

'Dat wil je gewoon niet weten van je moeder!'

Ervaringen van jongvolwassenen met informeel tolken
tijdens het medisch consult



Onderzoeksverslag Masterthesis

Master Communicatiestudies, ASW/Letteren

Universiteit Utrecht

Student: Rena Zendedel (0419311)

Docentbegeleider: Dr. Ludwien Meeuwesen

Tweede lezer: Dr. Jan ten Thije

25-06-2010



Voorwoord

Voor u ligt de scriptie dat als afronding van de master ‘Communicatiestudies’ is geschreven. Na het voltooien van mijn bachelor ‘Taal en cultuurstudies’ waarin ik me heb verdiept in de studie naar ‘taal’ wilde ik meer te weten komen over dit fascinerende fenomeen. Ik wilde deze keer echter verder reiken dan de analyse van syntaxis, speech acts en fonetiek. Daarom koos ik binnen de master voor de track ‘Communicatie in organisatie’ die de taal vanuit een organisationele context benadert. Zo kwam ik al tijdens mijn eerste cursorische vak in aanraking met het thema ‘arts-patiënt communicatie’. Dit onderwerp heeft me meteen geboeid en ik besloot dan ook mijn scriptie binnen dit onderzoeksveld te schrijven. Ik nam contact op met Ludwien Meeuwesen die op zoek was naar master-studenten die in het kader van een internationaal project onderzoek wilden doen naar de inzet van tolken in medische communicatie. Na een goed gesprek kwamen we overeen dat ik mijn scriptie in het kader van het TRICC-project (Training Intercultural and Bilingual Competences in Health and Social Care) zou schrijven, dat in het najaar van 2008 net van start was gegaan.

Vandaag, een anderhalf jaar na dit eerste gesprek met mijn scriptiebegeleidster kijk ik met enige weemoed terug naar de maanden waarin ik met ijver en plezier heb gewerkt aan mijn onderzoek, maar ook aan de andere werkzaamheden binnen het TRICC project. Vandaag is namelijk tevens de laatste dag van mijn aanstelling als vervangend coördinator van het TRICC-project die tot stand kwam omdat de eigenlijke coördinator Sione Twilt tijdelijk met verlof ging. Ik wil Ludwien en Sione bedanken voor deze leerzame ervaring en hun vertrouwen in mij. Door mijn werkzaamheden binnen het TRICC raakte ik nog meer betrokken bij mijn onderzoek en dit zorgde ervoor dat ik onvermoeid en met het enthousiasme van een beginner deze studie tot een goed eind heb gebracht.

Dit zou nooit gelukt zijn zonder de hulp van de vijftien respondenten die ik heb geïnterviewd voor mijn studie. Ik wil jullie allemaal bedanken voor jullie openheid en het delen van jullie diepste emoties met mij. Ook mijn scriptiebegeleidster Ludwien Meeuwesen wil ik bedanken voor haar hulp en advies, het kritische commentaar en haar geduld en precisie bij het nakijken van mijn teksten, waardoor ik gestimuleerd werd om mezelf keer op keer te verbeteren. Sione Twilt wil ik bedanken voor haar advies en vertrouwen in mij en voor de mogelijkheid om in het TRICC project te participeren. Mijn familie en vrienden wil ik bedanken voor hun steun en de nodige ontspanning tussen het schrijven door. Daarnaast bedank ik alle TRICC-partners die met enthousiasme hebben gereageerd op de resultaten van mijn studie. Tot slot wil ik iedereen bedanken die op welke manier dan ook heeft bijgedragen aan het tot stand komen van deze scriptie. Ik hoop op een dag te kunnen werken aan de vervolgstudie naar dit belangwekkende onderwerp.

Rena Zendedel, juni 2010



Inhoudsopgave

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Inleiding | 4 |
| 2 | Arts-patiënt communicatie in het medisch consult | 6 |
| | 2.1 Gespreksfasering en de asymmetrische machtsverhoudingen tussen de arts en de patiënt in het medisch consult | 6 |
| | 2.2 Communicatiepatronen tussen de arts en de allochtone patiënt | 9 |
| | 2.3 Triadische gesprekken | 10 |
| 3 | Tolken in het medisch consult | 12 |
| | 3.1 De rol van tolken in het medisch consult | 14 |
| | 3.2 De invloed van tolken op de kwaliteit van medische communicatie | 20 |
| | 3.3 Tolkenbeleid in Nederland | 24 |
| | 3.4 Kinderen als informele tolken | 26 |
| | 3.5 Conclusie en discussie theoretische invalshoeken | 28 |
| 4 | Methode | 30 |
| | 4.1 Vraagstelling en methode | 30 |
| | 4.2 Operationalisatie | 31 |
| | 4.3 Steekproef en dataverzameling | 33 |
| | 4.4 Databewerking en analyse | 34 |
| 5 | Resultaten ‘ervaringen als volwassen tolk’ | 36 |
| | 5.1 Emotionele aspecten | 36 |
| | 5.2 Technische aspecten van het vertalen | 42 |
| | 5.3 Verwachtingen | 45 |
| | 5.4 Rollen | 46 |
| | 5.5 Communicatie | 50 |
| | 5.6 Bekendheid met officiële regelgeving | 54 |
| | 5.7 Suggesties voor verbetering arts-tolk-patiënt gesprekken | 55 |
| | 5.8 Attitudes en meningen | 55 |
| 6 | Resultaten ‘ervaringen als kind’ | 58 |
| | 6.1 Emotionele aspecten | 58 |
| | 6.2 Technische aspecten: hoe ging het vertalen vroeger? | 60 |
| | 6.3 Verantwoordelijkheid | 60 |
| | 6.4 Verwachtingen | 62 |
| | 6.5 Communicatie | 63 |
| | 6.6 De rol van de minderjarige tolk | 63 |



| | | |
|---|--------------------------------|----|
| 7 | Conclusie en discussie | 65 |
| | 7.1 Samenvatting resultaten | 65 |
| | 7.2 Theoretische reflectie | 67 |
| | 7.3. Methodische reflectie | 70 |
| | 7.4 Aanbevelingen | 70 |
| 8 | Literatuur | 72 |
| 9 | Transcriptieregels | 75 |
| | Bijlage 1 Topiclijst interview | 76 |
| | Bijlage 2 Codeerschema | 79 |



1 Inleiding

Door globalisering en grote migratiestromen tussen verschillende landen wordt de wereld steeds multicultureler. Ook Nederland is door de jaren heen veelkleuriger geworden en het proces van multiculturalisatie blijft zich in een rap tempo ontwikkelen. Momenteel is 20% van de Nederlandse bevolking *allochtoon*: mensen die niet in Nederland zijn geboren of mensen van wie tenminste één van de ouders niet in Nederland is geboren (CBS, 2010). Bijna 10% van deze populatie is *allochtoon van de eerste generatie*, de niet in Nederland geboren mensen (CBS, 2009). Uit onderzoek blijkt dat een overgroot deel van met name de allochtonen van de eerste generatie het Nederlands niet of slechts mondjesmaat beheerst (Harmsen, 2003). Ook deze mensen maken uiteraard gebruik van de Nederlandse gezondheidszorg, maar door de taalbarrière verloopt de communicatie met de arts niet vlekkeloos, wat in kwalitatief minder goede gezondheidszorg resulteert (Harmsen, 2003; Meeuwesen & Harmsen, 2007).

Nu kunnen de artsen in Nederland gratis gebruik maken van professionele tolken. Echter, uit onderzoek blijkt dat er veel vaker gebruik wordt gemaakt van de zogenaamde informele tolken: vrienden en familie van de patiënt en dus mensen die niet opgeleid zijn tot professioneel tolken (Twilt, 2007; Schouten et al., 2008). Hoewel veel onderzoek het gebruik van deze informele tolken afraadt, (Aranguri et al., 2006; Flores et al., 2003; Flores, 2005; Jacobs et al., 2001; Lee et al., 2002) worden ze toch vaak ingezet om te tolken tijdens medische consulten (Twilt, 2007; Schouten et al., 2008). Sommige onderzoekers zijn dan ook van mening dat het beter is de realiteit onder ogen te zien, het belang ervan te erkennen, de ethiek en de ambivalenties te bespreken en erkenning en waardering te geven voor het vervullen van deze publieke taak. Daarnaast is het belangrijk na te denken over hoe de competenties van deze informele tolken versterkt en verbeterd kunnen worden (Schouten et al., 2008).

In december van 2008 is op initiatief van de Universiteit Utrecht een tweejarig Europees project gestart waarbij er wordt samengewerkt met vier andere landen (Duitsland, Italië, Engeland en Turkije). Het zogenoemde TRICC project (Training Intercultural and bilingual Competencies in health and social Care) stelt zich ten doel de interculturele competenties van betrokkenen in zorgprocessen te vergroten. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan het werken met tolken in interculturele gespreksvoering in zorg en hulpverlening (<http://www.tricc-eu.net/>).

In het kader van het TRICC project is onderhavig onderzoek gedaan naar de ervaringen van jongvolwassen allochtone Nederlanders met tolken in de medische setting. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de ervaringen en attitudes van jongvolwassenen met informeel tolken als kind en als volwassene. De hoofdvraag van het onderzoek is tweedelig: 1) hoe ervaren jongvolwassenen het informeel tolken tijdens het medisch interview? en 2) hoe hebben de jongvolwassenen het tolken ervaren als kind? Omdat dit onderzoek in het kader van een groter project zal worden uitgevoerd,



kunnen de resultaten met andere bevindingen worden vergeleken. Zo is er binnen het TRICC project ook onderzoek gedaan naar de ervaringen van zorgverleners met informele tolken. Het is dan interessant om de resultaten van beide onderzoeken met elkaar te vergelijken. Hoewel deze studie in de eerste plaats een praktisch doel nastreeft, kan het ook dienen voor nieuwe theorievorming en een impuls geven voor nader onderzoek.

Allereerst zullen de theoretische invalshoeken worden besproken in hoofdstuk twee en drie. De arts-patiënt communicatie in het medisch consult en de verschillende aspecten van het (in)formeel tolken komen in deze hoofdstukken aan bod. Hoofdstuk vier geeft een beschrijving van de methode van het onderzoek. De resultaten worden besproken in hoofdstuk vijf en zes. Hoofdstuk zeven bevat de conclusie, discussie en de praktische en theoretische aanbevelingen.



2 Arts-patiënt communicatie in het medisch consult

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de specifieke kenmerken van de arts-patiënt communicatie zoals de *asymmetrische machtsverhouding* tussen de arts en de patiënt. Ook de verschillen tussen arts-patiënt gesprekken *met allochtone* en *autochtone patiënten* komen in dit hoofdstuk aan bod. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin *triadische* gesprekken worden besproken. De vraag die in dit hoofdstuk aan de orde komt luidt: *wat zijn de kenmerken van het medisch interview en hoe verloopt de arts-patiënt communicatie in het medisch consult?*

2.1 Gespreksfasering en de asymmetrische machtsverhoudingen tussen de arts en de patiënt in het medisch consult

Iedereen die wel eens een medisch consult heeft bijgewoond, heeft gemerkt dat het gesprek een zekere opbouw kent. Je vertelt eerst over je klacht, daarna kan eventueel lichamenlijk onderzoek plaatsvinden waarna de dokter de diagnose vaststelt, advies geeft over de behandeling en eventueel een recept uitschrijft. Meeuwesen (2003) onderscheidt drie hoofdfasen in het medisch consult: *medische geschiedenis*, *lichamelijk onderzoek* en *conclusie*. Deze drie hoofdfasen kunnen worden uitgebreid met een kort praatje aan het begin en/of het einde van het medisch consult (zie tabel 1). In de literatuur wordt ook wel gesproken over *small-talk*: een kort, informeel praatje dat de arts en patiënt voor het begin en/of het einde van het medisch consult voeren om een sociale band met elkaar te bewerkstelligen.

Tijdens de medische geschiedenis presenteert de patiënt de klacht en kan hij eventueel verheldering geven over de symptomen als de arts erom vraagt. Daarna kan lichamenlijk onderzoek volgen, maar dit gebeurt niet altijd. Soms gaat de arts meteen over tot het vaststellen van een diagnose of behandelplan, dus het laatste en concluderende segment van het medisch interview.

| | |
|----|--------------------------------|
| 1 | Begroeting |
| 2 | Inleidend praatje (small-talk) |
| 3 | Medische geschiedenis |
| 3a | Klachtenpresentatie |
| 3b | Klachtverheldering |
| 4 | Lichamenlijk onderzoek |
| 5 | Conclusie |
| 5a | Diagnose |
| 5b | Advies |
| 6 | Afsluitend (small-talk) |
| 7 | Eindbegroeting |

Tabel 1: Fasering van het medisch consult (ontleend aan Meeuwesen, 2007)



Hoewel de fasen van het medisch consult in theorie gemakkelijk van elkaar kunnen worden onderscheiden, is dit in de praktijk minder duidelijk. Zo komt het voor dat tijdens de klachtverheldering al een diagnose wordt gegeven of dat in de conclusiefase de klachtverheldering opnieuw begint. Ook is er niet altijd een scherp overgangspunt in het gesprek te markeren tussen de verschillende fasen, deze gaan vaak soepel in elkaar over (Meeuwesen, 2007).

In het artikel van Meeuwesen (2003) wordt gesproken over *topic shifts* wanneer één van de gesprekspartners abrupt van onderwerp verandert, waardoor er een sprong plaatsvindt tussen de verschillende segmenten van het medisch interview. Een topic shift kan zowel voorwaarts als achterwaarts plaatsvinden en kan zowel door de arts als door de patiënt worden geïnitieerd zoals uit fragmenten 1 en 2 blijkt.

Fragment 1 (Meeuwesen, 2003): Topic shift achterwaarts (van conclusie naar klachtenpresentatie) geïnitieerd door de patiënt; D=dokter; P=patiënt

- 1.D: But it would be good to_you may normally take them three times a day, but it is wise to take less of them on good days
2.P: Take less
3.D: and on the_yes that must_let me say so if it really bothers you a lot
4.P: and it is here too, you know. I don't know if it is the same. I've got it more often, here in my back, that all of a sudden it comes locked up I say

Fragment 2 (Meeuwesen, 2003): Topic shift voorwaarts (van klachtpresentatie naar conclusie) geïnitieerd door de arts; D=dokter; P=patiënt

- 1.P: yeh, I-I (talks softer) I really don't know...(speaks louder) listen I find life itself difficult
2.D: So you must take these capsules three times a day, no matter the weather good or bad...Ok?
3.P: Right, right, right

In fragment 1 bevatten de beurten 1 t/m 3 de conclusiefase,- de arts geeft uitleg over het innemen van voorgeschreven medicijnen. In beurt 4 verschuift de patiënt het gesprek terug naar de klachtpresentatie. In fragment 2 is arts diegene die de topicshift initieert. Hij onderbreekt de patiënt die bezig is met de klachtpresentatie en gaat over naar de conclusiefase waarin hij uitleg geeft over het innemen van de medicijn.

De analyse van de topic shifts in het bovenbeschreven onderzoek van Meeuwesen (2003) heeft uitgewezen dat de artsen eerder de neiging hebben om het gesprek voorwaarts te verschuiven en de patiënten achterwaarts, meestal terug naar de klachtpresentatie. Er werden vier gesprekspatronen geïdentificeerd.

- 1) *Traditioneel patroon*: de arts verschuift het gesprek voorwaarts (en een enkele keer achterwaarts), de patiënt verschuift het gesprek (bijna) nooit. De arts-patiënt relatie is sterk asymmetrisch, waarbij de arts de leiding heeft in het gesprek. Dit patroon kwam in 48% van de geanalyseerde gesprekken voor.



- 2) *Samenwerkingspatroon*: zowel de arts als de patiënt verschuiven het gesprek, er is sprake van een stabiele arts- patiënt relatie. Dit patroon kwam in 20% van de gevallen voor.
- 3) *Conflictpatroon*: hierbij heeft de arts de neiging om het gesprek voorwaarts te verschuiven en de patiënt juist achterwaarts. De patiënt krijgt echter niet de neiging om te klagen. Arts en patiënt hebben elk hun eigen agenda en proberen deze in het gesprek door te zetten. Dit patroon kwam in 14% van de gesprekken voor.
- 4) *Klaagpatroon*: Dit patroon lijkt op het conflictpatroon. Echter, hier krijgt de patiënt wel de ruimte om het gesprek achterwaarts te verschuiven. Dit patroon kwam in 18% van de gevallen voor.

Bovenstaande verdeling laat zien dat de verhoudingen tussen de arts en de patiënt meestal *asymmetrisch* zijn, dat wil zeggen: er is sprake van een ongelijke machtsverdeling tussen de gesprekspartners. Dit heeft in de eerste plaats te maken met de *institutionele context* van het gesprek en de *institutionele rollen* van de gesprekspartners. In het medisch gesprek vervult de hulpverlener de rol van professional en de patiënt de rol van de leek (Drew & Heritage, 1992). De hulpverlener/professional heeft beschikking over meer biomedische kennis, iets wat de patiënt/leek niet bezit. Met deze ongelijke verdeling in kennis en status worden de asymmetrische verhoudingen in het arts-patiënt gesprek grotendeels vastgelegd.

De asymmetrische arts-patiënt verhoudingen tonen zich bijvoorbeeld tijdens het bestuderen van de beurtverdelingen, waaruit blijkt dat het meestal de artsen zijn die het gesprek leiden. Zij bepalen meestal de agenda van het gesprek en zijn degenen die de *topic shifts* initiëren (Ten Have, 2002; Meeuwesen, 2003). Wat betreft de hoeveelheid spraak, waren er aanzienlijke verschillen gevonden tussen de huisartsen en patiënten, die samenhangen met de fasering van het gesprek (Meeuwesen et al., 1991). Hoewel de artsen en patiënten nagenoeg even lang praatten, spraken de patiënten met name tijdens de medische geschiedenis en de artsen meer tijdens het lichamelijk onderzoek en de conclusiefase. Dit is op zichzelf vrij logisch en kan worden uitgelegd aan de hand van de hierboven reeds besproken kennisverdeling tussen de arts en de patiënt. Omdat de patiënten meer kennis hebben over hun eigen klacht en de artsen over de behandeling ervan, nemen de patiënten eerder het woord tijdens de medische geschiedenis en de artsen tijdens de fasen van lichamelijk onderzoek, diagnose en advies.

Door data van arts-patiëntgesprekken uit 1980 te vergelijken met recentere data rond 2000 kwam Meeuwesen (2007) tot de conclusie dat de asymmetrische verhoudingen tussen de arts en de patiënt niet zo star zijn als menig prescriptieve bron voorschrijft. Uit de vergelijking bleek, dat het traditionele patroon anno 2000 flink terrein heeft verloren aan het samenwerkingspatroon. Ook komen het conflict- en klaagpatroon rond 2000 minder vaak voor dan in 1980. Deze studie wijst uit, dat de arts-patiënt verhoudingen met de maatschappij mee veranderen en dat het dus om een zeer dynamische en veelzijdige relatie gaat. De mondige burger van de 21-ste eeuw is terug te vinden in de patiënt uit hetzelfde tijdperk. De arts-patiënt verhoudingen zijn door de jaren heen minder asymmetrisch



geworden, wat van een dynamische en veranderlijke relatie tussen de arts en de patiënt getuigt. Andere studies rapporteren tevens over een verschuiving van de paternalistische arts-patiënt verhoudingen richting een meer gelijkwaardige relatie, waarbij de patiënt meer zeggenschap krijgt in de besluitvorming rondom zijn gezondheid (Heritage & Maynard, 2006; Ong et al., 1995; Roter, 2000; Schouten & Meeuwesen, 2006).

De hierboven besproken studies richtten zich allen op de autochtone patiënt. Echter, er blijkt een verschil te zijn met de communicatie tussen de arts en de allochtone patiënt. Dit verschil zal in de volgende paragraaf worden besproken.

2.2 Communicatiepatronen tussen de arts en de allochtone patiënt

Met de komst van de multiculturele samenleving is ook de patiëntensamenstelling in de Nederlandse gezondheidszorg aanzienlijk veranderd. Er wonen bijna 3,5 miljoen allochtonen in Nederland waarvan bijna twee miljoen met een niet-westerse achtergrond (CBS, 2010). Het percentage allochtonen is met name groot in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, den Haag en Utrecht). Uit het onderzoek van Harmsen (2003) blijkt dat allochtone patiënten vaker ontevreden zijn over de Nederlandse gezondheidszorg en dat zij ook minder goede gezondheidszorg genieten dan autochtone patiënten. Allereerst is er vaak sprake van een taalprobleem. Harmsen (2003) meldt dat meer dan de helft van de allochtone patiënten het Nederlands niet of slechts mondjesmaat beheerst. Daarnaast zijn er ook talloze culturele verschillen die tot onbegrip tussen de arts en de patiënt kunnen leiden. Zo wordt er in verschillende culturen soms anders gedacht over ziekte en genezing. Dit verschil is met name groot tussen de westerse en niet westerse culturen (Harmsen, 2003; Harmsen & Meeuwesen, 2007; Meeuwesen & Schouten, 2006; Pinto, 1990). Wanneer de arts en de patiënt de ziekte niet op dezelfde manier zien, is het moeilijker om tot een gezamenlijk besluit over de genezing ervan te komen (Harmsen, 2003; Schouten & Meeuwesen, 2006). Het proces van communicatie over de genezing wordt dan bemoeilijkt.

Meeuwesen et al. (2006) hebben tevens onderzoek gedaan naar communicatieverschillen tussen de arts en de allochtone versus autochtone patiënten. Uit dit onderzoek blijkt dat artsen inderdaad anders met hun allochtone patiënten communiceren. Gesprekken met migrantenpatiënten duren over het algemeen korter en verlopen vaak minder soepel dan gesprekken met Nederlandse patiënten. De artsen moeten namelijk meer moeite doen om de allochtone patiënt te begrijpen. Zij vinden gesprekken met allochtone patiënten dan ook lastiger. De artsen tonen bovendien meer empathie voor hun Nederlandse patiënten. In gesprekken met allochtone patiënten concentreren zij zich voornamelijk op instrumentele (taakgerichte) factoren en tonen zij minder affectie en emotionele steun. De niet Nederlandse patiënten zijn meestal minder assertief en komen volgens de artsen vaker ongeïnteresseerd over (Meeuwesen et al., 2006).

Uit het onderzoek van Meeuwesen en Harmsen (2007) bleek eveneens dat de artsen minder affectie tonen voor de allochtone patiënten. Daarnaast was er sprake van lager wederzijds begrip



tussen de artsen en hun allochtone patiënten (met name bij de oudere, religieuze en niet- of laag opgeleide patiënten). Opvallend was dat hoewel de artsen de allochtone patiënt minder goed begrepen, zij geen extra tijd uittrokken voor de communicatie. Integendeel, gesprekken met allochtone patiënten duurden gemiddeld twee tot drie minuten korter. Gesprekken met allochtone patiënten verliepen vaker volgens het traditioneel- en samenwerkingspatroon (zie paragraaf 2.1.). Het klaagpatroon kwam zelden voor en het conflictpatroon ontbrak volledig. Dit in tegenstelling tot gesprekken met autochtone patiënten waarbij alle vier de gesprekspatronen bijna even vaak voorkwamen. In gesprekken met de allochtone patiënten was er vaker sprake van een asymmetrische machtsrelatie, waarbij de arts meer zeggenschap had in het gesprek en de patiënt zich uitermate coöperatief opstelde. In tegenstelling tot autochtone patiënten die bij een meningsverschil regelmatig ‘stennis’ maken, vielen de allochtone patiënten vaker stil. De vertrouwde hints van de assertieve patiënt kreeg de huisarts niet van de allochtone patiënt. Het gesprek was snel ten einde, maar de kans is groot dat dezelfde patiënt binnenkort opnieuw een afspraak zal maken. De allochtone patiënt voelt zich niet begrepen en de arts blijft met een machteloos gevoel achter (Harmsen & Meeuwesen, 2007).

