

‘‘De enige taak van de tolk is om te vertalen!?’’

Professionele en informele tolken in arts-patiëntgesprekken



Masterthesis

Master Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie

Faculteit: Sociale wetenschappen

Universiteit Utrecht

Naam: Samra Sahbaz

Studentnummer: 3779165

Docentbegeleider: Dr. L. Meeuwesen

Tweede Beoordelaar: Dr. R. Abma

Datum: 29 oktober 2012

Samenvatting

In Nederland is sprake van een kloof tussen het officiële tolkenbeleid en de dagelijkse gang van zaken in de praktijk. Belanghebbenden zoals de IGZ, zorgverleners en patiënten hebben allemaal hun eigen opvatting over en motieven voor het inzetten van *professionele* of *informele tolken*. Een *professionele tolk* is "iemand die professioneel geschoold is om het beroep van tolk uit te voeren" (Meeuwesen, Harmsen & Sbiti, 2011, p.12). Meeuwesen et al. (2011) definiëren een *informele tolk* als "iemand die niet geschoold is als tolk, maar de patiënt vergezelt om te tolken. Meestal zijn dit familieleden of goede bekenden, zoals een buurvrouw of vriendin" (p. 12).

De IGZ bijvoorbeeld adviseert zorgverleners om *professionele tolken* in te huren, omdat zij onpartijdig zijn, een geheimhoudingsplicht hebben en in staat zijn om adequaat te vertalen. Daarnaast wordt het inzetten van *informele tolken* ontraden door de IGZ. Ondanks dit advies en hoewel *professionele tolken* eenvoudig te bereiken zijn en vaak inzetbaar zijn, blijkt dat deze tolken weinig ingeschakeld worden in de dagelijkse praktijk door zorgaanbieders. Huisartsen bijvoorbeeld kiezen er regelmatig voor om *informele tolken* en soms ook kinderen tijdens een consult in te zetten. Hun motieven voor deze keuze zijn van praktische en organisatorische aard. Ook prefereren patiënten zelf soms *informele tolken* boven *professionele tolken* wegens het vertrouwensaspect. Echter, deze kloof leidt niet automatisch tot negatieve uitkomsten. In de literatuur worden namelijk soms de voordelen van *informele tolken* benadrukt. Verder blijkt dat er over het algemeen weinig onderzoek gedaan is naar de voor- en nadelen van de rollen die *professionele* en/of *informele tolken* in de praktijk uitoefenen.

Naar aanleiding hiervan heb ik besloten om onderzoek te doen naar de overeenkomsten en verschillen tussen *professionele* en *informele tolken*. Tevens heb ik onderzocht welke rollen *informele tolken* in huisarts-patiëntgesprekken vervullen en wat de taakopvattingen van *professionele tolken* (die in de gezondheidszorg tolken) ten aanzien van hun rol als tolk zijn. Bovendien heb ik getracht om te achterhalen wat de voor- en nadelen zijn van een *professionele tolk* vergeleken met een *informele tolk* volgens *professionele tolken* zelf.

De overeenkomsten en verschillen tussen beide tolken zijn aan de hand van een literatuurstudie onderzocht. Daarnaast is met behulp van observaties (video-opnamen) geprobeerd om een beeld te krijgen van het perspectief van 12 Turkse *informele tolken* ten aanzien van hun rol in arts-patiëntgesprekken. Deze video-opnamen zijn in 1999 gemaakt en zijn als data voor het Rotterdam Intercultural Communication in the Medical setting project (RICIM-project) van Harmsen (2003) gebruikt. Daarenboven zijn face-to-face-interviews met 6 vrouwelijke *professionele tolken* die over het algemeen veel ervaring met tolken in de gezondheidszorg hebben afgenomen.

De meest relevante overeenkomsten tussen *professionele* en *informele tolken* is: 1) hun vermogen om zo nu en dan de communicatie in een medisch consult te optimaliseren en 2) dat ze tot dezelfde cultuur behoren als de patiënt. Daarnaast zijn er vier cruciale verschillen tussen deze tolken. In de eerste plaats kunnen *professionele tolken* in tegenstelling tot *informele tolken* adequaat vertalen en hebben zij kennis van medische termen. Bovendien zijn *professionele tolken* anders dan *informele tolken* neutraal in hun houding tussen de zorgverlener en de patiënt. Ook zijn *professionele tolken* verplicht om de vertrouwelijke informatie over de patiënt geheim te houden. Daarentegen kunnen *informele tolken* aanvullende informatie over de klachten van de patiënt aan de arts overdragen.

Verder is uit de observatieresultaten gebleken dat *informele tolken* drie belangrijke rollen in huisarts-patiëntgesprekken op zich nemen, namelijk: 1) *niet-vertaler* (vertaalt de mededelingen van de arts of de patiënt niet), 2) *facilitator* (optimaliseert het communicatieproces) en 3) *recapitulator* (vertaalt niet letterlijk). Voorts vervullen *informele tolken* zes rollen (zie tabel 3.1) die beschouwd kunnen worden als minder belangrijk dan de vorige drie. Immers, het betreft hier rollen die louter in één of twee gesprekken dikwijls voorkomen, zoals: 1) *intermediair*, 2) *responder*, 3) *reporter*, 4) de tolk die uitgesteld vertaalt, 5) de tolk die niet correct vertaalt en 6) *begeleider*. Tot slot zijn er een zestal rollen die het

minst belangrijk zijn, aangezien deze rollen in niet meer dan één, twee of drie gesprekken voorkwamen. Dat zijn de volgende rollen: *direct source* (§3.4), *co-diagnostiseerder* (zie §3.3), *(informele) zorgdrager* (zie §3.3), *adviseur* (zie §3.2), *mediator* (zie §3.2) en *tweede arts* (zie §3.3). Behalve de hierboven genoemde rollen, fungeren *informele tolken* soms als *advocate* (zie §3.3) en mogelijk ook als *vertrouwenspersoon* (zie §3.2).

Daarnaast is uit de interviewresultaten naar voren gekomen dat professionele tolken correct vertalen (zo nauwkeurig mogelijk vertalen of letterlijk vertalen) als hun belangrijkste taak beschouwen. Verder hebben professionele tolken aangegeven dat zij zowel de cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt als de belangenverschillen tussen henzelf, de arts en de patiënt erkennen. Ook zijn zij van mening dat ze kennis horen te hebben van de cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt. Bovendien vinden professionele tolken dat ze volledig onpartijdig dienen te zijn. Ten slotte menen zij dat ze de gezondheidszorg meer toegankelijk kunnen maken voor patiënten. Op basis van deze bevindingen zijn drie aanbevelingen voor de praktijk gedaan, namelijk: 1) professionele en informele tolken zouden voor het gesprek aan de arts duidelijk moeten aangeven welke rollen zij zullen vervullen en waarom, 2) (huis)artsen horen interculturele vaardigheden te ontwikkelen, omdat professionele tolken in het algemeen van mening zijn dat zij geen culturele verklaringen horen te geven en 3) informele tolken dienen een cursus over tolken in de gezondheidszorg te volgen, aangezien uit de resultaten is gebleken dat zij vaak niet vertalen.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	1
HOOFDSTUK 1 Inleiding	5
1.1 Introductie.....	5
1.2 Vraagstelling.....	7
1.3 Maatschappelijke relevantie.....	8
1.4 Wetenschappelijke relevantie.....	8
1.5 Leeswijzer.....	9
HOOFDSTUK 2 Professionele tolken	10
2.1 Introductie.....	10
2.2 De perspectieven van de NCIHC.....	11
2.2.1 Het ‘‘conduit model’’.....	11
2.2.2 De tolk als ‘‘manager van het communicatieproces’’.....	13
2.2.3 Het ‘‘incremental intervention model’’.....	14
2.2.4 De tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap.....	15
2.2.5 Reflectie perspectieven van de NCIHC.....	16
2.3 Jalbert’s typologie van professionele tolken.....	18
2.3.1 Reflectie Jalbert’s typologie.....	19
2.4 De meningen van professionele tolken zelf ten aanzien van hun rol als tolk... ..	20
2.5 Conclusie	21
HOOFDSTUK 3 Informele tolken	24
3.1 Introductie.....	24
3.2 De rollen van informele tolken.....	24
3.2.1 Reflectie rollen van informele tolken.....	25
3.3 De taken van de woordvoerder van patiënten.....	26
3.4 De meningen van informele tolken zelf ten aanzien van hun rol als tolk.....	27
3.5 Conclusie.....	28
HOOFDSTUK 4 Professionele tolken vergeleken met informele tolken	30
4.1 Introductie.....	30
4.2 De rollen van de professionele tolk vergeleken met de informele tolk.....	30
4.3 De voor-en nadelen van de professionele en informele tolk.....	30
4.4 Conclusie	31
HOOFDSTUK 5 Methode	32
5.1 Introductie.....	32
5.2 Type onderzoek.....	32
5.3 Observaties.....	32
5.4 Interviews.....	33
5.5 Participanten.....	34
5.6 Verwachtingen.....	36
5.7 Operationalisatie.....	36
5.8 Analyse.....	36

HOOFDSTUK 6 Rollen informele tolken.....	38
6.1 Introductie.....	38
6.2 Algemene observatiegegevens.....	38
6.3 Rollen informele tolken.....	39
6.3.1 De afzonderlijke rollen.....	40
6.4 Conclusie.....	47
HOOFDSTUK 7 Taakopvattingen professionele tolken.....	48
7.1 Introductie.....	48
7.2 Het overwinnen van taalbarrières	48
7.3 Het overwinnen van cultuurbarrières.....	49
7.4 Het aangeven van rollen.....	50
7.5 Belangenverschillen.....	52
7.6 Het onpartijdig zijn.....	53
7.7 Voor-en nadelen van een professionele tolk.....	55
7.8 Conclusie.....	55
HOOFDSTUK 8 Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	57
8.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen.....	57
8.2 Theoretische reflectie.....	58
8.3 Methodische reflectie.....	63
8.4 Aanbevelingen.....	64
LITERATUUR.....	66
BIJLAGE 1a Observatieschema voor de rol van informele tolken.....	69
BIJLAGE 1b Observatieschema voor de rol van informele tolken.....	72
BIJLAGE 2 Observatieschema voor de rolwisseling van informele tolken.....	73
BIJLAGE 3 Transcriptieregels.....	74
BIJLAGE 4 Topiclijst interview.....	75

1 Inleiding

1.1 Introductie

Vanwege immigratie naar Westerse landen zoals Nederland is er vaak sprake van taal- en cultuurbarrières in arts-patiëntgesprekken (Meeuwesen, Twilt, ten Thije, & Harmsen, 2010). In Nederland is ongeveer 20 % van de bevolking eerste of tweede generatie migrant. De grootste groep niet-westerse migranten is afkomstig uit Turkije, Marokko en Suriname (CBS, 2011). Deze taal- en cultuurbarrières kunnen een negatieve invloed hebben op de toegang tot en de kwaliteit van de zorg voor migrantenpatiënten (Meeuwesen et al., 2010). De gevolgen van taal- en/of cultuurbarrières zijn bijvoorbeeld miscommunicatie, verkeerde diagnostische onderzoeken, lagere therapietrouw, lager percentage patiënten dat hun afspraken nakomt, verkeerde verwijzingen en het uitvoeren van onvolledig onderzoek. Zowel patiënten als zorgverleners kunnen in deze situaties ontevreden zijn en dit kan leiden tot een lagere kwaliteit van de zorg voor migranten (Leanza, 2005). Eén manier om deze barrières aan te pakken is om met tolken te werken.

Hulpverleners hebben bij het inzetten van tolken in arts-patiëntgesprekken de keuze tussen drie soorten tolken, namelijk: *professionele tolken*, *informele tolken* of *ad-hoc tolken*. Een *professionele tolk* is "iemand die professioneel geschoold is om het beroep van tolk uit te voeren" (Meeuwesen, Harmsen & Sbiti, 2011, p.12). Het werken met *professionele tolken* oftewel *formele tolken* wordt ondersteund door officiële instanties zoals het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVcN). Zorgaanbieders maken echter te weinig gebruik van deze tolken. Zij doen daarentegen vaak een beroep op *informele tolken* (Hsieh, 2006). Meeuwesen et al. (2011) definiëren een *informele tolk* als "iemand die niet geschoold is als tolk, maar de patiënt vergezelt om te tolken. Meestal zijn dit familieleden of goede bekenden, zoals een buurvrouw of vriendin" (p. 12). Tevens maken zorgverleners regelmatig gebruik van *ad-hoc tolken* (Hsieh, 2006). Een *ad-hoc tolk* wordt omschreven als "iemand die dezelfde taal spreekt als de patiënt, toevallig in de buurt is en wordt gevraagd te tolken, zoals een arts, verpleegkundige, schoonmaker, administratieve kracht en andere patiënt" (Meeuwesen et al., 2011, p.12).

Landen verschillen in het soort beleid dat zij met betrekking tot tolken in de zorg voeren. In Nederland kunnen (migranten)patiënten die geen Nederlands spreken of een slechte Nederlandse taalvaardigheid hebben aanspraak maken op een *professionele tolk*. De aanbieder van tolkdiensten is het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (Meeuwesen et al., 2011). Hulpverleners konden in het verleden kosteloos gebruik maken van deze diensten. De uitgaven aan tolkdiensten werden immers gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vanaf 1 januari 2012 zijn zorgaanbieders, zorginstellingen of patiënten zelf verantwoordelijk voor het financieren van deze uitgaven (Bot, Meeuwesen & Harmsen, 2011). Dit kan ongunstige gevolgen

hebben voor de toegang tot en de kwaliteit van de zorg voor (migranten)patiënten, wanneer zorgverleners of zorginstellingen niet bereid zijn om deze uitgaven te betalen. Aangezien veel van deze patiënten tot de lage inkomensgroepen behoren, is het voor hen niet mogelijk om zelf een *professionele tolk* in te huren. Het gevolg kan zijn dat patiënten zonder een tolk naar de huisarts gaan of vergezeld worden door een *informele tolk* die de patiënt niet altijd in de gelegenheid stelt om zelf het woord te voeren (Bot et al., 2011).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) adviseert zorgverleners om *professionele tolken* in te huren, omdat zij onpartijdig zijn, een geheimhoudingsplicht hebben en in staat zijn om adequaat te vertalen. Daarnaast wordt het inzetten van *informele tolken* ontraden door de IGZ. Vooral het inzetten van kinderen wordt ontraden, behalve als er geen andere oplossingen zijn (IGZ, 2006). De IGZ (2006) is namelijk van mening dat tolken psychisch gezien een te zware taak is voor kinderen, vanwege onder andere allerlei gevoelige onderwerpen die aan bod kunnen komen. Ondanks dit advies en hoewel *professionele tolken* eenvoudig te bereiken zijn en vaak inzetbaar zijn, blijkt dat deze tolken weinig ingeschakeld worden in de dagelijkse praktijk door zorgaanbieders. Ter verduidelijking, in 2010 heeft slechts 2,7% van de huisartsen een *professionele tolk* ingehuurd (Van Aalsum, 2011).

Zij kiezen daarentegen er regelmatig voor om *informele tolken* en soms ook kinderen tijdens een consult in te zetten (Meeuwesen et al., 2011). Zo werd in 2011 in 20-25% van alle migrantenconsulten in de eerste en tweede lijngezondheidszorg een *informele tolk* ingezet (Meeuwesen, 2011). De motieven van huisartsen voor deze keuze zijn van praktische en organisatorische aard (Meeuwesen et al., 2011). Wellicht zal de nieuwe regelgeving ten aanzien van het inschakelen van *professionele tolken* ervoor zorgen dat sommige zorgverleners ook om financiële redenen de voorkeur aan *informele tolken* zullen geven. Tevens prefereren patiënten zelf soms *informele tolken* boven *professionele tolken* wegens het vertrouwensaspect.

Kortom, er kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een kloof tussen het officiële tolkenbeleid en de dagelijkse gang van zaken in de praktijk. Echter, deze kloof leidt niet automatisch tot negatieve uitkomsten. Sommige theoretici zoals Green, Free, Bhavnani en Newman (2005) en Robb en Greenhalgh (2006) benadrukken bijvoorbeeld de voordelen van *informele tolken*. Doch zij hebben niet onderzocht wat de voordelen zijn van de rollen die deze tolken vervullen. Bovendien betoogt Verrept (2004) dat er over het algemeen weinig onderzoek gedaan is naar de voor- en nadelen van de rollen die *professionele* en/of *informele tolken* in de praktijk uitoefenen.

De discussie over de rollen van tolken is traditioneel gericht op de perspectieven van theoretici en/of practici (Roat, Putsch & Lucero, 1997). *Professionele tolken* kunnen zich door middel van hun opleiding associëren met de rollen die theoretici en/of practici beschrijven. Het is

echter mogelijk dat de ervaringen van deze tolken geleid hebben tot het ontwikkelen van nieuwe perspectieven ten aanzien van hun rollen die niet voorgeschreven zijn door hun opleiding (Roat et al., 1997). Hatton en Webb (1993) hebben bijvoorbeeld ontdekt dat *professionele tolken* met weinig ervaring de neiging hebben om de rol van een "conduit" (zie §2.2.1) te vervullen. De belangrijkste taak van deze "conduit" is om een mededeling over te brengen en om zo veel mogelijk op de achtergrond te blijven (Beltran Avery, 2001). Ervaren tolken daarentegen hebben vaardigheden ontwikkeld die het mogelijk maken dat zij op het juiste moment van rol wisselen (Hatton & Webb, 1993).

De perspectieven van theoretici en/of practici ten aanzien van de verschillende rollen die tolken in medische sessies vervullen zijn prescriptief. De vraag is wat er daadwerkelijk gebeurt in medische consulten waarbij een tolk aanwezig is. Kunnen de gedragingen en handelingen van tolken tijdens deze consulten gecategoriseerd worden aan de hand van de perspectieven van theoretici en/of practici? Ten einde dit vraagstuk te beantwoorden zal allereerst een literatuurstudie gedaan worden. Het eerste doel van deze literatuurstudie is om te beschrijven welke perspectieven er gehanteerd worden ten aanzien van de rollen die *professionele* en *informele tolken* in arts-patiëntgesprekken vervullen. Het tweede doel is om na te gaan wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen beide tolken. Vervolgens zal in het empirisch deel nagegaan worden welke rollen informele tolken in arts-patiëntgesprekken vervullen en wat de taakopvattingen van professionele (medische) tolken zijn. Met andere woorden er zullen descriptieve uitspraken gedaan worden over deze rollen en taakopvattingen.

1.2 Vraagstelling

Deze vijf hoofdvragen staan centraal in het onderzoek:

- ◆ Welke perspectieven worden gehanteerd in de literatuur ten aanzien van de rollen die professionele tolken in arts-patiëntgesprekken vervullen en in hoeverre associëren professionele tolken zich met deze perspectieven?
- ◆ Welke perspectieven worden gehanteerd in de literatuur ten aanzien van de rollen die informele tolken in arts-patiëntgesprekken vervullen en in hoeverre associëren informele tolken zich met deze perspectieven?
- ◆ Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen professionele en informele tolken?
- ◆ Welke rollen vervullen informele tolken in huisarts-patiëntgesprekken?

- ◆ Wat zijn de taakopvattingen van professionele tolken die in de gezondheidszorg tolken en wat zijn de voor-en nadelen van een professionele tolk volgens tolken zelf?

1.3 Maatschappelijke relevantie

Een eerste stap in het verbeteren van de communicatie tussen de zorgverlener en de patiënt is om de tolken enigszins te 'empoweren'. Dat wil zeggen dat er rekening gehouden wordt met de mening van deze individuen. Zij weten als geen ander wat de voor-en nadelen zijn van de rollen die zij tijdens medische consulten uitoefenen. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om zorgaanbieders en patiënten te helpen bij het maken van een keuze tussen het type tolk afhankelijk van hun situatie. Waar het om gaat is dat artsen en patiënten optimaal moeten kunnen profiteren van tolken.

1.4 Wetenschappelijke relevantie

Er zal meer inzicht in het type rollen, die tolken tijdens arts-patiëntgesprekken vervullen, verkregen zal worden. Tevens zal meer kennis over de voor-en nadelen van deze rollen verkregen worden. Het onderzoek bouwt voort op de studie van Rosenberg et al. (2008) naar de voor-en nadelen van *professionele* en *informele tolken*. In die zin draagt het bij aan theorievorming over medische tolken en de verschillende rollen daarbij.

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van verschillende disciplines. Volgens de "communicatienormen" is het de bedoeling dat de tolk het communicatieproces optimaliseert (Chesterman, 1997). Dat zou kunnen betekenen dat hij deels verantwoordelijk kan worden gehouden voor het resultaat van dit proces. Verder zijn medische tolken net als culturele antropologen op zoek naar equivalente woorden in een andere culturele context en beide erkennen dat dit soms complex kan zijn (Verrept, 2004). Daarnaast wordt er in beide disciplines nagedacht over het brede begrip "cultuur" en hoe een dergelijk begrip het best gedefinieerd kan worden. Een andere belangrijke vraag voor tolken en antropologen is welke en hoe dienen culturele normen en waarden van een specifieke groep overgedragen worden naar een andere groep (Verrept, 2004). Dit hangt samen met de vraag of het mogelijk is om de term "ziekte" crosscultureel te vertalen (Helman, 1990).

Uit onderzoek in de sociale psychologie is gebleken dat wanneer twee of meer individuen met elkaar communiceren hun gedrag sterk beïnvloed wordt door de manier waarop zij hun eigen rol en de rol van de ander definiëren (Bochner, 1983). Met deze definities worden de wederzijdse verwachtingen bedoeld, dus wat zij denken dat van hen wordt verwacht en wat zij van de ander verwachten in een specifieke context. Wat hier benadrukt wordt is dat de wederzijdse rechten en plichten van de gesprekspartners heel erg contextgebonden zijn (Bochner, 1983). Ook in een

medisch consult hebben patiënten bepaalde verwachtingen van hun arts en tolk en andersom. Hun gedrag is afhankelijk van het doel van dit consult. Als een arts en een patiënt of een tolk tijdens een feestelijke bijeenkomst met elkaar communiceren, gelden uiteraard andere regels. Daarnaast is het interessant om te kijken hoe tolken omgaan met de emotionele aspecten die betrekking hebben op de klachten van de patiënt (Helman, 1990).

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zullen vier benaderingen van de National Council on Interpretation in Health Care (NCIHC) ten aanzien van de rol van *professionele tolken* en Jalbert's typologie (1998) van *professionele tolken* beschreven worden. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 uiteengezet worden wat er bekend is in de literatuur over de rol van de informele tolk. Daarna zullen in hoofdstuk 4 de overeenkomsten en verschillen tussen *professionele* en *informele tolken* besproken worden. Verder zullen in hoofdstuk 5 de methodologische keuzes verantwoord worden. Daarenboven vormen hoofdstuk 6 en 7 het empirische gedeelte. In hoofdstuk 6 zullen de rollen van informele tolken in arts-patiëntgesprekken beschreven worden en in hoofdstuk 7 zullen de taakopvattingen van professionele medische tolken. Tevens zal in hoofdstuk 7 beschreven worden wat de voor- en nadelen van een professionele tolk zijn volgens de professionele tolk zelf. Ten slotte zal in hoofdstuk 8 de conclusie gegeven worden.

