan de patiënt gevraagd een vragenlijst in te vullen welke ongeveer 10 minuten in beslag zal nemen. Nadien zullen er geen vervolgconsulten meer plaatsvinden en is er geen verdere medewerking van de patiënt vereist.

5.3 Recruitment

Ikzelf ben de hoofdonderzoeker en zal het merendeel van de patiënten includeren. Daarnaast kan ik voor een beperkt aantal consultaties beroep doen op mijn collega Huisarts-In-Opleiding Matilde Hens die te Leuven naast het uitvoeren van haar eigen onderzoek, ook enkele patiënten zal includeren om deel te nemen aan mijn onderzoek.

Gezien er wekelijks verschillende anderstalige patiënten samen met een informele tolk op consultatie komen in onze groepspraktijk te Antwerpen, zal ik hoofdzakelijk patiënten includeren die zich spontaan aanmelden op de praktijk. Daarnaast zal de hoofdonderzoeker samen met de secretaresse en haar praktijkopleider het patiëntenbestand overlopen en een lijst maken van patiënten die in aanmerking zouden komen voor deze studie. Indien deze contact opnemen met het secretariaat om een afspraak te maken, zal de secretaresse in eerste instantie voorstellen om bij de arts-onderzoeker op consultatie te komen. Zij zal hierbij vermelden dat dit in het kader van een onderzoeksproject voor haar masterproef is. Indien deze patiënten toch een voorkeur hebben voor een andere arts zal er niet aangedrongen worden. De patiënt is ten allen tijden vrij om dit aanbod af te slaan of zijn deelname nadien nog in te trekken. Ikzelf (of mijn collega Matilde Hens) zal alle noodzakelijke informatie verschaffen aan de patiënten om een weloverwogen deelname te verzekeren.

6. ANALYSIS

Aantal te includeren patiënten

Wij hopen minstens 30 patiënten te kunnen motiveren om deel te nemen aan deze studie, aangezien dit een betrouwbare en haalbare grootte van steekproef is.

Data analyse

Deze studie betreft een gemengd kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

De vragenlijst is opgebouwd uit zowel rechtlijnige ja/neen vragen alsook schalen waarop de patiënt zijn mate van tevredenheid op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 7 (zeer tevreden) dient weer te geven. Vervolgens zal hier kwantitatief onderzoek op gedaan worden aan de hand van beschrijvende statistiek. Deze analyses zullen allen uitgevoerd worden aan de hand van het computerprogramma Excel.

Het praktijkoverleg is eerder beschrijvend en bevat hoofdzakelijk open vragen. Hierop zal nadien een kwalitatieve analyse gebeuren.

Ook het gehele proces van implementatie zal beschrijvend naar voren worden gebracht in mijn scriptie.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Deze studie zal gebruik maken van vragenlijsten die peilen naar de tevredenheid van patiënten over formele en informele tolken en zullen volledig anoniem worden ingevuld. De demografische gegevens die bevraagd worden in de vragenlijst, werden zo opgesteld dat gegevens die het mogelijk maken om de patiënt te identificeren doelbewust werden weggelaten.

De vragenlijsten zullen enkel door de arts-onderzoekers bewaard worden in een aparte map die enkel hiervoor gebruikt zal worden en steeds in het bureel van de arts aanwezig zal zijn in een afsluitbare kast. Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. De kans op verlies van deze ingevulde vragenlijsten zal zo beperkt mogelijk gehouden worden door deze niet onnodig te verplaatsen en altijd op dezelfde plaats te bewaren.

Ook de gegevens verkregen tijdens het praktijkoverleg zullen in alle vertrouwelijkheid behandeld worden en zijn volledig anoniem. Er zullen nooit namen van collega's genoemd worden tijdens mijn scriptie. Ook zal men nooit de naam van de groepspraktijk vermelden om deze gegevens zoveel mogelijk anoniem te houden. De hoofdonderzoeker zal alle uitgetypte antwoorden op haar persoonlijke computer met paswoord bewaren.