Schouten en Meeuwesen (2006) geven in hun studie verklaringen voor deze verschillen tussen de allochtone en autochtone patiënten. Zo kunnen cultureel bepaalde factoren (kijk op de ziekte en genezing), het soort maatschappij waarin de patiënt is opgegroeid (individualistisch of collectief), racistische, motivationele- en tal van andere cultuurafhankelijke elementen de communicatie tussen de allochtone patiënten en (meestal Nederlandse) artsen bemoeilijken. Een niet geringe deel van miscommunicatie is echter taalafhankelijk. De inzet van tolken om bij taal- en cultuurbarrières te bemiddelen zou een mogelijke oplossing kunnen zijn voor de besproken problemen. Dit, in combinatie met meer kennisoverdracht over cultuurverschillen en communicatietrainingen voor het medisch personeel om met culturele diversiteit om te kunnen gaan wordt door de besproken studies als de oplossing aangedragen (Harmsen, 2003; Meeuwesen et al., 2006; Schouten & Meeuwesen 2006).

In de bovenbesproken studies is steeds gesproken over *dyadische* arts-patiënt gesprekken, dat wil zeggen: gesprekken tussen twee personen. Omdat het onderwerp van onderhavige scriptie over arts-tolk-patiënt gesprekken gaat is het interessant om naar de kenmerken van *triadische* gesprekken te kijken, ofwel: gesprekken tussen drie deelnemers.

2.3 Triadische gesprekken

In tegenstelling tot dyadische communicatie tussen de arts en de patiënt, waarbij er face to face wordt gecommuniceerd, is er bij triadische communicatie nog een derde participant betrokken. Coe en Prendergast (1985) bespreken in hun studie de opvallendheden van triadische gesprekken. Volgens hen resulteert de komst van een derde gesprekspartner in coalitievorming en het verschuiven van de machtsposities tussen de participanten binnen het gesprek. Echter, opvallend weinig studies bespreken triadische communicatie in medische gesprekken, ook wanneer er drie participanten zijn betrokken in het gesprek (Tates, 2001). Zo blijkt uit het onderzoek van Tates (2001) dat eerdere studies over arts-



kind-ouder communicatie zich op de ouder-arts dyade concentreren en dat de rol van de patiënt als kind in het gesprek langere tijd onderbelicht bleef.

Tates (2001) bespreekt in haar onderzoek de ouder-kind-patiënt triades vanuit verschillende invalshoeken en laat zien dat het wel degelijk van belang is om de rol van de derde participant in het gesprek te bestuderen. Uit haar studie bleek namelijk dat de ouders (voornamelijk moeders) de participatie van kinderen in het medisch gesprek soms op allerlei manieren bemoeilijkten. De artsen en kinderen gingen vervolgens mee in dit patroon, waardoor het gesprek vaak in een dyade eindigde tussen de ouder en de arts en het kind nauwelijks meer zeggenschap kreeg in het gesprek. Aangezien het belang van directe patiëntparticipatie door meerdere studies wordt benadrukt (zie Tates, 2001 voor een overzicht), is deze triadeanalyse zeer nuttig geweest, omdat de 'storende factor' bij directe patiëntparticipatie op deze manier kon worden opgespoord.

Hasselkus (1992) onderscheidt drie verschillende rollen van het familielid als derde participant en begeleider van oudere patiënten in medische gesprekken. De eerste rol is die van *facilitator*, die erop gericht is om de talige communicatie tussen de arts en de patiënt te vergemakkelijken. Het familielid zorgt voor het verduidelijken van medische termen, herhalen van de frases, parafrasering en andere facetten van talige communicatie. Hij bemiddelt hierbij voornamelijk op linguïstisch niveau. In de rol van *intermediar* is de patiëntbegeleider meer 'aanwezig', door bijvoorbeeld de vragen te beantwoorden die aan de patiënt waren gericht of zelf vragen te stellen aan de dokter namens de patiënt. Ook voegde het begeleidende familielid vaak informatie toe over de toestand van de patiënt. In de rol van *directe bron* nam de patiëntbegeleider volledig de plaats in van de patiënt door direct met de arts te onderhandelen. Daar waar het bij de eerste twee rollen om triadische gesprekken ging (de patiënt was duidelijk aanwezig in het gesprek), ging het in het laatste geval om een dyadisch gesprek tussen de arts en het familielid. Hasselkus bespreekt de gevolgen van de inmenging van het familielid en stelt vast dat deze derde participant de interactie tussen de arts en de patiënt op vele manieren beïnvloedt. Zo kan de interventie van de derde gesprekspartner de communicatie tussen de arts en de patiënt vergemakkelijken, maar het kan ook de diagnose bepalen of beïnvloeden. Aangezien het in het vervolg van de scriptie om triadische gesprekken zal gaan met een tolk, is het interessant om te kijken in hoeverre de aanwezigheid van de tolk als derde participant de arts-patiënt communicatie beïnvloedt. Zou er sprake zijn van partijvorming en zo ja, aan wiens kant staat de tolk dan? Deze vragen komen in het volgende hoofdstuk aan bod.

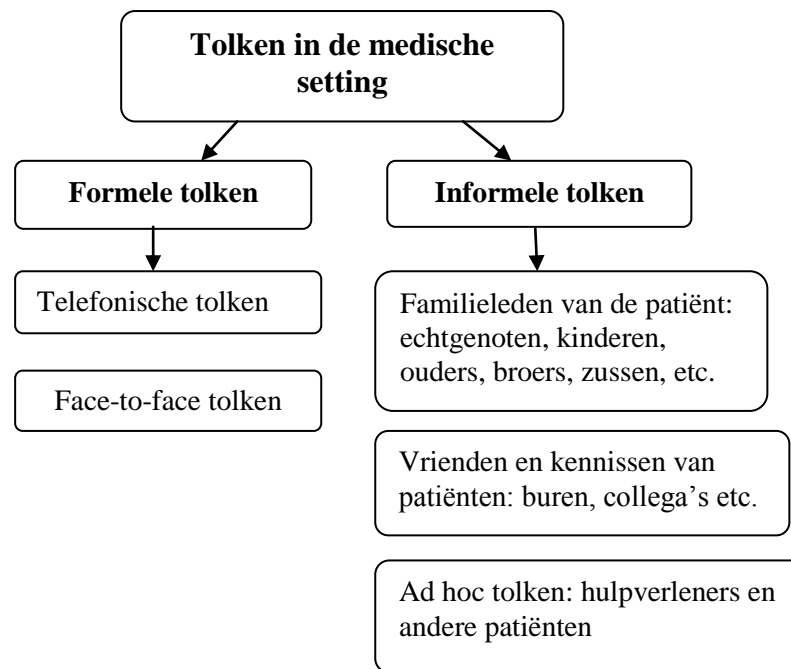


3 Tolken in het medisch consult

Verbale communicatie tussen sprekers die niet een gemeenschappelijke taal delen is in principe onmogelijk, tenzij er gebruikt wordt gemaakt van een communicatiebemiddelaar (Angelelli, 2004). Traditioneel wordt er onderscheid gemaakt tussen *tolken* en *vertalen*. Daarbij gaat het bij vertalen om het overzetten van geschreven documenten uit één taal in een andere. Bij tolken gaat het om het overzetten van gesproken tekst uit één taal in een andere (Angelelli, 2004). Beide vormen van communicatiebemiddeling hebben interessante aspecten. Echter, in deze scriptie zal de aandacht uitsluitend gericht zijn op tolken en dan wel op tolken in een medische setting. Immers: er is een groot verschil tussen tolken die op verschillende terreinen functioneren. Zo moeten de tolken die voor Justitie werken officieel toestemming vragen aan de rechter alvorens ze een aanvullende of verduidelijkende vraag kunnen stellen aan diegene voor wie ze tolken. Dit in tegenstelling tot tal van andere instanties waar deze beperking niet geldt (Bot, 2005). Soms zit het verschil in de manier van overzetten zelf. Tolken die bij internationale conferenties tolken, zitten vaak afgesloten van de sprekers en vertalen *simultaan*: de vertaling wordt (bijna) tegelijkertijd met de uiting geleverd. Het tolken voor veel andere instanties vindt doorgaans *consecutief* plaats,- er is een verschil in tijd tussen de gedane uiting en de vertaling.

Ook in de medische wereld gebeurt het tolken meestal consecutief. Het simultaan tolken is erg duur en organisatorisch moeilijk voor elkaar te krijgen. Omdat het simultaan tolken zoveel energie vergt van de tolk, moeten deze meestal om het kwartier worden vervangen (Bot, 2005). De waarde van het simultaan tolken op medisch terrein is bovendien niet groot. Het maakt namelijk niet zoveel uit of een uiting onmiddellijk wordt vertaald of met enige seconden vertraging.

Behalve het verschil in de vertaaltechniek en regelgeving zijn er tal van andere verschillen te noemen tussen tolken die op verschillende terreinen werken. Deze verschillen zullen hier verder niet worden besproken aangezien de focus van deze scriptie uitsluitend op medisch tolken is gericht. Echter, ook in de medische wereld wordt er onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten tolken. Allereerst zijn er *professionele* en *niet professionele* tolken, ook wel als *formele* en *informele* tolken aangeduid (Twilt, 2007; Twilt et al., in press; Schouten et al., 2008.; Rosenberg et al., 2007, 2008; Flores et al., 2005; Kuo et al., 1999). Professionele tolken zijn personen die een opleiding hebben genoten die hen officieel tot een tolk kwalificeert. Informele of niet professionele tolken zijn personen die geen officiële kwalificatie hebben behaald om als tolk op te treden. Ook binnen deze twee groepen kan een nadere verdeling worden gemaakt. Figuur 1 geeft een schematische weergave van de verschillende soorten tolken binnen de medische setting.



Figuur 1: Verschillende soorten tolken in de medische wereld

Onder formele tolken vallen telefonische tolken en face-to-face tolken: beide soorten tolken zijn officieel opgeleid om als een tolk op te kunnen treden. Echter, in het eerste geval gebeurt het tolken telefonisch: de tolk is dus niet aanwezig in de ruimte waarin het medisch gesprek plaatsvindt. In het tweede geval is de tolk wel fysiek aanwezig en is er face-to-face contact.

Onder informele tolken zien wij meer variatie: daar vallen zowel de vrienden, kennissen en de familie van patiënten onder, als totaal voor de patiënt onbekende personen die tijdens het medisch gesprek ad hoc te hulp schieten om te vertalen. Deze zogenaamde ad hoc tolken worden weer in twee groepen onderverdeeld: professionele hulpverleners en leken. Een voorbeeld van een professionele hulpverlener die ad hoc tolkt is een huisartsassistente die toevallig de taal spreekt van de patiënt voor wie getolkt moet worden. Een voorbeeld van een leek ad hoc tolk is een patiënt uit de wachtkamer van de huisarts die wordt ingeroepen om voor een andere patiënt te tolken.

Er is veel onderzoek gedaan naar de verschillende soorten tolken die in figuur 1 staan beschreven: (Angelelli, 2004; Aranguri et al., 2006; Flores et al., 2005; Green et al., 2005; Kuo & Fagan, 1999; Lee et al., 2002; Preloran et al., 2005; Rosenberg et al., 2007, 2008). Uit deze studies blijkt dat de grootste verschillen zich tussen formele en informele tolken manifesteren. Deze verschillen uit zich op diverse gebieden: de kwaliteit van de vertaling, de communicatieve doelen en acties van de tolk en de rol die de tolk in het medisch gesprek inneemt. In de komende hoofdstukken zullen deze verschillen uitvoerig worden besproken in het verlengde van een aantal thema's. In de volgende paragraaf zal allereerst de rol van de tolk in het medisch gesprek worden besproken.



3.1 De rol van tolken in het medisch consult

In paragraaf 2.3 is reeds gesproken over de verschillende rollen die de derde gesprekspartner kan spelen in het medisch gesprek. Deze paragraaf geeft een beschrijving van de rol van de tolk in het medisch gesprek. De vraag die in deze paragraaf zal worden beantwoord is: *welke rollen vervult de tolk in het medisch gesprek?* Er wordt onderscheid gemaakt tussen formele en informele tolken. Allereerst komt de rol van de formele tolk aan bod.

3.1.1 De rol van de formele tolk

Eén van de belangrijkste en tevens de meest traditionele rol die aan professionele tolken wordt toegeschreven is die van een *vertaalmachine* (Beltran Avery, 2001; Hsieh, 2008). De tolk fungeert daarbij als een schakel die de uitingen van één persoon uit één taal zo nauwkeurig mogelijk naar een andere persoon in een andere taal over moet zetten, zonder zelf actief deel te nemen aan het gesprek. Dit houdt in dat de tolk geen informatie mag toevoegen of weglaten en ook niet als belangenbehartiger mag optreden voor één van de partijen. De tolk neemt daarmee een neutrale positie in het gesprek en zorgt enkel voor het overzetten van uitingen van de ene taal in een andere. Contact met de patiënten buiten het vertalen om wordt door de voorschriften sterk afgeraden (Hsieh, 2008). De tolk moet een zo afwezig mogelijke indruk maken en juist de interactie tussen de hulpverlener en de patiënt bewerkstelligen. In de literatuur wordt dan ook wel gesproken over een *onzichtbare tolk* (Angelelli, 2004; Beltran Avery, 2001; Bot, 2005; Hsieh, 2006, 2008).

Het idee van een neutrale tolk die als een vertaalmachine fungeert wordt vandaag de dag steeds vaker bekritiseerd. Recenter onderzoek heeft namelijk aangetoond dat een tolk veel meer doet dan puur het overzetten van uitingen van de ene taal in een andere (Angelelli, 2004; Davidson, 2000; Greenhalgh, 2007; Hsieh, 2005, 2006, 2008; Preloran et al., 2005; Rosenberg et al., 2007, 2008 etc.). Volgens deze studies kan de tolk vele rollen aannemen en wordt hij gezien als een actieve *co-participant* in het gesprek.

Een grote voorstander van deze visie is Claudia Angelelli die het idee van een onzichtbare tolk stellig ontkent (Angelelli, 2004). Volgens haar is een volledig neutrale en onzichtbare tolk onmogelijk omdat het tolken niet in een sociaal vacuüm plaatsvindt, maar binnen een sociale en bureaucratische institutie. Elke gespreksdeelnemer reflecteert zijn of haar opvattingen over verschillende interpersoonlijke factoren, zoals de leeftijd, geslacht, ras, socio-economische status etc. op het gesprek en wordt de interactie op deze manier gezamenlijk geconstrueerd. Ook de tolk reflecteert zijn eigen opvattingen op het gesprek en wordt daarmee een actieve participant in de interactie.

In haar boek geeft Angelelli vele voorbeelden van hoe de tolken zich op verscheidene manieren ‘*zichtbaar*’ maken in het gesprek. Dit gebeurt bijvoorbeeld door middel van positionering op het moment dat tolken zichzelf voorstellen of het gesprek afsluiten. Angelelli laat zien dat het begroeten van patiënten en het afsluiten van het gesprek vaak door de tolken zelf wordt geïnitieerd. Op deze manier hebben de tolken de volledige controle over wat ze zeggen en op welke manier ze dat doen.



Verschillende sociale factoren spelen daarbij een rol: zo kunnen de tolken zich afhankelijk van hun cultuur, etniciteit, geslacht of gevoel voor solidariteit op verschillende manieren opstellen in het gesprek. Zij kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om het gesprek af te sluiten zoals het in hun eigen cultuur en dat van de patiënt gebruikelijk is, ongeacht wat de institutionele regels voorschrijven. Of ze kunnen er juist voor kiezen om zich met de desbetreffende institutie te identificeren en dit te laten blijken in de manier waarop ze zich voorstellen aan de patiënt. Deze voorbeelden laten zien dat de tolk zich al zichtbaar maakt bij de geringste interactie, zoals een begroeting en een afsluiting. De zichtbaarheid van de tolken in het inhoudelijke deel van het medisch gesprek, in fases 3 t/m 5, (zie paragraaf 2.1 voor nadere toelichting) is nog groter.

| Rollen tolken | Communicatieve doelen en acties |
|---------------------------|--|
| vertaalmachine | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Overbrengen volledige informatie</u> - Alle commentaar toevoegen (geen selecties maken) - Het doorgeven van non-verbale boodschappen (emoties) - <u>Versterken van de arts-patiënt relatie</u> - Spreken in eerste persoon enkelvoud - Het gebruiken van (non)verbale strategieën om zo onzichtbaar mogelijk te blijven |
| belangenbehartiger | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Ervoor zorgen dat patiënten meer inspraak krijgen (empowerment)</u> - Optreden ten behoeve van de patiënt (overt advocate) - Patiënten middelen verschaffen zodat zij voor zichzelf kunnen opkomen (covert advocate) - Afstand nemen en zich niet met het patiënt bemoeien |
| bemiddelaar | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Optreden als een medische hulpbron</u> - Uitvoeren van andere taken dan het tolken - Uitvoeren van rollen die complementair zijn aan de rol van de medische hulpverlener - <u>Het reguleren van een gepast optreden</u> - Bemiddelen bij problematisch gedrag van de sprekers - Het verschaffen van een kader dat hulp kan bieden bij het interpreteren en het evalueren van de handelingen - <u>Zorgen voor een optimale uitwisseling van informatie</u> - Sprekers helpen om de informatie beter te begrijpen - Aanpassen van de informatie aan de cultuur van de ontvanger |
| professional | <ul style="list-style-type: none"> - Gezien worden als professional - Bewaren van professionele grenzen - Verhullen van niet professioneel gedrag |

Tabel 2: De rol van formele tolken in het medisch gesprek en de bijbehorende communicatieve doelen en acties gebaseerd op Hsieh, 2008.

Elaine Hsieh (2008) heeft uitvoerig onderzocht welke rollen de tolken zichzelf toeschrijven en de communicatieve doelen en acties die zij toepassen om deze rollen te verwezenlijken (zie tabel 2). De rol van een *vertaalmachine* werd het vaakst expliciet genoemd door de tolken in de studie van Hsieh (2008). De tolken geven aan zo onzichtbaar mogelijk te willen blijven en de relatie tussen de



arts en de patiënt proberen te versterken. Zij vertelden ook over hun communicatieve strategieën om dit te bewerkstelligen (zie tabel 2).

Hoewel de tolken in deze studies (in tegenstelling tot de eerder besproken studie van Angelelli, 2004) de rol van een vertaalmachine expliciet omarmden, gaven zij aan soms ook moeite te hebben met deze rol. Dit was meestal het geval wanneer de tolk zag dat de patiënt onrecht werd aangedaan. Dan namen de tolken meestal de rol aan van een *belangenbehartiger*. Volgens Hsieh, 2008, houdt de rol van een belangenbehartiger in: 'elke actie die de tolk onderneemt ten behoeve van de patiënten die buiten de grenzen van het interview valt'. De tolken in deze studie speelden de rol van een belangenbehartiger zowel binnen als buiten de grenzen van het interview. De meeste tolken namen de rol van een belangenbehartiger slechts tijdelijk aan, omdat zij vonden dat dit tegen hun primaire rol (als vertaalmachine) inging.

Hsieh (2008) onderscheidt drie manieren waarop de tolk als belangenbehartiger op kan treden. Zo kan de tolk openlijk optreden ten bate van de patiënt (overt advocate) door bijvoorbeeld op zoek te gaan naar informatie en antwoorden om de patiënt te helpen. Dit gebeurt meestal op initiatief van de tolk, dus zonder dat de patiënt hier zelf om vraagt. Echter, op het moment dat de tolk zich gaat gedragen als een 'overt advocate' verschuiven de verhoudingen in het gesprek en worden de tolk en de hulpverlener de belangrijkste gespreksdeelnemers, de patiënt wordt op de achtergrond geschoven. Aangezien dit rechtstreeks tegen de officiële rol van een tolk in gaat, proberen sommige tolken de patiënt op een andere manier te helpen door bijvoorbeeld voor 'covert advocacy' te kiezen. Dit houdt in dat de tolk de patiënt middelen in handen geeft waarmee de patiënt zijn eigen belangen kan behartigen. Dit kan bijvoorbeeld gaan over bepaalde informatie of aanwijzingen waarmee de patiënt zijn voordeel kan doen. Op het moment dat tolken voor 'covert advocacy' kiezen, nemen ze als het ware een tussenpositie in: aan de ene kant hoeven zij hun rol als een neutrale en onzichtbare tolk niet uit handen te geven en tegelijkertijd kunnen zij toch voor de belangen van de patiënt opkomen.

De derde optie lijkt op het eerste gezicht helemaal niet in het voordeel te werken van de patiënt. Deze rol houdt namelijk in dat de tolk de volledige afstand moet nemen en zich juist niet met de belangen van de patiënt moet bemoeien. De achterliggende gedachte is echter dat je de patiënt op deze manier de ruimte geeft om voor zijn eigen belangen op te komen. Op het moment dat de tolken zich met de patiënt gaan bemoeien, nemen zij hen de autonomie uit handen die de patiënten juist nodig hebben om voor hun rechten op te kunnen komen. Volgens deze laatste visie moet een professionele tolk die in het belang van een patiënt op wil treden de patiënt juist de ruimte geven om dat zelf te doen. Het is dus een manier van empowerment van de patiënt.

De volgende rol die Hsieh onderscheidt is dat van een *bemiddelaar*. Op het moment dat de tolk een weloverwogen keuze maakt voor een bepaalde communicatieve handeling met het beoogde doel om de medische kwaliteit te verbeteren, is een tolk een bemiddelaar. Soms gebeurt dit om de tijd van de arts te sparen, bijvoorbeeld wanneer de tolk zelf antwoord geeft op de vraag van de dokter. Maar het kan ook gaan om cultuurbemiddeling. Er is sprake van cultuurbemiddeling wanneer de tolk



de uiting zodanig verandert dat het in de culturele frame past van de dokter en/of de patiënt. In het volgende fragment (3) legt een professionele tolk uit waarom hij ervoor kiest om de vraag van de arts te herformuleren zodat het niet beledigend overkomt op de patiënt. De professionele tolk neemt zo de rol van de bemiddelaar op zich.

Fragment 3 (Hsieh, 2008)

'Providers ask about sexual contacts outside of the marriage, which is really a very bad question. BUT, I ask them. Its very offensive....I said, 'Does your husband go to other women? In that way you give the responsibility to the husband, because Muslim women are very faithful to their husbands. That's the way I get the answers.'

De laatste rol die Hsieh (2008) bespreekt, is dat van een **professional**. Deze rol verschilt van de andere reeds besproken rollen omdat deze in de eerste plaats gericht is op de tolk zelf, terwijl de andere rollen meer betrekking hadden op patiënten, hulpverleners of de medische institutie. Door vanuit de rol van professional te handelen kunnen de tolken beter omgaan met rolconflicten. Zo hoeven zij geen keuze te maken tussen het behartigen van belangen van de patiënt enerzijds en de medische institutie anderzijds. Zij zetten de rol van professional in om de beperkingen van de medische institutie te ontlopen. Wanneer de tolken vanuit hun professionele rol handelen, worden ze als het ware 'onschendbaar' door hun keuzes en handelingen vanuit hun professionaliteit te verklaren. Hsieh (2008) meldt dat tolken graag gezien worden als professional en de professionele grenzen willen bewaren.

Soms treden de tolken op als **medebehandelaars**. Deze rol van professionele tolken wordt door Hsieh (2007) in haar eerder verschenen artikel uitgebreid besproken. Deze studie wijst uit dat tolken vaak optreden als medebehandelaars van de patiënt door bijvoorbeeld medische vragen van de patiënt te beantwoorden en adviezen te geven aan de patiënt over de behandeling. Ook nemen de tolken vaak een actieve rol in tijdens de diagnosestelling. Hsieh laat voorbeelden zien van gesprekken waarin de tolken diegenen zijn die een bepaalde diagnose vaststellen. Hoewel deze rol van professionele tolken in theorie met hun primaire rol als vertaalmachine botst, ervaren de tolken vaak helemaal geen spanning tussen deze twee rollen. Zij rechtvaardigen hun gedrag vanuit het idee dat goede medische hulpverlening op teamwerk is gebaseerd en dat zij op deze manier deel uitmaken van het team. Door als medebehandelaar van de patiënt op te treden bewijzen de tolken tevens een dienst aan de medische institutie door de tijd van de hulpverleners te besparen.