2 Professionele tolken

2.1 Introductie

In dit hoofdstuk zal de volgende vraag centraal staan: *Welke perspectieven worden gehanteerd in de literatuur ten aanzien van de rollen die professionele tolken in arts-patiëntgesprekken vervullen en in hoeverre associëren professionele tolken zich met deze perspectieven?* Een professionele tolk is ‘‘iemand die professioneel geschoold is om het beroep van tolk uit te voeren’’ (Meeuwesen et al., 2011, p.12). De rol van de *professionele tolk* in een medisch gesprek is een veelbesproken thema op verschillende niveaus (Angelelli, 2004). Medisch tolken vereist een vloeiende spreekvaardigheid in beide talen. Derhalve wordt van een tolk verwacht dat hij over een goede uitspraak beschikt. Verder moet hij een goed geheugen hebben en informatie snel kunnen verwerken. In het ideale geval dient deze tolk inzicht in de ethische principes van het medisch tolken te hebben (Chesterman, 1997).

Bovendien hoort de *professionele tolk* in meer of mindere mate de regie over het communicatieproces in handen te nemen. Daarnaast moet hij in staat zijn om medische termen correct toe te passen en de invloed van cultuur op het besluitvormingsproces van de patiënt begrijpen. Hoewel deze doelstellingen helder lijken te zijn, blijft het behalen van deze doelen een uitdaging. De *professionele tolk* is verantwoordelijk voor zowel het definiëren van zijn rol in het medisch consult als zijn positie ten opzichte van de hulpverlener en de patiënt (Chesterman, 1997).

Er zijn vier normen die een tolk in elk medisch gesprek in acht dient te nemen. Dat zijn: 1) ‘‘verwachtingsnormen’’ deze hebben betrekking op de verwachtingen van de zorgverlener, de patiënt en de tolk zelf omtrent de uitkomst van het communicatieproces, 2) ‘‘professionele normen’’ dat houdt in dat de *professionele tolk* deels verantwoordelijk is voor het resultaat van dit proces, 3) ‘‘communicatienormen’’ volgens deze normen is het de bedoeling dat de tolk het communicatieproces optimaliseert en 4) ‘‘relatienormen’’, dat wil zeggen dat de tolk ervoor moet zorgen dat de mededelingen die afkomstig zijn van de primaire bron (de patiënt) overeenkomen met de mededelingen die hij (de tolk) aan de zorgaanbieder overdraagt (Chesterman, 1997).

Deze vier normen zullen als criteria gebruikt worden om de volgende twee perspectieven te bekijken: 1) de invalshoeken van de National Council on Interpretation in Health Care (NCIHC) (§2.2.1 tot en met §2.2.4) en 2) Jalbert’s typologie van professionele tolken (§2.3). Bovendien zullen de meningen en ervaringen van *professionele tolken* zelf aangaande hun rol als tolk beschreven worden in §2.4. Dit hoofdstuk besluit met een conclusie in §2.5.

2.2 De perspectieven van de NCIHC

De National Council on Interpretation in Health Care (NCIHC) is een multidisciplinaire organisatie, het doel van de NCIHC is om de toegang tot zorg van patiënten die de Engelse taal in de VS niet voldoende beheersen te verbeteren. De organisatie bestaat uit een team van medische tolken, coördinator tolken en tolkentrainers, artsen, beleidsmakers en onderzoekers. Dit bedrijf heeft in 1997 vier perspectieven aangaande de rol van de *professionele tolk* in arts-patiëntgesprekken ontwikkeld, namelijk: 1) het "conduit-model", 2) de tolk als "manager van het communicatieproces", 3) het "incremental intervention model" en 4) de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap (Beltran Avery, 2001).

De reden dat voor de indeling van de NCIHC gekozen is, is omdat deze indeling in tegenstelling tot andere typologieën rekening houdt met de verwachtingen van individuen uit niet-westerse culturen. De aanhangers van het vierde perspectief, de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap zijn namelijk onder andere medische tolken uit niet-westerse culturen. Aangezien in Nederland veel medische tolken zijn die tot niet-westerse culturen behoren zoals de Turkse cultuur is de verwachting dat deze tolken zich min of meer zullen associëren met dit perspectief. In de volgende subparagrafen zullen de vier invalshoeken zoals ze door Beltran Avery (2001) uiteengezet zijn besproken worden.

2.2.1 Het "conduit-model"

Volgens aanhangers van dit model is de belangrijkste taak van de tolk om een mededeling over te brengen. Daarnaast zijn deze aanhangers van mening dat de tolk niet opvallend aanwezig mag zijn. Dat houdt in, dat de tolk op de achtergrond hoort te blijven. In dit perspectief wordt rekening gehouden met het feit dat het overbrengen van een boodschap meer vereist dan het letterlijk vertalen van woorden. Voorstanders van deze benadering erkennen dat het accuraat overbrengen van een boodschap gebaseerd moet zijn op termen die dezelfde betekenis hebben. Dit betekent dat de tolk kennis moet hebben van de culturele context en achtergrond van de patiënt en van medische termen. Tevens erkennen aanhangers dat het vinden van equivalenten woorden in een andere culturele context geen eenvoudige zaak is.

In dit perspectief wordt de verantwoordelijkheid van de tolk beperkt tot de taalkundige aspecten van de communicatie tussen arts en patiënt. Dat wil zeggen, dat een gesprek in een bepaalde taal vertaald zal worden naar een andere taal zonder dat de inhoudelijke betekenis van het gesprek verloren zal gaan. Het effectief overbrengen van een boodschap wordt beschouwd als de verantwoordelijkheid van de zorgverlener en niet van de tolk. Met andere woorden, de zorgverlener moet checken of de patiënt de boodschap begrijpt, net zoals dit het geval is bij een zorgverlener en een patiënt die dezelfde taal spreken. Als er informatie moet worden verduidelijkt of als er extra informatie moet worden gegeven om cultureel gebaseerde overtuigingen te

begrijpen dan is dit de taak van de zorgverlener. In het *“conduit-model”* is het niet de verantwoordelijkheid van de tolk om culturele verklaringen te geven.

Het is duidelijk dat dit perspectief de verantwoordelijkheden van de tolk beperkt, vooral die van *“cultural brokering”*. *“Cultural brokering”* betekent dat de tolk informatie over de culturele context van de patiënt aan de zorgverlener verschaft. Dit wordt om twee redenen als *“gevaarlijk”* beschouwd door de NCIHC. Ten eerste, is het voor een tolk al moeilijk genoeg om de kwaliteit van het letterlijk vertalen te waarborgen. Het zou voor een tolk nog moeilijker zijn om ook andere functies naar behoren uit te voeren. Als medische tolken de rol van een *“cultural broker”* zouden vervullen dan bestaat het gevaar dat zij onbewust culturele informatie over de patiënt verschaffen vanuit hun eigen perspectief in plaats van het perspectief van de patiënt. Culturele opvattingen worden immers gezien als persoonlijk en uniek voor elk individu. Hoewel veel tolken zelf tot twee of meer culturen behoren, betekent dit niet automatisch dat zij over de vaardigheden beschikken die noodzakelijk zijn om de nuances binnen een cultuur en cultuurconflicten te begrijpen. Zelfs als de tolk en de patiënt dezelfde taal spreken, hebben ze niet per se dezelfde culturele achtergrond als gevolg van verschillen in regionale afkomst, sociale status, opleiding, geslacht en andere dergelijke factoren.

Ten tweede, wanneer tolken de rol van *“cultural broker”* op zich nemen, lopen zij het risico om als *“snelle oplossing”* gebruikt te worden door de zorginstelling. De opvatting in dit perspectief is dat tolken ingehuurd worden om aan te tonen dat de zorginstelling het probleem van het verlenen van intercultureel competente zorg voor patiënten die de Engelse taal niet of niet voldoende spreken opgelost heeft. Dit betekent echter niet dat zorginstellingen zelf meer cultuurgevoelig worden of dat zorgverleners gestimuleerd worden om intercultureel competente vaardigheden te ontwikkelen. Een gevolg hiervan kan zijn dat een relatie ontwikkeld wordt tussen de tolk en de patiënt en niet tussen de zorgverlener en de patiënt. Vanwege deze complexiteiten is het volgens deze benadering veiliger om de taken van de tolk te beperken tot het vertalen, aldus de NCIHC.

Men realiseert zich dat dit perspectief het best werkt als zorgverleners intercultureel competent zijn. Helaas blijkt dit vaak niet het geval te zijn. Daarom erkennen aanhangers van deze benadering dat er soms momenten zijn dat een tolk behoedzaam moet ingrijpen in het communicatieproces om culturele verklaringen te geven. Nu zal de tweede benadering beschreven worden.

2.2.2 De tolk als ‘‘manager van het communicatieproces’’

Volgens het tweede perspectief is de tolk vooral verantwoordelijk voor het faciliteren van het gesprek. Het doel hiervan is met name om taalbarrières te overbruggen. Het faciliteren van dit gesprek vereist meer dan alleen het vertalen van woorden vooral als de cultuurkloof tussen de zorgverlener en de patiënt groot is. Tolken moeten bijvoorbeeld culturele barrières, maar indien noodzakelijk ook barrières die ingebed zijn in klasse en religie overwinnen. In deze context vindt een verschuiving plaats van de traditionele dyadische relatie tussen arts en patiënt naar een triadische relatie, waarin de tolk een actieve rol heeft. Bovendien is de tolk volgens deze benadering zichtbaarder aanwezig dan de tolk in de vorige benadering.

Daarnaast verschuift door de simpele toevoeging van een derde actor de machtsverhouding tussen arts en patiënt. Immers, alleen de tolk weet wat er precies gaande is tijdens het hele communicatieproces. Hierdoor heeft hij meer macht over de regie van het communicatieproces dan de arts en de patiënt. Het is de verantwoordelijkheid van de tolk om zijn macht te gebruiken in het belang van het welzijn van de patiënt. Met andere woorden, hij staat wat meer aan de kant van de patiënt.

De tolk als ‘‘manager van het communicatieproces’’ heeft vier belangrijke taken. De eerste taak is om ervoor te zorgen dat de zorgverlener en de patiënt centraal staan in het communicatieproces. De tolk mag zich niet laten afleiden door de neiging van de zorgverlener en de patiënt om een bondgenootschap te vormen met hem. De volgende taak is om beide partijen evenveel aan het woord te laten. De derde taak is om ervoor te zorgen dat de zorgverlener en de patiënt elkaars boodschap begrijpen. De laatste taak is om eventuele culturele barrières te overwinnen door culturele verklaringen te geven. Het is niet noodzakelijk om de bovenstaande taken in deze volgorde uit te voeren.

Deze benadering van de tolkenrol werkt het best als de tolk geaccepteerd wordt als lid van de triadische relatie en als alle partijen het welzijn van de patiënt als doel hebben. Bovendien moet zowel de arts, de patiënt als de tolk de mogelijkheid krijgen om gebruik te maken van hun deskundigheid. De zorgverlener biedt zowel technische als therapeutische deskundigheid. Hij of zij beschikt over kennis en vaardigheden die de patiënt nodig heeft om zijn of haar gezondheidsdoelen te bereiken. De patiënt kan ook beschouwd worden als een ‘‘deskundige’’, omdat hij of zij kennis heeft over zijn of haar symptomen, overtuigingen, behoeften en verwachtingen en het recht heeft om zelf beslissingen te nemen. Verder is de tolk een deskundige, omdat hij over taalvaardigheden beschikt die nodig zijn om te tolken. Hij moet de zorgverlener en de patiënt steunen bij het onderhandelen over hun domeinen van deskundigheid. De tolk doet dit niet door de inhoud van de boodschap te veranderen, maar door rekening te houden met het feit dat wederzijds begrip niet automatisch ontstaat, zelfs als individuen dezelfde taal spreken.

Soms kan de functie van de tolk ‘‘referral advocacy’’ zijn, dat is het verstrekken van

informatie over andere diensten zowel binnen als buiten de zorginstelling, die de patiënt nodig heeft na het bezoeken van de zorgverlener. Een voorbeeld is dat de tolk de patiënt begeleidt bij het zoeken naar een bepaalde afdeling binnen de zorginstelling en dat de tolk zijn of haar tolkdiensten aanbiedt. De tolk mag echter nooit als een *belangenbehartiger* optreden die direct namens de zorgverlener of de patiënt spreekt.

2.2.3 Het ‘‘incremental intervention model’’

Evenals bij de vorige benadering is de belangrijkste taak van de tolk volgens dit derde perspectief het faciliteren van het gesprek. ‘‘Incremental intervention’’ betekent dat de negatieve aspecten die het gevolg zijn van de aanwezigheid van een derde actor tijdens een gesprek geminimaliseerd worden en dat de positieve aspecten die het gevolg zijn van de aanwezigheid van deze actor gemaximaliseerd worden. De primaire focus ligt op duidelijke communicatie. Om dit te bereiken dient de tolk niet alleen letterlijk te vertalen, maar ook op te treden als een ‘‘cultural broker’’ en zelfs in beperkte mate als een *belangenbehartiger* van de patiënt. Ook moet de tolk de doelen van alle partijen en de gemeenschap respecteren. Dat wil zeggen, dat de tolk zich bewust moet zijn van zowel de institutionele context waarin hij of zij tolkt als van de culturele en politieke context van de gemeenschap van de patiënt.

Volgens dit model wordt de rol van de tolk gezien als flexibel, variërend van de minst interveniërende rol van de ‘‘conduit’’ tot de ‘‘cultural broker’’ en van de ‘‘cultural broker’’ tot de meest interveniërende rol van de *belangenbehartiger*. De rol die de tolk kiest, is afhankelijk van bepaalde contextgebonden factoren zoals de vaardigheden van de zorgverlener om met een tolk te werken, de interculturele competentie van de zorgverlener, de mate van cultuurkloof tussen de patiënt en de zorgverlener en de ervaring die de patiënt heeft met het westerse zorgsysteem. Tevens is dit afhankelijk van de ervaring van de tolk en de regels van het tolkenberoep. Dat betekent dus dat de tolk voor verschillende patiënten en zorgverleners en in diverse interacties verscheidene rollen zal vervullen. Als de tolk om uitleg vraagt aan de patiënt of de zorgverlener dan is hij verplicht om aan beiden te vertellen wat de ander gezegd heeft.

Soms is het van belang dat de tolk op de achtergrond blijft en de zorgverlener en de patiënt de gelegenheid geeft om direct met elkaar te communiceren. Een voorwaarde hiervoor is dat de patiënt de zorgverlener enigszins verstaat en in staat is om korte antwoorden te geven. Bovendien moet de tolk ingrijpen als hij of zij merkt dat de zorgverlener en de patiënt elkaar niet begrijpen. Op deze manier kan zich een relatie tussen beide actoren ontwikkelen.

Voorstanders van dit derde perspectief zijn kritisch ten aanzien van de rol van de ‘‘conduit’’. Zij zijn van mening dat een tolk niet passief en neutraal hoort te zijn, aangezien de zorgverlener meer macht heeft dan de patiënt. Verder vinden zij dat deze rol nadelig kan zijn voor het bereiken van het doel van het communicatieproces, het welzijn van de patiënt. Deze derde

benadering werkt het best als de zorgverlener opgeleid is om met een tolk te werken. Ook moeten alle partijen, maar vooral de tolk en de zorgverlener weten wat de grenzen zijn van hun rol en de machtsverschillen erkennen. De tolk is verantwoordelijk voor duidelijke communicatie en de zorgverlener en de patiënt zijn verantwoordelijk voor de uitkomst van het communicatieproces. In de volgende paragraaf zal de vierde invalshoek beschreven worden.

2.2.4 De tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap

De vierde benadering onderscheidt zich op een unieke manier van de vorige benaderingen. Hoewel aanhangers van dit perspectief toegeven dat de tolk vooral verantwoordelijk is voor het faciliteren van het gesprek is, stellen zij dat de tolk ook deel uitmaakt van de cultureel-linguïstische gemeenschap van de patiënt. Hun opvatting is dat de rol van de tolk gedefinieerd kan worden, maar dat er rekening gehouden moet worden met het feit dat deze rol vastgesteld wordt in een web van sociale relaties. Dat wil zeggen dat de rol die de tolk vervult iets zegt over zijn karaktereigenschappen. Ook zegt deze rol iets over de relatievorm tussen de tolk en de patiënt/zorgverlener. Bovendien wordt de rol van de tolk beïnvloed door het westerse zorgsysteem en de politiekhistorische context van de gemeenschap van de tolk in een bepaald land.

Voorstanders van deze vierde invalshoek behoren meestal tot de niet-westerse culturen en kleine taalgemeenschappen. Zij betogen dat een tolk alleen betrouwbaar is als hij in staat is om het vertrouwen van de gemeenschap te winnen. De gemeenschap stelt hoge eisen aan de tolk die verder gaan dan alleen maar vertalen. Zo wordt van tolken verwacht dat zij bemiddelen tussen het gezondheidszorgsysteem en de gemeenschap. Aan de ene kant dwingt de gemeenschap de tolk om zich te houden aan de gedragsregels van zijn of haar eigen cultureel-linguïstische gemeenschap. Aan de andere kant wil de gemeenschap dat de tolk de toegang tot de gezondheidszorg mogelijk maakt of verbetert.

Tegenstanders van dit vierde perspectief zijn kritisch wat deze rol betreft. Zij beweren dat van de tolk als geloofwaardige lid van de gemeenschap vereist wordt dat hij of zij bepaalde taken uitvoert die buiten zijn of haar professionele en ethische grenzen liggen (Hale, Stern & Ozolins, 2009). Dysart-Gale (in Hale et al., 2009) wijst er bijvoorbeeld op dat sommige patiënten van de tolk verwachten dat hij of zij in staat is om na de sessie hen allerlei medische adviezen of aanbevelingen te geven. Deze patiënten zien de tolk namelijk als een *''tweede arts''* en ze vertrouwen hem of haar (Dysart-Gale, geciteerd in Hale et al., 2009). Daarom zijn tegenstanders van deze benadering van mening dat de tolk de grenzen van zijn of haar rol duidelijk moet aangeven. Daarnaast vinden zij dat de tolk nooit mag optreden als een *''tweede arts''* zelfs niet als de patiënt dit van hem of haar verwacht (Hale et al., 2009). Tot zover de indeling van de NCIHC. In de volgende paragraaf zal deze indeling met behulp van de vier criteria uit §2.1 bekeken worden.

2.2.5 *Reflectie perspectieven van de NCIHC*

In deze paragraaf zal besproken worden of de invalshoeken van de NCIHC voldoen aan de vier criteria, namelijk: *verwachtingsnormen*, *professionele normen*, *communicatienormen* en *relatienormen*. In de eerste plaats zal het ‘‘conduit-model’’ aan bod komen, daarna de tolk als ‘‘manager van het communicatieproces’’, vervolgens het ‘‘incremental intervention model’’ en tenslotte de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap.

In het ‘‘conduit-model’’ wordt slechts aan één criterium voldaan, dat wil zeggen de *relatienormen* (de boodschap van de patiënt moet overeenkomen met de boodschap van de tolk). Immers, aanhangers van dit model vinden dat de tolk bij het overbrengen van een boodschap er op moet letten dat de inhoudelijke betekenis van de boodschap niet verloren gaat. Verder wordt er niet voldaan aan de *communicatienormen* (de tolk moet het communicatieproces optimaliseren), want hierbij dient de arts dit proces te optimaliseren in plaats van de tolk. De arts checkt bijvoorbeeld of de patiënt de boodschap begrepen heeft. Ook wordt er niet voldaan aan de *professionele normen*, (de tolk is deels verantwoordelijk voor de uitkomst van het communicatieproces), aangezien de aanhangers van mening zijn dat de tolk niet verantwoordelijk is voor dit proces. Zo benadrukken zij dat de tolk alleen verantwoordelijk is voor een adequate vertaling. Tot slot wordt er niet voldaan aan de *verwachtingsnormen* (rekening houden met de verwachtingen van alle gesprekspartners). In dit model wordt er namelijk geen aandacht geschonken aan de verwachtingen van de arts en de patiënt die wellicht een actievere houding verwachten van de tolk.

De tweede benadering (de tolk als ‘‘manager van het communicatieproces’’) voldoet aan drie criteria. Allereerst de *relatienormen*, want de aanhangers van deze benadering vinden dat het overdragen van een boodschap meer betekent dan alleen het vertalen van woorden. Daarom zullen zij eventuele culturele barrières of barrières die ingebed zijn in klasse en religie proberen te overwinnen. Daarnaast de *communicatienormen*, omdat de voorstanders van de tweede benadering achten dat de tolk het communicatieproces moet optimaliseren. Dat kan de tolk volgens hen op vier manieren doen, namelijk door: 1) de arts en de patiënt centraal te stellen in het communicatieproces, 2) de arts en de patiënt evenveel aan het woord te laten, 3) ervoor te zorgen dat de arts en de patiënt elkaars boodschap begrijpen en 4) culturele verklaringen te geven. Bovendien de *professionele normen*, aangezien er in dit perspectief erkend wordt dat de tolk deels verantwoordelijk is voor het resultaat van het communicatieproces. Zo is de tolk hier de enige die precies weet wat er gebeurt tijdens het gesprek. Wat de *verwachtingsnormen* betreft wordt er bijvoorbeeld geen rekening gehouden met het feit dat de arts waarschijnlijk de regie over het gesprek zelf in handen wil houden.

In het ‘‘incremental intervention model’’ wordt enerzijds aan de *relatienormen* voldaan, doordat de tolk duidelijke communicatie nastreeft. Anderzijds wordt aan de *communicatienormen* voldaan. Dat wil zeggen dat de tolk het communicatieproces zal optimaliseren door letterlijk te vertalen en door culturele verklaringen te geven. Daarenboven wordt niet aan de *professionele normen* voldaan. Immers, in dit model wordt benadrukt dat de arts en de patiënt verantwoordelijk zijn voor de uitkomst van het communicatieproces. De tolk daarentegen is alleen verantwoordelijk voor duidelijke communicatie. Wederom wordt niet aan de *verwachtingsnormen* voldaan, want volgens deze benadering is het acceptabel dat de tolk enigszins opkomt voor de belangen van de patiënt. Dit is in tegenstrijd met de onpartijdigheid van de professionele tolk en dus de verwachting van de arts en de patiënt dat de tolk onpartijdig blijft.

In tegenstelling tot de vorige invalshoeken voldoet het vierde perspectief (de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap) als enige aan de *verwachtingsnormen*. Er wordt echter alleen rekening gehouden met de verwachtingen van de patiënten. Overigens zijn deze verwachtingen soms niet realistisch. Zo wordt van de tolk verwacht dat hij of zij in staat is om na het consult medische adviezen aan patiënten te geven. Voorts is het in dit perspectief niet duidelijk of er voldaan wordt aan de andere drie criteria, omdat alleen de *verwachtingsnormen* centraal staan in deze context.

Kortom, het ‘‘conduit-model’’ en de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap voldoen het minst aan de vier criteria. Vanuit het ‘‘conduit-model’’ bekeken was dit te verwachten, want de tolk is in dit model het meest passief en het meest onzichtbaar. Echter, vanuit de andere benadering gezien is dit opmerkelijk, want de tolk is volgens dit perspectief het meest actief en zichtbaar. Wellicht wordt van deze tolk verwacht dat hij of zij na het consult actiever en zichtbaarder aanwezig is dan tijdens het consult. Dat wil zeggen dat hij of zij meer dan alleen tolkdiensten aanbiedt. Verder heeft het ‘‘incremental intervention model’’ een middenpositie en voldoet de tolk als ‘‘manager van het communicatieproces’’ het meest aan de criteria.