Na afloop van het project zullen alle vragenlijsten door de hoofdonderzoeker (mezelf) overgenomen worden in een Excelbestand en opgeslagen op eenzelfde persoonlijke computer met paswoord. Ook in dit bestand zullen geen gegevens terug te vinden zijn die patiënten eventueel kunnen identificeren. Na het afronden van de data-analyse zullen alle vragenlijsten uiteindelijk vernietigd worden. De Excelbestanden zal de hoofdonderzoeker na het uitschrijven van de scriptie bezorgen aan haar promotor alsook de gegevens die zij door middel van het praktijkoverleg verkregen heeft. Haar promotor zal vanaf dan instaan voor de veilige bewaring hiervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze nog minstens vijf jaar bewaard worden.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Indien de patiënt bijkomende informatie wenst, in het geval van problemen of indien deze zich zorgen maakt, kan hij/zij contact opnemen met de arts-onderzoeker, Dr. Laura Truyens, op het telefoonnummer 03/2370554 of met haar promotor, Prof Jo Goedhuys, op het telefoonnummer 016/377298.

Alle onderzoeken en behandelingen uitgevoerd in deze studie worden de patiënt steeds voorgesteld in het licht van een goede medische praktijkvoering en onafhankelijk van zijn/haar deelname aan deze studie. De deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

Laura Truyens Vergelijking telefoontolk met informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt – Versie 1 24/11/18

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

[1] Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gildengorin G. The language divide: The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 175-183.

[2] Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Shuldiner T. The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. *Fam Pract* 2011; 28:317-322.

[3] Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, Stone EL. Overcoming language barriers in health care: cost and benefits of interpreter services. *Am J Public Health* 2004; 94(5):866-869.

[4] Gandhi TK, Burstin HR, Cook EF, Puopolo AL, Haas JS, Brennan TA et al. Drug complications in outpatients. *J Gen Intern Med* 2000; 15(3):149-154.

[5] Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of literature. *Health Serv Res* 2007; 42(2): 727-754.

[6] De Backer E, De Maeseneer J en De Maesschalck S. Taalondersteuning bij Gentse huisartsen: oorzaken van en remediëring voor ondergebruik. 2016. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Bb21cf168-b8c1-7511-eee2-9fffd6165478%7D_Masterproef_Eline_De_Backer_Taa.pdf. Geraadpleegd 2018 september 11.

[7] Ku L, Flores G. Pay now or pay later: providing interpreter services in health care. *Health Aff* 2005; 24(2):435-444.

[8] Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Ann Emerg Med* 2012; 60(5):545-553.

[9] Swolfs A, Verhoeven V. Telefoontolken in de huisartspraktijk. 2012. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B6b700e65-4a88-0e24-232a-0b14e630d5be%7D_Swolfs-Anthony-scriptie.pdf. Geraadpleegd op 2018 september 11.

[10] Lee LJ, Batal HA, Maselli JH, Kutner JS. Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *J Gen Intern Med* 2002;17:641-645.

[11] Moldoveanu AD, Devleugele M, Aelbrecht K. Welke perceptie hebben anderstalige patiënten over de kwaliteit van communicatie in een getolkte consultative in het huisartsgeneeskunde? 2017. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B21ffd6e7-1434-3324-2e17-9d0d170084d3%7D_MASTER_THESIS_OLIMPIA_MOLDOVEANU.pdf Geraadpleegd op 2018 september 11.

Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité

English version below.

Ons kenmerk: MP006993
Uw kenmerk: Masterproef studie: "Implementatie van de Vlaamse telefoontolk in een multiculturele groepspraktijk te Antwerpen en vergelijking met een informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt."
Leuven, 09-10-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Laura Truyens

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 09-10-2018

De Commissie keurt de aanvraag goed en heeft geen verdere opmerkingen. Wij vragen nog om te controleren of volgende elementen zeker opgenomen zijn in de informatiebrief:
• De informatiebrief moet de naam en contactgegevens van de promotor v

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 25-09-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Bijlage 3: Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer

INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMER

Titel van de studie: Implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in een multiculturele groepspraktijk te Antwerpen en vergelijking met een informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt.

Opdrachtgever van de studie: Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven), Oude Markt 13, 3000 Leuven

Onderzoeksinstelling: Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven), Oude markt 13, 3000 Leuven

Ethisch comité: UZ Leuven campus Gasthuisberg, Ethische commissie onderzoek, Herestraat 49, 3000 Leuven; De Onderwijs-BegeleidingsCommissie (OBC) voor ethische goedkeuring van masterproeven van de groep Biomedische Wetenschappen, Herestraat 49, 3000 Leuven.