De rol van de tolken als **institutionele poortwachters** wordt uitgebreid besproken in het artikel van Davidson (2000). Deze studie is gebaseerd op observaties en analyses van medische consulten waarin verplegers diensten leverden als ad hoc tolk. Uit de analyse bleek dat tolken aan de kant van de medische institutie staan, door bijvoorbeeld de consulten zodanig te sturen dat ze sneller kunnen verlopen. Ook houden de tolken 'de agenda' van de arts nauwkeurig in het oog. Op deze manier kunnen de patiënten wel eens in diskrediet worden gebracht. Hsieh (2006) rapporteert dat tolken vaak



een loyaliteit- en rolconflict ervaren doordat de twee partijen verschillende verwachtingen jegens hen koesteren. Zo wordt er vanuit de medische institutie en het protocol verwacht dat de tolk zoveel mogelijk een machinefunctie vervult. De arts verwacht een poortwachterfunctie van de tolk, die erop gericht is de schaarse tijd van de dokter zoveel mogelijk te besparen. De patiënten verwachtten juist begrip en een luisterend oor en willen vaak langdurig over hun emotionele gevoelens uitweiden. Meerdere studies benoemen het spanningsveld tussen de verschillende rolverwachtingen van de tolken (Hsieh, 2006; Hsieh, 2007; Robb et al., 2006; Twilt, 2007). Hsieh (2006) gaat hier dieper op in en rapporteert tevens over mogelijke oplossingsmanoeuvres van de tolken om de rolconflicten te beslechten. In paragraaf 3.1.3 zal het verschil in loyaliteit tussen formele en informele tolken aan de orde komen. Eerst komt in 3.1.2 de rol van de informele tolk aan bod.

3.1.2 De rol van de informele tolk

In tegenstelling tot formele tolken, die vaak zo onzichtbaar mogelijk proberen te blijven, hun professionaliteit proberen te handhaven en vaak aan de kant van de medische institutie staan, (Davidson, 2000; Hsieh, 2006, 2008) zien wij bij informele tolken een heel ander beeld. Zo laat de studie van Rosenberg et al. (2008) zien dat de informele tolken zichzelf in de eerste plaats als de **belangenbehartiger** van de patiënt zien en meestal hun eigen agenda in het gesprek hebben. Zij wisselen vaak rechtstreeks informatie uit met de hulpverlener en nemen daarmee een zichtbare plaats in het gesprek. In tegenstelling tot professionele tolken in de bovenbesproken studies (Hsieh 2006, 2008) proberen de informele tolken zich niet op de achtergrond te schuiven, maar participeren zij juist openlijk in het gesprek en staan ze achter de belangen van de patiënt (Rosenberg et al., 2007, 2008).

Dit werd bevestigd in de studie van Green et al. (2005) over de ervaringen van jonge immigranten in London met tolken in medische consulten. Uit deze studie bleek dat de jongeren hun rol als tolk met een zekere vanzelfsprekendheid ervaren. Zij vertellen dat het tolken voor hun familieleden en/of de gemeenschap ze een gevoel van trots, zelfvertrouwen en waardering geeft. De jongeren halen daarom voldoening uit hun diensten als informele tolk. Omdat zij daarmee hun naasten konden helpen, hadden de tolken het gevoel iets goeds en belangrijks te doen. Hoewel de jongeren het tolken soms ook als lastig ervoeren, meestal door het gebruik van medisch jargon door de arts, of vervelend vonden wegens tijdgebrek en/of het onderwerp van het medisch gesprek, zagen de meeste jongeren het als een verplichting om hun familie en naasten te helpen. Het vervullen van een **familierol** bleek dan ook vaak één van de voornaamste rollen van de informele tolk te zijn (Green et al., 2005; Hasselkus, 1992; Rosenberg et al., 2008).

Robb en Greenhalgh, (2006) rapporteren over de grote rol van **het vertrouwen** tussen de arts, tolk en de patiënt in het medisch gesprek. Omdat de niet-professionele tolken meestal vrienden, kennissen en familieleden zijn van de patiënt, genieten zij ook automatisch zijn/haar vertrouwen. Doordat dit vertrouwen zich op micro niveau manifesteert, dus tussen de tolk en de patiënt, bevordert dit ook het vertrouwen op macroniveau, dat wil zeggen,- het vertrouwen van de patiënt in de medische



institutie. Dit bevordert op zijn beurt het vertrouwen tussen de arts en de patiënt en resulteert in meer patiënttevredenheid en een betere gezondheidszorg. Robb en Greenhalgh (2006) stellen dat het mogelijk is om vertrouwen op te bouwen met een professionele tolk. Echter, omdat dit enige tijd vereist en omdat het vertrouwen tussen de patiënt en de informele tolk vaak reeds aanwezig is, genieten informele tolken vaak de voorkeur van de patiënt. De voorkeur van patiënten voor informele tolken wordt ook in twee andere studies bevestigd (Green et al., 2004; Kuo & Fagan, 1999).

Echter, er zijn ook studies die het tegenovergestelde beweren. Zo blijkt uit het onderzoek van Lee et al., (2002) dat patiënten die door een informele tolk geholpen waren (familieleden en medisch personeel die als ad hoc tolken optraden) minder tevreden waren met de medische hulpverlening dan patiënten die door een formele telefonische tolk geholpen waren. Deze voorkeur heeft echter te maken met de technische kwaliteiten van informele tolken. Informele tolken zijn namelijk minder accuraat in hun vertaling en maken meer vertaalfouten, wat ook uit de studies van Flores et al. (2003, 2005) blijkt. Dit zal in de volgende paragraaf uitvoeriger worden besproken.

Wat betreft de artsen, rapporteren Rosenberg et al. (2007) vergelijkbare resultaten. Het blijkt dat de professionele tolken vaker de voorkeur van de arts genieten, omdat deze een kwalitatief betere vertaling leveren. Artsen waren vaak ontevreden over de vertaling van informele tolken, omdat deze minder accuraat bleek en tevens gekleurd was door de perceptie van de informele tolk. De artsen hadden tevens verschillende verwachtingen jegens formele en informele tolken en stelden zich daarom verschillend op in het gesprek afhankelijk van het type tolk. Zo verwachtten de artsen een accurate vertaling van formele tolken en in ieder geval enige mate van cultuurbemiddeling. Van de informele tolken werd dit niet verwacht: zij werden voornamelijk als *verzorger van de patiënt gezien*. De rol van de informele tolk als belangenbehartiger van de patiënt werd op deze manier officieel erkend door de arts. In het gesprek werd de informele tolk dan ook vaak als de derde gesprekspartner behandeld, terwijl van de formele tolken werd verwacht zich zo neutraal mogelijk op te stellen. Hoewel de hulpverleners de zichtbare aanwezigheid van de informele tolken vaak als storend ervoeren, gebruikten zij de informele tolk vaak als een *extra informatiebron* voor diagnostische doeleinden.

Uit de bovenbesproken studies blijkt dat informele tolken verschillende rollen vervullen in het medisch consult die vaak sterk afwijken van de rol van formele tolken. Zo manifesteren de informele tolken zich vaker als de derde participant in het gesprek en pleiten zij openlijk voor de belangen van de patiënt. Om deze reden geven de patiënten vaker de voorkeur aan informele tolken en hebben de artsen eerder de voorkeur voor formele tolken. Gesteld kan worden dat de informele tolk eerder de stem van de patiënt representeert en de formele tolk de stem van de arts. De volgende paragraaf gaat hier dieper op in.

3.1.3 De tolk als een brug tussen de twee werelden

Veel studies refereren aan de rol van tolken als 'de brug' tussen de twee participanten (Angelelli, 2004; Bot, 2005; Harmsen, 2003; Hsieh, 2006, 2007, 2008). Sommige studies gaan echter verder door



te stellen dat er twee verschillende werelden zijn,- de wereld van de arts en de wereld van de patiënt (Coe & Prendergast, 1985; Hasselkus, 1992, Mishler, 1984; Twilt, 2007). Ofwel *the voice of medicine* en *the voice of lifeworld* om met de termen van Mishler (1984) te spreken. Deze twee werelden verschillen wezenlijk van elkaar. Met de ‘voice of medicine’ worden de objectieve, technische en wetenschappelijke feiten bedoeld, de context van de medische wereld. De ‘voice of lifeworld’ verwijst naar de context van de patiënt waarmee subjectieve begrippen worden bedoeld, zoals de ervaring en beleving van de patiënt en het is aan de tolk om deze twee werelden aan elkaar te verbinden (Mishler, 1984). Hasselkus, (1992) stelt, dat de tolk met elke been in een andere wereld staat en op deze manier een brug vormt tussen de wereld van de patiënt en de wereld van de arts.

Uit onderzoek blijkt dat informele tolken er beter in slagen om de wereld van de patiënt te begrijpen en over te brengen aan de arts en de professionele tolken eerder aan de kant van de medische institutie staan (Twilt, 2007). Dit uit zich bijvoorbeeld in de manier waarop de professionele tolken te werk gaan: zij selecteren slechts die informatie die van belang is voor het medisch rapport en vertalen deze naar de arts, waarbij zij subjectieve en decontextualiserende uitingen van de patiënt buiten beschouwing laten. Professionele tolken zijn bovendien vaker op de hoogte van de doelen, voorwaarden en de structuur waaraan een arts-patiënt gesprek dient te voldoen en stemmen de informatieselectie hierop af. Het zwaartepunt van het gesprek komt op deze manier te liggen op objectieve feiten en ervaringen en de ervaring en leefwereld van de patiënt wordt weinig tot niet bespreekbaar gemaakt (Twilt, 2007). De in dit hoofdstuk besproken vergelijking van de rollen van informele en professionele tolken wijst in dezelfde richting. Informele tolken opereren eerder als belangenbehartiger en vertrouwenspersoon van de patiënt en professionele tolken als de rechterhand van de arts en de medische institutie. Gezegd moet worden dat het niet om een zwart-wit beeld gaat. Er zijn ongetwijfeld formele tolken die eerder de belangen van de patiënt verdedigen, wat ook uit de studies van Hsieh bleek (Hsieh 2007, 2008). Uit de literatuur blijkt echter wel een tendens die in deze richting wijst.

3.2 De invloed van tolken op de kwaliteit van medische communicatie

Uit de vorige paragraaf is gebleken dat de tolk als derde participant in het gesprek verschillende rollen aan kan nemen en daarmee het medisch consult op allerlei manieren kan beïnvloeden. In deze paragraaf wordt de invloed van de tolk op de kwaliteit van medische communicatie uitvoeriger besproken. Er is wederom onderscheid gemaakt tussen formele en informele tolken. De hoofdvraag van deze paragraaf luidt : *Wat is de invloed van formele en informele tolken op de kwaliteit van medische communicatie?*

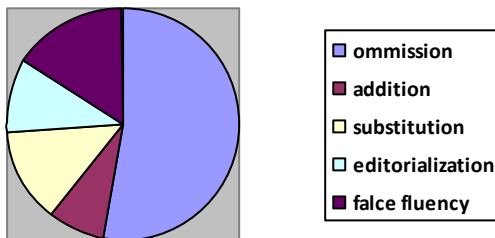
De meeste studies wijzen uit dat het inzetten van tolken in situaties waarbij een tolk vereist is de kwaliteit van medische communicatie aanzienlijk verbetert, vergeleken met situaties waarbij een tolk vereist is en niet wordt ingezet (Flores, 2005; Jacobs et al., 2001; Rosenberg 2007, 2008).



Echter, er zijn ook studies die zich juist concentreren op de zaken die mis kunnen gaan in een medisch gesprek waarbij een tolk aanwezig is. Zo hebben Flores et al. (2003) onderzoek gedaan naar de fouten die optreden in medische gesprekken waarbij formele en informele tolken met elkaar werden vergeleken. Er zijn gedurende 7 maanden 153 medische gesprekken opgenomen en geanalyseerd. De analyse leverde 396 fouten op die zijn onderverdeeld in de volgende vijf categorieën.

1. **Omission** (weglaten van informatie): de tolk vertaalt de zin of frase niet die door de patiënt, arts of patiëntbegeleider is uitgesproken.
2. **Addition** (toevoegen van informatie): de tolk voegt een woord of frase toe aan de vertaling, die niet door de patiënt, arts of patiëntbegeleider is uitgesproken.
3. **Substitution** (vervangen van informatie): de tolk vervangt een zin of een frase door een andere zin of frase.
4. **Editorialization** (veranderen van informatie): de tolk geeft zijn eigen interpretatie van het woord of frase dat door de patiënt, arts of patiëntbegeleider is uitgesproken.
5. **False fluency**: de tolk gebruikt een incorrect woord of een incorrecte zin of gebruikt een woord/zin dat niet in de desbetreffende taal bestaat.

De meest voorkomende fout was *ommission*. Deze kwam in 52% van de gevallen voor, gevolgd door *false fluency* in 16% van de gevallen. *Substitution* kwam in 13% van de gevallen voor en *editorialization* in 10% van de gevallen. *Addition* kwam het minst voor, slechts in 8% van de gevallen (zie figuur 3 ter illustratie). 63% van de fouten had potentiële klinische gevolgen. Daarbij maakten informele tolken meer fouten die klinische gevolgen zouden kunnen hebben, dan professionele tolken.



Figuur 3: Frequentie fouten door medische tolken, Flores et al. (2003)

Ook Twilt (2007) heeft gekeken naar het soort fouten dat optreedt tijdens het medisch consult. Echter, in deze studie is uitsluitend gekeken naar gesprekken met informele tolken. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen twee groepen: een groep waarbij sprake was van laag wederzijds begrip tussen de arts en de patiënt en een groep waarbij sprake was van hoog wederzijds begrip. De term 'wederzijds begrip' ofwel Mutual Understanding (MU) is afgeleid van het onderzoek van Harmsen (2003) waarbij werd gekeken naar de mate van wederzijds begrip tussen artsen en patiënten. MU werd gemeten door dezelfde vragen te stellen aan artsen en patiënten over het op video opgenomen consult. Er was sprake van wederzijds begrip als de arts en de patiënt identieke of vergelijkbare antwoorden gaven op



dezelfde vragen. Wederzijds begrip werd op schaal gemeten door de ‘Mutual Understanding Scale’ (MUS) die begint bij -1 (volledig onbegrip) en doorloopt tot +1 (volledig begrip). Twilt onderscheidt drie categorieën van inhoudsverandering door de tolken, namelijk: *reductions*, *ommissions* en *revisions* (deze categorieën zijn ontleent aan het onderzoek van Aranguri et al. (2006), dat verderop zal worden besproken). Tabel 3 geeft de gegevens uit het onderzoek van Twilt (2007) schematisch weer.

| Veranderingen in de vertaling | Groep A (laag wederzijds begrip) | Groep B (hoog wederzijds begrip) | Totaal per verandering |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Omissions | 21 (35%) | 8 (13%) | 29 (48%) |
| Revisions | 11 (18%) | 8 (13%) | 19 (32%) |
| Reductions | 7 (12%) | 5 (8%) | 12 (20%) |
| Totaal | 39 (65%) | 21 (35%) | 60 (100%) |

Tabel 3: Veranderingen in de vertaling, Twilt (2007)¹

Evenals bij Flores, komen *ommissions* in het onderzoek van Twilt het vaakst voor, namelijk in 48% van de gevallen. Daarbij kwamen er in de groep waarbij sprake was van laag wederzijds begrip tussen de patiënt en de arts meer *ommissions* voor dan in de groep waarbij sprake was van hoog wederzijds begrip. *Revisions* kwamen in 32% van de gevallen en *reductions* in 20% van de gevallen voor. Beide typen inhoudsveranderingen kwamen vaker voor in de groep met laag wederzijds begrip (zie tabel 3). Twilt (2007) concludeert dat door de inhoudsveranderingen door de tolk de communicatie tussen de arts en de patiënt behoorlijk op de proef wordt gesteld. Bovendien kan het weglaten, veranderen of reduceren van informatie leiden tot serieuze medische gevolgen.

In de studie van Twilt (2007) wordt tevens gerapporteerd over het voorkomen van *side-talk activities*. *Side talk* vindt plaats op het moment dat er in een triadisch gesprek een ‘onderonsje’ ontstaat tussen de twee van de drie sprekers. De triade wordt op dat moment omgezet in een dyade waarbij één van de gespreksdeelnemers buiten wordt gesloten. Uit de studie van Twilt et al. (in press) bleek dat informele tolken eerder de neiging hadden tot *side talk activities*, tot ergernis van de arts. Wanneer er *side-talk activity* plaatsvindt tussen de tolk en de patiënt, raakt de arts de grip op de situatie kwijt. Het gezag van de arts wordt op deze manier ondermijnd. Deze bevindingen werden bevestigd in de studie van Rosenberg et al. (2007).

Aranguri et al. (2006) lieten zien dat de aanwezigheid van een informele tolk de communicatie tussen de arts en de patiënt op een aantal terreinen negatief kan beïnvloeden. Zij hebben zestien huisarts-patiënt gesprekken geanalyseerd waarvan drie gesprekken die volledig in het Spaans werden gevoerd met een tweetalige huisarts en dertien gesprekken die gevoerd werden met behulp van een informele tolk (familieleden van de patiënt of ad hoc personeel uit de praktijk).

Er is allereerst gekeken naar de verdeling van de spreektijd door de arts, tolk en de patiënt. De schrijvers beargumenteren dat de tolk logischerwijs 50% van de spreektijd moet benutten aangezien de tolk zowel de uitingen van de arts als van de patiënt moet vertalen. De verdeling van de spreektijd

¹ Categorieën ontleend aan Aranguri et al. (2006)



door de arts, patiënt en tolk zou dan idealiter moeten zijn: tolk- 50%; arts- 25% en patiënt- 25% van de tijd. De analyse van de 13 gesprekken liet echter een andere verdeling zien, namelijk: arts- 50%; patiënt- 24% en de tolk – 27% van de spreektijd. Deze verdeling laat dus zien dat de tolk lang niet alle uitingen vertaalt. De nadere analyse wees uit wat er precies verloren ging in de vertaling. Er werden dezelfde categorieën gebruikt als in het onderzoek van Twilt (2007): *ommissions*, *revisions* en *reductions*. Evenals bij Twilt (2007) en Flores (2003) kwamen *ommissions* in dit onderzoek het vaakst voor, gevolgd door *revisions* en *reductions*, hoewel deze categorieën elkaar niet uitsloten. Behalve de bovengenoemde categorieën constateerden de auteurs dat 8 van de 28 vragen die in de dertien geobserveerde arts-tolk-patiënt gesprekken waren gesteld direct beantwoord werden door de informele tolk en niet vertaald werden naar de huisarts.

Deze gegevens komen overeen met de studie van Davidson (2000) waarin meer dan de helft van de vragen die bestemd waren voor de oren van de arts niet door de informele tolken werden vertaald. De tolken in de studie van Davidson was het medisch personeel dat op ad hoc basis tolkte. Een directe consequentie van het niet vertalen van vragen die de arts en patiënt aan elkaar stellen is dat beide gesprekspartners belangrijke informatie mis kunnen lopen. Hoewel sommige tolken in de studie van Aranguri et al. (2006) en alle tolken in de studie van Davidson (2000) medisch onderlegd waren, (het waren immers hulpverleners uit de praktijk) is het toch van belang dat de patiënt de informatie omtrent zijn gezondheid en behandeling direct van zijn behandelende arts krijgt en niet van iemand anders. Op het moment dat de vragen die gericht zijn aan de arts door de tolk beantwoord worden, wordt de autoriteit van de arts in diskrediet gebracht. Een andere consequentie van deze praktijk is dat de artsen hun ‘allochtone’ patiënten als passief en niet geïnteresseerd zullen beschouwen (Davidson, 2000).

Het laatste aspect van de studie van Aranguri et al. (2006) betreft het fenomeen *small-talk*: het praatje dat de arts en patiënt met elkaar voeren voor het eigenlijke gesprek begint. *Small-talk* lijkt triviaal, maar het is een essentieel aspect van de arts-patiënt communicatie, omdat de band tussen de arts en de patiënt daarmee wordt verstrekt. Met name in de Spaanse cultuur, waar de patiënten uit de studie van Aranguri toe behoorden, is zo een sociaal praatje belangrijk, omdat de familiebanden en banden met de gemeenschap in deze cultuur hoog worden geacht. Aranguri et al. (2006) constateerden dat in gesprekken waarbij een tolk aanwezig was, de *small-talk* helemaal wegviel. De schrijvers beargumenteren dat de aanwezigheid van een tolk zo een praatje zeer moeilijk maakt. Door het verliezen van de *small-talk* raken patiënten en artsen nog meer van elkaar verwijderd in een op zich al moeilijke situatie met de tolk als tussenschakel.

Dat sociale aspecten in een medisch gesprek vaak belangrijker zijn dan wordt aangenomen bleek uit de studie van Preloran et al. (2005). Zij deden onderzoek naar de invloed van de spreekstijl van de tolk (vriendelijk, afstandelijk of autoritair) op de keuze van zwangere vrouwen om wel of geen



amniosynthese² te plegen. De tolken uit deze studie waren medewerkers van het ziekenhuis die op ad hoc basis tolkten. Uit deze studie is gebleken dat de manier van spreken van de tolken wel degelijk van invloed was op het besluit van de zwangere vrouwen om wel of geen amniosynthese te plegen. De vrouwen die met een vriendelijke en geïnteresseerde tolk te maken hadden gingen veel sneller akkoord met amniosynthese, dan vrouwen die met een afstandelijke of autoritaire tolk te maken hadden. Tabel 4 geeft een overzicht van de resultaten van dit onderzoek weer.

| gesprekstijl | Toestemming voor amniosynthese |
|--------------|--------------------------------|
| vriendelijk | 65% |
| afstandelijk | 23% |
| autoritair | 11% |

Tabel 4: resultaten onderzoek Preloran et al. (2005)

De hierboven besproken studies laten zien dat de aanwezigheid van een tolk de kwaliteit van de medische hulpverlening op vele manieren kan beïnvloeden. Met name informele tolken schijnen slechte vertalers te zijn: zij vertalen niet één op één en laten vaak mogelijk belangrijke medische informatie weg. Verschillende studies hebben laten zien dat de vragen die de arts en de patiënt aan elkaar stellen vaak direct door de informele tolk worden beantwoord, wat uiteraard consequenties kan hebben voor het diagnosticeren en nadere behandeling van de patiënt. De informele tolken vormen vaak coalities met de patiënt, door zogenaamde side-talk-activiteiten, waarbij zij langere tijd met de patiënt overleggen en de arts voor een tijd buiten het gesprek wordt gesloten. Side-talk activiteiten ondermijnen het gezag van de arts en zijn ook niet bevorderend voor de arts-patiënt relatie. Door de aanwezigheid van een tussenpersoon kunnen de patiënt en de arts ook minder goed een band met elkaar ontwikkelen en wordt één van de gesprekspartners soms buitengesloten. Echter, met alle genoemde haken en ogen blijven de tolken essentiële hulp bieden in situaties waarin de gesprekspartners elkaar niet kunnen verstaan. Het is dan ook van belang om naar het tolkenbeleid in Nederland te kijken, waarover de volgende paragraaf zal gaan.