De tolk als ‘‘manager van het communicatieproces’’ is mijns inziens het meest ideale perspectief voor zowel de tolk als de patiënt. In deze benadering worden namelijk geen te hoge eisen gesteld aan de tolk en wordt rekening gehouden met ethische principes waaraan professionele tolken volgens de NCIHC (2004) moeten voldoen, zoals de onpartijdigheid van de tolk en het aangeven van rolgrenzen. Tevens kan deze tolk behalve taal-en cultuurbarrières ook barrières die ingebed zijn in klasse en religie overwinnen, ten bate van de patiënt. Bovendien stelt de tolk de arts en de patiënt centraal in het communicatieproces, waardoor de patiënt de kans krijgt om een relatie op te bouwen met de arts. Wat de arts betreft kan in overleg met hem of haar

de regie over het communicatieproces gedeeld worden. Nu zal de indeling van Jalbert (1998) uiteengezet worden.

2.3 Jalbert's typologie van professionele tolken

Leanza (2005) beschrijft vijf typen *professionele tolken* gebaseerd op Jalbert. Dat zijn de volgende typen tolken: *“translator”*, *“cultural informant”*, *“cultural broker/cultural mediator”*, *“advocate”* en *“bilingual professional”*. De reden dat Leanza's publicatie besproken wordt is, omdat de publicatie van Jalbert in het Frans is. Voorts is voor deze indeling gekozen, want Jalbert's typologie (1998) vertoont een belangrijke overeenkomst met de indeling van de NCIHC. Immers in beide typologieën variëren de rollen van de minst actieve/zichtbare rol naar de meest actieve/zichtbare rol. Op basis hiervan kunnen deze indelingen vergeleken worden.

Nu zal nader ingegaan worden op de typologie van Jalbert. Als de tolk de rol van de *“translator”* uitoefent dan moet hij zijn aanwezigheid zo veel mogelijk minimaliseren en onpartijdig zijn. Zijn functie is het faciliteren van het communicatieproces en ervoor zorgen dat de inhoudelijke betekenis van het gesprek niet verloren zal gaan. De *“translator”* rol komt overeen met de *“conduit”* rol uit paragraaf 2.2.1. Bij de volgende rol, *“cultural informant”* neemt de tolk een actiever deelname aan het communicatieproces dan bij de *“translator”* rol. In deze rol helpt de tolk de zorgverlener bij het beter begrijpen van de patiënt door gebruik te maken van zijn kennis van de culturele normen en waarden van de patiënt.

In sommige gevallen vervult de tolk de *“cultural broker/cultural mediator”* rol. Hij is dan zowel een *“cultural informant”* als een bemiddelaar tussen twee conflicterende waardesystemen: het gezondheidszorgsysteem en de cultureel-linguïstische gemeenschap van de patiënt. De *“cultural broker”* dient uitleg te verschaffen over deze waardesystemen. Ook moet hij de opvattingen van de zorgverlener en de patiënt samensmelten zodat er gedeelde opvattingen ontstaan over wat bijvoorbeeld de beste behandeling is voor de patiënt. De tolk oefent de *“cultural mediator”* rol alleen uit wanneer er onenigheid ontstaat tussen de zorgaanbieder en de patiënt. In deze situatie kan hij helpen bij het oplossen van het conflict. Deze rol van de tolk komt gedeeltelijk overeen met de rol van de tolk die ingebed is in zijn cultureel-linguïstische gemeenschap uit paragraaf 2.2.4.

Wanneer er sprake is van een waardeconflict tussen de hulpverlener en de patiënt kan de tolk ervoor kiezen om op te komen voor de belangen van de patiënt. De tolk treedt dan op als een *“advocate”* van de patiënt. In de meeste gevallen vereist het vervullen van deze rol dat de tolk goed geïnformeerd is over de wetten, regels en procedures met betrekking tot institutionele praktijken.

Verder kan de tolk de rol van de *“bilingual professional”* uitoefenen. Voordat het gesprek met de patiënt begint, spreken de zorgaanbieder en de tolk af dat de tolk in mindere of

meerder mate de taak van de zorgverlener "overneemt". Dat houdt in, dat de tolk het gesprek leidt in de taal van de patiënt en vervolgens de zorgverlener laat weten wat de patiënt gezegd heeft. Een voorwaarde hiervoor is dat de tolk een opleiding in de gezondheidszorg afgerond heeft of dat hij kennis heeft van de institutionele praktijken en routines. Deze rol kan beschouwd worden als de tegenhanger van de "advocate"rol. De tolk is namelijk een woordvoerder van de gezondheidszorg en hij handelt op deze manier niet volgens de culturele normen en waarden van zijn eigen gemeenschap.

Wat de onpartijdigheid van de tolk betreft wordt van hem niet verwacht dat hij volledig onpartijdig is in alle rollen behalve in de "translator" rol. In juridische instellingen is volledige onpartijdigheid relevant, maar niet in medische instellingen waar persoonlijke betrokkenheid in het belang kan zijn van zowel de patiënt als de zorgaanbieder. De tolk dient zich te identificeren met de gemeenschap van de patiënt (als een "cultural informant", "cultural broker/cultural mediator" en "advocate") of met het gezondheidszorgsysteem (als een "bilingual professional"). In de volgende paragraaf zal nagegaan worden in hoeverre Jalbert's indeling aan de vier criteria voldoet.

2.3.1 Reflectie Jalbert's typologie

De indeling van Jalbert voldoet aan drie criteria. Ten eerste de *relatienormen*, want Jalbert is net als de voorstanders van het "conduit-model" van mening dat een *professionele tolk* bij het overdragen van een mededeling ervoor hoort te zorgen dat de inhoudelijke betekenis van de mededeling niet verloren gaat (zie *translator*, §2.3). Voorts wordt er aan de *communicatienormen* voldaan, omdat de professionele tolk volgens Jalbert het communicatieproces op twee manieren kan optimaliseren, namelijk: 1) door enerzijds het faciliteren van dit proces (*translator*) en 2) door anderzijds uitleg te geven over het gezondheidszorgsysteem aan de patiënt en over de cultureel-linguïstische gemeenschap van de patiënt aan de arts (*cultural broker*).

Ook wordt in deze benadering aan de "professionele" normen voldaan. Dat wil zeggen dat de professionele tolk deels verantwoordelijk is voor het resultaat van het communicatieproces, als hij of zij tijdens een conflict bemiddelt tussen de arts en de patiënt (*cultural mediator*) of als de tolk opkomt voor de belangen van de patiënt (*advocate*). In deze situatie geeft de tolk namelijk zijn eigen mening en dit kan leiden tot een positief of negatief uitkomst van het communicatieproces. Overigens is de tolk in de rol van *bilingual professional* grotendeels verantwoordelijk voor het resultaat van dit proces, aangezien hij of zij de regie over het gesprek heeft en niet de arts. Daarnaast wordt niet voldaan aan de *verwachtingsnormen*, want de arts en de patiënt zullen niet verwachten dat de tolk zijn eigen mening geeft of dat hij of zij de regie over het gesprek grotendeels overneemt van de arts.

Hoewel de typologie van Jalbert aan vrijwel alle criteria voldoet, betekent dit echter niet dat zijn benadering beter is dan die van de NCIHC. In beide invalshoeken wordt namelijk van de tolk verwacht dat hij of zij bepaalde rollen vervult, zoals: *cultural mediator*, *advocate/belangenbehartiger* en *bilingual professional/tweede arts*, die in strijd zijn met de reeds genoemde ethische principes van de NCIHC (2004). Wat de typologie van Jalbert betreft gaat mijn voorkeur uit naar een combinatie van de *translator* en de *cultural broker*, want samen kunnen deze rollen zowel taal als cultuurbarrières overbruggen en blijft de tolk tegelijkertijd onpartijdig en geeft de tolk de arts en de patiënt de mogelijkheid om een relatie op te bouwen. In paragraaf 2.4 zullen de meningen van *professionele tolken* zelf centraal staan.

2.4 De meningen/ervaringen van professionele tolken zelf aangaande hun rol als tolk

Professionele tolken uit de studie van Rosenberg et al., (2008) achtten het onontbeerlijk om aan de arts en de patiënt uit te leggen wat hun rol als tolk is en wat de grenzen van deze rol zijn. Hoewel zij wisten wat deze grenzen waren, vonden zij het soms lastig om bepaalde verzoeken van de patiënt of de zorgverlener te weigeren. Aan de ene kant beschouwen *professionele tolken* zich namelijk als een *professional* die deel uitmaakt van de gezondheidszorg en aan de andere kant beseffen zij dat ze lid zijn van dezelfde cultureel-linguïstische gemeenschap als de patiënt. Zij wilden graag aan de patiënt laten zien dat zij overtuigingskracht hebben als tolk. Verder meenden *professionele tolken* dat het cruciaal is om als tolk ontzag te tonen voor de patiënt (vooral voor de "oudere" patiënt) en zijn of haar normen en waarden. Bovendien waren zij van mening dat hun belangrijkste taak het overdragen van een boodschap is. Kortom, zij vonden dat een *professionele tolk* als een "conduit" dient op te treden. Daarom probeerden zij aan de patiënt duidelijk te maken dat zij de rol van de "advocate" niet wilden uitoefenen (Rosenberg et al. 2008).

Ook uit de studie van Hsieh (2008) is gebleken dat *professionele tolken* zich meer met de rol van een "conduit" associëren. Zij poogden hun aanwezigheid tijdens een consult zo veel mogelijk te minimaliseren. Overigens trachten zij de arts-patiënt relatie centraal te stellen. Om deze rol vanuit hun invalshoek te beschrijven, maakten zij gebruik van verschillende metaforen. Zo zagen zij zichzelf als robots of machines die zorgvuldig te werk gaan en niet emotioneel betrokken willen raken. Overigens lukt dit niet altijd, één van de tolken gaf bijvoorbeeld aan dat zij soms bij een conflict tussen de arts en de patiënt opkomt voor de belangen van de patiënt. Daarenboven beschouwden de meeste *professionele tolken* zichzelf als de stem van de arts en de patiënt, die alleen bestond wanneer deze twee spraken. Met andere woorden zij betogen dat ze neutraal moeten blijven (Hsieh, 2008).

Voorts stellen deze tolken dat het doel van een "conduit" tweezijdig is. In de eerste plaats hoort een tolk in deze rol volledige informatie over te dragen. Anders gezegd alle verbale-en non-

verbale informatie zoals toon van stem en toonhoogte dient overgebracht te worden. Onder volledige informatie verstaan zij ook mededelingen die niet bedoeld zijn of relevant zijn voor de andere gesprekspartner. In de tweede plaats is de taak van deze ‘‘conduit’’ om de arts-patiënt relatie te versterken door een illusionaire dyadische interactie tussen de arts en de patiënt te creëren. Ter illustratie, sommige tolken vermeden met opzet oogcontact of besloten om achter de patiënt te gaan zitten (Hsieh, 2008). Daarnaast geloofden *professionele tolken* dat zij verantwoordelijk waren voor het goed verlopen van het communicatieproces. Dus beschouwen zij zich ook als ‘‘manager van het communicatieproces’’. Dat houdt in, dat zij er vanuit gingen dat één van hun taken het evenveel aan het woord laten van de dokter en de patiënt was (Rosenberg et al. 2008).

Tevens achtten *professionele tolken* het essentieel om de rol van de ‘‘cultural broker’’ te vervullen, tenzij de arts intercultureel competent bleek te zijn. De ‘‘cultural broker’’ heeft volgens hen velerlei taken zoals ervoor zorgen dat de dokter en de patiënt elkaars boodschap begrijpen door culturele verklaringen te geven of door de communicatievorm te wijzigen. Verder meenden zij dat de ‘‘cultural broker’’ de normen van de cultureel-linguïstische gemeenschap van de patiënt aan de arts hoort uit te leggen. Bovendien geloofden *professionele tolken* dat het relevant is om de normen van de medische cultuur aan de patiënt uit te leggen (Rosenberg et al. 2008).

Kortom, de *professionele tolken* uit het onderzoek van Rosenberg et al., (2008) en Hsieh (2008) associëren zich in meerdere mate met het ‘‘conduit-model’’ van de NCIHC (zie §2.2.1). Overigens associeert de eerstgenoemde groep zich ook in mindere mate met het tweede perspectief van de NCIHC, oftewel: de ‘‘manager van het communicatieproces’’ (zie §2.2.2) en de *cultural broker* uit Jalbert’s typologie (zie §2.3).

2.5 Conclusie

Er bestaat in de literatuur geen consensus over de rol van een *professionele tolk* in een medisch consult. Tabel 2.1 biedt nog eens een overzicht van alle rollen van *professionele tolken* en de bijbehorende taken. Sommigen zijn van mening dat een tolk een passieve rol zoals een *translator/conduit* zou moeten vervullen. Anderen daarentegen vinden dat een tolk actiever zou moeten optreden door bijvoorbeeld als *manager van het communicatieproces* te fungeren. Het doel van de meeste rollen is om taal-of cultuurbarrières te overwinnen. Bovendien is er een onderscheid tussen rollen waarin de tolk onpartijdig of partijdig is. Ter illustratie als *translator/conduit* tracht een tolk onpartijdig te zijn. Verder staat de tolk in deze drie rollen: *cultural informant/cultural broker* of *advocate* meer aan de kant van de patiënt en als *bilingual professional* meer aan de kant van de arts. Daarnaast kunnen sommige rollen zoals *referral advocate* en *tweede arts* niet automatisch geassocieerd worden met het beroep

van een *professionele tolk*. Wat de *professionele tolken* zelf betreft, zij stellen dat ze vooral als een *conduit* horen op te treden en soms als *een manager van het communicatieproces* of een *cultural broker*. Met andere woorden zij willen met name onpartijdig zijn en af en toe het communicatieproces faciliteren of culturele verklaringen geven.

Tabel 2.1: De rollen van professionele tolken en de bijbehorende taken

Rol /Perspectief	Taken
1 Translator/Conduit-model	- letterlijk vertalen en aanwezigheid minimaliseren -faciliteren van communicatieproces -soms culturele verklaringen geven - onpartijdig zijn
2 Manager van het communicatieproces	- faciliteren van communicatieproces -ervoor zorgen dat arts en patiënt centraal staan -arts en patiënt evenveel aan het woord laten -ervoor zorgen dat arts en patiënt elkaars boodschap begrijpen -arts en patiënt steunen bij het onderhandelen over hun domeinen van deskundigheid
3 Referral advocate	-informatie verstrekken over andere diensten zowel binnen als buiten de zorginstelling die de patiënt nodig heeft na het bezoeken van de arts
4 Incremental intervention model	- faciliteren van communicatieproces - minimaliseren van de negatieve aspecten en maximaliseren van de positieve aspecten die het gevolg zijn van de aanwezigheid van de tolk -dient te wisselen tussen <i>conduit</i> , <i>cultural broker</i> en <i>advocate</i> -hoort altijd alles te vertalen -moet rolgrenzen aangeven en machtsverschillen erkennen
5 Ingebed in cultureel-linguïstische gemeenschap	- faciliteren van communicatieproces -dient geloofwaardig te zijn als lid van de gemeenschap om geloofwaardig te zijn als tolk -hoort te bemiddelen tussen het gezondheidszorgsysteem en de gemeenschap van de patiënt -moet trouw blijven aan de normen en overtuigingen van de cultureel-linguïstische gemeenschap -dient de toegang tot de gezondheidszorg mogelijk te maken of te verbeteren
6 Tweede arts	-medische adviezen aan de patiënt geven na de sessie
7 Cultural Informant	-de arts helpen bij het beter begrijpen van de patiënt door gebruik te maken van de kennis van culturele normen en waarden van de patiënt - zich identificeren met de gemeenschap van de patiënt
8 Cultural broker/Cultural mediator	- bemiddelen tussen het gezondheidszorgsysteem en de gemeenschap van de patiënt -uitleg verschaffen over deze waardesystemen -de opvattingen van de arts en patiënt samensmelten zodat er gedeelde opvattingen ontstaan - zich identificeren met de gemeenschap van de patiënt
9 Advocate/belangenbehartiger	-opkomen voor de belangen van de patiënt bij een conflict tussen arts en patiënt -kennis hebben van de gezondheidsrechten van de patiënt - zich identificeren met de gemeenschap van de patiënt
10 Bilingual professional	-“overnemen” van de taak van de arts met toestemming van de arts door het gesprek in de taal van de patiënt te leiden en later voor de arts vertalen -zich identificeren met het gezondheidszorgsysteem

Daarenboven kan geconcludeerd worden dat zowel de perspectieven van de NCIHC als de indeling van Jalbert min of meer aangepast moet worden aan de vier criteria en/of de ethische

principes van de NCIHC (2004). Zo is het bijvoorbeeld van belang dat in twee benaderingen van de NCICH, namelijk: het *conduit-model* en *de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap* meer rekening gehouden moet worden met de vier criteria: verwachtingsnormen, professionele normen, communicatienormen en relatiënormen. Overigens zouden alle invalshoeken van de NCIHC behalve *de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap* meer rekening moeten houden met de verwachtingsnormen. Voorts is het cruciaal dat in *het incremental intervention model*, *de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap* en Jalbert's typologie meer aandacht wordt besteed aan de ethische principes van de NCIHC (2004).

3 Informele tolken

3.1 Introductie

In hoofdstuk 2 is aandacht besteed aan de verschillende rollen die *professionele tolken* in arts-patiëntgesprekken kunnen aannemen. De vraag die in dit hoofdstuk beantwoord zal worden luidt als volgt: *Welke perspectieven worden gehanteerd in de literatuur ten aanzien van de rollen die informele tolken in arts-patiëntgesprekken vervullen en in hoeverre associëren informele tolken zich met deze perspectieven?* Een informele tolk is ‘‘iemand die niet geschoold is als tolk, maar de patiënt vergezelt om te tolken. Meestal zijn dit familieleden of goede bekenden, zoals een buurvrouw of vriendin’’ (Meeuwesen et al., 2011, p.12). De vraag zal beantwoord worden door in §3.2 een beschrijving te geven van wat er bekend is in de literatuur over de rollen van de informele tolk. Vervolgens zullen in §3.2.1 de vier criteria uit paragraaf 2.1 op deze rollen toegepast worden. Daarna zullen in §3.3 de meningen/ervaringen van *informele tolken* zelf met betrekking tot hun rol als tolk aan bod komen. Voorts zullen in §3.4 drie rollen beschreven worden die volgens Rosenberg et al., (2007) zowel door woordvoerders van patiënten als door *informele tolken* vervuld kunnen worden. Tot slot zal de conclusie gegeven worden in §3.5.

3.2 De rollen van informele tolken

Hoewel het inzetten van *informele tolken* tijdens medische consulten voordelen kan opleveren voor patiënten, zijn deskundigen zoals *professionele tolken* tegen het inzetten van *informele tolken* in medische sessies (Meyer, Pawlack & Kliche, 2010). Ook is het gezondheidszorgbeleid in Nederland tegen inzet van informele tolken, zoals al eerder gezegd is in hoofdstuk 1. Desalniettemin fungeren tweede migratie migranten die tweetalig zijn vaak als *informele tolk* voor hun familie en vrienden (Meyer et al., 2010). Het is interessant om te kijken welke rollen *informele tolken* kunnen uitoefenen.

Volgens Davidson (2000) kan een tolk als een ‘‘mediator’’ optreden. Zijn taak is om te bemiddelen tussen de zorgaanbieder en de patiënt over sociale, culturele of situationele aspecten. Ter illustratie, sociale aspecten verwijzen naar de kwaliteiten van een ‘‘*informele tolk*’’ ten opzichte van een ‘‘*professionele tolk*’’. Een arts kan bijvoorbeeld van mening zijn dat het beter is om een *professionele tolk* in te schakelen. De *informele tolk* kan dan aan de arts uitleggen waarom hij en de patiënt het daar niet mee eens zijn. Wat de culturele aspecten betreft gaat het onder andere om patiënten die graag willen vasten, maar van de hulpverlener te horen krijgen dat dat niet verstandig is vanwege hun gezondheidsproblemen. Verder zijn situationele aspecten gerelateerd aan de beperkte tijd waarmee patiënten rekening dienen te houden en het behandelingsvoorstel van de arts (Davidson, 2000).

Voorts stelt Wadensjö (1992) dat *informele tolken* de keuze hebben om te fungeren als een ‘responder’. Deze ‘responder’ spreekt (soms) direct namens de arts of de patiënt en geeft hen dus niet de mogelijkheid om zelf het woord te voeren. Bovendien betoogt zij dat een tolk op verscheidene manieren kan vertalen. Sommige tolken dragen enkel de kern van een mededeling aan de patiënt of de zorgaanbieder over. Zij trachten slechts de vorm van een boodschap te veranderen en niet de inhoud. Dat wil zeggen dat zij niet letterlijk vertalen en de rol van ‘recapitulator’ aannemen. Andere tolken vertalen letterlijk woord voor woord zoals een ‘reporter’ (Wadensjö, 1992).

Behalve deze rollen draagt een *informele tolk* op bepaalde momenten de rol van een *begeleider*, *adviseur* of *vertrouwenspersoon* uit (Zendedel & Meeuwesen, 2011). De *begeleider* geeft de patiënt allerlei aanwijzingen en stelt de patiënt gerust. Daarenboven neemt de *begeleider* bepaalde beslissingen namens de patiënt. In de rol van *adviseur* raadt de tolk de patiënt aan om iets te doen. Verder hoort de *vertrouwenspersoon* de gezondheidsklachten van de patiënt alleen met de zorgverlener en de patiënt zelf te bespreken.

3.2.1 Reflectie rollen van informele tolken

In deze paragraaf zal nagegaan worden of de hierboven beschreven rollen (als een groep dus niet afzonderlijk van elkaar) aan de vier criteria (verwachtingsnormen, professionele normen, communicatienormen en relatiënormen, zie §2.1) voldoen. De meeste rollen voldoen min of meer aan alle criteria. In de eerste plaats wordt er aan de *relatiënormen* voldaan, maar alleen wanneer de *informele tolk* letterlijk vertaalt (*reporter*) en niet als *recapitulator* fungeert (vertaalt niet letterlijk en laat dus informatie weg). Daarnaast wordt er deels aan de *communicatienormen* voldaan, aangezien de *informele tolk* letterlijk kan vertalen, echter is dit niet voldoende om het communicatieproces volledig te optimaliseren. Daarom hoort de *informele tolk* ook als *facilitator* (wordt door woordvoerders van patiënten vervuld, zie §3.4) op te treden, want het doel van de *facilitator* is om het communicatieproces te optimaliseren.

Bovendien wordt er aan de *professionele normen* voldaan. Het weglaten van informatie (*recapitulator*) en het niet checken of de klachten van de patiënt op de juiste manier geïnterpreteerd zijn (*responder*) kan namelijk de uitkomst van het communicatieproces negatief beïnvloeden. Dat betekent dus dat de *informele tolk* deels verantwoordelijk gehouden kan worden voor het resultaat van dit proces. Tot slot wordt er aan de *verwachtingsnormen* voldaan, want de patiënt zal verwachten dat de *informele tolk* de rol van *begeleider* en *vertrouwenspersoon* aanneemt.