Plaatselijke arts-onderzoeker: Laura Truyens, Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven), laura.truyens@student.kuleuven.be, Lindenlei 6, 2640 Mortsel, +32496/984455

DEEL I: NOODZAKELIJKE INFORMATIE VOOR DE DEELNEMER

INLEIDING

Geachte heer/mevrouw,

U wordt vriendelijk uitgenodigd om deel te nemen aan een observationele klinische studie waarin men tracht te peilen naar ervaringen met en de beleving van een professionele telefoontolk door anderstalige patiënten in de huisartssetting. Deze studie kadert binnen een master-na masterthesis aan de Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven) en werd opgesteld na evaluatie door één of meerdere ethische comités. Het onderzoek zal worden uitgevoerd door Dr. Laura Truyens, onder toezicht van haar praktijkopleider Dr. Caroline Baeten, en zal plaatsvinden in een groepspraktijk te Antwerpen van oktober t.e.m. december 2018. Wij hopen minstens 30 patiënten te kunnen motiveren om deel te nemen aan deze studie. Eventuele bijkomende onderzoeken of therapeutische maatregelen die u tijdens deze studie zullen worden voorgesteld, zullen steeds in overeenstemming met de huidige richtlijnen zijn en onafhankelijk van uw eventuele deelname aan deze studie. Deze deelname is eenmalig en er zal u geen enkele aanvullende procedure worden voorgesteld. Alle gegevens die tijdens uw deelname verzameld worden, zijn strikt vertrouwelijk en bij eventuele publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd. Indien u tijdens of na de studie schade zou oplopen, is er een verzekering afgesloten om aan deze schade tegemoet te komen.

DOELSTELLINGEN EN VERLOOP VAN DE STUDIE

Deze klinische studie is ontworpen om na te gaan of anderstalige patiënten consultaties bij de huisarts, uitgevoerd met behulp van een informele tolk (familie, vrienden) of een formele telefoontolk, op een verschillende manier ervaren. Bijkomend zal er worden onderzocht of dit consequenties heeft voor de gepercipieerde kwaliteit van zorgen en de tevredenheid van de patiënt. Daarnaast trachten we in een afzonderlijk deel van de studie de visie van huisartsen over de Vlaamse Tolkentelefoon in kaart te brengen. Tot slot zal ook het proces van implementatie van dit type dienstverlening geanalyseerd en beschreven worden.

Dit onderzoek werd opgesteld in het licht van de grote toestroom van migranten in België en de bijhorende nood aan effectieve manieren van communicatie tijdens consultaties met een taalbarrière. Gezien de kwaliteit van het consult en de tevredenheid van de patiënt rechtstreeks in verband staan

met de mate waarin arts en patiënt elkaar begrijpen, is het erg belangrijk om een eventuele taalbarrière te overbruggen door middel van een tolk. De meest gebruikte manier van tolken in België is het gebruik van een informele tolk. Dit is een familielid of iemand uit de vriendenkring die mee met de patiënt op consultatie komt om het gesprek te vertalen, maar geen opleiding voor tolk genoten heeft. De kwaliteit van vertaling en de tevredenheid van patiënten is aanzienlijk lager wanneer men gebruik maakt van dit type tolk in vergelijking met een formele of professionele tolk. Dit heeft bijgevolg rechtstreeks impact op de kwaliteit van de geleverde zorgen door de arts.

Uw arts heeft u gevraagd deel te nemen aan deze studie aangezien u samen met een informele tolk op consultatie kwam. Het consult voor de klachten en symptomen waarvoor de patiënt de arts consulteert, zal tweemaal uitgevoerd worden. De eerste maal met de informele tolk en de 2de maal na inbellen met de formele telefoontolk, of omgekeerd. Er wordt getracht om de 2de consultatie volledig opnieuw te beginnen en niet verder te gaan op elementen die in het 1ste consult aan bod kwamen. U en uw arts doen alsof het de eerste keer zou zijn dat u met deze klachten naar de arts kwam. Na afloop van beide consultaties zal u een vragenlijst ontvangen die u naar alle eerlijkheid dient in te vullen. Hierin peilen we naar de tevredenheid van u als patiënt over het gebruik van een formele en informele tolk en bevragen we uw voorkeuren. Ook enkele demografische gegevens zullen bevraagd worden. Uw deelname blijft beperkt tot deze ene consultatie en het invullen van een bijhorende vragenlijst. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten. Hierna zal u geen bijkomende inspanningen meer moeten leveren. Wij hopen minstens 30 patiënten te kunnen motiveren om deel te nemen aan deze studie.