3.3 Tolkenbeleid in Nederland

Vanaf de jaren 70 is de tolkdienst in Nederland geregeld door een centraal overheidsinstituut Tolken en Vertaalcentrum Nederland (TVCN). Dit centrum verzorgt vertaaldiensten in meer dan 100 talen en beschikt over 900 tolken die allen op freelance basis werken. De kwalificaties van de tolken verschillen aanzienlijk. TVCN verzorgt namelijk geen trainingen voor de tolken. Wel moeten de tolken een test afleggen voordat ze aan de werkzaamheden bij TVCN kunnen beginnen. Om voor de test te kunnen slagen is een zekere taalvaardigheid vereist in het Nederlands en de taal waarin zal worden getolkt. Daarnaast dient de tolk te beschikken over de kennis van Nederland en het land van

² Prenataal genetisch onderzoek



herkomst van de cliënt en bekend zijn met het specifiek rolgedrag dat kenmerkend is voor de professionele tolk (zie paragraaf 3.1).

In september 2003 verscheen er een kortschrift over de inzet van tolken in de Nederlandse gezondheidszorg (IGZ, 2003). Uit dit rapport bleek dat er nauwelijks harde veldnormen bestaan voor het inzetten van tolken in de gezondheidszorg. Uit beschikbare protocollen van verschillende overheidsinstanties werden vervolgens de volgende (semi-)veldnormen afgeleid:

- een tolk moet worden gebruikt bij het eerste contact van de zorgverlener met de patiënt/cliënt die het Nederlands niet (voldoende) beheerst (intakegesprek)
- een persoonlijke tolk dient aanwezig te zijn bij ingrijpende gesprekken (slecht nieuws gesprekken, bespreking van de diagnose, het maken van moeilijke keuzes)
- informele tolken moeten met terughoudendheid worden ingezet

Omdat deze veldnormen nog onvoldoende waren ontwikkeld kwam in 2005 op advies van de Inspectie van de Gezondheidszorg een werkgroep tot stand die concrete veldnormen heeft opgesteld voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg. Deze veldnormen zijn officieel opgenomen in het tolken- en vertaaldiensten beleid door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en zijn te raadplegen op de website van het VWS (www.minvws.nl). Sinds 2005 beschikt de Nederlandse staat dus over een officieel beleid voor het gebruik van tolken in de gezondheidszorg. Hieronder een beknopte weergave van dit beleid.

- **Wanneer een tolk gebruiken?**

Een professionele tolk moet worden gebruikt wanneer de hulpverlener niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kan communiceren. De hulpverlener is verantwoordelijk voor het inschakelen van een professionele tolk.

- **Formele of informele tolken**

Zelfs wanneer de cliënt een informele tolk heeft meegenomen om te tolken, dient de hulpverlener een professionele tolk in te schakelen en geen vrienden, kennissen, familieleden of kinderen van de cliënt accepteren om te tolken. Met name het gebruik van kinderen als tolken wordt ten zeerste afgeraden, behalve in evidente noodgevallen, omdat kinderen niet met dergelijke verantwoordelijke taken belast moeten worden. Een professionele tolk is de enige goede tolk omdat deze vakkundig en onpartijdig is en een geheimhoudingsplicht heeft.

- **Wie betaalt de kosten?**

De kosten voor het tolken in de gezondheidszorg en in de maatschappelijke opvang worden betaald door de Ministeries van VWS en Justitie. Er wordt administratief onderscheid gemaakt tussen de inzet van tolken en vertalers voor *ingezetenen* enerzijds en voor *asielzoekers* anderzijds: het ministerie van VWS dekt de kosten voor het tolken voor ingezetenen en ministerie van Justitie voor het tolken voor asielzoekers.



- **De procedure**

Een telefonische tolk is in principe de beste oplossing: een reservering is niet nodig. Bellen met het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVCN) is voldoende om een telefonische tolk aan de lijn te krijgen. Alleen voor een paar zeer weinig gebruikte ‘kleine’ talen is het soms nodig om vooraf te reserveren. Het TVCN werkt 24 uur per dag en 7 dagen per week en garandeert in 90% van de gevallen een telefonische tolk binnen gemiddeld 3 minuten.

Het voordeel van een persoonlijk aanwezige tolk is dat er gemakkelijk beeldmateriaal getoond kan worden om daarbij iets uit te leggen, zoals bij instructie van de werking van apparaten. Voor zorgverleners met weinig ervaring in het werk met tolken is een persoonlijk aanwezige tolk soms prettiger bij zeer moeilijke gesprekken, zoals een slecht nieuws gesprek of een therapeutisch intakegesprek. Voor een persoonlijk aanwezige tolk en voor talen waarvoor weinig tolken beschikbaar zijn is het nodig om vooraf telefonisch te reserveren.

Het bovenbeschreven beleid raadt het gebruik van informele tolken en met name het gebruik van kinderen als tolk ten strengste af. Het is dan ook interessant om te kijken naar onderzoeken die rapporteren over kinderen als informele tolken.

3.4 Kinderen als informele tolken

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de rol van kinderen als informele tolken in het medisch gesprek. De onderzoeken van Cohen et al. (1999) en van Green et al. (2005) werpen enig licht op deze kwestie.

Cohen et al. (1999) beschrijven in hun onderzoek de resultaten van diepte interviews met 38 Engelse huisartsen die werkzaam zijn in achterstandswijken in Londen en over hun ervaringen vertellen met kinderen als informele tolken. Uit de interviews blijkt dat de huisartsen nooit de voorkeur geven aan kinderen als tolken, maar dat deze vaak toch worden geaccepteerd wanneer er geen volwassen tolk voor handen is. De huisartsen maken keer op keer opnieuw de keuze om een minderjarige tolk wel of niet te accepteren. Dit is afhankelijk van een aantal factoren. Wanneer het gaat om gemakkelijk te omschrijven, somatische klachten en over concepten waar het kind mee bekend is, hebben de artsen meestal minder moeite om een kind te laten tolken. Wanneer het om moeilijk te definiëren of psychosomatische klachten gaat, schakelen de artsen vaak een professionele tolk in of vragen ze de patiënt om met een volwassen informele tolk terug te komen. De artsen accepteren vrijwel nooit een kind wanneer ze taboe-onderwerpen moeten bespreken, zoals het seksleven van de patiënt, menstruatieproblemen, geslachtziekten etc. Echter, soms kiezen de huisartsen ervoor om het consult toch door te laten gaan met behulp van een minderjarige tolk wanneer ze het gevoel hebben dat het kind de informatie ‘aankan’. De meisjes worden meestal sneller geaccepteerd voor het tolken van bijvoorbeeld de menstruatieklachten, omdat zij hier zelf rond hun twaalfde jaar mee te maken krijgen en dus ook weten waar ze het over hebben.



Ook de leeftijd van het kind speelt een belangrijke rol bij de keuze van de arts. De huisartsen laten het kind alleen tolken als ze het gevoel hebben dat het kind zelf bekend is met het onderwerp van het gesprek en dit is vaak leeftijdsgebonden. Behalve de genoemde redenen hebben de huisartsen algemene morele bezwaren tegen de inzet van minderjarige tolken. Zij vinden dat het kind 'kind' moet blijven en niet belast moet worden met de problemen van de ouders. Daarnaast kan er sprake zijn van rolverschuiving, waarbij het kind de rol op zich neemt van de 'verzorger', het zogenoemde *parentification*, wat volgens de psychologen onnatuurlijk is en op een later termijn voor psychologische problemen kan zorgen bij het kind (Lopez de Victoria, 2008). Ondanks deze praktische en morele bezwaren worden de kinderen alsnog als tolken geaccepteerd, omdat de huisartsen zich genoodzaakt voelen om het consult door te laten gaan.

De studie van Green et al. (2005) richt zich op het beschrijven van de ervaringen van jonge informele tolken in het medisch consult aan de hand van diepte interviews. De respondenten zijn 76 jonge migranten van Chinees-Vietnamese; Bengali/Sylheti; Turks-Koerdische en Joegoslavische afkomst tussen de 10 en 18 jaar die allen woonachtig zijn in London. Ook uit deze studie blijkt dat kinderen vaak als informele tolken dienen. Echter, in tegenstelling tot de eerder genoemde studies waarin de rol, de kwaliteiten van en de bezwaren tegen de informele tolk werden beschreven vanuit de hulpverleners en formele instanties, komt in deze studie de informele tolk zelf aan het woord. Green et al. (2005) willen laten zien dat informeel tolken niet altijd 'vervelend', 'belastend' en 'bezwaarlijk' is. Uit hun studie blijkt dat informele tolken voldoening halen uit hun werkzaamheden als tolk, omdat ze hun naasten kunnen helpen. Daarnaast ervaren ze hun werkzaamheden als informele tolk met een zekere vanzelfsprekendheid: het is iets wat je voor je familie hoort te doen. In eerste instantie benoemen de tolken dan ook geen bijzondere moeilijkheden wat betreft het tolken. Uit een diepere analyse van het materiaal blijkt echter dat het tolken niet altijd soepel verloopt doordat de tolken de taal niet vlekkeloos beheersen en vaak moeite hebben met het medisch jargon. Daarnaast hadden de jongeren moeite met tolken als het ging om taboeonderwerpen en vonden ze het vervelend als het tolken op dat moment niet goed uitkwam met hun eigen agenda. Uit deze studie bleek ook dat jonge informele tolken veel meer doen dan vertalen alleen. Ze bemiddelen vaak tussen de arts en de patiënt en staan daarbij achter de belangen van de patiënt. De jongeren vervulden vaak meerdere rollen tegelijk. Ze traden op als bemiddelaars, belangenbehartigers en mediators en dienden tevens als culturele brug tussen de arts en de patiënt.

De bovenbesproken onderzoeken laten een discrepantie zien tussen wat 'hoort', wat in de praktijk gebeurt en tussen de ervaringen van artsen ten opzichten van informeel tolken en de ervaringen van de informele tolken zelf. Cohen et al. (1999) waarschuwen voor de morele bezwaren wanneer kinderen worden ingezet als tolken. Het tolken op jonge leeftijd kan resulteren in rolverschuiving, waarbij het kind de rol van de verzorger op zich neemt, het zogenoemde 'parentification'. Dit kan (op termijn) een emotionele en psychologische impact hebben op het kind. Green et al. (2005) laten juist zien dat informeel tolken een positieve invloed heeft op de jonge tolken.



Zij voelen zich gewaardeerd en vinden het leuk om hun naasten te helpen. Wellicht kan onderhavig onderzoek meer licht werpen op deze discussie. De realiteit is voornamelijk dat minderjarigen regelmatig worden ingezet als informele tolken tijdens het medisch consult.

3.5 Conclusie en discussie theoretische invalshoeken

De bovenbesproken literatuur zal als theoretische basis dienen voor onderhavig onderzoek waarin gesproken wordt over de ervaringen van jongvolwassen informele tolken. Het doel van deze literatuurscriptie was dan ook om inzicht te krijgen in de praktijk van medisch tolken.

Allereerst zijn in hoofdstuk twee studies besproken die betrekking hebben op de arts-patiënt communicatie in het medisch consult. Traditioneel blijkt er sprake te zijn van een asymmetrische machtsverhouding tussen de arts en de patiënt. De arts heeft de leiding in het gesprek en de patiënt volgt gehoorzaam. Uit recenter onderzoek blijkt echter dat deze paternalistische machtsverhoudingen met de maatschappij mee veranderen. De patiënten worden mondiger en gaan vaker in discussie met de arts. Interessant is dat dit nauwelijks opgaat voor de allochtone patiënten: zij laten de arts in zijn leidende rol en vallen vaak stil. Het gesprek komt snel ten einde zonder dat de arts en de patiënt elkaar echt goed begrijpen. Taal- en cultuurverschillen tussen de arts en de allochtone patiënt zijn vaak de reden voor onbegrip en miscommunicaties. Om deze barrières te overwinnen is inzet nodig van beide partijen: zowel de arts als de patiënt moeten zich openstellen voor de nieuwe cultuur en bereid zijn om van elkaar te leren. Echter, dit is een langdurig proces en voordat artsen en allochtone patiënten tot een goed wederzijds begrip zullen komen, kunnen tolken en bemiddelaars worden ingezet om taal- en cultuurbarrières te overbruggen.

In hoofdstuk drie is dan ook gekeken naar de tolkenpraktijk in de medische setting. Er blijken grote verschillen te zijn in de rollen die formele en informele tolken in het medisch gesprek vervullen. Waar de formele tolken zoveel mogelijk een neutrale positie trachten in te nemen en voornamelijk op linguïstisch niveau bemiddelen, treden de informele tolken vaak openlijk op als belangenbehartigers van de patiënt. De laatste blijken ook eerder de voorkeur te geven aan informele tolken terwijl de artsen juist een voorkeur hebben voor formele tolken. Dit heeft in de eerste plaats te maken met de loyaliteit van de formele en informele tolken. De eerste kiezen meestal de kant van de arts en de medische institutie, de tweede staan aan de kant van de patiënt. Voor de patiënten speelt het vertrouwen een belangrijke rol bij hun voorkeur voor informele tolken. Omdat de patiënten hun familieleden en vrienden vertrouwen, gaat hun voorkeur vaker uit naar informele tolken. Wat betreft de vertaaltechniek, blijken er ook aanzienlijke verschillen te zijn tussen de twee typen tolken. In tegenstelling tot formele tolken, vertalen de informele tolken meestal niet één op één en laten vaak mogelijk belangrijke informatie weg. Niet zelden beantwoorden de informele tolken rechtstreeks de vragen van de arts en de patiënt zonder deze eerst naar de andere partij te vertalen. Het spreekt voor zich dat deze manier van vertalen mogelijk (serieuze) gevolgen heeft voor het diagnosticeren en de behandeling van de patiënt. Kennelijk zijn de patiënten niet op de hoogte van



deze praktijk of is het vertrouwen in de tolk voor hen zoveel belangrijker dat ze de povere vertaalkwaliteiten van de informele tolk op de koop toe nemen. Het is zeker van belang om nader onderzoek te doen naar deze kwestie om te achterhalen waarom de patiënten liever gebruik maken van informele tolken. Wellicht zijn ze niet op de hoogte van formele tolkendiensten waar ze in Nederland gratis gebruik van kunnen maken of zijn ze zich niet bewust van het verschil in vertaalkwaliteit tussen formele en informele tolken. Nader onderzoek zou interessante antwoorden kunnen opleveren op deze vragen, die ook in onderhavig onderzoek gedeeltelijk zullen worden besproken.

Het officieel beleid pleit voor de inzet van formele tolken op het moment dat de communicatie tussen de arts en de patiënt door talige redenen wordt belemmerd. De tolken worden betaald door de ministeries van Volksgezondheid (voor ingezetenen) en Justitie (voor asielzoekers) en kosten de hulpverleners en patiënten helemaal niets. De tolken worden geleverd via het Tolk en Vertaalcentrum Nederland in meer dan honderd talen en zijn meestal binnen drie minuten aan de lijn voor het verrichten van een telefonische vertaling. Het gebruik van informele tolken wordt door het officiële beleid sterk afgeraden. Met name het inzetten van kinderen als informele tolk is 'not done', omdat kinderen niet met dergelijke zware en verantwoordelijke taken moeten worden belast.

Uit recent onderzoek dat binnen het TRICC-project werd uitgevoerd blijkt sprake te zijn van een discrepantie tussen het voorgeschreven officiële beleid en de dagelijkse praktijk. Hoewel het beleid pleit voor de inzet van formele tolken, worden in de (huisartsen)praktijk voornamelijk informele tolken ingezet. Niet zelden gaat het om jonge informele tolken onder de zestien jaar. Uit de besproken literatuur (Cohen et al., 1999; Green et al., 2005) blijkt tevens een verschil in de manier waarop de hulpverleners over het gebruik van minderjarige tolken denken en de ervaringen van de jonge informele tolken zelf. Waar de eersten zich zeer sceptisch opstellen tegenover de kwaliteit en het gebruik van minderjarige tolken, halen de minderjarige tolken zelf vaak voldoening uit hun werkzaamheden als tolk (Green et al., 2005). Het zijn interessante tegenstrijdigheden waar het onderhavig onderzoek verklaringen voor zal proberen te geven.



4 Methode

Uit de bovenbesproken literatuur blijkt dat de praktijk van informeel tolken meestal vanuit de ogen van derden worden beschreven: de hulpverleners, patiënten en/of de officiële regelgeving. Zelden komen de informele tolken zelf aan het woord. In de besproken studies was er maar één die zich op de ervaringen van de jonge informele tolken richtte (Green et al., 2005). Het doel van onderhavig onderzoek is dan ook om inzicht te krijgen in de ervaringen van jongvolwassen informele tolken.

4.1 Vraagstelling en methode

Aangezien het in dit onderzoek om de ervaringen en beleving van personen gaat, is er gekozen voor een kwalitatieve benadering. Kwalitatief onderzoek richt zich op breed interpreteerbare gegevens zoals de aard, de waarde en de eigenschappen van een fenomeen (Baarda et al., 1995). Kwalitatief onderzoek is er in vele soorten en maten en het is dan ook afhankelijk van de vraagstelling welke benadering het beste kan worden toegepast. In het onderhavig onderzoek is gekozen voor diepte-interviews aan de hand van een topiclijst. Dat wil zeggen: er is van tevoren bepaald welke onderwerpen aan bod zullen komen in het interview. Echter, de respondent vertelt het verhaal, hij geeft geheel naar eigen wens en manier invulling aan de vastgestelde topics. Deze open benadering was het meest geschikt voor dit onderzoek, omdat de respondenten ruimte moeten krijgen om hun beleving en ervaringen met tolken te verwoorden.

De volgende vragen zullen in onderhavig onderzoek worden beantwoord:

- 1) *Hoe ervaren jongvolwassenen het tolken tijdens het medisch interview?*
- 2) *Hoe hebben de jongvolwassenen het tolken ervaren als kind?*

Dezelfde respondenten vertellen over hun ervaringen met tolken vandaag de dag, als ook hoe het was om als kind te moeten tolken voor hun ouders. Deze hoofdvragen vallen uiteen in de volgende deelvragen, die per categorie zullen worden besproken:

Huidige ervaringen met tolken:

- 1) **Emotionele aspecten:** Wat vinden de respondenten positief aan het tolken? Wat vinden de respondenten negatief aan het tolken?
- 2) **Technische aspecten:** Wat vinden de respondenten makkelijk aan het tolken? Wat vinden de respondenten moeilijk aan het tolken? In hoeverre geven de informele tolken een adequate vertaling? Wat vinden zij zelf van hun tolkcapaciteiten? Wat blijkt uit hun verhaal?
- 3) **Verwachtingen:** Wat wordt er van de tolken verwacht door de arts? Wat wordt er van de tolken verwacht door de patiënt?
- 4) **Rollen:** Hoe omschrijven de respondenten hun rol als tolk? Wat blijkt uit hun verhaal?
- 5) **Communicatie:** Hoe verloopt de communicatie met de arts tijdens het medisch consult? Hoe verloopt de communicatie met de patiënt tijdens het medisch consult? Is er sprake van



miscommunicatie in arts-patiënt-tolk gesprekken en zo ja, hoe wordt deze dan opgelost? Wat zijn volgens de respondenten redenen voor miscommunicatie in arts-patiënt gesprekken waar een tolk bij aanwezig is?

- 6) **Officieel beleid:** In hoeverre zijn de respondenten bekend met het officieel beleid omtrent het tolken in Nederland?
- 7) **Suggesties voor verbetering arts-patiënt-tolk gesprekken:** Welke suggesties geven de respondenten voor het verbeteren van arts-patiënt-tolk gesprekken?
- 8) **Attitudes en meningen:** Wat vinden de respondenten van tolken door informele tolken? Wat zijn de voor- en nadelen van professionele versus informele tolken? Welke type tolk zou volgens de respondent in medische gesprekken moeten worden ingezet? Wat vinden de respondenten van tolken door minderjarigen?

Ervaringen met tolken als kind:

- 9) **Emotionele aspecten:** Wat vonden de respondenten als kind negatief aan tolken? Wat vonden de respondenten als kind positief aan tolken?
- 10) **Technische aspecten:** Wat vonden de respondenten als kind moeilijk aan tolken? Wat vonden de respondenten gemakkelijk aan tolken toen ze kind waren? In hoeverre gaven de respondenten vroeger een adequate vertaling en wat vonden zij van hun tolkcapaciteiten als kind?
- 11) **Verantwoordelijkheid:** Hoe gingen de minderjarige tolken om met de verantwoordelijkheid van tolk en welke consequenties had deze taak voor hun sociale leven?
- 12) **Verwachtingen:** Wat werd er van minderjarige tolken verwacht?
- 13) **Rollen:** Welke rol hadden de minderjarige tolken?
- 14) **Communicatie:** Hoe verliep de communicatie met de arts/patiënt tijdens het gesprek? Werden de minderjarige tolken serieus genomen door de volwassenen?

4.2 Operationalisatie

Aan de hand van de bovenbesproken deelvragen is een topiclijst samengesteld (zie bijlage 1), bestaande uit topics die overeenkomen met de topics van de onderzoeksvragen, namelijk: 1) emotionele aspecten 2) technische aspecten 3) verwachtingen 4) rollen 5) communicatie en 6) officieel beleid. Aan het begin van de topiclijst zijn inleidende vragen toegevoegd over de gezinssamenstelling van de respondent en over de door hem gesproken talen.

De topics zijn gebaseerd op de besproken onderzoeksliteratuur. Zo wordt er in het artikel van Green et al. (2005) gesproken over de *emoties* van jongeren met betrekking tot informeel tolken. De jongeren spreken over een gevoel van *voldoening* wanneer ze hun familieleden helpen door middel van tolken. Daarnaast zien ze het tolken als een *plicht*: het is iets wat je voor je familie hoort te doen. Soms vinden de jongeren het *vervelend* om te tolken, bijvoorbeeld als het niet goed uitkomt met hun



eigen agenda. Als het gesprek om een taboeonderwerp gaat, ervaren ze een gevoel van *gêne*. De topic ‘emotionele aspecten’ bevat vragen om de respondenten over hun gevoelens met betrekking tot tolken te laten spreken. Mogelijk zullen de door Green et al.(2005) besproken emoties terugkomen in het verhaal van de Nederlandse jongvolwassen informele tolken.

Uit de studies van Aranguri et al. (2006), Flores et al.(2003, 2005), Jacobs et al. (2001) en Twilt (2007) bleek dat informele tolken inaccuraat vertalen. Zij vertalen niet één op één en laten vaak informatie weg. Uit de studie van Green et al. (2005) bleek dat de jongeren moeite hadden met het medisch jargon en dat ze soms niet voldoende taalkennis hadden om vlekkeloos te kunnen vertalen. Het topic ‘technische aspecten’ is bedoeld om de respondenten over hun technische vertaalkwaliteiten te laten vertellen: wat vinden ze makkelijk/moeilijk? Is er (vaak) sprake van miscommunicaties? Wat vinden ze van hun vertaalcapaciteiten? etc.

Interessant is ook om te weten wat de verwachtingen zijn van de artsen/patiënten naar de informele tolken toe en of deze verwachtingen met hen worden besproken. Zo bleek uit de studie van Rosenberg et al. (2007) dat de artsen geen nauwkeurige vertaling verwachtten van de informele tolken, maar wel enige mate van cultuurbemiddeling. Daarnaast gebruikten de artsen de informele tolk als extra informatiebron voor de meta-anamnese. De artsen in de studie van Rosenberg et al. (2007) maakten deze verwachtingen echter niet expliciet duidelijk aan de informele tolk. De vraag is in hoeverre de informele tolken in onderhavige studie bewust zijn van de verwachtingen jegens hen.

Wat betreft de rol van de informele tolk bleek uit de studies van Rosenbeg et al. (2007, 2008) dat de informele tolk optreedt als *belangenbehartiger* en *verzorger* van de patiënt. Robb en Greenhalgh (2006) benadrukken de rol van de *vertrouwenspersoon*. Het is interessant om te achterhalen in hoeverre deze rollen terug zullen komen in de verhalen van Nederlandse jongvolwassen informele tolken.