Hoewel de meeste rollen in mindere of meerdere mate aan alle criteria voldoen, gaat mijn voorkeur uit naar een combinatie van *reporter*, *begeleider*, *vertrouwenspersoon* en

facilitator (een rol die in eerste instantie niet tot de groep rollen uit §3.2 behoort, maar wel een positieve invloed heeft op de uitkomst van het communicatieproces). Immers, deze rollen zorgen voor duidelijkheid, begrip en vertrouwen, termen die volgens Chesterman (1997) in elk medisch consult van belang zijn. Wanneer de *informele tolk* de vier rollen vervult ontstaat er bijvoorbeeld duidelijkheid door het letterlijk vertalen als een *reporter*. Verder ontstaat begrip door het faciliteren van het communicatieproces, oftewel uitleggen, herhalen en parafraseren als een *facilitator*, zie §3.4 en door het geven van aanwijzingen als een *begeleider*. Ook ontwikkelt zich vertrouwen doordat de tolk zich als een vertrouwenspersoon opstelt. In de volgende paragraaf zullen de meningen van *informele tolken* zelf centraal staan.

3.3 De meningen/ervaringen van informele tolken zelf aangaande hun rol als tolk

Informele tolken uit het onderzoek van Rosenberg et al., (2008) vinden dat zij niet de rol van een *''conduit''* (vertaalt letterlijk, zie §2.2.1) moeten uitoefenen. Dat wil zeggen, dat zij van mening zijn dat het afdoende is om enkel de kern van de mededeling aan de patiënt of de hulpverlener over te dragen, zoals een *''recapitulator''*. Daarnaast meenden *informele tolken* dat zij ervoor moesten zorgen dat de patiënt indirect of direct deel uitmaakt van het communicatieproces. Daarom bleven zij soms op de achtergrond en gaven zij aan patiënten die in zekere mate de taal beheersten de gelegenheid om direct met de zorgverlener te communiceren. Verder geloofden *informele tolken* dat het vanwege tijdgebrek essentieel is dat patiënten na het arts-patiëntgesprek meer toelichting krijgen over bijvoorbeeld de behandelwijze (Rosenberg et al. 2008).

Ook gaven zij aan wat volgens hen één van de belangrijkste rollen van een *informele tolk* is namelijk de rol van de *''co-diagnostiseerder''*. Vandaar dat *informele tolken* voor en na de afspraak de patiënt interviewden zodat zij de ziekteverschijnselen van hem of haar kunnen achterhalen. Bovendien traden zij zo nu en dan tijdens de sessie op als een *''tweede arts''* die zijn eigen kijk heeft op de behandelwijze. Naast deze rol oefenden *informele tolken* tevens de rol van de *''advocate''*, die voor de belangen van de patiënt opkomt en de *''(informele) zorgdrager''* uit. Als *''(informele) zorgdrager''* boden zij op diverse manieren hulpverlening aan de patiënt zowel tijdens als na het gesprek zodat hij of zij eerder geneest (Rosenberg et al. 2008).

Al met al blijkt dat *informele tolken* uit de studie van Rosenberg et al., (2008) zich nauwelijks associëren met de perspectieven uit §3.2 met uitzondering van Wadensjö's *''recapitulator''*. Daarentegen associëren *informele tolken* zich enigszins met de woordvoerder van patiënten uit het onderzoek van Hasselkus (1992). Deze woordvoerder fungeert namelijk ook als een *''(informele) zorgdrager''*, *co-diagnostiseerder* en *''advocate''*. Daarom zullen de taken van de woordvoerder in de volgende paragraaf besproken worden. Ten slotte associëren *informele tolken* zich met een rol die niet genoemd wordt in §3.2, namelijk *''tweede arts''*. Dat kan

verklaard worden doordat het niet gebruikelijk is dat een tolk zijn eigen visie geeft op de behandelmethode.

3.4 De rollen van de woordvoerder van patiënten

Volgens Rosenberg et al., (2007) vervullen woordvoerders van patiënten (met ernstige gehoor-of spraakproblemen) ook de rol van de *''informele zorgdrager''* in arts-patiënt gesprekken. Zij menen dat de rol van de woordvoerder enigszins vergelijkbaar is met de rol van de *informele tolk*, zelfs als er geen sprake is van een taalbarrière. Hasselkus (1992) stelt dat woordvoerders (in deze context familieleden) drie soorten rollen in arts-patiëntgesprekken uitoefenen. Ze maakt een onderscheid tussen de *''facilitator''* rol, de *''intermediar''* rol en de *''direct source''* rol. In deze paragraaf zal haar indeling uitvoerig besproken worden.

Bij de *''facilitator''* rol staat het vertalen van woorden centraal. De woordvoerder maakt gebruik van verschillende strategieën om de patiënt in staat te stellen te communiceren met de arts. Voorbeelden van deze tactieken zijn: om bevestiging vragen, het stellen van vragen ter verduidelijking, het corrigeren van de patiënt, uitleggen, herhalen en parafraseren. Bovendien is het doel van deze strategieën om de patiënt en de arts beter inzicht te geven in wat er gezegd is, zodat ze elkaar begrijpen.

Eenzijds tracht de woordvoerder termen die in de medische wereld gebruikt worden, te vertalen voor de patiënt. De woordvoerder zegt bijvoorbeeld: *''hij [de arts] bedoelt je oogdruppels, moeder''*. Anderzijds poogt hij termen die de patiënt in zijn of haar levenswereld hanteert, te vertalen voor de arts (*''ze [de patiënt] praat over de prednison''*). Familieleden delen als woordvoerders een persoonlijke geschiedenis met de patiënt en als gevolg daarvan hebben zij een vooraf bepaalde agenda tijdens de triadische interactie. Zo sporen woordvoerders als *''facilitator's''* patiënten vaak aan om bepaalde belangrijke onderwerpen ter sprake te brengen, want zij gaan ervan uit dat patiënten deze onderwerpen niet uit zichzelf ter sprake zullen brengen.

Wanneer de woordvoerder als een *''intermediar''* optreedt, is hij actief betrokken bij het overdragen van informatie en kennis over de situationele context van de patiënt aan de arts. Hij kan fungeren als *''vervanger''* van de patiënt. Dat doet de woordvoerder door de vragen die de zorgaanbieder aan de patiënt stelt te beantwoorden en zich te informeren bij de arts ten behoeve van de patiënt. Bovendien heeft de woordvoerder als *''vervanger''* van de patiënt andere cruciale taken. Eén van deze taken is het opslaan van belangrijke feiten over de medische gebeurtenissen en beslissingen van de patiënt uit het verleden in het geheugen. Daarnaast voegt de woordvoerder allerlei informatie toe aan datgene wat gezegd is door de patiënt. Verder probeert de woordvoerder net als bij de *''facilitator''* rol specifieke onderwerpen aan bod te laten komen.

Behalve het fungeren als *''vervanger''* van de patiënt heeft de woordvoerder ook de mogelijkheid om op te treden als *''vervanger''* van de zorgverlener. In een dergelijk geval stelt hij

vragen aan de patiënt namens de arts. Soms kunnen de zorgverlener en de patiënt het niet eens worden wat betreft de juiste behandeling of het gebruik van medicijnen. Het is dan noodzakelijk dat de *intermediar* zich als een *bemiddelaar* opstelt en op zoek gaat naar een oplossing.

De *intermediar* is in bepaalde situaties ook een *cultural broker*. Hij biedt bijvoorbeeld informatie aan de arts over de betekenis van de situatie voor de patiënt (*wat haar [de patiënt] het meest dwars zit is.....*). De woordvoerder kan ook zijn eigen mening over de betekenis van de situatie geven (*toen ging alles bergafwaarts [met de patiënt]*). De taak van de *cultural broker* kan ook het verschaffen van informatie over de dagelijkse activiteiten van de patiënt zijn.

De *direct source* rol onderscheidt zich van de *facilitator* rol en de *intermediar* rol doordat er in deze context geen sprake is van een triadische interactie. Deze triadische interactie is namelijk verschoven naar een dyadische interactie tussen de zorgaanbieder en de woordvoerder. De reden voor de verschuiving van een triadische interactie naar een dialoog heeft in veel gevallen te maken met de kenmerken van de patiënt. Als patiënten ernstige gehoor-of spraakproblemen hebben of dement zijn dan is deze verschuiving essentieel.

In deze dialoog verwijzen de zorgverlener en de woordvoerder naar de patiënt door in de derde persoon te spreken (*hij hoest de laatste tijd veel*). De woordvoerder spreekt hier direct namens de patiënt over zijn of haar gezondheid. De arts ziet de woordvoerder als een *vervanger* van de patiënt en wendt zich daarom rechtstreeks tot hem voor informatie over de patiënt. Soms kan de woordvoerder optreden als een *co-diagnostiseerder* en zelf een diagnose stellen (*hij hoest de laatste tijd veel, maar hij is niet verkouden*). Tevens heeft de woordvoerder als *direct source* de keuze om bij een woordenwisseling tussen de zorgaanbieder en de patiënt als een *advocate* van de patiënt te fungeren.

3.5 Conclusie

Er is geen eensgezindheid over de rol van een *informele tolk* in de literatuur. Tabel 3.1 biedt nogmaals een weergave van alle rollen van *informele tolken* en de bijbehorende taken. Het doel van de meeste rollen is om taalbarrières te overbruggen en om min of meer te helpen bij het verbeteren van het welzijn van de patiënt. Dat wil zeggen dat de *informele tolk* meer aan de kant van de patiënt staat. Daarnaast is naar voren gekomen dat de *facilitator* en de *intermediar* de meest actieve rollen zijn. Bovendien is gebleken dat *informele tolken* duidelijkheid, begrip en vertrouwen kunnen creëren wanneer zij ervoor kiezen om als *reporter* (vertaalt letterlijk), *facilitator*, *begeleider* en *vertrouwenspersoon* op te treden.

Tabel 3.1: De rollen van informele tolken en de bijbehorende taken

Rol	Taken
1 Mediator	bemiddelen tussen zorgverlener en patiënt over sociale, culturele of situationele aspecten
2 Facilitator	-optimaliseren communicatieproces -om bevestiging vragen, het stellen van vragen ter verduidelijking, het corrigeren van de patiënt -toelichten, herhalen en parafraseren -vertalen van termen die in de medische wereld gebruikt worden voor de patiënt -vertalen van termen die de patiënt in zijn levenswereld hanteert voor de arts -een vooraf bepaalde agenda -patiënten aansporen om bepaalde belangrijke onderwerpen ter sprake te brengen
3 Intermediair	-informatie verzamelen, overdragen en opslaan -vragen beantwoorden die de zorgaanbieder aan de patiënt stelt, indirect namens de patiënt, zich informeren bij de arts ten behoeve van de patiënt -opslaan van belangrijke feiten over de medische gebeurtenissen en beslissingen van de patiënt uit het verleden in het geheugen -informatie toevoegen aan datgene dat gezegd is door de patiënt -proberen om specifieke onderwerpen aan bod te laten komen -vragen stellen aan de patiënt namens de arts -soms als <i>cultural broker</i> fungeren -informatie bieden aan de arts over de betekenis van de situatie voor de patiënt -informatie verschaffen aan de arts over de dagelijkse activiteiten van de patiënt
4 Direct source	-de patiënt 'vervangen' en optreden als het directe aanspreekpunt voor de zorgaanbieder als hij informatie over de patiënt wenst te hebben -uit zichzelf vragen stellen aan de zorgverlener over de situatie van de patiënt -naar de patiënt verwijzen door in de derde persoon te spreken -soms als <i>co-diagnostiseerder</i> of <i>advocate</i> fungeren
5 Responder	soms direct namens de zorgverlener of patiënt spreken
6 Recapitulator	-niet letterlijk vertalen -enkel de kern van een mededeling aan de patiënt of hulpverlener overdragen
7 Reporter	letterlijk vertalen
8 Co-diagnostiseerder	-zelf een diagnose stellen -voor en na het consult de patiënt interviewen zodat de ziekteverschijnselen van de patiënt achterhaald kunnen worden
9 Tweede arts	een eigen kijk geven op de behandelmethode
7 (Informeel) zorgdrager	op diverse manieren hulpverlening aan de patiënt bieden zowel tijdens als na het gesprek zodat hij eerder geneest
11 Advocate	-opkomen voor de belangen van de patiënt -zelf informatie overdragen over de situatie van de patiënt aan de arts
12 Begeleider	-de patiënt allerlei aanwijzingen geven -de patiënt geruststellen -bepaalde beslissingen namens de patiënt nemen
13 Adviseur	-de patiënt aanraden om iets te doen
14 Vertrouwenspersoon	de gezondheidsklachten van de patiënt alleen met de zorgverlener en de patiënt zelf bespreken

Informeel tolken zelf daarentegen hechten meer waarde aan niet-letterlijk vertalen (*recapitulator*). Overigens associëren *informele tolken* zich met een drietal rollen die woordvoerders van patiënten ook kunnen vervullen, namelijk: 1) *co-diagnostiseerder*, 2) *advocate* en 3) (*informeel*) *zorgdrager*.

4 Professionele tolken vergeleken met informele tolken

4.1 Introductie

In dit hoofdstuk zal de volgende vraag centraal staan: *Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen professionele en informele tolken?* Deze vraag zal beantwoord worden door in §4.2 de rollen van professionele en informele tolken te vergelijken. Tevens zullen de voor- en nadelen van *professionele* en *informele tolken*, zoals deze zijn weergegeven in een studie van Schaafsma, Raynor en De Jong-van den berg (2003) aan bod komen in §4.3. Tenslotte zullen een paar conclusies getrokken worden in §4.4.

4.2 De rollen van de professionele tolk vergeleken met de informele tolk

Hoewel de *informele tolk* meer aan de kant van de patiënt staat dan de *professionele tolk*, kunnen beide tolken als *advocate* fungeren. Dat houdt in dat ze in deze rol meer aan de kant van de patiënt staan. Daarenboven kunnen *informele tolken* net als *professionele tolken* rollen vervullen waarvoor ze niet opgeleid zijn zoals *co-diagnostiseerder* en *tweede arts*. Een andere overeenkomst tussen de tolken is dat beiden het communicatieproces kunnen optimaliseren als zij als *facilitator* of *manager van het communicatieproces* optreden.

Ondanks dat de *professionele* en de *informele tolk* betrouwbaar zijn, heeft de *informele tolk* als *vertrouwenspersoon* geen geheimhoudingsplicht in tegenstelling tot de *professionele tolk*. Verder heeft de *informele tolk* anders dan de *professionele tolk* meer keuzevrijheid, hij kan namelijk zelf beslissen of hij letterlijk (*reporter*) dan wel niet letterlijk zal vertalen (*recapitulator*). Ook heeft de *informele tolk* in tegenstelling tot de *professionele tolk* soms zowel tijdens als na het gesprek contact met de patiënt, bijvoorbeeld als hij de rol van (*informele*) *zorgdrager* aanneemt. Daarnaast kan de *informele tolk* een negatieve invloed uitoefenen op de autonomie van de patiënt wanneer hij als *responder* of *direct source* optreedt en hoort de *professionele tolk* daarentegen de autonomie van de patiënt altijd te respecteren. Tevens mag de *informele tolk* anders dan de *professionele tolk* informatie weglaten (*recapitulator*) en advies geven aan de patiënt (*adviseur*).

4.3 De voor- en nadelen van de professionele en informele tolk

Volgens Schaafsma et al. (2003) zijn er vier voordelen van een *professionele tolk*, namelijk: 1) deze tolk is opgeleid om te tolken (in medische consulten) en is dus in staat om adequaat te vertalen, 2) hij of zij is onpartijdig, 3) hij of zij heeft een geheimhoudingsplicht en 4) deze tolk heeft dezelfde cultuur als de patiënt. Bovendien menen zij dat er twee nadelen zijn van een

professionele tolk, zoals: 1) het feit dat deze tolk een lage hiërarchische positie in de gezondheidszorg heeft en 2) zijn of haar eigen positie in de cultureel-linguïstische gemeenschap heeft invloed op de communicatievorm, dit kan overigens ook beschouwd worden als een voordeel.

Verder maken Schaafsma et al. (2003) bij de voor-en nadelen van *informele tolken* onderscheid tussen *informele tolken* als volwassenen en *informele tolken* als kinderen. Zo betogen zij dat er vier voordelen zijn van de volwassenen informele tolken. Ten eerste heeft hij of zij meestal een hechte band met de patiënt en zal als gevolg daarvan aan de kant van de patiënt staan en soms opkomen voor de belangen van de patiënt. Daarnaast kan deze tolk belangrijke informatie aan de zorgverlener overdragen over de situatie van de patiënt. Dat wil zeggen allerlei symptomen die de patiënt vergeten is te noemen en de dagelijkse activiteiten van de patiënt. Daarenboven kan hij of zij als *informele zorgdrager* tijdens en na het consult op diverse manieren hulpverlening aan de patiënt bieden zodat hij of zij eerder geneest. Tot slot heeft hij of zij dezelfde cultuur als de patiënt. Ook noemen zij drie nadelen van de volwassenen *informele tolk*, namelijk: 1) dat deze tolk niet opgeleid is om te tolken (in medische consulten), dus is er kans op miscommunicatie, 2) hij of zij schaamt zich voor taboe-gevoelige onderwerpen en 3) de patiënt is afhankelijk van de bereidheid van deze tolk om te tolken.

Voorts zijn er twee voordelen van de *informele tolk* als kind. Enerzijds zijn of haar hechte band met de patiënt wat dus betekent dat deze tolk aan de kant van de patiënt zal staan. Anderzijds heeft hij of zij dezelfde cultuur als de patiënt. Overigens kunnen nadelen van de volwassen *informele tolken* volgens Schaafsma et al. (2003) ook beschouwd worden als nadelen van de *informele tolk* als kind. Bovendien zijn er twee nadelen van de *informele tolk* als kind die niet van toepassing zijn op de volwassen *informele tolk*, zoals: 1) het feit dat de taalvaardigheid van deze tolk niet voldoende ontwikkeld is en 2) dat het tolken psychisch gezien te zwaar is voor hem of haar vanwege onder andere allerlei taboe-gevoelige onderwerpen die ter sprake kunnen komen.

4.4 Conclusie

Er zijn meer verschillen dan overeenkomsten tussen *professionele* en *informele tolken*. De belangrijkste overeenkomst tussen deze tolken is dat zij soms de kwaliteit van een triadische interactieproces kunnen verbeteren en dat ze dezelfde culturele normen en waarden delen met de patiënt. Verder zijn er vier grote verschillen tussen beide tolken, namelijk: 1) de deskundigheid van de *professionele tolk*, 2) zijn neutraliteit, 3) zijn geheimhoudingsplicht en 4) het feit dat de *informele tolk* als extra informatiebron met betrekking tot de symptomen van de patiënt kan fungeren.

5 Methode

5.1 *Introductie*

In dit hoofdstuk zullen de methodologische keuzes verantwoord worden. In § 5.2 zal uitgelegd worden voor welke type onderzoek gekozen is. Voorts zullen in § 5.3 en § 5.4 de onderzoeksstrategieën beschreven worden. Bovendien zullen de kenmerken van de participanten in § 5.5 uiteengezet worden. Tevens zullen de verwachtingen in §5.6 geformuleerd worden. Vervolgens zullen de belangrijkste concepten uit de hoofdvragen in § 5.7 geoperationaliseerd worden. Tenslotte zal in §5.8 uitgelegd worden op welke wijze de data geanalyseerd is.

5.2 *Type onderzoek*

Er is voor explorerend kwalitatief onderzoek gekozen. Het doel van het onderzoek is enerzijds namelijk om de rolgedragingen van informele tolken tijdens arts-patiëntgesprekken te beschrijven. Deze rolgedragingen konden alleen aan de hand van observaties onderzocht worden, aangezien informele tolken nauwelijks kennis hebben van de rollen die zij volgens de literatuur kunnen vervullen. Bovendien is met behulp van de discoursanalyse achterhaald welke rollen deze tolken op zich namen. Anderzijds is het doel om de taakopvattingen van professionele tolken die in de gezondheidszorg tolken te beschrijven. Dat houdt in dat er aan de tolken gevraagd is welke taken zij uitvoerden en waarom zij een bepaalde taak wel of niet uitvoerden. De argumenten van de tolken waren dus van belang.

Op deze manier heeft de onderzoeker een aspect van de gezondheidszorg (= arts-patiëntgesprekken) geanalyseerd en meer inzicht in medisch tolken verkregen. Bij dit onderzoek speelden de kenmerken van de participanten een belangrijkere rol dan de hoeveelheid participanten. De kwantiteit was van secundair belang aangezien er geen generaliserende uitspraken gedaan zijn.

5.3 *Observaties*

Aan de hand van observaties is geprobeerd om een beeld te krijgen van het perspectief van 12 Turkse *informele tolken* ten aanzien van hun rol in arts-patiëntgesprekken. Tijdens het observeren werden twee doelen behaald. Allereerst is met behulp van video-opnamen (dvd's) gekeken hoe een arts-patiëntgesprek waarbij een Turkse *informele tolk* aanwezig is verloopt. Deze video-opnamen zijn in 1999 gemaakt en zijn als data voor het Rotterdam Intercultural Communication in the Medical setting project (RICIM-project) van Harmsen (2003) gebruikt.

Vervolgens kon een algemeen beeld van een triadische interactieproces gevormd worden. Het videomateriaal is alleen gebruikt om het perspectief van *informele tolken* te beschrijven.

Bovendien is met behulp van twee soorten observatieschema's en bestaande transcripten (getranscribeerde medische gesprekken met *informele tolken*) geprobeerd om een beeld te krijgen van het perspectief van de tolken ten aanzien van hun rol in arts-patiëntgesprekken. Het betreft hier een schema met de kenmerken van de rollen die deze tolken tijdens arts-patiëntgesprekken volgens theoretici en/of practici kunnen vervullen (zie bijlage 1a). Verder is gebruik gemaakt van 'time-sampling' (zie turfschema bijlage 1b). In dit schema is per minuut aangekruist welke rollen de *informele tolk* tijdens deze gesprekken uitgeoefend hebben. Op deze wijze kon de rolwisseling van tolken beschreven worden.

Beide doelen waren vooraf vastgesteld dus zijn de observaties gestructureerd van vorm. Verder zijn indirecte observaties verricht aan de hand van videoapparatuur zoals reeds eerder gezegd. De motieven voor het gebruik van dit hulpmiddel zijn van praktische en financiële aard. Het adequaat invullen van het turfschema vereist dat de onderzoeker heel precies kan observeren. Videoapparatuur maakt dit mogelijk doordat er voor-en achteruit gespoeld kon worden. Daarnaast is het bekijken van video-opnamen minder tijdrovend en soms goedkoper dan 'live' observeren. Ook heeft videoapparatuur vergeleken met de observator minder invloed op de gedragingen en handelingen van de observanten. Het voordeel van observaties is dat de gedragingen en handelingen van de tolken direct waargenomen kunnen worden. Hun meningen en ervaringen kunnen echter niet direct onderzocht worden.

5.4 Interviews

Er zijn face-to-face-interviews met 6 *professionele tolken* afgenomen. Aan de hand van de interviews konden namelijk de motieven voor de taakopvattingen onderzocht worden. Overigens was er geen videomateriaal over *professionele tolken* beschikbaar. Daarenboven is voor expertinterviews gekozen, omdat de vragen alleen beantwoord konden worden door deze tolken die deskundigen zijn wat het (medisch) tolken betreft. De interviews hebben plaatsgevonden tussen 29 juli 2012 en 11 september 2012. De meeste interviews (4 van de 6) vonden plaats in de Universiteitsbibliotheek op de Uithof en 2 interviews zijn bij de tolken thuis afgenomen. Voorts duurde het afnemen van de interviews ongeveer een uur. Met toestemming van de tolken zijn de interviews opgenomen. Bovendien is rekening gehouden met de privacy van de participanten. Zij zijn immers anoniem gebleven.