Om aan deze studie deel te kunnen nemen moet u minstens 18 jaar oud zijn, een beperkte notie van de Nederlandse taal hebben en samen met een informele tolk naar de raadpleging komen die zich goed en vloeiend kan uitdrukken in het Nederlands. Indien u hardhorig bent, lijdt aan een psychiatrische ziekte of dementieel syndroom of palliatief bent, wordt u uitgesloten voor deze studie. Indien u instemt met deelname aan deze studie, vragen wij u ten volle mee te werken voor een correct en vlot verloop.

BESCHRIJVING VAN DE RISICO'S EN VAN DE VOORDELEN

Zoals hierboven reeds vermeld, worden alle onderzoeken en behandelingen steeds voorgesteld in het licht van een goede medische praktijkvoering en onafhankelijk van uw deelname aan deze studie. Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Uw deelname zal u geen persoonlijke voordelen opleveren, maar kan er wel toe bijdragen dat we meer inzicht krijgen in de ervaring en beleving van een consultatie met een professionele telefoontolk door patiënten. Door deze manier van tolken rechtstreeks te vergelijken met een informele tolk trachten we in de toekomst op een meer doordachte manier te werk te kunnen gaan tijdens consultaties met een taalbarrière. Dit laatste met als belangrijkste doel om betere zorg te kunnen leveren aan anderstalige patiënten.

INTREKKING VAN UW TOESTEMMING EN WEIGERING

Uw deelname aan deze studie is geheel vrijwillig. U kan uw toestemming op ieder moment stopzetten en u hoeft zich hiervoor niet te verantwoorden. Indien u uw toestemming intrekt tijdens de consultatie zal de reeds verzamelde informatie niet verwerkt worden in de studie. Trekt u uw toestemming na het beëindigen van de studie in, dan is het echter niet meer mogelijk om de gegevens uit de studie te halen. Dit gezien het onmogelijk is om uw gegevens te identificeren gezien deze volledig anoniem verwerkt worden.

CONTACT

Indien u bijkomende informatie wenst, in het geval van problemen of indien u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker, Dr. Laura Truyens op het telefoonnummer 03/2370554 of bij haar promotor Prof Jo Goedhuys op het telefoonnummer 016/377298.

Titel van de studie: Implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in een multiculturele groepspraktijk te Antwerpen en vergelijking met een informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt.

DEEL II: GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

DEELNEMER

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon te praten en reflecteren over een eventuele deelname.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb hierop een duidelijk antwoord gekregen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt met het therapeutisch team dat instaat voor mijn gezondheid.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake.

Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid.

Ik ga ermee akkoord dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie voor een betere kennis van de ziekte en de behandeling ervan.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Conform de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, is de opdrachtgever zelfs foutloos aansprakelijk voor alle schade die de deelnemer of zijn rechthebbenden opliepen en die rechtstreeks dan wel onrechtstreeks verband vertoont met het experiment. Indien U schade zou oplopen ten gevolge van uw deelname aan deze studie zal die schade bijgevolg worden vergoed conform de Belgische wet van 7 mei 2004. Hiervoor heeft de KU Leuven als opdrachtgever van studies een verzekeringscontract afgesloten (Amlin Corporate Insurance, polisnr. 299.053.700, contactgegevens makelaar: Vanbreda Risk & Benefits, Plantin en Moretuslei 297, 2140 Antwerpen).

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

GETUIGE/TOLK

Ik ben tijdens het volledige proces van informatieverstrekking aan de deelnemer aanwezig geweest en ik bevestig dat de informatie over de doelstellingen en procedures van de studie op adequate wijze is verstrekt, dat de deelnemer (of diens wettelijk vertegenwoordiger) de studie naar alle waarschijnlijkheid heeft begrepen en dat de toestemming met deelname aan de studie uit vrije wil is gegeven.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de tolk

ARTS-ONDERZOEKER

Ik ondergetekende Dr. Truyens Laura, arts-onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt. Ook heb ik een exemplaar van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, meegegeven met de patiënt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te beantwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de arts-onderzoeker

Titel van de studie: Implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in een multiculturele groepspraktijk te Antwerpen en vergelijking met een informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt.