Meeuwesen et al. (2006) en Meeuwesen en Harmsen (2007) hebben gekeken naar de communicatie tussen de artsen en de allochtone patiënten. Deze bleek stroever te verlopen dan de communicatie met autochtone patiënten. De artsen tonen minder empathie voor de allochtone patiënten en de laatste komen minder assertief over op de arts dan de autochtone patiënten. Coe en Prendergast (1986) menen dat er in triadische gesprekken sprake is van coalitievorming en Twilt (2007) spreekt over ‘onderonsjes’ tussen de patiënt en de informele tolk. Zouden deze aspecten terugkomen in de verhalen van informele tolken over de communicatieve aspecten? Wat vinden de respondenten van de communicatie met de arts en de patiënt? Wat zijn de positieve en negatieve punten? Deze en andere vragen met betrekking tot rollen, verwachtingen en communicatie worden besproken onder de topic ‘communicatie en rollen’ (zie bijlage 1).

Tot slot zijn de respondent bevroegd over hun kennis van het officiële beleid en is ze gevraagd of de patiënten voor wie ze tolken hiervan op de hoogte zijn. Het is interessant om te achterhalen in hoeverre de informele tolken op de hoogte zijn van hun rechten en plichten en of ze wel eens van de ‘tolkentelefoon’ hebben gehoord.



De respondenten is tevens naar hun mening gevraagd over de inzet van minderjarigen als informele tolken en het gebruik van formele tolken in medische zorg. Ze konden tevens suggesties geven voor de verbetering van arts-patiënt-tolk gesprekken. Dezelfde topics werden gebruikt om respondenten te bevragen over hun ervaringen met tolken als kind. Belangrijk om te vermelden is dat het interview een open karakter had. De topics dienden ervoor om de antwoorden van verschillende respondenten met elkaar te kunnen vergelijken en niet om de antwoorden van de respondenten te sturen. De vragen zijn in een open vorm gesteld.

Naar aanleiding van de bovengenoemde studies kunnen een aantal verwachtingen met betrekking tot de resultaten van onderhavig onderzoek worden geformuleerd. Zo is naar aanleiding van de studie van Green et al. (2005) te verwachten dat informele tolken voornamelijk positieve gevoelens zullen benoemen met betrekking tot tolken. Ook zullen zij waarschijnlijk de rol van de belangenbehartiger van de patiënt op zich nemen in medische gesprekken. De informele tolken zullen waarschijnlijk over een gevoel van gêne spreken bij het bespreken van taboeonderwerpen. Met betrekking tot technische aspecten is te verwachten dat zij niet alles vlekkeloos zullen vertalen en dat er vaak sprake zal zijn van miscommunicatie in gesprekken waarbij ze tolken.

4.3 Steekproef en dataverzameling

Voor dit onderzoek zijn jongvolwassen multiculturele Nederlanders benaderd die wel eens voor hun familie in Nederland hebben getolkt. Er is gepoogd respondenten te werven tussen de 18 en 25 jaar die van jongs af aan, of in ieder geval voor hun 18-de jaar ervaring hadden met tolken. De respondenten zijn zowel mondeling als schriftelijk (per e-mail) benaderd via de zogenoemde sneeuwbalmethode: de onderzoeker heeft een bekende X, die weer een bekende Y heeft die wel eens tolkt. Persoon Y heeft op zijn beurt ook weer kennissen die als informele tolken fungeren. Via via is uiteindelijk een groep benaderd van 20 jongvolwassenen (10 mannen en 10 vrouwen) waarvan 15 hebben deelgenomen aan het onderzoek (zie tabel 5). Het responsepercentage was 75%.

| Respondent | Leeftijd | Geslacht | Afkomst | Opleidingsniveau |
|------------|----------|----------|------------------------------------|------------------|
| 1 | 22 | vrouw | Turkse | HBO |
| 2 | 23 | vrouw | Turkse | HBO |
| 3 | 25 | vrouw | Azerbeidjaanse (Russisch sprekend) | HBO |
| 4 | 22 | man | Marokkaanse | HBO |
| 5 | 25 | vrouw | Marokkaanse | HBO/WO |
| 6 | 22 | man | Italiaans -Colombiaanse | MBO |
| 7 | 19 | vrouw | Turkse | VWO |
| 8 | 24 | vrouw | Turkse | HBO/WO |
| 9 | 22 | vrouw | Marokkaanse | HBO |
| 10 | 24 | man | Azerbeidjaanse (Russisch sprekend) | HBO |
| 11 | 23 | vrouw | Iranese (Farsi sprekend) | MBO |
| 12 | 20 | man | Marokkaanse | MBO |
| 13 | 30 | man | Marokkaanse | HBO |
| 14 | 20 | vrouw | Marokkaanse | HBO |
| 15 | 23 | vrouw | Marokkaanse | MBO |

Tabel 5: Proefpersonen



Er werden geen eisen gesteld aan de etnische achtergrond van de respondenten. Iedereen die regelmatig tolkte voor familieleden of vrienden kon aan het onderzoek deelnemen. Uiteindelijk hebben zeven Marokkaanse, vier Turkse, twee Azerbeidjaanse, één Iranese en één Italiaans-Colombiaanse respondent deelgenomen aan het onderzoek. De meeste respondenten hadden een HBO opleiding (10 personen) waarvan twee met een master-opleiding bezig waren op WO-niveau. Vier respondenten hadden een MBO opleiding afgerond, en één respondent had een VWO diploma. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 23 jaar.

De eerste tien respondenten hebben gratis deelgenomen aan het onderzoek. Omdat het daarna moeilijker bleek te zijn om nieuwe respondenten te werven, hebben de laatste vijf respondenten een kleine vergoeding gekregen voor hun deelname.

Het interview werd in een rustige omgeving afgenomen, meestal bij de respondent thuis of in een café waar geen muziek werd gedraaid. De vragen van de topiclijst zijn elke keer in dezelfde volgorde besproken. Wel zijn er soms per respondent aanvullende vragen gesteld. De respondent is van tevoren om toestemming gevraagd om een audio opname te maken van het interview. De identiteit van de respondenten is geanonimiseerd. De gemiddelde duur van de interviews is 42 minuten.

4.4 Databewerking en analyse

Allereerst zijn de interviews uitgeschreven. Een aantal transcripten is vervolgens gecontroleerd door een tweede onderzoeker om zo de betrouwbaarheid van de transcripten te waarborgen. Nadat alle transcripten waren uitgeschreven zijn de teksten ingevoerd in MAXQDA, een computerprogramma voor het verrichten van kwalitatief onderzoek. Er is gekozen voor dit programma omdat het proces van coderen zeer efficiënt en nauwkeurig kon worden uitgevoerd.

Wanneer het om kwalitatieve analyse van interviews gaat, is coderen een veelgebruikte methode (Baarda et al., 1995; Boeije, 2005). Samenhangende stukken tekst uit het interview die van belang zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag krijgen een code toebedeeld, die zo'n passage in één of meerdere woorden samenvat. Op deze manier worden de data herschikt en gereduceerd. Een voorbeeld uit het onderhavig onderzoek zal dit verduidelijken.

Eén van de vragen uit de topiclijst luidt: 'wat vind je moeilijk aan tolken?' Het antwoord op deze vraag valt dan onder de code *moeilijke aspecten*. Omdat deze moeilijkheden zich zowel op technisch als op emotioneel gebied kunnen voordoen, is daar ook in de codering rekening mee gehouden. Wanneer de respondent aangeeft moeite te hebben met het vertalen van bepaalde woorden of uitdrukkingen, is de uitspraak gelabeld met de code *technische aspecten* < *moeilijk aan tolken*. Echter, wanneer de respondent aangeeft moeite te hebben met vertalen van seksueel getinte onderwerpen, is de passage gecodeerd met *emotionele aspecten* < *negatieve aspecten* < *seksuele onderwerpen*. De transcripten zijn gecodeerd met de volgende hoofdcodes.



- 1) Emotionele aspecten
- 2) Technische aspecten
- 3) Verwachtingen
- 4) Rollen
- 5) Communicatie
- 6) Bekendheid met officieel beleid omtrent tolken
- 7) Suggesties voor verbetering arts-patiënt-tolk gesprekken
- 8) Meninge en attitudes
- 9) Ervaringen als kind
- 10) Vergelijking tolken als kind en als volwassene

Een overzicht van de hoofd- en subcodes is opgenomen in bijlage 2.

De gelabelde fragmenten zijn vervolgens meerdere malen nauwkeurig herlezen en gehergroepeerd, wat uiteindelijk resulteerde in de uitkomsten die in de volgende twee hoofdstukken zullen worden besproken.



5 Resultaten ‘ervaringen als volwassen tolk’

Dit hoofdstuk geeft antwoord op hoofdvraag 1: *Hoe ervaren jongvolwassenen het informeel tolken tijdens het medisch interview?* De resultaten worden besproken in het verlengde van de volgende thema’s: emotionele aspecten, technische aspecten, verwachtingen, rollen, communicatie, officieel beleid, suggesties voor verbetering, attitudes en meningen.

5.1 Emotionele aspecten

Emotionele aspecten hebben te maken met de gevoelens van respondenten ten aanzien van tolken. Vragen onder de topic ‘emotionele aspecten’ (zie topiclijst bijlage 1) zijn aan de respondenten gesteld om antwoorden te ontlokken die met hun gevoelens te maken hebben. De antwoorden van de informele tolken zijn onder te verdelen in positieve en negatieve aspecten, die hieronder zullen worden besproken.

5.1.1 Positieve aspecten

Op de algemene vraag: ‘wat vindt u van tolken?’ geeft bijna de helft van de respondenten een positief antwoord. Bijna iedereen zegt het leuk te vinden om zijn naasten te helpen, omdat hij bijdraagt aan succesvolle communicatie tussen de arts en de patiënt en dat geeft hem een gevoel van voldoening. De meesten omschrijven het als een ‘goed gevoel’ (zie fragment 1).

Fragment 1: tolken geeft een goed gevoel

R 8: Ik help een ander, tenminste, mijn ouders help ik ermee en ja, ik probeer een probleem zeg maar een probleem dat ze hebben probeer ik een oplossing voor te vinden, een tussenmiddel te zijn. Een oplossing daarvoor te bieden, in dat opzicht vind ik dat wel, geeft het mij een goed gevoel.

Twee respondenten benoemen het feit dat ze zelf ook leren tijdens het tolken. Ze verbeteren hun taalvaardigheid, sociale en communicatieve vaardigheden (zie fragment 2).

Fragment 2: tolken is leerzaam

R10: Positief aan tolken: ja, het is leerzaam.

I: Leerzaam, hoezo?

R10: Je leert dat je bepaalde woorden die je nooit gebruikt, bijvoorbeeld in het Russisch of andersom: je kent het woord in het Nederlands, maar soms, ik weet niet, dat heb ik dan, maar soms ken ik het woord in het Nederlands, maar ik weet niet hoe je dat in het Russisch moet zeggen of andersom. Het was wel leerzaam om ermee bezig te zijn.

Zeventien fragmenten zijn gecodeerd met de code ‘positieve aspecten’ en deze komt in elf van de vijftien interviews voor (zie tabel 6).



| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Totaal |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|-----------|
| Positieve aspecten | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 17 |

Tabel 6: Positieve aspecten

Dit betekent dat 70% van de ondervraagde jongvolwassenen een positief gevoel ervaart als ze iemand hebben geholpen door middel van tolken. Het geeft hen een gevoel van voldoening. Echter, de positieve gevoelens met betrekking tot tolken werden meestal één keer per respondent genoemd. Er wordt vaker gesproken over de negatieve gevoelens bij tolken.

5.1.2 Negatieve aspecten

De respondenten noemen bijna drie keer zoveel negatieve als positieve aspecten met betrekking tot tolken. Eenenvijftig fragmenten zijn gecodeerd als negatief en er wordt in veertien van de vijftien interviews over gesproken (zie tabel 7).

De negatieve ervaringen zijn globaal onder te verdelen in vier categorieën: 1) irritatie om patiënten 2) gêne bij het bespreken van taboeonderwerpen 3) emotionele inspanning en 4) ontevredenheid over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarnaast is er een categorie ‘overige’ waaronder alle andere fragmenten worden besproken die niet onder deze vier categorieën vallen. Tabel 7 geeft een overzicht van de genoemde categorieën van negatieve aspecten.

| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Totaal |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|-----------|
| Negatieve aspecten | 6 | 4 | 6 | 3 | 3 | 1 | 1 | 6 | 3 | | 5 | 1 | 9 | 2 | 1 | 51 |
| Irritatie door patiënt | | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | | | 2 | | 4 | 1 | 1 | 13 |
| Taboeonderwerpen/gêne | 2 | 1 | | 1 | | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 2 | | | 10 |
| Emotionele inspanning | 1 | | 3 | 1 | 2 | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | 10 |
| Ontevredenheid over de kwaliteit van de zorg | 1 | | 2 | | | | | 1 | 1 | | 2 | | 1 | | | 8 |
| Overige | 2 | 2 | 1 | | 1 | | 1 | 2 | | | | | 1 | | | 10 |

Tabel 7: negatieve aspecten

Hieronder zullen alle categorieën één voor één worden besproken.

5.1.2.1 Irritatie door patiënt

De grootste categorie die genoemd werd bij de negatieve aspecten van tolken is irritatie dat veroorzaakt wordt door de patiënt. Deze wordt in dertien fragmenten besproken. De respondenten zeggen zich vaak te ergeren aan de patiënten omdat de laatste zich eisend opstellen. Ze eisen van de informele tolken om bepaalde informatie meerdere keren tegen dan de arts te vertellen. Dat vinden de tolken vaak zeer vervelend. Bovendien zijn de zaken waarover de patiënten spreken volgens de informele tolken niet altijd relevant. Het komt dan ook voor dat informele tolken de volgens hen irrelevante informatie weglaten (zie fragment 3).



Fragment 3: irritatie door patiënten

R13: Ja, mijn moeder die vertelt onderweg naar de dokter wel honderd keer wat ze heeft (lacht) en wat ik duidelijk moet maken. Dat ik echt denk van: 'ik weet het nu echt wel hoor!' (lacht) En dan ben ik met de dokter in gesprek en dan vertaal ik de dingen die zij zegt en dan zegt ze: 'Heb je dat wel gezegd?' en weetje, dan komen er nog wat zinnen tussendoor en dan zeg ik: 'Dat is niet belangrijk, dat ga ik niet tegen de dokter zeggen!' Ja, dus dat is soms, ja dat is soms vervelend eigenlijk.

I: En wat voor dingen zegt ze dan tegen je die je dan liever niet vertaalt?

R13: Gewoon, je hebt iets al duidelijk gemaakt en dan zegt ze van: 'Maar je moet even dit erbij zeggen om het nog duidelijker te maken' en dan denk ik: 'Nee, de dokter die heeft het nu wel begrepen!'

Opvallend is dat dit gevoel van irritatie dat zo prominent aanwezig was bij de respondenten niet eerder is besproken in de literatuur.

5.1.2.2 Gêne bij taboeonderwerpen

Er wordt in tien van de vijftien interviews gesproken over het tolken bij consulten waarin de informele tolk zich geneert voor het overdragen van informatie over seksueel getinte onderwerpen. Dit zijn taboe onderwerpen die te maken hebben met seks, geslachtsdelen en/of ziektes en kwalen die daarmee samenhangen. Alle respondenten die wel eens hebben moeten tolken voor dergelijke onderwerpen ervoeren veel gêne en ongemak, zowel bij familieleden en bekenden als bij onbekende patiënten (zie fragment 4).

Fragment 4: gêne bij tolken

I: Zijn er misschien specifieke onderwerpen die moeilijker zijn om te vertalen dan andere, waar je zelf meer moeite mee hebt?

R 1: Nou, dit is best wel privé, maar mijn moeder heeft wel eens daar last gehad, bij haar vagina. En dat is niet leuk als je bij de huisarts zit en echt moet zeggen van, ja ehm begrijp je wat ik bedoel? Je wilt het gewoon eigenlijk niet weten. Je wilt het ook niet meemaken, dus dat soort onderwerpen zijn moeilijker om te vertalen.

I: Maar dat heeft eerder te maken met je gevoel dan bijvoorbeeld^

R1: Met gêne, dat je dat gewoon van je moeder niet wil weten, dan dat taaltechnisch zeg maar.

Ook de patiënten voelen zich vaak niet op hun gemak. De tolken moeten dan meer moeite doen om de informatie uit de patiënt te halen (zie fragment 5).

Fragment 5: gêne bij tolken

R 8: Dat is niet eens zo erg, maar alleen als het over zijn, ja...

I: Over zijn geslachtsdeel gaat?

R8: Over zijn geslachtsdeel gaat inderdaad. Dan vindt hij het zelf moeilijk en dan kan ik moeilijk weten, weet ik moeilijk, wat het precies nou is zeg maar. Omdat ik omdat ik ten eerste een vrouw ben en ik kan me niet zo goed inbeelden en dat vind ik lastig om op dat moment uit te leggen zeg maar. Hij heeft last, moeite bijvoorbeeld met plassen zeg maar, dat gaat heel moeizaam, ja en ook iets met zijn blaas en zo, dat gaat nog wel, maar echt ja,



sommige details, dat, ja, omdat hij het niet goed vertelt, zeg maar omdat hij zich geneert en ik een vrouw ben en niet in zijn situatie, dan kan ik het moeilijk uitleggen.

Deze uitkomsten hebben wellicht te maken met de islamitische achtergrond van de patiënten en de informele tolken³, waarbij er een striktere scheiding is tussen mannen en vrouwen en seks een groter taboe is dan in het Westen.

5.1.2.3 Emotionele inspanning

Emotionele inspanning die samenhangt met tolken komt in zeven interviews voor en wordt in tien fragmenten besproken. De informele tolken vinden het bijvoorbeeld moeilijk om als eerste slecht nieuws te krijgen over de gezondheid van hun naasten en dit over te moeten brengen op de patiënt. Ze voelen mee met de patiënt, wat het tolken een emotioneel zeer zware taak maakt (zie fragment 6 en 7).

Fragment 6: tolken is emotioneel zwaar

I: Zijn er specifieke onderwerpen of thema's die je moeilijker vindt om te vertalen dan andere? In huisartspraktijken?

R5: Nou, ik weet wel een voorbeeld: het was heel heel lang geleden, maar toen had mijn moeder een zwelling in haar hand en toen gingen we naar het ziekenhuis en toen bleek dat het, ja het was een kleine tumor, maar het was niet kwaadaardig. Het was gewoon een zwelling dat weggehaald moest worden, het was helemaal niets ernstigs, maar op dat moment krijg jij als het ware als eerste het nieuws. Kijk, jij krijgt van de arts te horen wat er aan de hand is en in dat opzicht was ik nog redelijk jong en je hebt er nog niet echt ideeën bij zulke praktijken en dan moet je dat overbrengen op diegene op wie het echt betrekking heeft. En dat vond ik wel heel lastig, maar het was meer omdat er echt gevoelens bij kwamen van dat ik echt geschrokken was dat het zoiets was. Ondanks dat het niet ernstig was om het dan toch duidelijk te maken.

I: Ja. Moest je toen bijvoorbeeld huilen of iets?

R5: Nou, ik kreeg bijna geen adem meer.

Fragment 7: tolken is emotioneel zwaar

I: Hoe vind je het emotioneel gezien om te vertalen?

R3: Emotioneel zwaar, zwaar

I: Waarom, waarom zwaar?

R3: Ja, je kan echt ehm het probleem van je familielid niet goed vertalen, snap je? En dan zij heeft het pijn, jij hebt ook pijn omdat je denkt over haar. En je kan dat ook niet zo goed uitleggen. En dat is ook zwaar emotioneel.

Omdat de informele tolken vaak naasten zijn van de patiënt, zijn ze er emotioneel te veel bij betrokken. Ze voelen mee met de patiënt en daarom kost het ze vaak moeite om over de pijn en de ziekte van de patiënt te spreken. Het tolken voor familieleden is daarom soms een zware emotionele opgave.

³ Veertien van de vijftien tolken die aan dit onderzoek hebben deelgenomen hebben een Islamitische achtergrond.



5.1.2.4 Ontevredenheid over de kwaliteit van de gezondheidszorg

Een negatief aspect dat niet direct met tolken te maken heeft, maar dat vaak ter sprake kwam in de interviews, is de ontevredenheid over de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Er werden tijdens het interview geen vragen gesteld over dit aspect, maar toch vinden acht van de vijftien tolken het nodig om hun ongenoegen te uiten over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. De reden voor deze ontevredenheid is dat de patiënten niet snel een verwijfsbrief krijgen naar de specialist en weinig medicatie krijgen, aldus de informele tolken namens de patiënten (zie fragment 8).

Fragment 8: ontevredenheid over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg

R 3: Nou, nu, ze weet al ook een beetje, ja ze blijft, ook nu even kalm blijven.

I: Rustiger

R 3: In het begin niet, in het begin zei ze dat alle huisartsen er niets van weten behalve paracetamol geven, niks!

(lacht) En dit moest ik dus vertalen naar de huisarts!

I: Dat moest je vertalen?

R3: Ja (lacht)

I: En hoe heb je dat dan opgelost?

R3: Nou, 'Ja, mama zegt eigenlijk, ja dat paracetamol helpt haar niet' (lacht) ja

I: En hoe reageerde de huisarts?

R3: Ja, ze begrijpt het zelf heel goed. Zelf gebruiken ze nooit medicijnen.

De uitspraak van respondent 3 'de huisartsen weten niets behalve paracetamol geven' illustreert goed de heersende mening van migrantpatiënten over de Nederlandse artsen. 'Meer medicatie en sneller naar een specialist' lijkt een motto te zijn voor de verbetering van de Nederlandse gezondheidszorg, aldus de ondervraagde informele tolken.

5.1.2.5. Andere negatieve aspecten van tolken

Naast de besproken onderwerpen, waren er tien fragmenten die niet opgedeeld zijn in de genoemde categorieën. In deze fragmenten werd uiting gegeven van negatieve emoties ten opzichte van tolken, maar ze waren te uiteenlopend van aard om ze onder één bepaalde categorie te scharen. Zo gaf één respondent aan dat zij zich heel slecht voelt als ze er niet in slaagt om een uiting (correct) te vertalen. Een aantal andere respondenten noemt het tijdsaspect: het vergt ontzettend veel tijd en moeite om keer op keer mee te moeten gaan om te tolken. Soms hebben ze ook helemaal geen zin om mee te gaan en hadden ze gewild dat hun familie/kennissen zelf de taal beheersten (zie fragment 9).

Fragment 9: tolken is vervelend

I: Nu emotionele aspecten: gewoon puur gevoelsmatig, hoe vind je het om te vertalen?

R14: Vervelend

I: Vervelend?

R14: Vaak wel vervelend



I: En waarom?

R14: Ja, je bent altijd het middelpunt en achteraf kom je thuis en dan moet je het nog een keer verduidelijken en dan moet je het hele verhaal nog eens samenvatten en je bent altijd het aanspreekpunt, als er brieven thuiskomen en dan zit je al vol met je eigen.

I: Dus je hebt een soort verantwoordelijkheid?

R14: Ja, een bepaalde verantwoordelijkheid en soms is het ook dat ik bij mijzelf denk: waarom beheers je de taal gewoon niet? En ik begrijp dat Nederlands best een moeilijke taal is, maar het zou echt wel veel schelen als mijn ouders gewoon goed Nederlands konden.

5.1.3 Verplichting

In de vorige twee paragrafen is gesproken over de positieve- en negatieve aspecten van het tolken. De respondenten benoemden bijna drie keer zoveel negatieve- als positieve aspecten. Vaak hebben ze helemaal geen zin om te tolken, maar doen het eerder uit plichtsbesef, zoals uit fragment 10 blijkt.

Fragment 10: tolken is een verplichting

R1: Het is gewoon iets dat gedaan moet worden, net als het huishouden, weetje, ik vind het niet erg, maar leuk is het ook niet.

Echter, het is niet zo dat het gevoel van plichtsbesef per definitie samenhangt met negatieve gevoelens. In de vijf van de negen gecodeerde fragmenten spreken de tolken positief over deze ‘verplichting’ (zie fragment 11).