Aan het begin van de interviews zijn een aantal algemene vragen aan de tolken gesteld die betrekking hebben op de leeftijd, etniciteit en cultuur van de tolken. Bovendien is aan de

tolken gevraagd welke talen zij spreken en hoe lang zij ervaring met professioneel tolken en medisch tolken hebben. Daarna zijn achtereenvolgens de volgende zes thema's aan bod gekomen: 1) het overwinnen van taalbarrières, 2) het overwinnen van cultuurbarrières, 3) het aangeven van rollen, 4) belangenverschillen, 5) het onpartijdig zijn en 6) de voor-en nadelen van een professionele tolk. Verder waren de interviews semi-gestructureerd van vorm, want het was van te voren niet volledig te voorspellen wat de taakopvattingen van de professionele tolken zullen zijn.

Het voordeel van interviews is dat de opvattingen en ervaringen van de tolken direct onderzocht kunnen worden. Een ander voordeel is dat de vragen ter plekke toegelicht kunnen worden en dus voorkomen kan worden dat deze vragen verkeerd geïnterpreteerd worden door de tolken. Het nadeel is echter dat het een momentopname is en dat datgene wat tolken zeggen niet altijd overeenkomt met hoe zij in de praktijk handelen.

5.5 Participanten

De doelpopulatie bestaat uit tolken in Nederland. Uit deze populatie zijn 6 *professionele tolken* die min of meer ervaring met medisch tolken hebben en 12 *informele tolken* van Turkse afkomst die participant waren in de Rotterdam Intercultural Communication in Medical Settings (RICIM) project van Harmsen (2003) geselecteerd. De verwachting is namelijk dat met deze aantallen het saturatie-effect bereikt kan worden. Dit is een doelgerichte steekproeftrekking, want de onderzoeker heeft van tevoren nagedacht over de kenmerken van de participanten. Bij de *professionele tolken* zal de mate van ervaring met tolken een belangrijke rol spelen. Hatton en Webb (1993) menen namelijk dat er een verband is tussen de mate van ervaring met (medisch) tolken en het soort rol dat vervuld wordt en of de tolk is staat is om op het juiste moment van rol te wisselen. Deze factor hangt waarschijnlijk samen met de leeftijd van de tolken. Zoals in tabel 5.1 te zien is hebben de *professionele tolken* tussen de 10 en 24 jaar ervaring met professioneel tolken en tussen de 5 en 23 jaar ervaring met medisch tolken. Bovendien zijn de *professionele tolken* tussen de 42 en 67 jaar oud.

Verder zijn de *professionele tolken* op basis van twee criteria geworven, namelijk: 1) ze moesten professioneel zijn, dat wil zeggen dat ze over taalvaardigheden horen te beschikken die nodig zijn om te tolken en 2) ze moesten ervaring hebben met tolken in een medische context. Voorts zijn de *professionele tolken* op drie manieren benaderd, namelijk via: 1) het netwerk van Ludwien Meeuwesen 2) de sneeuwbal methode en 3) een blog over het onderzoek die op de site van Tolken Select geplaatst is. Er zijn zes professionele tolken geïnterviewd, 4 Nederlandse en 2 tolken waarvan de één Turks is en de ander Bosnisch.

Tabel 5.1: Kenmerken professionele tolken

Tolk	Geslacht	Leeftijd	Cultuur	Taal waarin getolkt wordt	Mate van ervaring met professioneel tolken	Mate van ervaring met medisch tolken
1	vrouw	52 jaar	Nederlandse	Engels	10 jaar	5 jaar
2	vrouw	67 jaar	Nederlandse	Frans en Roemeens	23 jaar	23 jaar
3	vrouw	42 jaar	Turkse	Turks	20 jaar	20 jaar
4	vrouw	58 jaar	Nederlandse	Duits, Macedonisch en Russisch	24 jaar	22 jaar
5	vrouw	63 jaar	Bosnische en Nederlandse	Bosnisch	20 jaar	20 jaar
6	vrouw	61 jaar	Nederlandse	Frans	21 jaar	21 jaar

De *informele tolken* zijn voornamelijk op basis van de taal die zij spreken geselecteerd uit een lijst van 50 arts-patiëntgesprekken waarbij een *informele tolk* aanwezig is. Aangezien de meeste *informele tolken* die op deze lijst stonden in het Turks tolken, is voor Turkse tolken gekozen. Bij deze tolken staan de bovengenoemde factoren ook centraal staan behalve de mate van ervaring met tolken. De meerderheid van de *informele tolken* (8 van de 12) is van het mannelijke geslacht en de minderheid (4 van de 12) is van het vrouwelijke geslacht (zie tabel 5.2). Overigens zijn vrijwel alle *informele tolken* tussen de 18 en 55 jaar oud, met uitzondering van één tolk, deze tolk is namelijk ongeveer 10 jaar oud. Ten slotte is ook gekeken naar de relatievorm tussen de *informele tolk* en de patiënt. De meeste *informele tolken* zijn familieleden van de patiënt behalve twee tolken zij zijn namelijk: een vriend en een buurvrouw.

Tabel 5.2: Kenmerken informele tolken

Tolk	Geslacht	Leeftijd	Relatie tussen tolk en patiënt	Taal waarin getolkt wordt
1	vrouw	± 30-40	waarschijnlijk zus	Turks
2	man	±35-45	vader	Turks
3	vrouw	± 30-40	echtgenote	Turks
4	man	± 45-55	waarschijnlijk vriend	Turks
5	man	±18-25	zoon	Turks
6	man	±35-45	waarschijnlijk vader	Turks
7	vrouw	±18-25	buurvrouw	Turks
8	man	±45-55	echtgenoot	Turks
9	vrouw	±25-35	dochter	Turks
10	man	±18-25	vader	Turks
11	man	±35-45	echtgenoot	Turks
12	man	±10-11	zoon	Turks

5.6 Verwachtingen

Naar aanleiding van de studie van Rosenberg et al., (2008) naar de meningen/ervaringen van *professionele* en *informele tolken* ten aanzien van hun rol als tolk zijn de volgende twee verwachtingen geformuleerd:

◆ De *professionele tolken* zullen de rol van *''conduit''* (zie §2.2.1), *''manager van het communicatieproces''* (zie §2.2.2), en *''cultural broker''* (zie §2.3) tijdens arts-patiëntgesprekken vervullen.

◆ De *informele tolken* zullen de rol van *''recapitulator''* (zie §3.2), *''(informele) zorgdrager''*, (zie §3.3), *''advocate''* (zie §3.3), *''co-diagnostiseerder''* (zie §3.3) en *''tweede arts''* (zie §3.3) tijdens arts-patiëntgesprekken uitoefenen.

5.7 Operationalisatie

De kernconcepten *professionele tolk*, *informele tolk*, *rol*, en *arts-patiëntgesprekken* zullen voor de duidelijkheid geoperationaliseerd worden. Een *professionele tolk* is in deze context een vrouwelijke tolk die min of meer ervaring met professioneel tolken en medisch tolken heeft en die in het Engels, Frans/Roemeens, Duits/Macedonisch/Russisch, Turks of Bosnisch tolkt. Daarnaast is een *informele tolk* een Turkse tolk die geen ervaring met professioneel tolken heeft en een familielid of kennis van de patiënt is. Verder verwijst *rol* hier naar de taak, doel of functie van tolken. Voor *informele tolken* betekent dit hun rolgedragingen en handelingen tijdens arts-patiëntgesprekken en voor *professionele tolken* betekent dit hun taakopvattingen als tolk. Tenslotte verwijst *arts-patiëntgesprekken* naar gesprekken tussen (autochtone) Nederlandse huisartsen en (allochtone) Turkse patiënten.

5.8 Analyse

Allereerst is gecodeerd met behulp van de reeds genoemde *''time-sampling''*. Het doel van deze *''time-sampling''* was om een globaal beeld te schetsen van hoe rollen van *informele tolken* in arts-patiëntgesprekken wisselen. Vervolgens zijn de transcripten van *informele tolken* via de discoursanalyse geanalyseerd. Het doel hiervan was om een totaalbeeld van de rollen van *informele tolken* te beschrijven. De analyse van de transcripten kan beschouwd worden als een aanvulling op de informatie die eerder verkregen is.

Na het afnemen van elk interview met de *professionele tolk* zijn de geluidsopnamen getranscribeerd. Daarna is aan de hand van de 6 thema's die in paragraaf 5.4 genoemd zijn, namelijk: 1) het overwinnen van taalbarrières, 2) het overwinnen van cultuurbarrières, 3) het

aangeven van rollen, 4) belangenverschillen, 5) het onpartijdig zijn en 6) de voor-en nadelen van een professionele tolk geturfd hoe vaak de taakopvattingen van de *professionele tolken* overeenkomen en verschillen.

6 Rollen informele tolken

6.1 Introductie

In dit hoofdstuk zal op basis van 12 videofragmenten van huisarts-patiëntgesprekken antwoord gegeven worden op deze vraag: *Welke rollen vervullen informele tolken in huisarts-patiëntgesprekken?* Een *informele tolk* is "iemand die niet geschoold is als tolk, maar de patiënt vergezelt om te tolken. Meestal zijn dit familieleden of goede bekenden, zoals een buurvrouw of vriendin" (Meeuwesen et al.,2011, p.12). In de eerste plaats zullen in §7.2 de algemene observatiegegevens besproken worden. Daarna zal in §7.2 een globale beschrijving van de rollen gegeven worden en zal in §7.3 dieper ingegaan worden op deze rollen. Vervolgens zullen in §7.4 concluderende uitspraken gedaan worden.

6.2 Algemene observatiegegevens

In tabel 7.1 zijn drie kenmerken van de 12 gesprekken weergegeven. Dat zijn achtereenvolgens de volgende kenmerken: de duur van het gesprek, het geslacht van de aanwezigen en de relatievorm tussen de patiënt en de tolk. De gesprekken duurden 3 tot 17 minuten. Daarnaast blijkt uit de tabel dat de huisartsen qua geslacht evenredig verdeeld zijn: 6 vrouwen en 6 mannen. Voorts is meer dan de helft van de patiënten een volwassene (5 vrouwen en 4 mannen), 2 patiënten zijn jonge kinderen en 1 patiënt is een baby. Daarenboven zijn vrijwel alle tolken volwassenen (7 mannen en 4 vrouwen) met uitzondering van 1 tolk, een kind van het mannelijk geslacht. Van deze tolken is de meerderheid een familielid en een enkeling is vriend of buurvrouw.

Tabel 6.1: Kenmerken van de 12 huisarts-patiëntgesprekken

Gespreks-nummer	Duur gesprek	Geslacht aanwezigen	Relatie tussen patiënt en tolk
1	4 minuten	huisarts (vrouw) patiënt (baby, mannelijk geslacht) tolk (man),moeder	patiënt (zoon) tolk (vader)
2	5 minuten	huisarts (man) patiënt (man) tolk (vrouw)	patiënt (echtgenoot) tolk (echtgenote)
3	5 minuten	huisarts (man) patiënt (man) tolk (vrouw)	patiënt (broer) tolk (waarschijnlijk zus)
4	9 minuten	huisarts (man) patiënt (man) tolk (man)	vriendschappelijk
5	12 minuten	huisarts (man) patiënt (man) tolk (man)	patiënt (vader) tolk (zoon)

6	8 minuten	huisarts (vrouw) patiënt (kind, mannelijk geslacht) tolk (waarschijnlijk vader)/moeder	patiënt (zoon) tolk (waarschijnlijk vader)
7	15 minuten	huisarts (vrouw) patiënt (vrouw) tolk (vrouw)	buurvrouwen
8	3 minuten	huisarts (vrouw) patiënt (vrouw) tolk (kind, mannelijk geslacht)	patiënt (moeder) tolk (zoon)
9	6 minuten	huisarts (man) patiënt (vrouw) tolk (man)	patiënt (echtgenote) tolk (echtgenoot)
10	17 minuten	huisarts (vrouw) patiënt (vrouw) tolk (vrouw)	patiënt (moeder) tolk (dochter)
11	5 minuten	huisarts (man) patiënt (kind, vrouwelijk geslacht) tolk (vader), moeder	patiënt (dochter) tolk (vader)
12	8 minuten	huisarts (vrouw) patiënt (vrouw) tolk (vrouw)	patiënt (echtgenote) tolk (echtgenoot)

6.3 Rollen informele tolken

Er zijn drie taken die *informele tolken* het vaakst uitvoeren. Ten eerste niet vertalen. Zo vertaalden *informele tolken* in 33,4 procent van de gesprekken niet (zie tabel 6.2). Ten tweede het optimaliseren van het communicatieproces (*facilitator*). In 18 procent van de gesprekken hebben tolken bijvoorbeeld getracht om dit proces te optimaliseren. Ten derde niet-letterlijk vertalen (*recapitulator*). Ter verduidelijking, deze taak werd in 15 procent van de gesprekken uitgevoerd.

Verder zijn er zes taken die tolken minder vaak op zich nemen (dat houdt in dat deze taken in 2,3 tot 9 procent van de gesprekken voorkomen): 1) het verzamelen, overdragen en opslaan van informatie (*intermediair*), 2) soms direct namens de patiënt spreken (*responder*), 3) letterlijk vertalen (*reporter*), 4) uitgesteld vertalen, 5) niet correct vertalen en 6) het geven van aanwijzingen aan de patiënt, het geruststellen van hem of haar en het nemen van beslissingen namens de patiënt (*begeleider*).

Bovendien worden de volgende zes taken het minst vaak uitgevoerd (dat wil zeggen dat deze taken in minder dan 2,3 procent van de gesprekken voorkomen): optreden als het directe aanspreekpunt voor de arts als hij of zij informatie over de patiënt wenst te hebben (*direct source*), zelf een diagnose stellen (*co-diagnostiseerder*), hulpverlening aan de patiënt bieden zodat hij of zij eerder geneest (*informele zorgdrager*), de patiënt aanraden om iets te doen (*adviseur*), het bemiddelen tussen de zorgverlener en de patiënt over sociale, culturele of situationele aspecten (*mediator*) en het geven van een eigen kijk op de behandelmethode (tweede arts). Tot slot heeft de informele tolk min of meer als *advocate* (komt op voor de

belangen van de patiënt) opgetreden en is het mogelijk dat deze tolk als *vertrouwenspersoon* gefungeerd heeft.

Tabel 6.2: Type rollen/taken die informele tolken tijdens huisarts-patiëntgesprekken vervullen/uitvoeren en de absolute/relatieve frequentie

Type rol/taak die de informele tolk vervult/ uitvoert																		Absolute frequentie	Relatieve frequentie
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
Niet vertalen	12	15	17	25	11	9	9	7	7	8	8	7	7	5	5	4	4	160	33,4%
Facilitator: communicatieproces optimaliseren	11	11	12	9	6	4	6	6	4	3	3	3	2	2	2	1	1	86	18 %
Recapitulator: Niet-letterlijk vertalen	7	11	10	6	6	6	5	4	4	2	2	1	2	2	2	1	1	72	15%
Intermediair: informatie verzamelen, overdragen en opslaan	6	4	4	7	3	1	3	2	3	2	1	2	1	0	1	1	1	42	8,8%
Responder: soms direct namens de patiënt spreken	7	3	2	5	3	2	2	3	2	1	2	1	2	1	0	1	1	38	8 %
Reporter: letterlijk vertalen	1	2	3	3	5	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	18	3,8 %
Uitgesteld vertalen	1	2	2	2	3	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	18	3,8 %
Niet correct vertalen	1	3	2	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	3 %
Begeleider	1	4	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	2,3 %
Direct source: de patiënt vervangen/ primaire informatiebron	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2 %
Co-diagnostiseerder	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,6 %
(Informeel) zorgdrager	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0,6 %
Adviseur	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0,6 %
Mediator: bemiddelen				1														1	0,2 %
Tweede arts	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2 %

1 in het donkere vak =1^e minuut van het huisarts-patiëntgesprek, 2=2^e minuut etc.

6.3.1 De afzonderlijke rollen/taken

In deze paragraaf zal elke rol/taak afzonderlijk toegelicht worden aan de hand van voorbeelden uit de gesprekken. Tevens zal uiteengezet worden in welke gesprekken deze rol/taak voorkwam en/of in welke gesprekken vaak. Met andere woorden per rol/taak zal gekeken worden welke gesprekken relatief gezien ‘‘hoge’’ (dat wil zeggen afhankelijk van de duur van het gesprek) frequentiescores hebben.

Niet vertalen

In alle huisarts-patiëntgesprekken vertaalt de *informele tolk* een aantal keer niet. Tijdens 8 van de 12 gesprekken viel het op dat de tolk vaak niet vertaalde, zoals in gesprek 4 en 6-12. Ter illustratie de tolk vertaalt regel 444 uit het onderstaande fragment (1) niet, omdat de patiënte informatie geeft waar de arts niet om gevraagd heeft.

A=arts P=patiënt T=tolk Tr=Translatie

Fragment 1

- 439 T: dit is derde keer.
440 A: ↑¹drie keer achter mekaar al
441 T: ja
442 A: hm hm,
443 T: en [en moet ze nog doorgaan met de trombosedienst?
444 P: [gunde bir tane kullaniyorun ondan
445 Tr: [dagelijks gebruik ik daar een van
446 A: (.7) eh: m
447 P: gunde bir tane
448 P: dagelijks een
449 A: nou dit ↑pilletje zat er niet ↑bij van de trombosedienst
450 moest ze d'r bij gebruiken van het ziekenhuis
451 T: (.7) eh: ze is nog ↑steeds onder cont- daha gidiyonmu
452 controle?

Verder vertalen sommige tolken niet wanneer de patiënt bijvoorbeeld zijn zin niet afmaakt of als de boodschap van de patiënt niet duidelijk is. Andere tolken vertalen niet wanneer de patiënt vaak iets herhaalt of iets zegt dat er even niet toe doet. Ten slotte vertaalde één tolk niet, omdat zijn beheersing van de Nederlandse taal slecht is.

Facilitator

Evenals bij de vorige taak werd de taak van de *facilitator*, het optimaliseren van het communicatieproces in alle huisarts-patiëntgesprekken uitgevoerd. Deze rol kwam in 11 van de 12 gesprekken vaak voor namelijk gesprek 1, 2 en 4-12. In regel 52 en 53 uit fragment 2 is te zien hoe de tolk één van de subtaken van een *facilitator* uitvoert namelijk herhalen.

Fragment 2

- 43 A: ja, .hh ↑wat voor last
44 T [(vooral) jeuk
45 P: [kasiniyor de, ondan sonra kass- arakadada ayni ond-,
46 kulagimin ici kasiniyor yatamiyorum ha (een Turkse

¹ Zie bijlage 3 Transcriptieregels (Houtkoop & Koole, 2000)

47 uitdrukking om iets te benadrukken)
 48 Tr: [zeg dat het jeukt, daarna jeuk- de achterkant is
 49 hetzelfde daarn-, de binnenkant van mijn oor jeukt ik kan
 50 niet slapen ha
 51 T: de achter[kant van het oor,
 52 A: [het het het jeukt d'r in, en d'r achter?
 53 T: ↑in, en [achter.

Recapitulator

Als *recapitulator* heeft de tolk in elk gesprek niet letterlijk vertaald, met name tijdens 9 van de 12 gesprekken (gesprek 3-10 en 12). Deze *recapitulator* draagt in regel 44 uit fragment 3 enkel de kern van de mededeling van de patiënt aan de arts over.

Fragment 3

40 P: [*simdi iyiyim, geceleri*
 41 *oluyor*
 42 Tr: [*nu ben ik ok, in de*
 43 *nachten gebeurt het*
 44 T: *maar ↑nu is (.) voelt zich weer iets ↑beter*

Intermediair

De taak van de *intermediair* is om informatie te verzamelen, over te dragen en op te slaan. Zo voegt de tolk in regel 20 en 21 uit fragment 4 informatie toe aan de boodschap van de patiënt, een subtaak van de *intermediar*. Voorts heeft de tolk in vrijwel alle gesprekken als *intermediair* gefungeerd, oftewel gesprek 2-12 . Daarnaast kwam deze rol in gesprek 6 en 10 vaak voor.

Fragment 4

15 A: [>u hebt het pasje meegenomen< ↑ja. (.4)
 16 u bent in het ↑dijkzicht ziekenhuis geweest? ((ziet
 17 papier))
 18 P: *nee [deze maand moet [()*
 19 T: [*nee*
 20 [*moet nog ge\beu[ren*
 21 *volgende ↑week*

Responder

Tijdens de meeste gesprekken (9 van de 12) heeft de tolk soms direct namens de patiënt gesproken, namelijk gesprek 2-5, 7-10 en 12 . Bovendien trad de tolk in gesprek 10 vaak op als *responder* . Dat wil zeggen dat hij een vraag die de arts aan de patiënt stelt niet voor de patiënt vertaalt, maar zelf beantwoordt (regel 289 en 292 uit fragment 5).

Fragment 5

- 287 A: [ik denk dat het gewoon ↑spierpijn is. zou u dat
288 ge↑rustellen een foto?
289 T: **ja**
290 P: *nediyor?*
291 Tr: *wat zegt ze?*
292 T: =**ik denk van** ↑*wel*

Reporter

De tolk nam in de helft van de gesprekken af en toe de rol van *reporter* aan door een boodschap van de arts of de patiënt letterlijk te vertalen. Zo werd in gesprek 2, 3, 5, 6 en 12 soms letterlijk vertaald en in het bijzonder in gesprek 7. Verder is in fragment 6 (regel 66) te zien hoe de tolk een vraag van de arts letterlijk vertaalt.

Fragment 6

- 61 A: (.9) en er zit geen: (.) geen ↑etter in. (.5) eh: en als
62 hij dus ook pijn in z'n ↑spieren heeft, (.5) dan heef- he-
63 **heb je** ook nog ↑hoofdpijn? (.) ((wijst naar hoofd))
64 [pijn in je hoofd?
65 T: [basin agriyormu?
66 Tr: [**heb je hoofdpijn?**

Uitgesteld vertalen

Uitgesteld vertalen kwam in de meeste gesprekken voor, oftewel gesprek 3-10 en 12. Bovendien werd in gesprek 5 vaak uitgesteld vertaald. Met andere woorden de tolk vertaalt op het moment dat de patiënt daar om vraagt (regel 94 en 96 uit fragment 7) of als de arts daar om vraagt.

Fragment 7

- 90 A: **.hh dit is griep.**
91 T: (.5) °hm°
92 A: duurt een week dan ben' [u weer beter,
93 P: [neymis?
94 Tr: [**wat (voor ziekte) is het?**
95 V: gripmis
96 T: **het is griep**

Niet correct vertalen

Over het algemeen spraken bijna alle tolken voldoende Nederlands. In iets minder dan de helft van de gesprekken (5 van de 12) werden af en toe vertaalfouten gemaakt, zoals in gesprek 4-7 en 12. Daarenboven werd in gesprek 5 vaak niet correct vertaald. Uit fragment 8 (regel 18) onder andere blijkt dat de tolk niet adequaat vertaald heeft. Deze fouten werden gemaakt doordat tolken bijvoorbeeld de informatie die ze van patiënten ontvingen verkeerd interpreteerden. Tevens hadden sommige tolken moeite met het vertalen van bepaalde Nederlandse termen in het Turks.