DEEL III: AANVULLENDE INFORMATIE

AANVULLENDE INFORMATIE OVER DE BESCHERMING EN DE RECHTEN VAN DE DEELNEMER AAN EEN KLINISCHE STUDIE

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité van de Katholieke Universiteit Leuven dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Het doel van een ethisch comité is het beschermen van personen die deelnemen aan klinische studies. Ze controleren of uw rechten als deelnemer worden nageleefd en of de studie wetenschappelijk verantwoord en relevant is.

Vrijwillige deelname

Uw deelname aan deze studie is geheel vrijwillig en dient weloverwogen genomen te worden. Aarzel niet om eventuele vragen op voorhand te stellen aan de arts-onderzoeker of twijfels te bespreken met een vertrouwenspersoon.

Indien u instemt om deel te nemen aan deze studie, dient u het toestemmingsformulier te ondertekenen. Ook de kennis die u meenam als informele tolk en de arts-onderzoeker dienen hun toestemming te geven en dit formulier te ondertekenen. Nadien zal u het voor uw bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie en er zullen u geen extra kosten in rekening gebracht worden.

Vertrouwelijkheidsgarantie

Uw deelname aan deze studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de arts-onderzoeker gegevens over u verzamelt. Deze gegevens zijn beperkt tot de informatie uit de vragenlijst, zullen steeds vertrouwelijk en anoniem verwerkt worden en zullen enkel gebruikt worden in het kader van deze studie. Na het invullen van de vragenlijst worden toestemmingsformulieren en vragenlijsten van elkaar gescheiden.

Zowel uw huisarts als de tolken van de Vlaamse Tolkentelefoon zijn gebonden aan een strikt beroepsgeheim. Dit betekent dat zij verplicht zijn om alles wat binnen de consultatie gezegd of gedaan wordt, strikt geheim te houden. Indien de studie gepubliceerd zou worden, blijft uw anonimiteit verzekerd.

Verzekering

In een observationele studie is het enige potentiële risico een probleem met de maatregelen die werden genomen om de vertrouwelijkheid van uw persoonsgegevens te beschermen. Conform de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, is de opdrachtgever zelfs foutloos aansprakelijk voor alle schade die de deelnemer of zijn rechthebbenden opliepen en die rechtstreeks dan wel onrechtstreeks verband vertoont met het experiment. Indien U schade zou oplopen ten gevolge van uw deelname aan deze studie zal die schade bijgevolg worden vergoed conform de Belgische wet van 7 mei 2004. Hiervoor heeft de KU Leuven als opdrachtgever van studies een verzekeringscontract afgesloten (Amlin Corporate Insurance, polisnr. 299.053.700, contactgegevens makelaar: Vanbreda Risk & Benefits, Plantin en Moretuslei 297, 2140 Antwerpen).

Bijlage 4: Vragenlijst

VRAGENLIJST

استبيان

Implementatie van de Vlaamse Tolkentelefoon in een multiculturele groepspraktijk te Antwerpen en vergelijking met een informele tolk vanuit het standpunt van de patiënt

استخدام الترجمة الشفوية باللغة الفلمنكية عبر الهاتف أثناء التدريب الجماعي متعدد الثقافات في أنتويرب، ومقارنتها بالترجمة الشفوية غير الرسمية من وجهة نظر المريض

DEEL 1: VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

الجزء الأول: استبيان للمريض

1. Inleidende vraag

1. سؤال تمهيدي

1.1 Had u voor vandaag reeds ervaring met een tolk? Zo ja, specifieer met welke soort tolk u reeds in aanraking kwam

هل تعاملت مع مترجم شفوي من قبل؟ إذا كانت إجابتك نعم، يرجى تحديد نوع المترجم الشفوي الذي تعاملت معه.