Fragment 11: tolken is een verplichting

R2: Ja, het zijn misschien momenten zeg maar, dat zijn zulke momenten, dat heb ik wel eens gehad, dat zijn mijn negatieve ervaringen, maar over het algemeen vind ik het wel leuk om hen te helpen, omdat zij, omdat zij heel veel ook voor mij hebben gedaan en dan wil ik er toch ook wat voor terug doen.

5.1.4. Conclusie emotionele aspecten

De respondenten in onderhavig onderzoek benoemen drie keer zoveel negatieve als positieve aspecten met betrekking tot tolken. Dit is anders dan in het onderzoek van Green et al. (2005) waarin de respondenten overwegend positief waren over hun werkzaamheden als tolk. Hoewel de respondenten in onderhavig onderzoek ook voldoening menen te halen uit het feit dat ze hun familieleden helpen en daarnaast ook andere positieve aspecten met betrekking tot tolken benoemen, worden er meer negatieve ervaringen genoemd. Zo komt het regelmatig voor dat informele tolken zich ergeren aan het gedrag van de patiënt tijdens het medisch consult, doordat de laatste zich eisend opstelt ten opzichte van de informele tolk. Tweederde van de respondenten geeft aan moeite te hebben met het vertalen van seksueel getinte onderwerpen. De informele tolken vinden het emotioneel gezien soms erg zwaar om te moeten tolken omdat ze te betrokken zijn bij de patiënten en hun pijn meevoelen. Toch beschouwen de meeste respondenten het als hun plicht om te moeten tolken voor hun ouders en



overige familieleden en doen dit dan ook plichtsgetrouw. Zowel de informele tolken als de patiënten waarvoor ze tolken zijn veelal ontevreden over de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland omdat er volgens hen weinig medicatie wordt gegeven en de patiënten niet snel een verwijzing krijgen naar de specialist.

5.2 Technische aspecten van het vertalen

In deze paragraaf worden de technische aspecten van het tolken besproken, dat wil zeggen de techniek van het vertalen. Vragen als: ‘wat vinden de tolken moeilijk en makkelijk aan tolken?’ en ‘hoe gaat het vertalen in taaltechnische zin?’ komen in deze paragraaf aan bod.

5.2.1. Makkelijke aspecten

Tweederde van de respondenten vindt het technisch gezien geen zware opgave om te tolken, vooral niet bij de huisarts, omdat het vaak om redelijk simpele klachten gaat. Daarnaast geven de meeste ondervraagden aan dat ze beide talen goed beheersen en dat het tolken vaak ‘automatisch’ gaat. Er zijn vijftien fragmenten gecodeerd met de code ‘makkelijke aspecten’ en er wordt in tien van de vijftien interviews over gesproken (zie tabel 8).

| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Totaal |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|--------|
| Makkelijke aspecten (frequentie) | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 15 |

Tabel 8: Makkelijke aspecten van tolken

De respondenten vinden het over het algemeen makkelijk om te tolken indien het om simpele klachten gaat waarbij geen medisch jargon wordt gebruikt.

5.2.2 Moeilijke aspecten

Er wordt in de interviews vaker gesproken over de moeilijke aspecten. Er zijn zesentwintig fragmenten gecodeerd met deze code en er wordt in alle vijftien interviews over moeilijke aspecten van het tolken gesproken (zie tabel 9).

| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Totaal |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|--------|
| Moeilijke aspecten | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 26 |

Tabel 9: Moeilijke aspecten van tolken

Meestal hebben de moeilijke aspecten betrekking op taalspecifieke elementen en de techniek van het vertalen. De ondervraagden vinden het moeilijk om een juist equivalent voor bepaalde woorden in de ene dan wel in de andere taal te vinden. Soms bestaat er helemaal geen equivalent en dan moet de informele tolk het via een omweg duidelijk maken (zie fragment 12).



Fragment 12: één op één vertalen is moeilijk

R5: Dus meestal gaat dat wel goed, maar het Berbers is veel beperkter in woordgebruik en in de zinnen. Het is eigenlijk een beetje een huis/keuken taaltje, dus dan kom je wel dingen tegen die niet helemaal goed te vertalen zijn, dus die je via een omweg duidelijk moet maken en het kan in beide kanten zijn, maar meer denk ik wel vanuit de arts, dus vanuit het Nederlands naar het Berbers.

Sommige respondenten hebben er moeite mee om bepaalde lichaamsdelen of organen te benoemen. Ook de technische termen en/of benamingen voor bepaalde lichaamsdelen en organen zijn vaak een heikel punt (fragment 13).

Fragment 13: moeite met medisch jargon

R8: Maar het uitleggen duurde nogal lang en toen moest ik het echt denk wel drie keer of zo echt vertellen voordat ik het, voordat het eindelijk lukte zeg maar, omdat ik niet op bepaalde woorden kwam in het Turks dan. Dat heeft te maken met lichaamsdelen dat ik niet precies weet wat waar zit en dat ik die niet goed kan benoemen zeg maar.

De informele tolken vinden het ook moeilijk om de emoties van de patiënten over te dragen op de arts (zie fragment 14).

Fragment 14: emoties overdragen is lastig

R4: Soms geeft iemand iets aan en als je het moet vertalen krijgt het een hele andere wending, dan diegene die het probeert uit te leggen. Hij is dan bijvoorbeeld heel emotioneel betrokken en hij probeert het uit te leggen en dan ontvangt die arts het bericht en dan krijg je een reactie van: 'oh, bedoelt u dat en dat meneer?' Het is niet betrokken, want het is moeilijk om de emotie over te dragen waarmee de patiënt, hoe de patiënt het bedoelt zeg maar.

Hoewel de respondenten aangeven dat ze het tolken over het algemeen niet moeilijk vinden (zie 5.2.1.), blijkt uit deze paragraaf dat er toch een aantal lastige aspecten zijn met betrekking tot tolken. Zo vinden de respondenten het vaak moeilijk om een geschikt equivalent te vinden voor sommige woorden en/of uitdrukkingen in de ene of beide talen, zijn ze onbekend met het medisch vakjargon en vinden ze het moeilijk om sommige medische termen te vertalen. Daarnaast vinden de informele tolken het lastig om de emoties van de patiënt over te dragen op de arts. In de volgende paragraaf wordt duidelijk hoe de jongvolwassenen er uiteindelijk in slagen om adequaat te tolken.

5.2.3 Hoe goed wordt er getolkt?

Op de vraag: 'vind je jezelf een goede tolk?' geeft acht van vijftien respondenten een positief antwoord (zie fragment 15), twee respondenten vinden zichzelf gemiddeld en twee vinden dat ze geen goede tolken zijn. Drie respondenten geven geen antwoord op deze vraag.



Fragment 15: goede tolk

I: Vind je jezelf een goede tolk?

R13: Ehm, ik denk het wel

I: En waarom?

R13: Ik denk omdat ik heel vaak ook de emoties van diegene die het ehm die vertolkt wordt door mij, dat ik die heel erg goed kan meenemen. Het is niet alleen maar 'hey, die persoon heeft hier last van', maar ik probeer ook aan te geven hoe die last eruit ziet, hoe die last ervaren wordt'.

Uit de interviews is gebleken dat niemand van de informele tolken de uitingen één op één vertaalt. Vaak weet de informele tolk al van te voren wat de klacht is en dit wordt dan in de loop van het medisch consult doorgespeeld aan de arts. De informele tolken zeggen ook te bezuinigen op de tijd van de huisarts door de informatie van de arts pas thuis te vertalen aan de patiënt (zie fragment 16).

Fragment 16: informele tolk vertaalt niet één op één

R 8: En dan probeer ik het ook zeg maar wat hij zegt, ik probeer er niet doorheen te komen en dan is het ook helder voor mij en dan als we dus zeg maar uit de praktijk zijn, dan vertel ik pas het hele verhaal aan mijn moeder. Op dat moment zeg maar iets kleins, niet het hele verhaal, maar als we eruit zijn, dan vertel ik echt alles en niet in zijn bijzijn.

Wanneer de respondenten er niet in slagen om een uiting te vertalen, proberen ze dit toch via een omweg te doen. Sommige van hen gebruiken een woordenboek of een folder of gaan tekenen. In slechts één interview wordt gesproken over miscommunicatie tussen de arts en patiënt, maar ook deze werd volgens de respondent in de loop van het interview opgehelderd. In het algemeen zijn de respondenten van mening dat zij een adequate vertaling leveren.

5.2.4 Conclusie technische aspecten

Uit deze paragraaf is gebleken dat tolken niet zonder slag of stoot gaat: het is een ingewikkelde taaltechnische procedure en de meeste informele tolken beschikken niet over de capaciteiten om alles vlekkeloos te vertalen. Het ontbreekt ze soms aan woordenschat (van met name de medische termen), (taal)kennis en/of vertaaltechniek, waardoor het tolken niet altijd soepel verloopt. Echter, via een omweg en met behulp van de arts en andere communicatiekanalen slagen de informele tolken er volgens henzelf uiteindelijk in om een adequate vertaling te geven van wat er wordt gezegd. Of dit ook daadwerkelijk het geval is, is nog de vraag, maar de meeste respondenten waren ruim tevreden over hun tolkcapaciteiten.



5.3 Verwachtingen

Deze paragraaf bevat een beschrijving van de verwachtingen van de arts en de patiënt naar de informele tolk toe.

5.3.1 Verwachtingen patiënt

De meeste patiënten willen in de eerste plaats begrepen en geholpen worden en verwachten van de informele tolk dat deze hun verhaal overbrengt naar de arts. De patiënten verwachten dat de informele tolk nauwkeurig vertaalt en geen informatie achterhoudt. Daarnaast verwachten sommige patiënten dat de tolk in hun belang handelt, ook als dit inhoudt dat ze bepaalde medische informatie moeten ‘verdraaien’ (zie fragment 17).

Fragment 17: verwachtingen patiënt

R 8: Enne soms wil hij ook dat ik een beetje overdrijf van wat hij heeft zodat hij, omdat het in Nederland toch heel moeilijk is om een afspraak te regelen bij specialisten, dus dan moet je er wat bij verzinnen. Dus ehm ja, qua verwachtingen ehm ja, dat ik het echt goed vertel en goed uitleg en dat ik het, dat hij ook, dat ik het ook goed terugvertaal zeg maar wat hij heeft gezegd.

De patiënten verwachten voornamelijk dat de informele tolk hun klachten en zorgen duidelijk overbrengt naar de arts en ervoor zorgt dat de patiënt geholpen wordt. Patiënten beschouwen de informele tolk vaak als hun belangenbehartiger.

5.3.2 Verwachtingen arts

De meeste respondenten geven aan dat de artsen, net als de patiënten voornamelijk verwachten dat de informatie die ze meegeven aan de patiënt nauwkeurig wordt vertaald. Daarnaast verwachten de artsen, in tegenstelling tot patiënten, een neutrale houding van de tolk (zie fragment 18).

Fragment 18: verwachtingen arts

I: Wat denk je dat de arts van je verwacht als je daar komt?

R11: Ehm, dat ik alleen maar vertaal geloof ik en dat ik me verder nergens mee bemoei. Dat is de eerste ding, het belangrijkste zeg maar. Ehm, je bent echt een soort van vertaler en verder hoeft je je er niet mee te bemoeien. En dat vind ik ook belangrijk eigenlijk, en ten tweede dat ik het echt goed, dat ik de patiënt erop wijs, van ‘dit kan niet en dit kan wel, dit gaat niet en dit gaat wel’. Dat verwachten ze.

Ook wordt er van de informele tolken verwacht dat ze er enigszins op toezien dat doktersadvies wordt opgevolgd. Maar de artsen zien de informele tolk voornamelijk als een instrument om het contact met de patiënt te bewerkstelligen (zie fragment 19).

**Fragment 19: verwachtingen arts**

R5: Ja, ik heb nooit iets meegekregen van mijn eigen arts daarover, over mijn rol en nee, dat is me nooit echt duidelijk gemaakt, maar ik denk dat de arts de tolk, de niet gespecialiseerde tolk en in elk geval ook puur functioneel benadert en beschouwt en het contact tussen ja arts en patiënt en het contact zou niet kunnen komen zonder die tolk, dus het is meer een functionele rol denk ik die op dat moment aan jou toegekend wordt. Voor de taal denk ik, dat vooral.

5.3.3 Conclusie verwachtingen

Zowel de arts als de patiënt verwachten van de informele tolken dat ze nauwkeurig vertalen en alle informatie overbrengen van de arts naar de patiënt en vice versa. Daarnaast verwachten de patiënten dat de informele tolk als hun belangenbehartiger optreedt. De artsen verwachten juist een neutrale houding. Echter, deze verwachtingen zijn nooit expliciet besproken met de informele tolken. De gegeven antwoorden zijn gebaseerd op wat de respondenten dachten dat van ze werd verwacht tijdens het tolken.

5.4 Rollen

Deze paragraaf beschrijft de rol van de informele tolk in het medisch consult. Tabel 10 toont een overzicht van de rollen die door de informele tolken werden genoemd en/of door de onderzoeker zijn toegekend aan de respondenten naar aanleiding van bepaalde fragmenten. Hieruit blijkt dat de rol van de belangenbehartiger van de patiënt bij uitstek de meest voorkomende rol is van de informele tolken.

| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Totaal |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|-----------|
| 1. Belangenbehartiger patiënt | 1 | | 1 | 2 | 1 | | | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | | 21 |
| 2. Bemiddelaar en coördinator gesprek | | 3 | | 1 | | | | | | 3 | | 1 | 1 | 2 | | 11 |
| 3. Vertaler | 2 | | | 1 | 1 | | | | | 1 | 2 | | 3 | | 1 | 11 |
| 4. Adviseur en begeleider | | | | 1 | | | | 1 | 3 | | 1 | 1 | 3 | | | 10 |
| 5. Medebehandelaar | | | | | | | 1 | 2 | 1 | | | | 1 | 1 | | 6 |
| 6. Vertrouwenspersoon | | | | | | | | | 2 | | | 1 | | | | 3 |

Tabel 10: de rol van de informele tolk

Hieronder zullen alle in tabel 10 genoemde rollen één voor één worden besproken.

5.4.1 Belangenbehartiger

Belangenbehartiger is iemand die handelt in het voordeel van een persoon of instantie (Van Dale online, 2009). Deze rol is in sommige interviews expliciet benoemd door de informele tolk. Vaker echter, hebben de informele tolken een situatie beschreven waaruit bleek dat de tolk in het belang van de patiënt handelt, zoals blijkt uit fragment 20.

Fragment 20: belangenbehartiger van de patiënt

R11: Ik ging ooit met die ene oude vrouw naar de huisarts en hij zei van 'Nee, weet je, ik geef alleen maar een onderzoek' zeg maar 'ik geef alleen een verwijsbrief, als zij 's avonds last heeft van haar hart' weetje dan gaan ze echo maken of weet ik veel scannen weet je. Terwijl zij zei: 's avonds heb ik geen pijn'. Ik zei van in mijn



taal zei ik tegen haar 's' avonds heb je wel pijn, hè?' Toen zei ze van 'ja?'. Ik zei: 'U zei toch net dat u 's avonds pijn heeft?' Want zij wilde heel graag dat ze gescand werd voor haar hart, maar de arts wou dat niet doen weet je, maar ik dacht: 'dat is wel zielig, laten we dat doen', misschien is er wel toch iets aan de hand. En toen zei ze: 'maar 's avonds doet het maar heel weinig..' Ik zei: 'zeg maar dat je 's avonds pijn hebt gewoon!' Want ik wist wat die dokter net zei tegen mij weet je, dus ik zei: 'ja, 's avonds heeft ze ook wel pijn, maar niet zo heftig als 's ochtends of weet ik. Toen zei ze 'okay, als ze 's avonds last heeft, dan schrijf ik wel een verwijsbrief.

I: Dus jij hebt ervoor gezorgd dat^

R11: Ik heb ervoor gezorgd en ze heeft tabletten ervoor gekregen!

Uit bovenbeschreven fragment blijkt dat de informele tolk in het belang van de patiënt handelt, ook als dit inhoudt dat de informatie niet nauwkeurig wordt vertaald. De rol van de belangenbehartiger van de patiënt wordt in meer dan de helft van de interviews genoemd. Opvallend is dat bij het expliciet doorvragen blijkt, dat de informele tolk nooit in het belang van de arts of de medische institutie handelt.

5.4.2 Bemiddelaar en coördinator gesprek

De rol van de bemiddelaar ofwel de coördinator van het gesprek werd in elf van de vijftien interviews genoemd. Deze rol houdt in dat de tolk probeert te bemiddelen tussen de arts en de patiënt en het gesprek in goede banen leidt zoals uit fragment 21 blijkt.

Fragment 21: coördinator gesprek

R 14: Ja, het is niet dat ik, het is puur de informatie die ik ontvang, maar ook wel aan iemand die het gesprek een beetje aan het coördineren is, dus dat ik dan merk dat mijn moeder een beetje, als ik zie dat zij de vraag niet goed beantwoordt, dat ik toch wel zeg van, dat ik een beetje aan het coördineren ben van 'eigenlijk moeten we deze richting op en die richting op'.

De informele tolken zagen zichzelf vaak als bemiddelaar tussen de twee partijen, als een tussenpersoon. Fragment 22 laat zien dat het niet altijd gemakkelijk is om te bemiddelen, maar de respondenten probeerden deze rol toch zo goed mogelijk uit te voeren.

Fragment 22: bemiddelaar

R2: Dus ik probeer het zo, zoals je zegt ja, bemiddelaar, echt gewoon zo goed mogelijk te bemiddelen, dus als me vader boos werd, probeerde ik hem te verzachten. Maar tegelijkertijd ook wel de arts een beetje d'r op te wijzen, maar ja omdat ik natuurlijk geen arts ben en niet precies weet hoe het zit, is wel lastig soms. Omdat je niet weet, maar ik probeer meestal ja, wel zo neutraal mogelijk te zijn.

De volgende rol die even vaak genoemd werd is de rol van de vertaler.



5.4.3 De vertaler

In het theoretisch kader (§3.1.1) is gesproken over de rol van de tolk als ‘vertaalmachine’. De professionele tolk hoort alle uitingen van de arts naar de patiënt te vertalen en vice versa zonder zelf actief deel te nemen aan het gesprek. De geanalyseerde fragmenten laten zien dat de informele tolk zijn taak als vertaler veel breder interpreteert dan ‘de vertaalmachine’. Afgezien van het feit dat de informele tolk vaak optreedt als de belangenbehartiger van de patiënt, wordt er ook nooit één op één vertaald en kiest de tolk er regelmatig voor om bepaalde informatie weg te laten. De informele tolken interpreteren ‘vertalen’ ook veel breder dan puur het overbrengen van linguïstische informatie. Veel belangrijker voor de informele tolk zijn de gevoelens van de patiënt (zie fragment 23).

Fragment 23: vertaler

I: Als je voor je vader vertaalt, wat is je rol dan?

R 10: Zo duidelijk mogelijk vertalen dat de arts het bijna zo kan begrijpen als mijn vader het zelf doet. Dus je kan wel woorden vertalen, maar het heeft waarschijnlijk niet dezelfde betekenis als hij het zelf zegt. Het gaat om gevoelens weet je.

De rol van de ‘vertaler’ wordt door de helft van de respondenten expliciet benoemd. Uit de analyse bleek echter dat het hier om een bredere definitie van vertalen gaat. De vertaler is geenszins een vertaalmachine die slechts de linguïstische informatie uit de ene taal in de andere overzet. De informele tolk is er voornamelijk om de pijn en de gevoelens van de patiënt over te brengen naar de arts. Hij neemt actief deel aan het gesprek en is daarmee eerder een belangenbehartiger en bemiddelaar, dan een neutrale tolk.

5.4.4 Adviseur en begeleider patiënt

De rol van de adviseur en begeleider van de patiënt houdt in dat de tolk de patiënt begeleidt en adviseert tijdens en na het medisch consult. De tolk heeft dan een sturende en adviserende rol zoals uit fragment 24 blijkt.

Fragment 24: adviseur en begeleider

R 9: Ja, soms voel ik dat ik meer moet doen dan een tolk, dan heb ik eigenlijk ook een andere rol. Ik ben dan zeg maar ook wel, probeer ik de mensen te stimuleren van: ‘doe nou wat de arts zegt en ga niet je eigen weg op!’.
Dus wat dat betreft ben ik dan ook wel een beetje sturend. En naast de adviezen van de huisarts, soms moeten de mensen doorverwezen worden. Dan begeleid ik ze ook daarin van: ‘daar kan je terecht en daar kan je terecht’.
Dan kom ik eigenlijk verder dan het tolken.

De informele tolken sporen de patiënten soms aan om ‘goede patiënten’ te zijn, zoals uit fragment 24 blijkt. Soms reiken ze echter verder door advies te geven aan het medisch personeel en zich als medebehandelaar op te stellen van de patiënt, waarover meer in de volgende subparagraaf.



5.4.5 Medebehandelaar

De rol van medebehandelaar werd in zes fragmenten beschreven. Deze rol houdt in dat de tolk meedenkt over de behandeling van de patiënt en erop toeziet dat doktersadvies wordt opgevolgd (zie fragment 25 en 26).

Fragment 25: medebehandelaar

R8: En ik heb wel soms bijvoorbeeld bij de praktijkverpleegkundige, de verpleegkundige die kwam bijvoorbeeld zelf niet op het idee bij mijn moeder om de dosis te verhogen en toen zei ik: 'kan je niet de dosis misschien verhogen?' Maar ze wilde een andere medicijn geven, maar toen, ja dat was maar een kleintje, maar sindsdien gebruikt mijn moeder die dosis en dat is precies goed voor haar, ik kan soms wel goed inschatten wat ze nodig hebben en wat ze willen en hoe ze het beter zullen hebben en daardoor praat ik soms vanuit mijn eigen ehm vanuit mijn eigen gevoel, omdat ik het goed aanvoel zeg maar op dit soort gebieden.

Fragment 26: medebehandelaar

R 13: Ehm, nou ik merk wel dat mijn moeder is de laatste tijd wat zwakker in die zin dat ze voelt zich vaak niet lekker, en het is een wonder als ze zich een keer goed voelt. Maar ze gebruikt ook best wel veel medicijnen vind ik en als ze dan mee naar de dokter is geweest, dan vraagt ze mij: 'hey, wat staat er op het doosje? Hoe vaak moet ik iets innemen?' 'Het zijn heel vaak drie of vier verschillende pakjes. Dan geef ik aan, 'dat is zo vaak en die is zo vaak en die is zo vaak'. Nou en dan eind van de dag ga ik het testen of de volgende dag, 'hoeveel moet je daarvan nemen?'

De informele tolken geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor de genezing van de patiënt en denken vaak actief mee over diens behandeling. Omdat de informele tolken vaak familie zijn van de patiënt houden ze ook na het consult streng toezicht op het opvolgen van doktersadvies. Soms geven ze ook adviezen aan het medisch personeel met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Daarmee nemen zij de rol van medebehandelaar op zich.

5.4.5 Vertrouwenspersoon

De laatste rol van de informele tolken die uit de interviews naar voren is gekomen, is de rol van vertrouwenspersoon die door twee respondenten expliciet wordt benoemd. Dit waren respondenten die vaak ook voor onbekenden tolkten. Het is waarschijnlijk dat deze respondenten juist om die reden de rol van de vertrouwenspersoon expliciet benoemen. De andere jongvolwassenen tolkten voornamelijk voor hun familieleden en maakten impliciet ook duidelijk dat ze een vertrouwenspersoon zijn van de patiënt (zie § 5.6; fragment 32 en § 5.8.1. fragment 34).