Fragment 8

- 10 A: *hoelang?*
11 T: *bijna: ne kadar oldu ula-?*
12 Tr: *hoe lang is het geleden ma-(man wilt ze zeggen)?*
13 P: *iki hafta de gitsin, 1 haftadir, doktor degilmi (.) bir*
14 *haftadir*
15 Tr: *zeg maar sinds 2 weken, (eigenlijk) sinds een week, het is*
16 *toch een arts (.) sinds een week*
17 *(1)*
18 T: *bijna 1 maande-,*
19 P: *oha (een Turkse uitdrukking, wanneer je iets overdreven*
20 *vindt)*

Begeleider

De taken van een begeleider bestaan uit het geven van allerlei aanwijzingen aan de patiënt, het geruststellen van de patiënt en het nemen van bepaalde beslissingen namens de patiënt. Voorts heeft de tolk tijdens iets meer dan de helft van de gesprekken (7 van de 12) deze rol vervuld. Dat waren de volgende gesprekken: 2, 5-7, 9, 10 en 12. Verder fungeerde de tolk in gesprek 6 vaak als begeleider. Ter illustratie in fragment 9 wijst de tolk naar de snoeren die op de grond liggen en waarschuwt hij de patiënt in regel 114 voor deze snoeren om te voorkomen dat de patiënt struikelt.

Fragment 9

- 112 A: *nee? oké. kunt u even komen staan? ((A en P staan op))*
113 T: *dikkat edin kabloya*
114 Tr: *voorzichtig voor de snoeren*
115 A: *achter even kijken,*

Direct source

De *direct source* 'vervangt' de patiënt en treedt op als het directe aanspreekpunt voor de zorgaanbieder als hij informatie over de patiënt wenst te hebben. Deze *direct source* kwam in

3 van de 12 gesprekken evenredig vaak voor (gesprek 1, 6 en 11). In deze gesprekken was de patiënt namelijk een baby of een jong kind en sprak de vader van de patiënt Nederlands en de moeder niet. Dat houdt dus in dat de vader als tolk fungeerde. Ook is de patiënt tijdens zulke gesprekken min of meer onzichtbaar, want er wordt nauwelijks gecommuniceerd met hem of haar. Een voorbeeld mag dat duidelijk maken. In regel 2 en 4 uit fragment 10 legt de tolk aan de arts uit wat de klachten van de patiënt (een baby) zijn en verwijst hij naar de patiënt door in de derde persoon te spreken.

Fragment 10

- 1 A: ↑zeg het 's
 2 T: (.9) eh: hij (.6) hoest veel,
 3 A: hm hm=
 4 T =is eh: vooral 's ↑nachts (.9) eh: dan wordt ie ↑wakker en

Co-diagnostiseerder

De meerderheid van de tolken (10 van de 12) gaf niet aan de arts te kennen wat zij dachten dat de diagnose was behalve de tolk in gesprek 6 en 11. Immers, in regel 11, 13 en 59 uit fragment 11 (één van de fragmenten uit gesprek 11) vermoedt de tolk dat de patiënt (een jong kind) last heeft van schimmel. Zijn vermoedens worden in regel 60 door de arts bevestigd.

Fragment 11

- 6 A: e:ven kijken, eventjes je ge↑gevens opzoeken,
 7 (5) ((A kijkt op pc, kindje brabbelt))
 8 A: vertel maar.
 9 T: (.7) is voor () [eh: (1) ja zij heeft volgens mij eh:
 10 A: [ja,
 11 T: (.5) ik denk dat het schimmel is aan de:
 12 A: (.8) aan,
 13 T: eh: ontlasting eh plek.
 59 T: het lijkt op schim[mel
 60 A: [ik denk dat het ook schimmel is maar

(Informeel) zorgdrager

In een minderheid van de gesprekken (gesprek 10 en 11) nam de tolk de rol van (*informele*) *zorgdrager* aan door op diverse manieren hulpverlening aan de patiënt bieden zodat hij of zij eerder geneest. Zo blijkt dat de tolk die in fragment 11 de rol van *co-diagnostiseerder* vervult op een later moment in regel 111 (fragment 12) de rol van (*informele*) *zorgdrager* uitoefent.

Hij zegt namelijk tegen de arts dat hij en zijn vrouw geprobeerd hebben om de patiënt te helpen door crème te gebruiken.

Fragment 12

- 108 A: *ik zal er wat ↑crème voor geven maar=*
109 T: *=hm*
110 A: *het eh:: (.) komt heel veel voor bij kindertjes.*
111 T: *hm. we heb[ben ook s:- we hebben ook (↑) crème gebruikt,*

Adviseur

Ook de taak van de *adviseur*, de patiënt aanraden om iets te doen werd tijdens een minderheid van de gesprekken (gesprek 2, 5 en 10) uitgevoerd. In fragment 13 is in regel 32 en 33 te zien hoe de tolk de patiënt adviseert om op de weegschaal te staan zodat hij kan zien of hij afgevallen is.

Fragment 13

- 25 A: *Afgevallen?*
26 P: *nediyor?*
27 Tr: *wat zegt hij?*
28 T: *kilo vermisin, dusmusun diyor?*
29 Tr: *ben je kilo's kwijtgeraakt, afgevallen zegt hij?*
30 P: *nee, normaal.*
31 T: *ula ula bi cig dartil. onceki...*
32 Tr: *ula ula (een Koerdische uitdrukking als hè hè) ga op de*
33 *weegschaal staan om je te wegen. eerdere...*

Mediator

Tijdens bijna alle gesprekken heeft de tolk nauwelijks bemiddeld tussen de zorgverlener en de patiënt over sociale, culturele of situationele aspecten met uitzondering van fragment 14 (regel 109, 115 en 117). Dit is een fragment uit gesprek 9. Hieruit volgt dat de tolk tussen de arts en indirect tussen de patiënt bemiddelt over het behandelingsvoorstel van de arts, het dragen van een steunkous. De tolk is van mening dat het voor de patiënte beter is om geen steunkous te dragen. De arts daarentegen denkt daar anders over.

Fragment 14

- 109 T: *()speciaal kous, als die aan, dan wordt voeten dik.*
110 A: *Ja. Toch wil ik aan gaan raden, nu de pijn beetje minder*
111 *wordt en minder rood en dik is. Toch weer die kous te gaan*

- 112 dragen.
 113 T: (Toch te dragen?) (.)
 114 A: Ja. [Weer die steunkous. Ja.
 115 T: [e:h doet pijn (Nederlands) die voeten wordt dik.
 116 A: [Kijk maar weer of het lukt.
 117 T: [() Maar die past niet?

Tweede arts

Evenals de *mediator*, kwam de rol van *tweede arts* zelden voor in de gesprekken, behalve tijdens fragment 15, één van de fragmenten uit gesprek 2. In dit fragment geeft de tolk in regel 169 haar eigen mening over een mogelijke behandeling.

Fragment 15

- 168 A: ja alles is [goed?
 169 T: [Ja misschien tabletten geven ↑eten goed, eten
 170 ↑niet goed.
 171-189 ((A onderzoekt P))
 190 A: °okee° (.) ik zal iets geven ja,

6.4 Conclusie

Informeel tolken vervullen drie centrale rollen in huisarts-patiëntgesprekken: 1) *niet-vertaler*, 2) *facilitator* (optimaliseert het communicatieproces) en 3) *recapitulator* (vertaalt niet letterlijk). Immers, deze rollen worden in alle gesprekken vervuld. Bovendien fungeren zij het vaakst als *niet-vertaler*, maar dit is het gevolg van het feit dat ze in bepaalde gesprekken heel vaak niet vertaald hebben. Tevens is gebleken dat de rol van *facilitator* in tegenstelling tot de *niet-vertaler* en *recapitulator* in bijna alle gesprekken vaak voorkomt.

Daarnaast zijn de volgende zes rollen minder centraal, omdat deze rollen in slechts één of twee gesprekken vaak voorkwamen: 1) *intermediair* (verzamelt informatie, draagt deze over en slaat deze op), 2) *responder* (spreekt soms direct namens de patiënt), 3) *reporter* (vertaalt letterlijk), 4) de tolk die uitgesteld vertaalt, 5) de tolk die niet correct vertaalt en 6) *begeleider*.

Verder vielen bepaalde rollen nauwelijks op, doordat deze rollen alleen in één, twee of drie gesprekken voorkwamen, zoals: *direct source* (treedt op als de primaire informatiebron), *co-diagnostiseerder*, *informele zorgdrager*, *adviseur*, *mediator* en *tweede arts*. Ten slotte is de rol van *advocate* enigszins voorgekomen en wellicht ook de rol van *vertrouwenspersoon*.

7 Taakopvattingen professionele tolken

7.1 Introductie

De vraag die in dit hoofdstuk beantwoord zal worden luidt als volgt: *Wat zijn de taakopvattingen van professionele tolken die in de gezondheidszorg tolken en wat zijn de voor- en nadelen van een professionele tolk volgens tolken zelf?* Een professionele tolk is "iemand die professioneel geschoold is om het beroep van tolk uit te voeren" (Meeuwesen et al., 2011, p.12). Deze vraag zal aan de hand van 6 thema's beantwoord worden: het overwinnen van taalbarrières (§8.2), het overwinnen van cultuurbarrières (§8.3), het aangeven van rolgrenzen (§8.4), belangenverschillen (§8.5), het onpartijdig zijn (§8.6) en de voor- en nadelen van een professionele tolk (§8.7). Tot slot zal de conclusie gegeven worden in § 8.8.

7.2 Het overwinnen van taalbarrières

Aan de tolken zijn de volgende drie vragen gesteld: "Vindt u dat het tot u taak behoort om letterlijk te vertalen", "Vindt u dat u altijd alles hoort te vertalen wat de arts en de patiënt zeggen" en "Vindt u dat u ervoor moet zorgen dat de arts en de patiënt elkaars boodschap begrijpen"?

De meerderheid van de tolken (4 van de 6) vertaalt soms, afhankelijk van de situatie letterlijk. Twee tolken gaven bijvoorbeeld aan dat er alleen letterlijk vertaald wordt als dat mogelijk is. Dat wil zeggen op voorwaarde dat de boodschap geen andere betekenis krijgt. De andere twee tolken vertaalden op verschillende momenten letterlijk, bijvoorbeeld wanneer de zorgverlener wil weten of de patiënt de vraag begrepen heeft of als de hulpverlener medicijnen voorschrijft en zegt hoeveel pillen de patiënt per dag dient in te nemen. Verder was een minderheid van de tolken (2 van de 6) van mening dat zij niet letterlijk horen te vertalen, omdat de boodschap dan verkeerd overkomt. Ter verduidelijking, één van deze tolken zei: "Als ik de boodschap letterlijk zou vertalen, dan zouden beide partijen [de arts en de patiënt] de boodschap niet meer verstaan. Als mensen zeggen "ik heb slecht bloed", betekent dat niet dat ze een ijzertekort hebben maar dat ze weinig geluk in hun leven hebben gehad". De minderheid van de tolken probeerde zo nauwkeurig mogelijk de boodschap te vertalen.

Alle tolken vonden over het algemeen dat zij altijd alles horen te vertalen wat de arts en de patiënt zeggen, hiervoor zijn ze immers ingehuurd. Overigens maakte de helft wel eens een uitzondering. Zo betoogden twee tolken dat zij op het moment dat de zorgaanbieder en de patiënt aangeven dat zij liever niet willen dat de tolk iets vertaalt niet vertalen. Verder maakte één tolk onderscheid tussen de hulpverlener en de patiënt en zei: "Als de arts vraagt om iets

niet te vertalen dan vertaal ik het niet, maar als die vraag van de patiënt komt dan zeg ik sorry ik ben ingehuurd om alles te vertalen wat er gezegd wordt``.

Bijna iedereen achtte zich verantwoordelijk voor het tot stand brengen van wederzijds begrip tussen de zorgverlener en de patiënt. Hiervoor gaven zij vier argumenten: 1) wederzijds begrip is van belang voor de arts en de patiënt om contact te maken met elkaar, 2) het is cruciaal dat de arts en de patiënt elkaar begrijpen anders kan de arts geen behandelingsvoorstel doen, 3) wederzijds begrip voorkomt communicatieproblemen en 4) door het verhelderen van gebrekkige communicatie kan er beter wederzijds begrip ontstaan. Eén tolk had een andere mening, namelijk: *‘Ik vind dat dat de verantwoordelijkheid is van de gespreksleider [de zorgaanbieder]. Ik vind dat ik hooguit als ik het gevoel heb dat één van de partijen [de arts of de patiënt] elkaar niet begrijpen dat ik moet zeggen ‘ik denk dat de boodschap toch niet helemaal overgekomen is``. Dat houdt in dat deze tolk zal aangeven dat er waarschijnlijk een communicatieprobleem ontstaan is, maar de gebrekkige communicatie niet zal verhelderen.*

7.3 Het overwinnen van cultuurbarrières

In deze paragraaf zullen drie vragen met betrekking tot de taakopvattingen van tolken centraal staan: *‘Bent u zich bewust van de cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt``, ‘Vindt u dat u kennis hoort te hebben van de cultuur van de patiënt en de cultuur van de arts``? en ‘Vindt u dat het tot uw taak behoort om uitleg te geven aan de arts over de cultuur van de patiënt en andersom``?*

Wederom geeft bijna iedereen aan zich bewust te zijn van de cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt. Daarentegen speelden deze verschillen volgens één tolk in de gesprekken waarin zij getolkt heeft nauwelijks een rol. Overigens waren de voorbeelden van cultuurverschillen die de meeste tolken gaven niet gerelateerd aan een specifieke etnische cultuurgroep. Deze cultuurverschillen hadden namelijk betrekking op voorbeelden van culturen waarbij de patiënt de hulpverlener niet zal aankijken of een hand zal geven. Verder werd er gesproken over culturen waarbij het niet gebruikelijk is dat de zorgaanbieder aan de patiënt vertelt dat hij of zij kanker heeft of dat een arts opvoedingsadviezen aan de patiënt geeft. Anders dan deze meerderheid sprak één tolk over een specifieke etnische cultuurgroep en gaf het volgende voorbeeld: *‘De oudere generatie van Turkse mensen is het gewend om alleen het advies van de arts op te volgen als hij/zij in gebiedende wijs spreekt, doet hij/zij dat niet dan volgen zij het advies niet op``.*

De meeste tolken meenden dat zij kennis dienen te hebben van zowel de cultuur van de patiënt als de arts. Zij gaven hiervoor een drietal redenen. In de eerste plaats is het hebben van kennis van beide culturen relevant voor effectieve communicatie. Voorts kan door deze kennis miscommunicatie voorkomen worden. Daarnaast wordt in elke cultuur anders omgegaan met ziektes. Maar lang niet altijd vonden ze dat deze kennis relevant is voor het gesprek. Bovendien geloofde één tolk dat een dergelijke taak te veeleisend is en zei: *‘Dat is lastig, want dan zou ik me voor ieder gesprek moeten verdiepen in de culturele en de traditionele achtergronden van de gespreksdeelnemers. Ik denk niet dat dat te doen is’*.

Alle tolken waren in het algemeen van mening dat zij geen uitleg over de cultuur van de patiënt aan de arts en andersom hoorden te geven. Volgens één van de tolken is het namelijk niet gebruikelijk dat een tolk deze taak op zich neemt in Nederland. Tevens betoogde een andere tolk dat zij enkel verantwoordelijk is voor de vertaling. Verder maakte iets meer dan de helft van de tolken (4 van de 6) soms een uitzondering. Twee tolken gaven bijvoorbeeld aan dat zij pas uitleg over cultuur geven wanneer de zorgverlener of de patiënt er om vragen. Ook werd een uitzondering gemaakt als dat noodzakelijk is, één van de tolken legde dat uit aan de hand van het volgende voorbeeld: *‘Stel een mannelijke arts en een vrouwelijke patiënt. De vrouw moet zich uitkleden, maar de arts weet niet dat het in haar cultuur niet gebruikelijk is dat een vrouw zich uitkleedt in het bijzijn van een mannelijke arts’*. Met andere woorden deze tolk geeft uitleg op het moment dat het gesprek door onbegrip van de cultuur vastloopt.

7.4 Het aangeven van rollen

Aan de tolken zijn vijf vragen gesteld over rollen namelijk: *‘Vindt u dat u aan de arts en de patiënt duidelijk moet aangeven wat zij van u als tolk kunnen verwachten’?*, *‘Vindt u dat de rol die u als tolk vervult beïnvloed wordt door de verwachtingen van de arts of de patiënt’?*, *‘Vindt u dat deze rol iets zegt over uw karaktereigenschappen’?*, *‘Vindt u dat u flexibel hoort te zijn en dus in staat moet zijn om verschillende taken uit te voeren’?* en *‘Vindt u dat u verantwoordelijk bent voor het mogelijk maken van de toegang tot de gezondheidszorg voor patiënten’?*

Bijna alle tolken vinden dat het niet hun taak is om aan de arts en de patiënt uit te leggen wat zij van hen als tolk kunnen verwachten. Daarentegen voelde één tolk zich wel verantwoordelijk voor deze taak en gaf de volgende argumenten: *‘Aan de patiënt moet ik duidelijk aangeven dat ik daar enkel en alleen voor de communicatie zit en dat ik geen ander doel of taak heb. En dat moet de hulpverlener ook weten. Want anders wordt het een drie*

gesprek, maar het is een twee gesprek, een gesprek tussen de arts en de patiënt. Daar moet ik niet tussen zitten. Daar moet alleen een vertaling tussen`. Volgens de andere tolken is de arts verantwoordelijk voor deze taak. Bovendien veronderstellen zij dat de arts meestal weet wat hij of zij van een tolk kan verwachten. Verder gaven twee tolken aan dat zij deze taak alleen op zich nemen als blijkt dat de zorgaanbieder of de patiënt niet weet wat de functie van een tolk is.

De meerderheid vindt dat de rol die zij als tolk vervult niet beïnvloed wordt door de verwachtingen van de arts of de patiënt. Immers, drie tolken betogen dat de enige taak die zij uitvoeren vertalen is. Voorts legde één tolk uit dat zij zich niet mag laten beïnvloeden door de verwachtingen van de zorgverlener en de patiënt. Anders dan deze vier tolken gaven twee tolken te kennen dat zij wel beïnvloed worden, de één vaker dan de ander. Zo vertelde de tolk die vaker beïnvloed wordt: *‘‘Ja zeker. De patiënt denkt ‘eindelijk iemand die mijn taal spreekt en mijn land kent en die mij kan helpen om alles duidelijk te maken`. De arts denkt ‘ik hoop dat de tolk het goed doet, want alles wat ik zeg is belangrijk en moet goed bij de patiënt overkomen`. Dus dat zijn die verwachtingen waardoor ik ook beïnvloed word’’.*

Alle tolken denken dat de rol die zij als tolk uitoefenen iets zegt over hun karaktereigenschappen. Ter illustratie één van de tolken zei: *‘‘Als ik een kort lontje heb, dan zal dat in mijn vertaling ook naar voren kunnen komen. Als ik van karakter rustig ben dan is dat ook te merken. Als ik open ben dan is dat ook te merken. Dat kan ik niet verhullen``.* De andere tolken spraken over eigenschappen zoals betrouwbaar, vriendelijk, flexibel en zelfverzekerd.

Bovendien menen alle tolken dat zij niet flexibel dienen te zijn en dus niet in staat hoeven te zijn om verschillende taken uit te voeren. Zij zijn namelijk van mening dat ze maar één taak hebben en dat is vertalen. Eén tolk verwoordde haar mening als volgt: *‘‘De enige taak van de tolk is om te vertalen. Je moet als tolk duidelijk grenzen stellen. Op het moment dat een patiënt met een vraag komt wat niet in mijn programma als tolk valt, dan zeg ik ‘‘sorry daar ga ik niet over``.* Haar opvatting komt grotendeels overeen met de opvattingen van de overige tolken.

Bijna iedereen gelooft dat zij een bijdrage levert aan het beter toegankelijk maken van de gezondheidszorg voor patiënten. Hiervoor gaven zij drie argumenten: 1) een tolk helpt bij het overbruggen van taalbarrières, 2) een patiënt zal eerder naar de arts gaan als hij of zij weet dat een tolk aanwezig zal zijn en 3) een patiënt die een taboegevoelig onderwerp wil bespreken kan er altijd op rekenen dat de tolk de informatie geheim zal houden. In tegenstelling tot de meeste tolken gaf één van de tolken aan dat het niet haar taak is om de toegang tot de gezondheidszorg beter te maken, maar die van de Rijksoverheid.

7.5 Belangenverschillen

In deze paragraaf zullen zeven vragen centraal staan: *‘‘Bent u zich bewust van de belangenverschillen tussen uzelf, de arts en de patiënt’’?*, *‘‘Wie moet volgens u de regie in het communicatieproces hebben’’?*, *‘‘In hoeverre vindt u dat u zichtbaar aanwezig moet zijn’’?*, *‘‘Vindt u dat u soms op de achtergrond moet blijven om de arts en de patiënt de gelegenheid te geven om direct met elkaar te communiceren’’?*, *‘‘Vindt u dat u de arts en de patiënt evenveel aan het woord moet laten’’?*, *‘‘Vindt u het acceptabel om vragen die de arts aan de patiënt stelt of andersom zelf te beantwoorden’’?* en *‘‘In hoeverre denkt u dat u invloed heeft op het ontwikkelen van vertrouwen en respect tussen de arts en de patiënt’’?*

Bijna alle tolken zijn zich bewust van de belangenverschillen tussen henzelf, de arts en de patiënt. Zo legden zij uit dat de zorgverlener er belang bij heeft om iets aan de situatie van de patiënt te doen. Daarnaast wil de patiënt geholpen worden en wil de tolk zo goed mogelijk de boodschap van de hulpverlener en de patiënt overdragen. Anders dan deze tolken beschouwt één tolk deze verschillen niet als belangenverschillen, aangezien de arts zorg verleent en de patiënt zorg krijgt.

Alle tolken zijn van mening dat de arts de regie in het communicatieproces zou moeten hebben. Zij gaven hiervoor drie motieven. Ten eerste is de arts degene die de patiënt gaat helpen met zijn of haar problemen. Daarenboven heeft de arts kennis over de achtergrond van de patiënt. Voorts is de arts gebonden aan zijn tijd. Soms doen ze het zelf: zo betoogde één tolk dat zij soms invloed uitoefent op de regie en zei: *‘‘Als het verhaal te lang wordt dan geef ik dat meestal aan en dan heb je als tolk ook een stukje regie in hand’’*.

De meerderheid vindt dat zij niet zichtbaar aanwezig dient te zijn. Volgens één van de tolken is het namelijk niet de bedoeling dat de tolk alle aandacht opeist. Daarom zitten zij meestal tussen de arts en de patiënt en proberen zij om niet te veel oogcontact met de patiënt te maken. Ook zitten drie tolken soms achter de patiënt of de arts. Daarentegen menen twee tolken dat zij enigszins zichtbaar horen te zijn, omdat mimiek belangrijk is bij het overbrengen van een boodschap.