0 NEEN

O لا

0 JA:

O :نعم

0 Een professionele* tolk ter plaatse

مترجم شفوي محترف* وجهًا لوجه

0 Een professionele telefoontolk

مترجم شفوي محترف عبر الهاتف

0 Een professionele videotolk

مترجم شفوي محترف عبر مكالمة فيديوية

0 Een informele** tolk

مترجم شفوي غير رسمي**

* Een tolk die een opleiding als vertaler volgde = Formele tolk

مترجم حائز على شهادة بالترجمة = مترجم رسمي *

** Een tolk zonder opleiding als vertaler; dit kunnen vrienden, familie of personeelsleden zijn

** مترجم غير حاصل على شهادة بالترجمة، على سبيل المثال: أصدقاء أو أفراد من العائلة أو من طاقم العمل

2 Vergelijking professionele telefoontolk en informele tolk

2 مقارنة بين مترجم شفوي محترف عبر الهاتف ومترجم شفوي غير رسمي

TECHNISCHE ASPECTEN

الجوانب الفنية

Duid op een schaal van 1-7 aan hoe tevreden u was met volgende aspecten van de consultatie.

(Plaats een kruisje op de schaal of omcirkel het getal dat uw tevredenheid het best weergeeft)

على مقياس من 1 إلى 7، يرجى الإشارة إلى مدى رضاك عن الجوانب التالية في الموعد. (يرجى وضع إشارة ضرب أو دائرة حول الرقم الأكثر دلالة على مستوى رضاك)

		Telefoontolk مترجم شفوي عبر الهاتف	**Informele tolk** مترجم شفوي غير رسمي
2.1	De uitleg en informatie die u van de arts kreeg over uw diagnose, behandeling en opvolging. الشرح والمعلومات التي قدمها لك طبيبك فيما يتعلق بالتشخيص والعلاج والمتابعة	Zeer ontevreden غير راضي أبدًا … Zeer tevreden راضي جدًا 1 2 3 4 5 6 7	Zeer ontevreden غير راضي أبدًا … Zeer tevreden راضي جدًا 1 2 3 4 5 6 7
2.2	De duur van het consult مدة المعاينة	Zeer ontevreden غير راضي أبدًا … Zeer tevreden راضي جدًا 1 2 3 4 5 6 7	Zeer ontevreden غير راضي أبدًا … Zeer tevreden راضي جدًا 1 2 3 4 5 6 7
2.3	De wachttijd om verbonden te worden met de telefoontolk مدة الانتظار للاتصال بالمترجم الشفوي عبر الهاتف	Zeer ontevreden غير راضي أبدًا … Zeer tevreden راضي جدًا 1 2 3 4 5 6 7	/
2.4	Problemen met beschikbaarheid van de tolk مشاكل تتعلق بتوفر المترجم الشفوي	Zeer ontevreden غير راضي أبدًا … Zeer tevreden راضي جدًا 1 2 3 4 5 6 7	/
2.5	De vertraging op de vertaling تأخر الترجمة	Zeer ontevreden غير راضي أبدًا … Zeer tevreden راضي جدًا 1 2 3 4 5 6 7	Zeer ontevreden غير راضي أبدًا … Zeer tevreden راضي جدًا 1 2 3 4 5 6 7

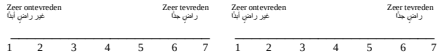
2.6 Het gebruik van een luidspreker en het doorgeven van de telefoon

استخدام مكبر الصوت وتمرير الهاتف



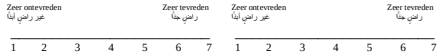
2.7 De verstaanbaarheid van de tolk

وضوح المترجم



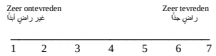
2.8 De anonimiteit en privacy tijdens het consult

السرية والخصوصية أثناء تلقي الاستشارة



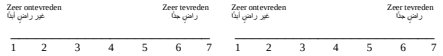
2.9 Het gebrek aan non-verbale communicatie met de tolk (oogcontact, mimiek,…)

ضعف التواصل غير الشفوي مع المترجم الشفوي (الاتصال بالأعين، تعبيرات الوجه...)