5.4.6 Conclusie rollen

Uit de analyse van de interviews zijn zes rollen van de informele tolk naar voren gekomen: belangenbehartiger; bemiddelaar en coördinator van het gesprek; vertaler; adviseur en begeleider; medebehandelaar en vertrouwenspersoon. Evenals in de besproken literatuur (Green et al., 2005;



Rosenberg et al., 2007, 2008) kwam de rol van de belangenbehartiger het vaakst voor. De tolk handelt vaak in het belang van de patiënt en biedt daarnaast sturing en begeleiding. De tolken treden soms ook op als medebehandelaars van de patiënt en zijn diens vertrouwenspersoon. De respondenten zeggen ook te bemiddelen tussen de arts en de patiënt en leiden het gesprek in goede banen. Bij conflictueuze situaties proberen de jongvolwassenen neutraal te blijven, maar vaak staan ze toch achter het belang van de patiënt. Zo blijkt dat de informele tolken meer doen dan vertalen alleen. Dit komt overeen met de eerder besproken literatuur (Green et al., 2005; Robb & Greenhalgh, 2006 Rosenberg et al., 2007/2008). Tijdens het vertalen proberen de informele tolken behalve de feitelijke medische informatie ook vooral de gevoelens van de patiënt over te dragen op de arts.

5.5 Communicatie

In deze paragraaf komen de communicatieve aspecten van arts-tolk-patiënt gesprekken aan bod. Er zal worden gesproken over de positieve en negatieve aspecten van arts-tolk-patiënt relatie en over de gevallen van miscommunicatie.

5.5.1. Communicatie met de arts

Er worden evenveel positieve als negatieve aspecten benoemd wanneer de respondenten spreken over de communicatie met de arts (zie tabel 11).

| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Totaal |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|-----------|
| Positieve aspecten | 3 | 2 | | 1 | | | | 3 | 1 | | | 1 | | | | 11 |
| Negatieve aspecten | 2 | | 1 | | 1 | | | 2 | 1 | 2 | | | | 1 | 1 | 11 |

Tabel 11: positieve en negatieve aspecten communicatie met de arts

Eén van de belangrijkste positieve aspecten is het vertrouwd zijn met de huisarts. De meeste informele tolken hebben namelijk dezelfde huisarts als de patiënt voor wie ze tolken. Omdat de informele tolken meestal familieleden zijn van de patiënt, kent de huisarts vaak het hele gezin, wat de communicatie tussen de drie gespreksdeelnemers bevordert. Verder spreken de respondenten over het algemeen zeer positief over de communicatie met de huisarts (zie fragment 27).

Fragment 27: communicatie met de arts, positieve aspecten

R11: Huisartsen zijn altijd geduldig, die luisteren gewoon echt heel goed en dan gaan ze ook ehm gewoon echt met geduld gaan ze terugpraten, weet je.

Opvallend is het contrast met de specialisten: de negatieve aspecten die werden genoemd hadden allemaal betrekking op de communicatie met de specialisten. De tijdsdruk en daarmee gepaard gaande irritatie van de arts worden genoemd. Daarnaast hadden de informele tolken vaak het gevoel dat de arts hun inmenging vervelend vond (zie fragment 28). De respondenten vonden ook dat de specialisten soms te veel vakjargon gebruiken wat het tolken bemoeilijkte.

**Fragment 28: communicatie met de arts, negatieve aspecten**

R 8: Hm, even kijken, ja, laat me denken aan recent, bijvoorbeeld met die longarts en die vond het niet fijn. En die had ook een stagiaire of een assistente of zo en ja, ik kon van zijn gezicht merken dat hij het niet fijn vindt, niet prettig vond dat ik steeds dat ik voor mijn moeder, dat ik steeds moest vertalen. En dan probeer ik het ook zeg maar wat hij zegt, ik probeer er niet doorheen te komen en dan is het ook helder voor mij en dan als we dus zeg maar uit de praktijk zijn, dan vertel ik pas het hele verhaal aan mijn moeder. Op dat moment zeg ik maar iets kleins, niet het hele verhaal maar als we eruit zijn dan vertel ik echt alles en niet in zijn bijzijn.

I: Okay en hij vond het dus vervelend als je alles weer moest vertalen?

R8: Ja, omdat het kostte tijd en ja, met die patiënten en dan raakt hij gefrustreerd zeg maar, omdat ik zeg maar langzaam ga.

De informele tolken waren met name ontevreden over de communicatie met de specialisten. Deze zijn volgens de respondenten ongeduldig, gebruiken te veel vakjargon en geven de informele tolken het gevoel dat ze zich aan hen irriteren. De huisartsen, daarentegen zijn geduldig en behulpzaam en omdat ze vaak reeds bekend zijn met zowel de patiënt als de informele tolk, verloopt de communicatie makkelijk en prettig.

5.5.2 Communicatie met de patiënt

Er wordt slechts één keer een positief aspect benoemd over de communicatie met de patiënt (zie fragment 29). De informele tolken benoemen voornamelijk de negatieve aspecten van de communicatie met de patiënt of hebben er geen uitgesproken mening over. Tabel 12 laat een overzicht zien van het aantal genoemde positieve en negatieve aspecten per tolk.

| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Totaal |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|--------|
| Positieve aspecten | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Negatieve aspecten | 1 | 1 | | 1 | | 2 | | 2 | | | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 |

Tabel 12: positieve en negatieve aspecten communicatie met de patiënt

Fragment 29: communicatie met de patiënt, positieve aspecten

R12: Patiënt? Omdat je Marokkaans bent en hem in zijn moedertaal aanspreekt, ben je, spreek je op een ander niveau. Dan voelt het veiliger voor hem om met mij te praten in zijn taal. Heeft ie ook meer zelfvertrouwen om met mij te praten en weet ik dingen beter uit te leggen, dan dat het in het Nederlands moet, dus ben je eigenlijk, spreek je eigenlijk in het voordeel.

Informele tolken zijn over het algemeen niet tevreden over de communicatie met de patiënt tijdens het medisch consult. Dit komt omdat de patiënten zich eisend opstellen en de informele tolken dwingen om bepaalde informatie meerdere malen te herhalen naar de arts (zie fragment 30). Dit vinden de informele tolken zeer vervelend, zeker omdat ze vinden dat de patiënten niet altijd relevante informatie vertellen.



Fragment 30: communicatie met de patiënt, negatieve aspecten

I: En hoe is je contact met de patiënt, met diegene voor wie je tolkt? Is dat ook positief?

R11: Ja, alleen soms gaat het wel verkeerd, soms ja, dat heb ik net zoals mijn moeder, dan gaat, tussendoor gaat ze wat zeggen, dat. Het is sowieso moeilijk om te vertalen, maar van de ene kant, het gaat om je zenuwen weet je, dat gaat bla bla weet je. Verder heb ik geen moeite gehad met mijn ouders vertalen, behalve dat ze echt doorpraten, alleen met andere mensen. Ik heb, ja vaak heb ik er moeite mee gehad, want ik heb ooit zo 'n vrouw, zij zei tegen mij: 'zeg maar dat dit gebeurd is, ja. En toen heb ik het vertaald. En zij zo: 'volgens mij heb je dat niet gezegd, zeg dat dit gebeurd is!' Voor de tweede keer heb ik vertaald, de arts zei: 'ik begrijp het', maar het moet van haar! 'Zeg dat ik deze medicijnen neem, heb je gezegd dat ik deze medicijnen neem? Heb je gezegd dat..' En toen werd ik echt chagrijnig hoor, maar ja, je kan er niets aan doen, je bent gewoon aan het vertalen en dat soort dingen heb ik echt vaak meegemaakt. Dat ze gewoon echt gaan zeuren of dat ze gewoon echt dom gaan doen, dat je echt iets moet gaan vertalen terwijl ik dit al gedaan heb, ja ze denken dat je het niet gedaan hebt weet je. Dit zijn wel negatieve punten.

Dit gevoel van irritatie van informele tolken naar de patiënten toe is ook beschreven in § 5.1.2.1.

5.5.3. Miscommunicatie

De informele tolken geven aan dat er vrij zelden sprake is van miscommunicatie in gesprekken waarbij ze moeten tolken. Als er al een enkele keer miscommunicatie plaatsvindt, dan grijpt de tolk snel in om de misvatting te herstellen. De respondenten is ook gevraagd wat volgens hen de reden is voor miscommunicatie. Er worden een aantal redenen genoemd, die allemaal te maken hebben met de taal- en cultuurbarrières tussen de arts en de allochtone patiënt. Eén van de tolken licht dit uitgebreid toe (zie fragment 31).

Fragment 31: redenen miscommunicatie in arts-tolk-patiënt gesprekken

I: Wat is volgens jou dan in het algemeen de oorzaak van communicatieproblemen tussen de arts en patiënt in deze situaties, zeg maar waarbij een tolk aanwezig is, waarbij een taalbarrière is?

R5: Ja ik denk dat het dan weer ook heeft te maken met gevoelens, want gevoelens zijn niet altijd te vertalen in woorden en dat daardoor soms wel een idee kan ontstaan aan de kant van de patiënt van 'zie je, hij of zij begrijpt me niet en zet me zo en zo af' en dan weer aan de kant van de arts van 'ja, het is typisch weer iemand vanuit die streek die met die klachten komt'. Dus ja, ik denk wel dat er ook een beetje gevoelens bij spelen en juist wat ik net zei omdat gevoelens niet echt te vertalen zijn kan dat soms, kan wel een heikel punt zijn.

I: Hm, denk je dat de problemen eerder taalspecifiek zijn of cultuurafhankelijk, dus dat het door taal komt of door de verschillende culturen?

R5: Ja, ik denk niet dat je het één buiten kan sluiten van het ander. Ze hebben echt wel met elkaar te maken. Het feit dat iemand anders geboren is in een ander land, opgegroeid, dat neemt diegene gewoon mee. Ik bedoel het medisch consult in Marokko is heel anders dan hier en dat hou je, dat neem je gewoon mee als je naar een arts hier in Nederland gaat. Maar taal is weer een heel belangrijk punt omdat je alleen met taal duidelijk kan maken wat er aan de hand is en er samen uit kan komen.



I: Ja precies. Dat bijvoorbeeld een medisch consult heel anders is in Marokko, is dat een lastig punt voor je moeder om dat om weer helemaal om te schakelen naar zo 'n systeem van tien minuten?

R: Nee, ik denk niet dat het hier te maken heeft met structuur, maar wel weer dat ze in Marokko duidelijker kan maken vanuit zichzelf waar zij last van heeft. En in Marokko zijn er ook andere ziektebeelden die hier in Nederland dan niet worden erkend en dat is ook weer iets wat speelt.

I: Zou je daar een voorbeeld van kunnen noemen van wat er dan anders is?

R: Ja, er zijn heel veel dingen die in Marokko spelen, die hier niet echt een woord hebben. Bijvoorbeeld je hebt in Marokko zoiets als de zwarte magie, waar ook weer ziektes uit voort kunnen komen, maar dat wordt hier in Nederland niet erkend, maar heel veel mensen zijn ervan overtuigd dat er iets is geweest, niet zozeer puur iets op hun is gedaan, maar iets heeft gespeeld waardoor zij ehm ziek zijn geworden. Meer de mysterieuze kant van de ziekte, ik denk dat die hier in Nederland een beetje onderbelicht is, niet gekend in ieder geval.

Volgens de bovengenoemde respondent zijn er zeker cultuur- en taalafhankelijke elementen die ervoor kunnen zorgen dat er miscommunicaties ontstaan tussen de arts en de patiënt. De ondervraagde informele tolken hebben aangegeven een tussenpersoon te zijn in zulke gesprekken en als een cultuurbrug te dienen voor de arts en de patiënt. Ze menen dat het ze vaak goed afgaat. De miscommunicaties die optreden zijn meestal van talig niveau (verkeerd woordgebruik, nuances in de vertaling) en worden volgens de respondenten meestal succesvol verholpen.

5.5.4 Conclusie communicatieve aspecten

De respondenten zijn vaak tevreden over de communicatie met de huisarts, omdat de huisartsen volgens hen geduldig en behulpzaam zijn, in tegenstelling tot specialisten die zich lijken te irriteren aan de aanwezigheid van de informele tolk. Dit heeft volgens de respondenten te maken met de tijdsdruk waar vooral specialisten mee te maken hebben en het feit dat de huisartsen reeds bekend zijn met de patiënt en de informele tolk, wat de communicatie informeler en prettiger maakt. De informele tolken dienen als een culturele brug tussen de arts en de patiënt en proberen zoveel mogelijk de taal- en cultuurbarrières te beslechten. De respondenten geven aan dat er niet vaak sprake is van (ernstige) miscommunicaties in arts-tolk-patiënt gesprekken, terwijl uit eerder onderzoek is gebleken dat dit wel het geval is (Aranguri, 2006; Flores, 2003; Twilt, 2007). In de laatstgenoemde studies zijn gesprekken geanalyseerd waarin de informele tolk verantwoordelijk was voor de vertaling. Uit deze studies bleek dat er wel degelijk sprake was van miscommunicaties tussen de arts, tolk en de patiënt, doordat de informele tolk niet bekwaam was. Kennelijk zijn de informele tolken zelf niet bewust van de fouten die ze maken.



5.6 Bekendheid met officiële regelgeving

In § 3.3 van het theoretisch kader is gesproken over het officiële beleid met betrekking tot tolken in de medische zorg. De respondenten is gevraagd in hoeverre zij en/of de patiënt voor wie ze tolken bekend zijn met dit beleid. Niemand van de respondenten, noch de patiënten voor wie ze tolken zijn bekend met dit beleid. Ongeveer de helft van de respondenten heeft wel eens via via vernomen dat het mogelijk is om een formele tolk in te schakelen in situaties waarin de patiënt onvoldoende Nederlands spreekt. Slechts één keer kwam deze informatie van de arts. De andere helft van de tolken heeft nooit gehoord over deze mogelijkheid en was prettig verbaasd over het bestaan van de tolktelefoon. Eén van de patiënten voor wie werd getolkt heeft wel eens ervaring gehad met een formele tolk (zie fragment 32). Ook de andere tolken is gevraagd of de patiënt voor wie ze tolken liever gebruik zou maken van een professionele tolk, dan van een informele tolk. Daarop antwoordden alle tolken ontkennend. Hoewel vrijwel alle tolken erkennen dat professionele tolken kwalitatief gezien beter tolken, vinden ze het toch makkelijker en vooral betrouwbaarder om zelf te tolken voor hun naasten. De patiënten zijn vaak argwanend over de formele tolken en houden hun intieme geheimen liever binnen de familie.

Fragment 32: ervaringen met formele tolken

I: Weet je dat jouw moeder recht heeft op een professionele tolk?

R3: Tuurlijk.

I: Dat weet je wel.

R3: Ja, maar ze vindt het prettiger met mij te gaan.

I: Dus je moeder weet dat ook, maar ze vindt prettiger, maar waarom?

R3: Ze is wel ooit geweest. Dat ik kon niet vanwege mijn studie en mijn broertje kon ook niet, en ze moest wel een tolk via de telefoon krijgen, maar ja

I: En, hoe ging dat?

R3: Ja, ze weet niet wat heeft de tolk vertaald, of het goed ging, of het niet goed ging enne ze was gewoon niet tevreden. Ze zei ja: volgende keer wil ik toch een afspraak maken wanneer één van jullie vrij zijn.

I: En waarom was ze ontevreden?

R3: Ja, ik weet het eigenlijk niet, ze was niet zo ja, je moet toch vertrouwen. Kijk, soms kom je wel bijvoorbeeld vertel je over je eierstokken en dan kan je niet zo alles puntjes puntjes via telefoon zeggen. Okay, is een mannelijke tolk geweest misschien, dan kon ze helemaal niet haar probleem vertellen.

I: Was dit een mannelijke tolk?

R3: Dat weet ik niet meer. Dat weet ik niet meer of ja onder je borst, ja, misschien is het voor andere culturen is normaal als je ergens anders iemand anders is, maar voor onze mensen, vooral voor mijn moeder is moeilijk om dat soort dingen te vertellen, bijvoorbeeld, ja okay om de rug gaat, maar als het iets onder je borst bijvoorbeeld of ja onder je buik. Je gaat niet zomaar alles vertellen.



Uit deze paragraaf blijkt wederom dat vertrouwen een cruciale rol speelt wanneer het gaat om tolken. Patiënten nemen liever hun kind, familielid en/of kennis mee om te tolken, dan dat ze intieme zaken bespreken met een vreemde, die weliswaar professional is en kwalitatief gezien veel beter tolkt dan een informele tolk. Overigens zijn lang niet alle patiënten op de hoogte van het bestaan van formele tolkdiensten. De helft van de patiënten die hier wel iets over heeft gehoord, heeft het meestal via via van iemand vernomen en niet direct van de arts. Kennelijk negeren de hulpverleners het officiële beleid waarin staat dat ze geen informele tolken moeten accepteren, maar voor een professionele tolk moeten zorgen.

5.7 Suggesties voor verbetering arts-tolk-patiënt gesprekken

Voor de verbetering van arts-tolk-patiënt gesprekken noemen de meeste respondenten het tijdsaspect: er moet meer tijd worden uitgetrokken voor consulten waarbij gebruik wordt gemaakt van een (informele) tolk. Daarnaast noemen de ondervraagden hun eigen taalvaardigheid als een verbeterpunt: de meeste respondenten willen zich nog verder perfectioneren in beide talen. De houding van sommige artsen is volgens aan aantal respondenten ook voor verbetering vatbaar. De artsen geven volgens de ondervraagden niet altijd voldoende aandacht aan de patiënt. Tot slot noemt een aantal respondenten het belang van de inzet van professionele tolken: deze moeten worden ingezet op het moment dat een patiënt geen informele tolk voor handen heeft. De kinderen moeten volgens de informele tolken zo min mogelijk als tolk worden ingezet.

5.8 Attitudes en meningen

In deze paragraaf geven de informele tolken hun mening over de volgende onderwerpen: formele versus informele tolk; bekende versus onbekende patiënt en de inzet van minderjarigen als informele tolken.

5.8.1. Formele versus informele tolk

Bijna alle ondervraagden waren van mening dat een professionele tolk nauwkeuriger vertaalt en ook een betere, meer professionele houding heeft in het gesprek dan de informele tolk (zie fragment 33).

Fragment 33: formele tolken zijn professionals

R 11: En ze zijn veel geduldiger en weetje. Enne, ik ben misschien haar dochter, en misschien ga ik dingen niet vertalen en ga ik zeggen van: 'kom op weet je, we gaan' Ja, je krijgt wel je medicijnen en zo, maar een officiële tolk, die doet dat niet weet je, hij doet zijn werk.

Echter, slechts twee respondenten waren van mening dat professionele tolken zouden moeten worden ingezet in medische gesprekken. Het vertrouwen van de patiënt was hierbij de belangrijkste reden (zie fragment 34). De patiënten willen vaak niet over hun privésituatie praten met onbekenden en kiezen om die reden ook vaak voor een informele tolk (zie ook 5.6).

**Fragment 34: wantrouwen formele tolken**

R13: Nee, zeker niet als het over de telefoon moet, want dan denkt mijn moeder van: 'ja, sta ik hier te praten met iemand die ik niet ken! Enne B,- als je bij de dokter bent gaat het vaak om persoonlijke dingen en ik weet niet, ja, ik weet het bijna 100% zeker dat mijn moeder dan echt zoiets heeft van: 'nee, dit gaat mij te ver om iemand die ik niet ken om die daarvoor in te schakelen. Ze zou het niet doen.

De respondenten vonden ook dat een professionele tolk niet altijd de emoties kan overbrengen van de patiënt. Omdat informele tolken met de patiënt meevoelen en meer achtergrondinformatie hebben over de patiënt en zijn gezondheid, zijn ze volgens henzelf soms betere tolken dan de professionele tolken. Daarnaast vonden de respondenten het vaak makkelijker om mee te gaan als tolk, omdat ze het gevoel hebben dat het inschakelen van een professionele tolk te veel tijd en moeite kost. De informele tolken willen uiteindelijk ook controle hebben over de gezondheid van hun naasten en gaan om die reden ook liever zelf mee met de patiënt.

5.8.2. Bekende versus onbekende patiënt

Een aantal respondenten heeft zowel voor familieleden als voor onbekenden getolkt. Er blijken verschillen te zijn tussen de twee groepen. De informele tolken vinden het makkelijker om te tolken voor patiënten die ze kennen, omdat ze vaak reeds over anamnese-informatie beschikken. Daarnaast zijn de informele tolken ook vaak al bekend met de patiënt en maken ze blijkbaar gebruik van hun kennis over de persoonlijkheid van de patiënt om de situatie in te schatten (zie fragment 35). De patiënten zijn vaak ook opener bij een tolk die ze kennen, waardoor het verkrijgen van nodige informatie minder moeite vergt. Eén van de tolken geeft aan dat hij verschillende rollen heeft bij bekende en onbekende patiënten (zie fragment 36). Bij een onbekende patiënt is hij 'slechts' de vertaler, hij vertaalt de nodige informatie. Bij bekende patiënten heeft hij veel meer rollen, zoals een begeleidende en adviserende rol.

Fragment 35: de situatie bij bekende patiënten is makkelijker in te schatten

R9: ik had wel een keer een cliënt die zeg maar die had overal pijn, alleen maar pijn, alleen maar pijn, pijn, pijn en ik kan niet zeg maar ehm concluderen of een cliënt overdrijft. Of dat de cliënt de pijn juist wel of niet heeft, ik kan daar, ik heb daar geen zicht op. Als ik de cliënt ken, als het mijn naaste is, dan denk ik: 'joh, die overdrijft altijd!' Die al bij wijze van omvalt, dan is het gelijk van 'ambulance bellen, dit en dat' maar ik kan niet concluderen of iemand overdrijft of niet.

Fragment 36: verschillende rollen bij bekende vs. onbekende patiënten

R13: Het hangt er vanaf wat voor een relatie je met die persoon hebt. Kijk, als het om mijn moeder gaat, het is mijn moeder, is het een kennis, dan heb je al een andere rol. Of een vreemde persoon, heb je een andere rol dan iemand die naast je staat. Want dat hangt af van welke rol jij inneemt, wat jij zegt, een vertaalmachine kan jij zijn op het moment dat je iemand niet kent en puur daar zit voor het vertolken. Punt. Maar op het moment dat het je moeder is of iemand van je naasten dan heb je denk ik ook een begeleidende rol daarin, je hebt een adviserende rol. Ehm je bent er op een andere manier in betrokken.



Concluderend kan worden gesteld dat informele tolken gesprekken met bekende en onbekende patiënten verschillend ervaren. Tolken voor bekende patiënten is makkelijker, omdat de informele tolken beter zicht hebben op de situatie van de patiënt wanneer ze deze kennen. De patiënten zijn op hun beurt opener naar een persoon die ze kennen, waardoor het tolken makkelijker is. Voor bekenden zijn de informele tolken vaker belangenbehartiger dan voor onbekende patiënten.

5.8.3. Tolken door kinderen

Slechts twee respondenten vonden het wel 'okay' om een minderjarige in te zetten als tolk bij medische gesprekken. De reden hiervoor was dat het makkelijker en vertrouwelijker is. Alle andere respondenten vonden het geen goede zaak om kinderen in te zetten als tolken. De meeste vonden dat de kinderen nog niet genoeg taalkennis en levenservaring hebben om te tolken over een medische klacht. Ze vonden het onverantwoord en gevaarlijk om kinderen als tolken in te zetten (zie fragment 37). Daarnaast vond ongeveer de helft van de ondervraagden dat het praten over de ziekte van een familielid ook een psychologische impact kan hebben op het kind (zie fragment 38).

Fragment 37: een kind als tolk is gevaarlijk

R8: Eigenlijk vind ik het, als je zo terugdenkt, is het niet goed, want ik heb zelf een keer meegemaakt dat een meisje zeg maar met haar moeder meeging om te vertalen, het was een jong meisje en ik hoorde dat ze verkeerd vertaalde en ik denk dat ik vast zelf ook zo ja, ik denk ja, dat ik het vast zelf ook zo heb gedaan, dat ik het niet goed heb gedaan. Een kind is toch wel, ja, is toch niet veilig, en het ja, volgens mij, naar mijn mening, toch gevaarlijk aan de ene kant, want dit kan toch niet, ja, kinderen kunnen het net anders gaan vertellen, of niet serieus nemen, of arts kan het kind niet serieus nemen.