Ook hebben alle tolken aangegeven dat zij (soms) bereid zijn om op de achtergrond te blijven zodat de arts en de patiënt de gelegenheid krijgen om direct met elkaar te communiceren. Dat gebeurt vaak op het moment dat de patiënt daar zelf om vraagt. Bovendien volgen tolken in een dergelijke situatie het gesprek nauwlettend en corrigeren zij de patiënt als er miscommunicatie dreigt te ontstaan. Eén van de tolken zei bijvoorbeeld: *‘‘Als*

je een menging krijgt van de twee talen, dan kan soms miscommunicatie ontstaan. Bijvoorbeeld een mevrouw die ‘kennis’ zei, maar eigenlijk ‘kermis’ bedoelde. Op dat moment grijp ik natuurlijk in’.

Daarnaast zijn alle tolken het er over eens dat het niet hun taak is om de arts en de patiënt evenveel aan het woord te laten. De helft van de tolken vindt bijvoorbeeld dat de arts hier verantwoordelijk voor is, omdat hij de regie heeft. Opnieuw gaven ze aan dat hun taak enkel vertalen is. Wel vindt de meerderheid dat zij de arts die te lang aan het woord is mag onderbreken om iets te vertalen.

Geen enkele tolk acht het acceptabel om vragen die de arts aan de patiënt stelt of andersom zelf te beantwoorden. Twee tolken gaven als verklaring hiervoor dat ze de rol van de arts of de patiënt niet mogen overnemen. Daarnaast benadrukten ze dat ze niet weten wat de arts en de patiënt zullen antwoorden. Nogmaals maakten zij duidelijk dat ze de vraag alleen mogen vertalen.

Alle tolken denken dat zij enigszins invloed hebben op het ontwikkelen van vertrouwen en respect tussen de arts en de patiënt. Eén tolk vertelde bijvoorbeeld hoe zij bij het vertalen invloed uitoefent hierop: *‘De Turkse mensen vinden dat je respect moet hebben voor ouderen. Op het moment dat een arts in de jij-vorm spreekt tegen een oudere Turkse man of vrouw, dan vertaal ik dat in de u-vorm’.* De overige tolken gaven onder andere als voorbeeld dat een bepaalde stem een bepaald vertrouwen kan ontwikkelen en dat het overdragen van een boodschap zonder waardeopvattingen tot respect kan leiden tussen de arts en de patiënt. Tevens adviseerde één van de tolken een patiënt om haar ontevredenheid over de arts met de arts zelf te bespreken en niet met haar, want een open houding zal tot meer respect leiden.

7.6 Het onpartijdig zijn

In het verlengde van bovenstaande zijn vier vragen aan de tolken gesteld: *‘In hoeverre vindt u dat u onpartijdig hoort te zijn en dus niet uw eigen mening hoort te geven’?*, *‘Vindt u dat u moet opkomen voor de belangen van de patiënt bij een conflict tussen de arts en de patiënt’?*, *‘Zijn er wel eens momenten geweest waarin het tolken emotioneel belastend was’?* en *‘Vindt u dat u kennis hoort te hebben van de gezondheidsrechten van een patiënt’?*

Alle tolken menen dat zij 100% onpartijdig moeten zijn. Dat wil zeggen dat zij zo neutraal mogelijk dienen te blijven en niet hun eigen mening mogen geven. Volgens de tolken telt hun mening namelijk niet mee en wordt er ook niet gevraagd naar hun mening. Overigens gaven twee tolken te kennen dat het wel eens voorgekomen is dat zij niet onpartijdig konden blijven.

Ter verduidelijking één van deze tolken zei: *“Op het moment dat op een akelige manier door een assistent arts aan een vijftienjarig meisje verteld wordt dat ze drie ziektes heeft en dat dat van invloed kan zijn op haar psychische situatie, dien ik een klacht in”*.

Geen enkele tolk vindt dat zij hoort op te komen voor de belangen van de patiënt bij een conflict tussen de arts en de patiënt. Hiervoor gaven zij vier redenen: 1) een tolk dient onpartijdig te zijn, 2) het partijdig zijn wordt beschouwd als een gebrek aan professionaliteit, 3) een tolk is enkel verantwoordelijk voor de vertaling en 4) de patiënt heeft in deze situatie de keuze om een klacht in te dienen.

Bijna iedereen heeft aangegeven dat er wel eens momenten zijn geweest waarin het tolken emotioneel belastend was. Zo vertelde één van de tolken: *“de patiënte was hoogzwanger, maar haar baby kwam te overlijden. Dat zorgde bij mij voor een brok in de keel, omdat ik net was bevallen van een kerngezonde baby”*. Emotionele belasting werd ook door de overige tolken genoemd: zij spraken over (euthanasie)patiënten die tijdens het gesprek overlijden, een patiënt die de arts beledigt en gesprekken waarin thema's zoals abortus, verkrachting en marteling aan bod komen.

Bovendien gaf een andere tolk het volgende voorbeeld en vertelde hoe zij omgaat met de emotionele belasting: *“soms vertelt een patiënt met veel verdriet over een gebeurtenis waarop de arts vervolgens zegt alles te begrijpen, maar zijn houding contrasterend is. Daar werd ik toen ik begon met vertalen heel emotioneel van, nam het mee naar huis, lag er van wakker en huilde zelfs. Maar naarmate de tijd vorderde ontwikkelde ik een soort van mechanisme en zag in dat ik er niets mee kon en het moest loslaten. Ik moet die professionaliteit erin houden en die emotionaliteit proberen te begrenzen in mijn tolkgesprekken”*. De overige tolken hebben ook manieren ontwikkeld om om te gaan met de emotionele belasting. Zij wisselen bijvoorbeeld hun ervaringen met hun collega's die in vergelijkbare situaties tolken, leggen aan het einde van het gesprek aan de arts uit dat de situatie van de patiënt hen aangegrepen heeft of trachten door middel van sport emotioneel tot rust te komen.

De helft van de tolken acht dat zij geen kennis dient te hebben van de gezondheidsrechten van een patiënt. Eén tolk was van mening dat zij anders de neiging zou krijgen om op te komen voor de belangen van de patiënt. De andere twee tolken meenden dat zij hiervoor niet zijn ingehuurd. Daarentegen vindt de andere helft dat het goed is om te weten wat deze rechten zijn, want anders kan een tolk niet goed vertalen wat een arts voorstelt aan de patiënt.

7.7 Voor-en nadelen van een professionele tolk

Ook de volgende vraag is aan de tolken gesteld: ``Kunt u een aantal voor-en nadelen van een professionele tolk ten opzichte van een informele tolk noemen``?

De tolken noemden acht voordelen van een *professionele tolk* ten opzichte van een *informele tolk*: 1) een professionele tolk is neutraal/onpartijdig in zijn of haar houding tussen de zorgverlener en de patiënt, 2) heeft geheimhoudingsplicht, 3) is professioneel, 4) vertaalt zo precies mogelijk en indien nodig letterlijk, 5) kan alle tijd aan het vertalen besteden, 6) heeft kennis van medische termen en weet wat er speelt in de Nederlandse gezondheidszorg, 7) voelt zich minder opgelaten bij intieme zaken en 8) ervaart minder emotionele belasting.

Tevens werden zes nadelen genoemd zoals: 1) de kosten voor de tolkdiensten, 2) een professionele tolk kan vanwege zijn of haar salaris zoveel mogelijk opdrachten proberen binnen te krijgen en daarbij het belang van de patiënt ondergeschikt maken, 3) er is niet altijd een professionele tolk voorhanden in elke taal, 4) hij of zij mag geen vragen stellen 5) mag geen mening geven en 6) mag geen fouten in de vertaling maken.

7.8 Conclusie

De belangrijkste taak van *professionele tolken* is correct vertalen. Correct vertalen betekent dat er enerzijds zo precies mogelijk vertaald zal worden en anderzijds letterlijk vertaald kan worden. Daarnaast is gebleken dat bijna alle tolken de cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt erkennen. Verder is naar voren gekomen dat tolken een dubieuze mening hebben met betrekking tot deze cultuurverschillen. Hoewel zij bijvoorbeeld vinden dat ze kennis horen te hebben van zowel de cultuur van de arts als de patiënt, zullen zij over het algemeen geen uitleg aan de arts of de patiënt over cultuurverschillen geven. Bovendien geloven vrijwel alle tolken dat zij een bijdrage leveren aan het beter toegankelijk maken van de gezondheidszorg voor patiënten.

Behalve cultuurverschillen zijn bijna alle tolken zich ook bewust van de belangenverschillen tussen henzelf, de arts en de patiënt. Voorts kiezen zij onbewust voor het artsperspectief, aangezien zij van mening zijn dat de arts de regie in het gesprek hoort te hebben. Daarenboven achten alle tolken dat zij volledig onpartijdig dienen te zijn. Dat wil zeggen, dat zij bijvoorbeeld bij een conflict tussen de arts en de patiënt niet voor de belangen van de patiënt zullen opkomen. Tevens is vrijwel iedereen van mening dat tolken soms emotioneel belastend kan zijn.

Overigens zijn er volgens de tolken drie belangrijke voor-en nadelen van een *professionele tolk* in vergelijking met een *informele tolk*. Als voordeel gaven zij aan dat een

professionele tolk onpartijdig is, een geheimhoudingsplicht heeft en dat hij of zij zo nauwkeurig mogelijk vertaalt en indien nodig letterlijk. Ten slotte noemden zij de volgende nadelen: 1) de kosten voor de tolkdiensten, 2) er is niet altijd een *professionele tolk* beschikbaar in elke taal en 3) een *professionele tolk* mag geen fouten in de vertaling maken.

8 Conclusie, reflectie en aanbevelingen

8.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

De centrale vragen van dit onderzoek luiden als volgt:

- ◆ *Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen professionele en informele tolken?*
- ◆ *Welke rollen vervullen informele tolken in huisarts-patiëntgesprekken?*
- ◆ *Wat zijn de taakopvattingen van professionele tolken die in de gezondheidszorg tolken en wat zijn de voor- en nadelen van een professionele tolk volgens tolken zelf?*

De meest relevante overeenkomsten tussen *professionele* en *informele tolken* is: 1) hun vermogen om zo nu en dan de communicatie in een medisch consult te optimaliseren en 2) dat ze tot dezelfde cultuur behoren als de patiënt. Daarnaast zijn er vier cruciale verschillen tussen deze tolken. In de eerste plaats kunnen *professionele tolken* in tegenstelling tot *informele tolken* adequaat vertalen en hebben zij kennis van medische termen. Bovendien zijn *professionele tolken* anders dan *informele tolken* neutraal in hun houding tussen de zorgverlener en de patiënt. Ook zijn professionele tolken verplicht om de vertrouwelijke informatie over de patiënt geheim te houden. Daarentegen kunnen *informele tolken* aanvullende informatie over de klachten van de patiënt aan de arts overdragen.

Nu zal uiteengezet worden welke rollen informele tolken tijdens huisarts-patiënt gesprekken vervullen. Informele tolken nemen drie belangrijke rollen in deze gesprekken op zich, namelijk: 1) *niet-vertaler* (vertaalt de mededelingen van de arts of de patiënt niet), 2) *facilitator* (optimaliseert het communicatieproces) en 3) *recapitulator* (vertaalt niet letterlijk). Dat wil zeggen dat informele tolken in elk gesprek als *niet-vertaler*, *facilitator* en *recapitulator* gefungeerd hebben. Verder traden zij het vaakst op als *niet-vertaler*. Dat houdt in dat zij in sommige gesprekken de boodschap van de zorgverlener of de patiënt meer dan regelmatig niet vertaald hebben. Ook is naar voren gekomen dat de *facilitator* anders dan de *niet-vertaler* en *recapitulator* in vrijwel alle gesprekken veelvuldig voorgekomen is.

Daarenboven vervullen *informele tolken* zes rollen die beschouwd kunnen worden als minder belangrijk dan de vorige drie. Immers, het betreft hier rollen die louter in één of twee gesprekken dikwijls voorkomen, zoals: 1) *intermediair* (verzamelt informatie, draagt deze over en slaat deze op), 2) *responder* (spreekt soms direct namens de patiënt), 3) *reporter* (vertaalt letterlijk), 4) de tolk die uitgesteld vertaalt, 5) de tolk die niet correct vertaalt en 6) *begeleider*. Tot slot zijn er een zestal rollen die het minst belangrijk zijn, aangezien deze rollen in niet meer dan één, twee of drie gesprekken voorkwamen. Dat zijn de volgende

rollen: *direct source* (§3.4), *co-diagnostiseerder* (zie §3.3), *(informele) zorgdrager* (zie §3.3), *adviseur* (zie §3.2), *mediator* (zie §3.2) en *tweede arts* (zie §3.3). Behalve de hierboven genoemde rollen, fungeren *informele tolken* soms als *advocate* (zie §3.3) en mogelijksterwijs als *vertrouwenspersoon* (zie §3.2).

In tegenstelling tot *informele tolken* voor wie niet letterlijk vertalen één van de belangrijkste taken is, zijn *professionele tolken* van mening dat correct vertalen hun kerntaak is. Wanneer zij correct vertalen trachten zij afhankelijk van de context zo nauwkeurig mogelijk te vertalen of letterlijk te vertalen. Bovendien realiseren nagenoeg alle *professionele tolken* zich dat er culturele verschillen tussen de zorgaanbieder en de patiënt bestaan. Voorts hebben zij een dubbele visie aangaande deze culturele verschillen. Dat houdt in, dat zij achten dat ze op de hoogte dienen te zijn van de culturele achtergrond van de zorgverlener en de patiënt, maar dat zij de arts en de patiënt in eerste instantie niet zullen informeren over de verschillen in de culturele achtergronden. Overigens menen haast alle *professionele tolken* dat zij de gezondheidszorg meer toegankelijk kunnen maken voor (migranten)patiënten door het aanbieden van hun tolkdiensten.

Afgezien van cultuurverschillen beseffen *professionele tolken* dat zijzelf, de hulpverlener en de patiënt verschillende belangen hebben. Daarnaast prefereren zij onbewust het artsperspectief, want zij vinden dat de zorgaanbieder het gesprek moet leiden. Tevens zijn alle *professionele tolken* van mening dat zij volkomen neutraal horen te zijn. Met andere woorden, zij zullen niet aan de kant van de arts, evenmin aan de kant van de patiënt staan. Verder gaven alle *professionele tolken* te kennen dat zij af en toe tijdens het tolken blootgesteld worden aan emotionele belasting.

Ten slotte betogen zij dat er drie cruciale voor-en nadelen zijn van een *professionele tolk* vergeleken met een *informele tolk*. De voordelen hebben betrekking op de neutraliteit van de *professionele tolk*, diens geheimhoudingsplicht en zijn of haar vermogen om zo precies mogelijk te vertalen en daar waar noodzakelijk letterlijk te vertalen. Daarenboven waren de nadelen volgens hen: 1) de kosten voor de tolkdiensten, 2) het feit dat er niet altijd een *professionele tolk* voorhanden is in elke taal en 3) de eis dat een *professionele tolk* geen fouten in de vertaling maakt.

8.2 Theoretische reflectie

De professionele tolken in dit onderzoek associëren zich evenals de professionele tolken uit de studie van Rosenberg et al. (2008) vooral met het “*conduit-model*” van de NCIHC (zie §2.2.1). Volgens dit model is de belangrijkste taak van de tolk adequaat vertalen (Beltran Avery, 2001). Ook professionele tolken uit deze studie zien correct vertalen als hun primaire

taak. Verder menen aanhangers van het *''conduit-model''* dat professionele tolken kennis dienen te hebben van de culturele context van de patiënt, maar dat zij in eerste instantie geen culturele verklaringen horen te geven. Echter, wordt een uitzondering voor het geven van deze culturele verklaringen gemaakt wanneer de arts niet-cultureel competent blijkt te zijn (Beltran Avery, 2001). Dit komt overeen met de opvatting van de participanten. Zij vinden namelijk dat ze op de hoogte moeten zijn van cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt, maar zijn over het algemeen niet bereid uitleg te geven over de verschillen, behalve als de zorgverlener en de patiënt hier om vragen. Daarnaast achten zowel de voorstanders van het *''conduit-model''* als de respondenten dat de arts de regie moet hebben in het gesprek en dat een tolk zijn of haar aanwezigheid dient te minimaliseren.

Bovendien wordt in het vierde perspectief van de NCIHC, *de tolk ingebed in zijn of haar cultureel-linguïstische gemeenschap* (zie §2.2.4) van de professionele tolk verwacht dat hij of zij de toegang tot de gezondheidszorg mogelijk maakt of verbetert (Beltran Avery, 2001). De participanten voldoen aan deze verwachting, omdat zij aangegeven hebben dat ze een bijdrage leveren aan het meer toegankelijk maken van de gezondheidszorg voor patiënten. Voorts associëren de respondenten zich met de *''translator''* uit Jalbert's typologie (zie §2.3). Dat wil zeggen dat zij evenals deze *''translator''* zich onpartijdig opstellen en trachten op de achtergrond te blijven.

Overigens zijn er ook verschillen tussen de resultaten en de literatuur. Zo wordt in het *''incremental intervention model''* van de NCIHC (zie §2.2.3) beweerd dat een professionele tolk de machtsverschillen tussen alle gesprekspartners moet erkennen (Beltran Avery, 2001). De professionele tolken in dit onderzoek daarentegen spraken over en waren zich bewust van belangenverschillen. Zij legden uit dat belangenverschillen niet gerelateerd zijn aan de machtsverschillen, aangezien er sprake is van wederzijdse afhankelijkheid tussen de zorgaanbieder, de patiënt en de tolk. Immers, de arts verleent zorg, de patiënt krijgt zorg en de tolk maakt het mogelijk dat de patiënt deze zorg krijgt.

Daarenboven associëren de participanten zich niet met het tweede perspectief van de NCIHC, *de manager van het communicatieproces* (zie §2.2.2) en de *''cultural broker''* uit Jalbert's indeling (zie §2.3) in tegenstelling tot de professionele tolken van Rosenberg et al. (2008). De verwachting die in §5.6 is geformuleerd klopt dus gedeeltelijk, aangezien de professionele tolk wel als *''conduit''* optreedt, maar niet als *manager van het communicatieproces* en *''cultural broker''*. De verklaring hiervoor is dat de professionele tolk in deze rollen de regie over het gesprek in handen moet nemen en hij moet culturele verklaringen verschaffen. Zoals al eerder gezegd is, achten de respondenten dat de hulpverlener verantwoordelijk is voor de regie over het communicatieproces en weigeren zij

over het algemeen om culturele verklaringen te geven.

Ook associëren de professionele tolken in dit onderzoek zich niet met de *cultural informant*, *cultural mediator*, *advocate* en *bilingual professional* uit Jalbert's typologie (zie §2.3). Het vervullen van deze rollen vereist dat de professionele tolk voor de kant van de arts of de patiënt kiest en dat hij de arts en de patiënt informeert over cultuurverschillen. Dit is in tegenstrijd met de wens van de participanten om onpartijdig te blijven, zie vorige argument voor de cultuurverschillen. Ten slotte worden de negatieve gevolgen van het tolken, zoals de emotionele belasting niet genoemd in de literatuur. De reden hiervoor is dat de emotionele belasting waarmee (professionele) tolken geconfronteerd worden onderschat wordt in de literatuur.

Nu zullen de overeenkomsten en verschillen met betrekking tot de voor-en nadelen van een professionele tolk ten opzichte van de informele tolk besproken worden. Zowel Schaafsma et al. (2003) als professionele tolken zelf gaven aan dat de volgende drie voordelen van een professionele tolk de meest belangrijke voordelen zijn: 1) het vermogen van de tolk om adequaat te vertalen, 2) zijn onpartijdigheid en 3) zijn geheimhoudingsplicht. Anders dan de professionele tolken zelf noemden Schaafsma et al. (2003) het hebben van dezelfde cultuur als de patiënt ook als een voordeel. De reden dat de respondenten uit onderhavig onderzoek dit niet zagen als een voordeel is, omdat zij vinden dat zij niet verantwoordelijk zijn voor het overdragen van informatie over de cultuur van de patiënt aan de arts.

Wat de nadelen van een professionele tolk in vergelijking met een informele tolk betreft, waren er veel verschillen tussen Schaafsma et al. (2003) en de professionele tolken zelf. De participanten waren bijvoorbeeld niet van mening dat hun lage hiërarchische positie in de gezondheidszorg een nadeel is ten opzichte van de informele tolk. Dit komt doordat de meeste participanten zich ondanks deze lage positie gewaardeerd voelden. Bovendien hebben professionele tolken in tegenstelling tot informele tolken een formele positie binnen de gezondheidszorg. Verder vonden de respondenten niet dat hun eigen positie in de cultureel-linguïstische gemeenschap een negatieve invloed heeft op de communicatievorm, aangezien de meeste respondenten zoals reeds gezegd is niet dezelfde cultuur hebben als de patiënt.

Daarnaast noemden professionele tolken zelf drie nadelen van een professionele tolk die niet door Schaafsma et al. (2003) genoemd zijn, namelijk: 1) de kosten voor de tolkdiensten, 2) er is niet altijd een professionele tolk voorhanden in elke taal en 3) de professionele tolk mag geen fouten maken in de vertaling. Het eerste en het derde nadeel kunnen evenwel beschouwd worden als voordelen, want er wordt geïnvesteerd in effectieve communicatie tussen de hulpverlener en de patiënt en wanneer professionele tolken geen

fouten maken begrijpen de arts en de patiënt elkaar beter. Wat het tweede nadeel betreft, is het maar de vraag in hoeverre informele tolken bereid zijn om altijd te tolken.

Daarenboven zijn er een aantal overeenkomsten en verschillen tussen de rollen die informele tolken in deze studie vervullen en de rollen aangaande informele tolken die in de literatuur besproken zijn. In principe nemen informele tolken "alle" rollen op zich die in de literatuur aan bod zijn gekomen (zie tabel 3.1 voor een overzicht van al deze rollen). Overigens is het niet duidelijk of informele tolken de rol van *vertrouwenspersoon* vervuld hebben, omdat de motieven van patiënten voor het kiezen van de informele tolk niet onderzocht zijn. Echter, is het mogelijk dat deze rol voorgekomen is, omdat informele tolken vaak vergezeld worden door een familielid die zij vertrouwen.

Verder zijn er overeenkomsten met het onderzoek van Rosenberg et al. (2008). Uit hun studie is namelijk ook gebleken dat *informele tolken* de rol van "recapitulator" (zie §3.2), "co-diagnostiseerder" (zie §3.3, idem voor de andere drie rollen), "(informele) zorgdrager", "tweede arts" en *advocate* tijdens arts-patiëntgesprekken vervullen. Kortom, de verwachting uit paragraaf 5.6 klopt, want informele tolken vervullen de zojuist genoemde vijf rollen. De informele tolken van Rosenberg et al. (2008) kwamen op voor de belangen van de patiënt (*advocate*), omdat zij bang waren dat de patiënt niet de juiste behandeling zou krijgen. Dit komt grotendeels overeen met de informele tolken uit onderhavig onderzoek. Immers, deze tolken hebben soms zelf informatie over de situatie van de patiënt aan de arts overgedragen als een *advocate*, omdat zij wilden dat de patiënt een passende behandeling zou krijgen. Met andere woorden, beide tolken hadden hetzelfde doel.