2.10 De samenwerking tussen arts en tolk

التعاون بين الطبيب والمترجم الشفوي



BELEVING DOOR PATIËNT

تجربة المريض

Duid op een schaal van 1-7 aan hoe tevreden u was met volgende aspecten van de consultatie.
(Plaats een kruisje op de schaal of omcirkel het getal dat uw tevredenheid het best weergeeft)

على مقياس من 1 إلى 7، يرجى الإشارة إلى مدى رضاك عن الجوانب التالية في الموعد. (يرجى وضع إشارة ضرب أو دائرة حول الرقم الأكثر دلالة على مستوى رضاك)

	Telefoontolk مترجم شفوي عبر الهاتف	**Informele tolk** مترجم شفوي غير رسمي

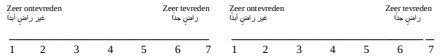
2.11 De kwaliteit van vertaling door de tolk

جودة الترجمة المقدمة من قبل المترجم الشفوي



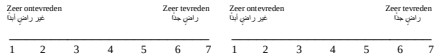
2.12 De medische kennis van de tolk

المعرفة الطبية لدى المترجم الشفوي



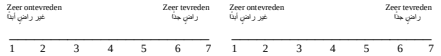
2.13 De vriendelijheid en het respect van de tolk voor u als patiënt

لطافة واحترام المترجم لك كمريض



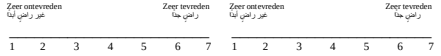
2.14 De bezorgdheid, steun en begrijp van de tolk

الاهتمام والدعم والفهم الذي أظهره المترجم الشفوي



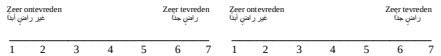
2.15 Het vertrouwen welke de tolk bij u opwekte

مستوى ثقتك بالمترجم



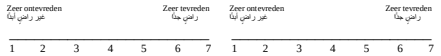
2.16 De mate waarin de tolk u kon geruststellen

مدى قدرة المترجم على طمأنتك



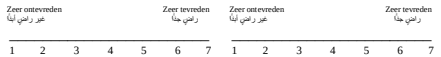
2.17 De aandacht voor emoties van de tolk

حرص المترجم على مشاعر المريض



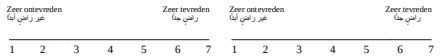
2.18 De psychische steun en empathie die de tolk voor u uitte

الدعم النفسي والتعاطف المعرب عنه تجاهك من قبل المترجم



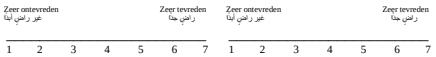
2.19 De kennis van de tolk over uw culturele achtergrond

معرفة المترجم فيما يتعلق بخلفيتك الثقافية



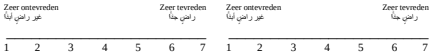
2.20 De aandacht van de tolk voor uw sociale/ economische achtergrond

انتباه المترجم إلى خلفيتك الاجتماعية / الاقتصادية



2.21 De mogelijkheid om met de tolk te praten over intieme, gevoelige of psychologische problemen

إمكانية مناقشة القضايا الحميمة أو الحساسة أو النفسية مع المترجم



ALGEMENE ASPECTEN

الجوانب العامة

Duid op een schaal van 1-7 aan hoe belangrijk u volgende aspecten vindt tijdens een consultatie en geef uw algemeen oordeel over de beide consultaties.

(Plaats een kruisje op de schaal of omcirkel het getal dat uw tevredenheid het best weergeeft)

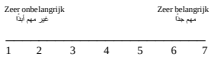
.

على مقياس من 1 إلى 7، يرجى الإشارة إلى مدى أهمية الجوانب التالية خلال موعد لدى الطبيب ويرجى إبداء الرأي العام في كلا الموعدين.

	Telefoontolk مترجم شفوي عبر الهاتف	**Informele tolk** مترجم شفوي غير رسمي

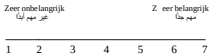
2.22 Hoe belangrijk is het voor u dat de tolk hetzelfde geslacht heeft als u?

ما مدى أهمية أن يكون المترجم الشفوي من نفس جنسك؟



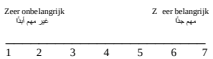
2.23 Hoe belangrijk is het voor u dat de tolk dezelfde culturele achtergrond heeft als u?

ما مدى أهمية أن يملك المترجم نفس الخلفية الثقافية التي تملكها؟



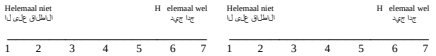
2.24 Hoe belangrijk is het voor u dat de tolk in dezelfde ruimte aanwezig is?

ما مدى أهمية وجود المترجم الشفوي في نفس الغرفة؟



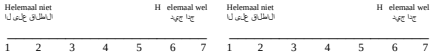
2.25 Heeft u het gevoel dat u alles heeft kunnen bespreken tijdens de consultatie?

هل تشعر بأنك قادر على مناقشة جميع الجوانب أثناء الموعد؟



2.26 Was u tevreden op het einde van de consultatie?

هل كنت راضيًا في نهاية الموعد؟



3 Demografische gegevens

3 معلومات ديموغرافية

		Gegevens patiënt معلومات المريض	**Gegevens informele tolk** معلومات حول المترجم الشفوي غير الرسمي
3.1	Geslacht الجنس	M/V	M/V
3.2	Leeftijd العمر	..... jaar	..... jaar
3.3	Nationaliteit الجنسية	……..	……..
3.4	Land van geboorte بلد الميلاد	……..	……..
3.5	Moedertaal اللغة الأم	……..	……..
3.6	Andere gesproken of geschreven talen اللغات الأخرى الممكن تحدثها أو كتابتها	…….. ……..	…….. ……..

3.7	Aantal jaren wonende in België عدد سنوات الإقامة في بلجيكا	……. jaar	……. jaar
3.8	Hoeveelste generatie wonende in België عدد الأجيال المقيمين في بلجيكا	……..	……..
3.9	Aantal kinderen عدد الأبناء	……	……
3.10	Hoogst behaalde diploma أعلى شهادة تم تلقيها	0 Hoger onderwijs التعليم العالي 0 Secundair onderwijs التعليم الثانوي 0 Lager onderwijs التعليم الابتدائي 0 Geen diploma لا يوجد شهادات	0 Hoger onderwijs التعليم العالي 0 Secundair onderwijs التعليم الثانوي 0 Lager onderwijs التعليم الابتدائي 0 Geen diploma لا يوجد شهادات
3.11	Werkt u op dit moment? هل أنت موظف حاليًا؟	JA/NEEN لا/نعم	JA/NEEN لا/نعم
3.12	Volgde u lessen Nederlands? هل تلقيت دروسًا لتعلم اللغة الهولندي	JA/NEEN لا/نعم	JA/NEEN لا/نعم
3.13	Voelt u zich geïntegreerd? هل تشعر بالاندماج؟	JA/NEEN لا/نعم	JA/NEEN لا/نعم
3.14	Hoe scoort u uw eigen algemene gezondheid كيف تقيم صحتك الشخصية بشكل عام؟	Zeer slecht سيء جدا … Zeer goed جيد جدا 1 2 3 4 5 6 7	Zeer slecht سيء جدا … Zeer goed جيد جدا 1 2 3 4 5 6 7
3.15	Hoe scoort u over het algemeen uw relatie met de arts? كيف تقيم علاقتك بالطبيب بشكل عام؟	Zeer slecht سيء جدا … Zeer goed جيد جدا 1 2 3 4 5 6 7	Zeer slecht سيء جدا … Zeer goed جيد جدا 1 2 3 4 5 6 7

3.16 ***Heeft u tijdens het uitvoeren van één van beide consultaties of tijdens het invullen van de vragenlijst problemen ervaren of heeft u nog bijkomende vragen of opmerkingen?***

هل واجهت أي مشاكل خلال أحد الموعدين أو أثناء ملء الاستبيان أو هل لديك أي أسئلة أو ملاحظات إضافية؟

……
……
……
……
……

DEEL 2: VRAGENLIJST VOOR DE ARTS

A. Kenmerken patiënt

4.1	Was de patiënt al eerder bij u op consultatie gekomen?	JA/NEEN
4.2	Relatie informele tolk tot patiënt:	……
4.3	Taal waarin telefoontolk heeft vertaald voor patiënt:	……
4.4	Taal waarin informele tolk heeft vertaald voor patiënt:	……
4.5	Gesproken taal tussen arts en tolk:	……

B. Kenmerken consultatie

4.6	Eerst uitgevoerde consultatie:	……
4.7	Totale duur consultaties:	…… Minuten
4.8	Duur consultatie telefoontolk:	…… Minuten
4.9	Duur consultatie informele tolk:	…… Minuten
4.10	Tevredenheid consultatie telefoontolk:	Zeer ontevreden … Zeer tevreden 1 2 3 4 5 6 7
4.11	Tevredenheid consultatie informele tolk:	Zeer ontevreden … Zeer tevreden 1 2 3 4 5 6 7
4.12	Doel consultatie:	Nieuw probleem/Follow-up