Bovendien is er een verschil tussen de informele tolken in de studie van Rosenberg et al. (2008) en de informele tolken in deze studie. Dat wil zeggen dat de eerst genoemde groep (die van Rosenberg) in tegenstelling tot de informele tolken in onderhavig onderzoek niet als "mediator" (zie §3.2), "responder" (idem), "reporter" (idem), *begeleider* (idem), *adviseur* (idem), *vertrouwenspersoon* (idem), "facilitator" (zie §3.4), "intermediair" (idem) en "direct source" (idem) in medische consulten fungeert. Daarnaast laat het onderzoek van Rosenberg et al. (2008) zien dat informele tolken een beperkter aantal rollen vervullen vergeleken met onderhavig onderzoek, omdat Rosenberg et al. (2008) de informele tolken alleen geïnterviewd hebben en geen observaties verricht hebben. Door de informele tolken enkel te interviewen is het lastig om te achterhalen hoeveel rollen zij daadwerkelijk vervullen, aangezien informele tolken zich vaak niet bewust zijn van de verschillende rollen die zij aannemen.

Overigens zijn er een aantal rolcategorieën die ook in de literatuur vermeld worden zoals de informele tolk die niet vertaalt, niet correct vertaalt of het vertalen uitstelt. Zo betoogt Flores (2005) dat informele tolken de bijwerkingen van medicijnen die door de arts genoemd

zijn, soms niet vertalen. Bovendien laten zowel Flores (2005) als Jacobs (2006) in hun onderzoek zien dat *informele tolken* veel vertaalfouten maken. Uit de studie van Flores (2005) is bijvoorbeeld gebleken dat informele tolken de helft van de vragen die de zorgverlener aan de patiënt stelt niet correct vertalen. Voorts vertalen informele tolken volgens Jacobs (2006) soms pas wanneer de patiënt daar om vraagt en stellen ze het vertalen dus uit. Op basis van de bevindingen is een nieuwe indeling gemaakt van de taken van professionele tolken (zie tabel 8.1) en de rollen van informele tolken (zie tabel 8.2).

Tabel 8.1: De taken van professionele tolken in arts-patiëntgesprekken

Taken van professionele tolken	
1	Correct vertalen (zo nauwkeurig mogelijk vertalen of letterlijk vertalen)
2	Cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt erkennen
3	Kennis hebben van cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt
4	Belangenverschillen tussen de tolk zelf, de arts en de patiënt erkennen
5	Volledig onpartijdig zijn
6	De gezondheidszorg meer toegankelijk maken voor patiënten

Tabel 8.2: De rollen van informele tolken in arts-patiëntgesprekken en de bijbehorende taken

Rol	Taken
1 Niet-vertaler	niet vertalen
2 Facilitator	<ul style="list-style-type: none"> -optimaliseren communicatieproces -om bevestiging vragen, het stellen van vragen ter verduidelijking, het corrigeren van de patiënt -toelichten, herhalen en parafraseren -vertalen van termen die in de medische wereld gebruikt worden voor de patiënt -vertalen van termen die de patiënt in zijn levenswereld hanteert voor de arts -een vooraf bepaalde agenda -patiënten aansporen om bepaalde belangrijke onderwerpen ter sprake te brengen
3 Recapitulator	<ul style="list-style-type: none"> -niet letterlijk vertalen -enkel de kern van een mededeling aan de patiënt of hulpverlener overdragen
4 Intermediair	<ul style="list-style-type: none"> -informatie verzamelen, overdragen en opslaan -vragen beantwoorden die de zorgaanbieder aan de patiënt stelt, indirect namens de patiënt, zich informeren bij de arts ten behoeve van de patiënt -opslaan van belangrijke feiten over de medische gebeurtenissen en beslissingen van de patiënt uit het verleden in het geheugen -informatie toevoegen aan datgene dat gezegd is door de patiënt -proberen om specifieke onderwerpen aan bod te laten komen -vragen stellen aan de patiënt namens de arts -soms als <i>cultural broker</i> fungeren -informatie bieden aan de arts over de betekenis van de situatie voor de patiënt

	-informatie verschaffen aan de arts over de dagelijkse activiteiten van de patiënt
5 Responder	soms direct namens de zorgverlener of patiënt spreken
6 Reporter	letterlijk vertalen
7 De tolk die uitgesteld vertaalt	uitgesteld vertalen
8 De tolk die niet correct vertaalt	fouten maken in de vertaling
9 Begeleider	-de patiënt allerlei aanwijzingen geven -de patiënt geruststellen -bepaalde beslissingen namens de patiënt nemen
10 Direct source	-de patiënt 'vervangen' en optreden als het directe aanspreekpunt voor de zorgaanbieder als hij informatie over de patiënt wenst te hebben -uit zichzelf vragen stellen aan de zorgverlener over de situatie van de patiënt -naar de patiënt verwijzen door in de derde persoon te spreken -soms als <i>co-diagnostiseerder</i> of <i>advocate</i> fungeren
11 Co-diagnostiseerder	-zelf een diagnose stellen -voor en na het consult de patiënt interviewen zodat de ziekteverschijnselen van de patiënt achterhaald kunnen worden
12 (Informeel) zorgdrager	op diverse manieren hulpverlening aan de patiënt bieden zowel tijdens als na het gesprek zodat hij eerder geneest
13 Adviseur	-de patiënt aanraden om iets te doen
14 Mediator	bemiddelen tussen zorgverlener en patiënt over sociale, culturele of situationele aspecten
15 Tweede arts	een eigen kijk geven op de behandelmethode
16 Advocate	-opkomen voor de belangen van de patiënt -zelf informatie overdragen over de situatie van de patiënt aan de arts
17 <i>Vertrouwenspersoon</i> (Potentiële rol)	-de gezondheidsklachten van de patiënt alleen met de zorgverlener en de patiënt zelf bespreken

Alles overziend blijkt dat *informele tolken* vergeleken met *professionele tolken* zich meer associëren met de rollen die in de literatuur genoemd worden en dat zij meer rollen in arts-patiëntgesprekken vervullen dan *professionele tolken*.

8.3 Methodische reflectie

De resultaten van de observaties zijn over het algemeen heel betrouwbaar. De rolgedragingen van de informele tolken konden direct aan de hand van video-opnamen waargenomen worden. Daarnaast zijn de rolgedragingen van de observanten niet beïnvloed door de observator. De resultaten laten zien dat informele tolken veel meer rollen tijdens medische consulten vervullen dan wat tot nu toe beschreven is in de literatuur. Bovendien is gebleken dat informele tolken van rollen wisselen gedurende de gesprekken. Wat de grootte van de steekproef betreft, deze zou iets groter mogen. Een andere beperking is, is dat de meningen en

ervaringen van informele tolken aangaande hun rollen niet onderzocht zijn. Er kon dus geen vergelijking worden gemaakt tussen enerzijds observaties en anderzijds interviews. Voorts zijn enkel de rollen van Turkse informele tolken beschreven en is de vraag in hoeverre de resultaten van toepassing zijn op informele tolken met een andere cultuur.

Verder zijn de resultaten van de interviews redelijk betrouwbaar. De taakopvattingen en ervaringen van professionele tolken konden direct achterhaald worden. De professionele tolken waren het grotendeels eens met elkaar wat hun taakopvattingen betreft. Ook was er nauwelijks sprake van tegenstrijdigheden in de opvattingen van de professionele tolken. Daarenboven zou de betrouwbaarheid van de interviewresultaten vergroot kunnen worden door de steekproef groter te maken en door de rolgedragingen van de professionele tolken te observeren. Voorts zijn slechts de taakopvattingen van vrouwelijke professionele tolken onderzocht en is het niet duidelijk of de interviewresultaten van toepassing zijn op mannelijke professionele tolken.

Doordat ik van de ene groep observaties had en van de andere groep interviews, en deze met elkaar vergeleken heb, heb ik een enigszins ongelijke vergelijking gekregen. Door zoals gezegd ook interviews van *informele tolken* en observaties van *professionele tolken* erin te betrekken zou ik nog robuustere uitspraken hebben kunnen doen dan nu het geval is.

Ondanks deze beperkingen is mijn conclusie dat de observatieresultaten een betrouwbaar beeld geven van de verschillende rollen die Turkse *informele tolken* in huisarts-patiëntgesprekken vervullen en de rolwisseling. Tevens ben ik van mening dat de interviewresultaten een redelijk representatief beeld geven van de taakopvattingen van *professionele tolken*. Daarnaast was het doel van dit onderzoek niet om generaliserende uitspraken te doen. Het doel was namelijk om de rollen en taakopvattingen van een specifieke groep *informele* en *professionele tolken* te beschrijven.

8.4 Aanbevelingen

Het zou interessant zijn om bij een vervolgonderzoek 20 professionele tolken, 10 mannen en 10 vrouwen die weinig (10x) en veel ervaring (10x) met tolken in de gezondheidszorg hebben te interviewen. Bovendien zouden ook de rolgedragingen van deze tolken geobserveerd kunnen worden. Verder zouden de rollen van 20 informele tolken met verschillende culturen, bijvoorbeeld de Marokkaanse, de Surinaamse en de Bosnische cultuur geobserveerd kunnen worden. Vervolgens zouden deze informele tolken geïnterviewd kunnen worden, zodat de observaties en de interviews vergeleken kunnen worden. Daarnaast kunnen de volgende drie aanbevelingen relevant zijn voor de praktijk: 1) professionele en informele tolken zouden voor het gesprek aan de arts duidelijk moeten aangeven welke rollen zij zullen vervullen en

waarom, 2) (huis)artsen horen interculturele vaardigheden te ontwikkelen, omdat professionele tolken in het algemeen van mening zijn dat zij geen culturele verklaringen horen te geven en 3) informele tolken dienen een cursus over tolken in de gezondheidszorg te volgen, aangezien uit de resultaten is gebleken dat zij vaak niet vertalen.

Literatuur

Angelelli, C. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

Beltran Avery, M.P. (2001). *The role of the health care interpreter: An evolving dialogue*. Chicago: The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC).

Bochner, S. (1983). Doctors, patients and their cultures. In D. Pendleton & J. Hasler (Eds.), *Doctor-Patient Communication* (pp. 127-138). New York, NY: Academic Press.

Bot, H., Meeuwesen, L., & Harmsen, H. (2011). Tolken in de zorg onmisbaar. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 66, 609-612.

CBS (2011). <http://statline.cbs.nl/>

Chesterman, A. (1997). *Memes of Translation: The spread of ideas in Translation Theory*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: the social-linguistic role of the interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4, 379-405.

Flores, G. (2005). The impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62, 255-296.

Green, J., Free, C., & Bhavnani, V. (2005). Translators and mediators: bilingual young people's accounts of their interpreting work in health care. *Social Science & Medicine*, 60, 2097-2110.

Hale, S., & Stern, L., & Ozolins, U. (Eds.). (2009). *The Critical Link 5. Quality in interpreting- a shared responsibility*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Hasselkus, B. (1992). The family caregiver as interpreter in the geriatric medical interview. *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 288-304.

Hatton, D. C., & Webb, T. (1993). Information transmission in bilingual, bicultural contexts: A field study of community health nurses and interpreters. *Journal of Community Health*

Nursing, 10, 137-147.

Helman, C. G. (1990). *Culture, Health and Illness*. Oxford, United Kingdom: Butterworth-Heinemann.

Houtkoop, H., & Koole, T. (2000). *Taal in actie; hoe mensen communiceren met taal*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Hsieh, E. (2006). Understanding medical interpreters: reconceptualising bilingual health communication. *Health common*, 20, 177-186.

Hsieh, E. (2008). "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Research*, 18, 1367-1383.

IGZ (2006). *Wanneer laten tolken? Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg*. Utrecht/Den Haag: Pharos/Inspectie voor de gezondheidszorg.

Jacobs, E. (2006). The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda. *The Milbank Quarterly*, 84, 111-133.

Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in paediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7, 167-192.

Meeuwesen, L. (2011). Europees project TRICC. Lezing conferentie "Als je niet begrijpt wat ik bedoel": Tolken in de zorg: Rotterdam (2011, March 25).

Meeuwesen, L., Harmsen, H., & Sbiti, A. (red.).(2011). *Als je niet begrijpt wat ik bedoel: Tolken in de gezondheidszorg*. [Good practices 16]. Rotterdam: MIKADO.

Meeuwesen, L., Twilt, S., Thijs, J.D. Ten, & Harmsen, H. (2010). 'Ne diyor?' (What does she say?): Informal interpreting in general practice. *Patient Education and Counseling*, 81, 198-203.

Meyer, B., Pawlack, B., & Kliche, O. (2010). Family interpreters in hospitals: Good reasons for bad practice? *mediAzioni*, 10, 297-324.

Roat, C.E., Putsch, R.W., III, & Lucero, C. (1997). *Bridging the gap over the phone: A basic training for telephone interpreters serving medical settings*. Seattle, WA: Cross Cultural Health Care Program.

Robb, N., & Greenhalgh, T. (2006). You have to cover up the words of the doctor: The mediation of trust in interpreted consultations in primary care. *Journal of Health Organization and Management*, 20, 434-455.

Rosenberg, E., Leanza, Y., & Seller, R. (2007). Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 67, 286-292.

Rosenberg, E., Seller, R., & Leanza, Y. (2008). Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 70, 87-93.

Schaafsma, E.S., Raynor, T.D.K., & De Jong-van den Berg, L.T.W. (2003). Accessing medication information by ethnic minorities: Barriers and possible solutions. *Pharmacy World and Science*, 25, 185-190.

Van Aalsum, S. (2011, April 15). Medische tolk is recht, geen luxe. *Trouw*, pp.6.

Verrept, H. (2004). De rol van cultuur bij het medisch tolken. *Cultuur Migratie Gezondheid (CMG)*, 44-49.

Wadensjö, C. (1992). Participation framework. In C. Wadensjö (Ed.), *Interpreting as interaction* (pp. 115-172). Manchester, United Kingdom: St. Jerome.

Zendedel, R., & Meeuwesen, L. (2011). 'Het gaat toch om je ouders': Ervaringen van informele tolken in een medische setting. *Cultuur Migratie Gezondheid (CMG)*, 1-14.

Bijlage 1a

Observatieschema voor de rol van informele tolken

Tabel 3.2 : Kenmerken van de rollen Mediator, Facilitator, Intermediair, Direct source, Co-diagnostiseerder, Tweede arts, (Informeel) zorgdrager, Advocate, Begeleider, Adviseur en Vertrouwenspersoon

	Mediator	Facilitator	Intermediair	Direct source	Responder	Recapitulator	Reporter
Kenmerken	bemiddelen tussen zorgverlener en patiënt over sociale, culturele of situationele aspecten	om bevestiging vragen, het stellen van vragen ter verduidelijking, het corrigeren van de patiënt om de patiënt en de arts beter inzicht te geven in wat er gezegd is	kan fungeren als <i>“vervanger”</i> van de patiënt	“vervangt” de patiënt en is dus het directe aanspreekpunt voor de zorgaanbieder als hij informatie over de patiënt wenst te hebben	spreekt (soms) direct namens de zorgverlener of de patiënt, geeft hen dus niet de mogelijkheid om zelf het woord te voeren	enkel de kern van een mededeling aan de patiënt of de hulpverlener overdragen	letterlijk vertalen van woorden

	derde gesprekspartner	toelichten, herhalen en parafraseren om de patiënt en de arts beter inzicht te geven in wat er gezegd is	beantwoordt vragen die de zorgaanbieder aan de patiënt stelt, indirect namens de patiënt en informeert zich bij de arts ten behoeve van de patiënt	stelt uit zichzelf vragen aan de zorgverlener over de situatie van de patiënt	derde gesprekspartner	niet letterlijk vertalen van woorden	derde gesprekspartner
		het vertalen van woorden staat centraal		verwijst naar de patiënt door in de derde persoon te spreken		slechts de vorm van een mededeling veranderen en niet de inhoud	
		het vertalen van termen die in de medische wereld gebruikt worden voor de patiënt	slaat belangrijke feiten over de medische gebeurtenissen en beslissingen van de patiënt uit het verleden in het geheugen op	treedt soms als <i>co-diagnostiseerder</i> of <i>advocate</i>		derde gesprekspartner	
		het vertalen van termen die de patiënt in zijn of haar levens-	voegt allerlei informatie toe aan datgene wat gezegd is	tweede gesprekspartner in een dialoog			

		wereld hanteert voor de arts	door de patiënt				
		een vooraf bepaalde agenda tijdens de triadische interactie	probeert specifieke onderwerpen aan bod te laten komen				

		patiënten aansporen om bepaalde belangrijke onderwerpen ter sprake te brengen	kan optreden als `` <i>vervanger</i> `` van de zorgverlener				
		derde gesprekspartner	stelt vragen aan de patiënt namens de arts				
			fungeert soms als <i>cultural broker</i>				
			biedt informatie aan de arts over de betekenis van de situatie voor de patiënt				
			kan ook zijn eigen mening over de betekenis van de situatie geven				
			kan informatie verschaffen aan de arts over de dagelijkse activiteiten van de patiënt				

Bron: Davidson (2000); Hasselkus (1992); Wadensjö (1992)

Bijlage 1b

Observatieschema voor de rol van informele tolken

Tabel 3.3 : Kenmerken van de rollen Tweede arts, (Informele) zorgdrager, Advocate, Begeleider, Adviseur en Vertrouwenspersoon

	Co- diagnostiseerder	Tweede arts	(Informele) zorgdrager	Advocate	Begeleider	Adviseur	Vertrouwenspersoon
Kenmerken	zelf een diagnose stellen	een eigen kijk geven op de behandelmethode	op diverse manieren hulpverlening aan de patiënt bieden zodat hij of zij eerder geneest	opkomen voor de belangen van de patiënt	afhankelijk van de interpretatie van de onderzoeker	afhankelijk van de interpretatie van de onderzoeker	afhankelijk van de interpretatie van de onderzoeker
	voor en na het consult de patiënt interviewen zodat de ziekteverschijnselen van de patiënt achterhaald kunnen worden	derde gesprekspartner	derde gesprekspartner	derde gesprekspartner			
	derde gesprekspartner						

Bron: Rosenberg, Leanza & Seller (2008); Zendedel & Meeuwesen (2011)

Bijlage 2

Observatieschema voor de rolwisseling van informele tolken (time-sampling)

Tabel 3.4: Type rol die de informele tolk tijdens een huisarts-patiëntgesprek vervult

Type rol die de informele tolk vervult	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mediator										
Facilitator										
Intermediair										
Direct source										
Responder										
Recapitulator										
Reporter										
Co-diagnostiseerder										
Tweede arts										
(Informele) zorgdrager										
Advocate										
Begeleider										
Adviseur										
Vertrouwenspersoon										

1 in het donkere vak =1^e minuut van het huisarts-patiëntgesprek, 2=2^e minuut etc.

Bron: Davidson (2000); Hasselkus (1992); Wadensjö (1992); Rosenberg, Leanza & Seller (2008); Zendedel & Meeuwesen (2011)

Bijlage 3

Transcriptieregels (Houtkoop & Koole, 2000)

+	Uiting is hoorbaar af
,	Uiting is hoorbaar nog niet af
?	Vragende intonatie
↑	Stijgende intonatie
↓	Dalende intonatie
<u>woord</u>	Nadruk op een woord of woorddeel
>woord<	Snellere uitspraak van een woord
<woord >	Langzamere uitspraak van een woord
˘woord	Zacht uitgesproken woord
WOORD	Hard uitgesproken woord
:	Geeft aan dat een woord wordt verlengd (u::hm)
(h)	Aanduiding dat een woord lachend wordt uitgesproken
woo-	Zinsdeel of woord wordt plotseling afgebroken
woo"	Deel van een woord wordt hoorbaar niet uitgesproken
.hh.	Inademen voordat er wordt gesproken
.shuh	Een 'natte snik': snik met een hoorbaar neus ophalen
.shih	Een 'droge snik': snik vanuit keel
.pt	Smakkend geluidje voordat er wordt gesproken
(.)	Pauze van minder dan 0.3 seconden
(0.4)	Pauze van meer dan 0.3 seconden: getal geeft het aantal secondes aan
"woord"	Citaten en quasi-citaten
[]	Tegelijkertijd spreken
= =	Als uitingen van twee personen naadloos op elkaar aansluiten
(())	Opmerkingen of geluiden die niet in het transcript opgenomen kunnen worden
(woord)	Als je iets niet verstaat of het niet zeker weet
(...)	Overslaan van een stukje tekst
? : ?	Voor de kantlijn zetten als je niet weet van wie de uitspraak is

Bijlage 4

Topiclijst interviews met professionele tolken

Algemene gegevens

- Geslacht m/v
- Leeftijd
- Wat is uw etniciteit?
- Tot welke cultuur behoort u?
- Welke talen spreekt u?
- Hoe lang heeft u ervaring met professioneel tolken en medisch tolken?

Het overwinnen van taalbarrières

- 1) Vindt u dat het tot uw taak behoort om letterlijk te vertalen?
- 2) Vindt u dat u altijd alles hoort te vertalen wat de arts en de patiënt zeggen?
- 3) Vindt u dat u ervoor moet zorgen dat de arts en de patiënt elkaars boodschap begrijpen?

Het overwinnen van cultuurbarrières

- 4) Bent u zich bewust van de cultuurverschillen tussen de arts en de patiënt?
- 5) Vindt u dat u kennis hoort te hebben van de cultuur van de patiënt en de cultuur van de arts?
- 6) Vindt u dat het tot uw taak behoort om uitleg te geven aan de arts over de cultuur van de patiënt en andersom?
- 7) Vindt u dat de normen en waarden van de patiënt gelijkwaardig zijn aan de normen en waarden van de arts?

Het aangeven van rollen

- 8) Vindt u dat u aan de arts en de patiënt duidelijk moet aangeven wat zij van u als tolk kunnen verwachten?
- 9) Vindt u dat de rol die u als tolk vervult beïnvloed wordt door de verwachtingen van de arts of de patiënt?
- 10) Vindt u dat de rol die u als tolk vervult iets zegt over wie u bent als persoon/uw karaktereigenschappen?
- 11) Vindt u dat u flexibel hoort te zijn en dus in staat moet zijn om verschillende taken uit te voeren?

12) Vindt u dat u verantwoordelijk bent voor het beter toegankelijk maken van de gezondheidszorg voor patiënten?

Belangenverschillen

13) Bent u zich bewust van de belangenverschillen tussen uzelf, de arts en de patiënt?

14) Wie moet volgens u de regie in het communicatieproces hebben?

15) In hoeverre vindt u dat u zichtbaar aanwezig moet zijn?

16) Vindt u dat u soms op de achtergrond moet blijven om de arts en de patiënt de gelegenheid te geven om direct met elkaar te communiceren, mits de patiënt de arts enigszins verstaat en in staat is om korte antwoorden te geven?

17) Vindt u dat u de arts en de patiënt evenveel aan het woord moet laten?

18) Vindt u het acceptabel om vragen die de arts aan de patiënt stelt of andersom zelf te beantwoorden?

19) In hoeverre denkt u dat u invloed heeft op het ontwikkelen van vertrouwen en respect tussen de arts en de patiënt?

Het onpartijdig zijn

20) In hoeverre vindt u dat u onpartijdig hoort te zijn en dus niet uw eigen mening hoort te geven?

21) Vindt u dat u moet opkomen voor de belangen van de patiënt bij een conflict tussen de arts en de patiënt?

22) Zijn er wel eens momenten geweest waarin het tolken emotioneel belastend was?

23) Vindt u dat u kennis hoort te hebben van de gezondheidsrechten van een patiënt?

Voor-en nadelen van een professionele tolk

24) Kunt u een aantal voor-en nadelen van een professionele tolk ten opzichte van een informele tolk noemen?