Fragment 38: tolk heeft een emotionele impact op het kind

R14: Ik vind dat er eigenlijk dat de kinderen zo min mogelijk betrokken moeten worden bij tolken. Omdat als jij naar de huisarts gaat, en jij moet je problemen eigenlijk eerst aan je kind vertellen en dan pas aan de dokter, het heeft toch wel invloed op een kind, als jij zegt: ik slaap slecht 's nachts, ik voel me niet goed', als jij dat hoort van je ouders of je moeder en ga je toch wel een beetje wakker van liggen.

I: Ja. Heb je dat zelf ook op eigen huid gevoeld? Vertel je dit uit eigen ervaring?

R14: Ja, want ik heb wel eens gehad dat het toch emotioneel is geweest want ik ga dan toch helpen met tolken en het doet toch wel wat met je.

Bijna alle ondervraagde tolken vonden het onverantwoord om kinderen te laten tolken in medische consulten. Deze mening was vaak gebaseerd op hun eigen ervaringen met tolken als kind, waar het volgende hoofdstuk over zal gaan.



6 Resultaten ‘ervaringen als kind’

In dit deel zal antwoord worden gegeven op hoofdvraag 2: *Hoe hebben de jongvolwassenen het tolken ervaren als kind?* De resultaten worden besproken in het verlengde van de volgende thema’s: emotionele aspecten, technische aspecten, verantwoordelijkheid, verwachtingen, rollen en communicatieve aspecten.

De leeftijd waarop de respondenten voor het eerst meegingen om te tolken is verschillend (zie tabel 13). De meeste respondenten gingen voor het eerst rond hun twaalfde of veertiende jaar mee om te tolken. Twee respondenten zijn al op hun negende begonnen met tolken en één op zijn zesde. De gemiddelde leeftijd waarop de respondenten voor het eerst meegingen om te tolken is 12 jaar.

| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gemiddelde leeftijd |
|--|----|----|----|---|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|---------------------|
| Leeftijd voor het eerst tolken (jaren) | 11 | 11 | 16 | 6 | 14 | 14 | 12 | 9 | 17 | 14 | 14 | 9 | 18 | 10 | 12 | 12 |

Tabel 13: leeftijd voor het eerst mee om te tolken

6.1 Emotionele aspecten

Op de vraag: ‘wat vond je van tolken toen je nog kind was?’ geven twaalf van de vijftien respondenten een negatief antwoord. Eén van de respondenten kon zich niet meer herinneren hoe hij het tolken heeft ervaren als kind. Eén van de respondenten heeft nooit als kind getolkt en slechts één respondent vond het als kind leuk om te tolken. De meerderheid van de respondenten vond het (zeer) vervelend om te tolken als kind. De meesten geven aan dat ze toen nog niet volwassen genoeg waren om het belang en de ernst van de zaak te begrijpen en dat ze zich voornamelijk belast vonden met deze taak (zie fragment 39).

Fragment 39: tolken als kind was vervelend

I: En je vond het toen voornamelijk^

R15: Vervelend.

I: Vervelend. Waarom was dat eigenlijk?

R15: Omdat je als kind zijnde begrijp je niet waarom je mee moet naar de dokter. Ik had toen zoiets van ‘Waarom moet ik nu mee? Je kan het toch zelf doen!’ Je snapt gewoon niet, ja ik snapte gewoon niet, want mijn moeder die praatte wel gewoon Nederlands af en toe tegen ons en ik dacht: ‘ja, je kan toch gewoon ‘au’ zeggen, zeg dat dan gewoon!’

Eén respondent laat merken dat hij het moeilijk en vervelend vond om de rol van een volwassene op zich te nemen (zie fragment 40). Dit kan duiden op *parentification* dat in § 3.4 is besproken.

Psychologen menen dat een rolverschuiving bij ouders en kinderen een negatieve invloed kan hebben op de emotionele, psychische en psychologische ontwikkeling van het kind (Lopez de Victoria, 2008).

**Fragment 40: rolverschuiving/parentification**

R13: *Ik weet nog toentertijd dat ik dat echt heel vervelend vond. Ik dacht echt: 'wat heeft ze nu te zeiken? Wat moet ik nu tegen de dokter zeggen? En hoe moet ik dat dan zeggen? Dus je gaat daar als een jochie en dan ben je daar je moeder aan het vertegenwoordigen. Daar had ik best wel moeite mee.*

Hoewel de meeste respondenten het voornamelijk zeer vervelend vonden om te moeten tolken als kind, benoemen zij tijdens het doorvragen toch een aantal positieve aspecten (zie fragment 41 en 42).

Fragment 41: positieve aspecten tolken als kind

I: *Nou, ik heb net gevraagd: 'hoe vond je het om te tolken als kind?' Nou, vooral vervelend. Waren er ook positieve aspecten aan het tolken toen als kind?*

R1: *Positief, nee, maar ik vond aan de ene kant vond ik het wel stoer zeg maar. Zo van: hahah 'Ik ben nu lekker oud'*

I: *Voelde je je een beetje belangrijk?*

R1: *Ehm zelfstandig zeg maar. Je vond het goed van jezelf dat je dat kon doen, dat je een bijdrage kon leveren.*

Fragment 42: positieve aspecten tolken als kind

I: *Zijn er ook dingen die je toen wel fijn vond? Aan het feit dat je met je moeder meeging om te vertalen?*

R 4: *Ja, dat ik mijn moeder natuurlijk een gunst deed en dat mijn moeder te horen kreeg wat ze moest horen.*

De meeste respondenten benoemen het feit dat ze een positief gevoel kregen als ze er uiteindelijk in slaagden om een adequate vertaling te leveren. Het voelde fijn om een bijdrage te leveren en familieleden te helpen. Sommige respondenten waren ook trots dat ze als klein kind een belangrijke taak mochten uitvoeren en dat hun ouders ook ergens afhankelijk waren van hen. Het gaf ze een gevoel van trots en zelfstandigheid (zie fragment 43).

Fragment 43: positieve aspecten tolken als kind

I: *Wat was je gevoel daarbij? Als je toen moest gaan vertalen?*

R10: *Ja, dat je een soort trots. Dat je een kind bent, maar je kan al grote mensen helpen.*

| Tolk nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Totaal |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|--------|
| Positieve ervaringen | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | | | 12 |
| Negatieve ervaringen | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | | 2 | | | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 22 |

Tabel 14: positieve en negatieve ervaringen tolken als kind

Belangrijk om te vermelden is echter wel dat de positieve ervaringen pas bij het doorvragen werden benoemd. De eerste reactie van de respondenten was dat ze het tolken als kind zeer vervelend vonden. Slechts één van de vijftien tolken vond het daadwerkelijk leuk om te tolken als kind. Voor de



overgrote meerderheid was het een zware en vervelende taak. Er werden dan ook bijna twee keer zoveel negatieve, als positieve ervaringen genoemd (zie tabel 14).

6.2 Technische aspecten: hoe ging het vertalen vroeger?

Alle respondenten geven aan dat ze vroeger meer moeite hadden met tolken dan nu. Dit had verschillende oorzaken. Ten eerste hadden de kindertolken nog te weinig algemene kennis en begrip van zaken als ziekte en genezing (zie fragment 44). Daarnaast konden de meeste tolken als kind ook niet zo goed Nederlands, aangezien de meeste respondenten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen niet in Nederland zijn geboren. Als kind waren de tolken ook vaak veel minder gemotiveerd dan nu. Soms lieten ze expres informatie weg, zodat er snel een eind kwam aan het gesprek (zie fragment 45).

Fragment 44: kind heeft te weinig algemene kennis om te tolken

I: Hoe ging het vertalen technisch gezien toen? Toen je jong was? Ging het minder goed dan nu?

R4: Ja, minder goed, je zit daar als ukkie, je hebt weinig lef.

I: Ja, denk je dat het vertalen ook over het algemeen slechter ging dan nu?

R: Ja, tuurlijk, ik bedoel je bent nog jong, je bent in ontwikkeling, je begrijpt nog niet alles, je probeert het wel, ehm ja, en als je iets niet begreep, dan hield je ook gewoon je mond en deed alsof je het wel begreep.

Fragment 45: kind is niet gemotiveerd om te tolken

I: Je zei dat je het vertalen vroeger minder leuk vond, maar vertaalde je vroeger ook slechter?

R15: Ja, ja, ik vond het ook niet interessant, dus de meeste dingen liet ik expres weg, niet omdat ik het niet begreep, maar meer zo van 'okay, nou moet hier een eind aan komen, aan dit gesprek, dus het was echt kort, kortaf, heel kortaf.

Uit bovenbeschreven fragmenten blijkt dat de informele tolken als kind veel moeite hadden met tolken. Het ontbrak ze vaak aan taalvaardigheid en algemene kennis. Daarnaast waren ze ongemotiveerd en zagen het belang niet van de taak die ze van hun ouders opgelegd kregen. De respondenten menen dan ook dat ze als kind geen goede tolken waren.

6.3 Verantwoordelijkheid

De meeste respondenten geven aan zich niet verantwoordelijk te hebben gevoeld voor een goed verloop van de communicatie tussen de arts en de patiënt toen ze nog kind waren. Ze waren zich vaak niet bewust van deze verantwoordelijkheid en hadden andere dingen aan hun hoofd. De minderjarige tolken waren minder betrokken en namen hun taak als tolk ook minder serieus dan nu (zie fragment 46 en 47).



Fragment 46: geen verantwoordelijkheidsgevoel

R 8: Ik ging dus wel eens, ik ben een keer mee geweest naar het UMC en toen was ik echt toen heel jong, twaalf jaar en toen vond ik het wel moeilijk om sommige dingen te vertellen. En toen nam ik het ook niet zo serieus, ik dacht ja, ik vertel het alleen en ik voelde me er niet zo heel erg bij betrokken.

Fragment 47: verantwoordelijkheidsgevoel

R12: Vroeger was ik, ik hing een beetje de zoon uit. Die gewoon meeding als zoon, ik voelde me niet echt verantwoordelijk of zo. Maar ik was er gewoon en mij werd gewoon gevraagd en ik zat een beetje te spelen en niet zo serieus, een beetje ik was bezig (maakt bewegingen met zijn handen dat het spelen met blokken uitbeeldt) en toen werd mij gevraagd: wat wordt er nu verteld? En ik ging dat wel even uitleggen, maar op een hele speelse manier eigenlijk. Ik was er niet echt serieus mee bezig. En vandaag ben ik er wel serieus mee bezig.

Op de vraag of de respondenten wel eens de school moesten missen om mee te gaan om te tolken, antwoorden de meeste tolken ontkennend. Meestal probeerden de ouders het medisch consult buiten de schooltijd in te plannen. Echter, één van de respondenten vertelt dat hij regelmatig van school werd gehaald om te tolken voor zijn moeder, waar hij zich voor schaamde, omdat hij dan door alle leerlingen werd aangestaard en ook geen begrip kreeg van zijn leraar voor zijn tolkwerkzaamheden (zie fragment 48).

Fragment 48: gêne onbegrip vanuit de omgeving

R 4: Ik zat nog op de basisschool enne stel dat mijn moeder of mijn vader een afspraak had bij de huisarts om een uur of tien of half negen of zo, dan kon ik niet naar school toe, of in ieder geval eerste paar uur niet, dus moest ik eerst naar de dokter en vervolgens werd ik gebracht naar school door mijn ouders. Maar ehm, het was gewoon vervelend. Ik kwam, ik kwam, iedereen zat daar in de les en dan kwam ik naar binnen toe met mijn moeder van 'waar was jij?' – 'ik was bij de dokter, omdat ik moest tolken', dat was toch wel, ja, het heeft te maken, je bent jong en natuurlijk, je wilt erbij horen, en het was gewoon, ja ik weet het niet, ah, je kent het wel, je bent jong en je schaamt je een beetje omdat je moet vertalen en zo. Maar dat was vroeger, nu heb ik er geen last meer van.

I: Okay, dus je hebt vroeger toen je jong was, heb je dat vervelend gevonden, heb je ook wel eens opmerkingen gekregen als: 'hoezo vertelt je moeder het zelf niet gewoon?'

R4: Ja, zeker wel, maar niet van kinderen of zo, gewoon van die leraar. Die kunnen zich niet plaatsen in die situatie. Of soms wel, maar vaker is het zo van: waarom doet ze het zelf niet?

Een andere respondent vertelt dat ze het tolken vaak verborgen hield voor haar vrienden, omdat zij het niet zouden begrijpen (zie fragment 48).

Fragment 49: gêne en onbegrip vanuit de omgeving

R 8: Nou, ik heb voornamelijk veel Nederlandse vrienden gehad en een Nederlandse vriendenkring en die vonden het raar als ik zei 'ik ga met mijn vader mee naar het ziekenhuis, en dan ja, 'kan je vader niet alleen gaan?' of 'waarom ga je met je moeder mee naar de huisarts?' 'Ja, waarom ga je dan mee?' En dat begrepen ze



niet en toen ik zei: 'ja, ik moest vertalen en zo, mijn ouders die spreken niet zo goed Nederlands', dan vonden zij dat wel raar en dat begrepen ze niet zo goed.

I: Vond je dat gênant?

R8: Ja, soms zei ik het ook niet, soms heb ik het ook niet gezegd, dan zei ik dat ik voor mezelf ging bijvoorbeeld of dat ik ergens anders heen ging, heb ik dan, ja, was ik niet eerlijk in, ik vond het moeilijk toen omdat ik wist dat ze het niet zullen begrijpen, wilde ik het niet zeggen.

Uit bovenstaande fragmenten blijkt dat de kinderen de verantwoordelijkheid van tolken niet aankonden en dat ze er ook niet serieus mee bezig waren. Ze beschouwden het tolken vaak als een lastig klusje dat ze moesten klaren. Een aantal respondenten vond het als kind erg gênant om te moeten tolken, omdat ze geen begrip en erkenning kregen vanuit hun Nederlandse omgeving.

6.4 Verwachtingen

Op de vraag 'wat verwachtten je ouders en de arts van jou toen je vroeger mee ging om te tolken?' antwoorden bijna alle tolken dat er niet veel verschil zit in de verwachtingen vroeger en nu (zie paragraaf 5.3). Zowel de arts als de patiënt verwachtten ook vroeger dat de informatie die ze meegeven aan de tolk goed overkomt bij de andere partij. Maar eigenlijk vonden alle respondenten dit een lastige vraag, aangezien de patiënten nooit hun verwachtingen hebben uitgesproken. Eén van de respondenten formuleert zijn visie over de verwachtingen van de patiënt als volgt: (zie fragment 50).

Fragment 50: kinderen werden als kleine volwassenen behandeld

I: Wat verwachten je vader en je moeder, diegene voor wie je tolkt, wat verwachten ze van je op het moment dat je meegaat?

R13: Nou, het gaat erom natuurlijk dat ehm dat ik duidelijk kan maken waar zij last van hebben. Maar ik denk dat ze onbewust geen verwachtingen hebben, daar zijn ze niet echt helemaal mee bezig. Want net zo goed neemt mijn moeder mijn broertje mee van zestien jaar en op dat moment heeft ze precies dezelfde verwachtingen, terwijl hij niet altijd aan die verwachtingen kan voldoen, snap je? Die gaan dan mee van je moet iets duidelijk maken, niet zo heel bijzonder, maar het is wel iets bijzonders want ehm dat kan niet zomaar iedereen en dat is dus het probleem van heel veel ouders, die nemen hun kleine zoon of dochter mee en die denken van 'nou, die kan het wel eventjes'. Maar dat is helemaal niet, het is een hele opgave. Want A: heel veel kinderen hebben hele andere dingen aan hun hoofd en B: ehm heel veel kinderen hebben dat niveau niet, die hebben die levenservaring niet, want ze praten over blindedarm waar hun moeder last van heeft, ze weten niet eens waar het zit of wat het doet, dus dat is niet even makkelijk.

De respondenten geven aan dat er niet veel verschil zit tussen de verwachtingen van de patiënt en de arts met betrekking tot tolken vroeger en nu. Ook vroeger verwachtten de arts en de patiënt dat de kinderen ervoor zouden zorgen dat de informatie goed overkomt naar de andere partij. Hoewel deze verwachtingen nooit expliciet zijn gemaakt blijkt het uit het verhaal van de respondenten dat ze vroeger als kleine volwassenen zijn behandeld.



6.5 Communicatie

De respondenten geven aan dat ze vroeger serieus werden genomen door zowel de arts als de patiënt en dat de communicatie met beide partijen goed verliep (voor zover ze het nu kunnen herinneren). Echter, een aantal respondenten voegt eraan toe dat ze het gevoel hadden dat ze wel serieus genomen 'moesten!' worden, omdat er geen andere tolk voor handen was. Verder kunnen de respondenten zich niet veel herinneren over de communicatieve aspecten. De minderjarige tolken vertaalden zeker niet alles (zie §6.2 en §6.3) en voelden zich niet verantwoordelijk voor het goede verloop van de communicatie tussen de arts en de patiënt.

6.6 De rol van de minderjarige tolk

In tegenstelling tot nu, waarbij de informele tolken voornamelijk de rol van de belangenbehartiger op zich nemen (zie § 5.4.1), vertellen alle respondenten zonder uitzondering dat ze vroeger nooit iets anders deden dan 'gewoon vertalen' (zie fragment 51). Je ging mee als zoon of dochter om te vertalen. Bemiddelen of belangenbehartiging, het coördineren, al deze rollen die de volwassen informele tolk heeft, had hij niet als kind (zie fragment 52).

Fragment 51: de rol van minderjarige tolken

I: Okay en wat was jouw rol vroeger? Zeg maar, wij hebben het net gehad over vertaler, bemiddelaar, belangenbehartiger, was het vroeger anders dan dat je nu bent?

R2: Ja ik denk dat het meer vertaler was of zo, een beetje vertellen wat er werd verteld, en niet echt meer.

I: Niet echt meer te bemiddelen? Dat was vroeger minder?

R: Dat kon ik niet echt of zo op die leeftijd.

I: Dus het was puur alleen het overzetten toen?

R: Ja, ehm toen, het werd wel verwacht, maar ik was er niet zo goed in of zo.

Fragment 52: de rol van minderjarige tolken

I: Okay. En hoe zou je je toenmalige taak omschrijven?

R5: Ja, ik denk dat ik het toen wel echt specifiek als vertaler gewoon iets doen dat gedaan moest worden, maar dat ik het nu toch heel anders ervaar ook meer om toch er voor mijn moeder te zijn, duidelijk te maken wat er nu allemaal in haar, wat er allemaal speelt, dus niet echt puur van: 'daar heeft ze last van en kunt u daar wat aan doen?' maar nu meer toch duidelijk te maken van 'dit en dit en zo voelt ze zich erover en wat zijn de mogelijkheden?', dus meer in een breed gebied dat ervaren ja, ja, meer ook met de gevoelens denk ik.

Terwijl de tolken vandaag de dag vaak als belangenbehartiger optreden van de patiënt, het gesprek in goede banen leiden en bemiddelen tussen de arts en de patiënt, gingen de jonge informele tolken alleen mee om te vertalen. Zij hadden vroeger de capaciteiten niet om de andere rollen te vervullen. Het ontbrak ze bovendien aan motivatie en begrip.



Uit dit hoofdstuk is gebleken dat informele tolken het voornamelijk (erg) vervelend vonden om te moeten tolken als kind. Ze waren niet gemotiveerd, zagen het belang niet in van het tolken en voelden zich voornamelijk belast met deze taak. Het ontbrak ze bovendien aan capaciteiten om goed te kunnen tolken. De kinderen hadden vaak onvoldoende taal- en wereldkennis om alles te kunnen vertalen. Deze resultaten wijzen allemaal in één richting: minderjarigen zijn niet in staat om op te treden als tolken en moeten niet worden belast met deze taak. Het zijn kinderen die ook kind willen en moeten blijven.



7 Conclusie en discussie

In dit onderzoek werd beoogd de volgende twee vragen te beantwoorden: 1) *Welke ervaringen hebben jongvolwassenen met informeel tolken tijdens het medisch interview?* en 2) *Hoe hebben de jongvolwassenen het tolken ervaren als kind?* Hieronder volgt een samenvatting van de resultaten die zijn besproken in hoofdstuk vijf en zes en die het antwoord vormen op de hoofdvragen van deze scriptie.

7.1 Samenvatting resultaten

De respondenten benoemen drie keer zoveel negatieve als positieve aspecten wanneer het om tolken gaat. Vaak ergeren de informele tolken zich aan het gedrag van de patiënten die zich eisend opstellen. Zij eisen van de informele tolk om allerlei zaken meerdere malen tegen de arts te vertellen, wat de informele tolken vervelend vinden omdat zij zich voor de arts generen. Een gevoel van gêne ontstaat ook wanneer er gesproken wordt over seksueel getinte onderwerpen. Zowel de patiënt als de informele tolk schamen zich dan, wat tot een ongemakkelijke situatie leidt. De patiënten durven niet openlijk te spreken over taboeonderwerpen en het kost de tolk veel moeite om bepaalde informatie uit de patiënt te halen. Vaak vinden de informele tolken het emotioneel zwaar om te tolken, omdat zij te betrokken zijn bij de patiënten en hun pijn zeggen te voelen. Dit maakt het tolken soms erg zwaar. De informele tolken ervaren wel een gevoel van voldoening als ze erin slagen om hun familie en kennissen te helpen door middel van tolken. Vaak zien ze het tolken als een familieplicht, als iets dat ‘erbij hoort’.

Technisch gezien zijn de informele tolken over het algemeen tevreden over hun tolkkwaliteiten. Echter, ze vertalen nooit één op één en laten vaak informatie weg. Soms kunnen de informele tolken niet op een woord komen of kennen zij bepaalde woorden of uitdrukkingen niet, maar ze proberen via een omweg altijd duidelijk te maken wat er wordt gezegd. Vaak zit er een groot tijdsverschil tussen het gezegde en de vertaling. Omdat de informele tolken zuinig zijn op de tijd van de arts, vertalen ze vaak pas thuis of onderweg naar huis. Door de genoemde aspecten is er hoogstwaarschijnlijk sprake van miscommunicaties in arts-patiënt-informele tolk gesprekken, al menen de ondervraagde respondenten dat miscommunicatie slechts zelden voorkomt.

Wat betreft de verwachtingen van de arts en de patiënt menen de ondervraagden dat zowel de arts als de patiënt een duidelijke vertaling van de tolk verwachten en een zekere mate van integriteit. De patiënten verwachten daarbij dat de informele tolk optreedt als hun belangenbehartiger en voor hun rechten ‘vecht’. De artsen verwachten juist een neutrale houding van de informele tolk, wat zelden het geval is. Uit de interviews blijkt namelijk dat de belangrijkste rol van de informele tolk die van de belangenbehartiger van de patiënt is. De informele tolken doen er alles aan om patiënt’s belangen te verdedigen, ook als dit inhoud dat bepaalde (medische) informatie verzwegen moet worden voor de arts. Daarnaast treden de informele tolken op als adviseur, begeleider, vertrouwenspersoon en medebehandelaar van de patiënt. De band tussen de patiënt en de informele tolk is vaak op vertrouwen



gebaseerd. Uit de interviews bleek namelijk dat de patiënten vaak de voorkeur geven aan informele tolken omdat ze hun privé-zaken niet met onbekenden durven te bespreken.

De informele tolken zijn vaak tevreden over de communicatie met de huisarts en ontevreden over de communicatie met de specialisten en de patiënten. De huisartsen zijn volgens de ondervraagden geduldig en behulpzaam. De specialisten integendeel, laten vaak hun irritatie blijken met betrekking tot de tijdsdruk en de daarmee gepaard gaande irritatie jegens de informele tolk. De informele tolken zijn niet tevreden over de communicatie met de patiënt omdat deze opdringerig zijn en zich eisend opstellen in het gesprek.

Zowel de tolk als de patiënten voor wie ze tolken zijn niet bekend met het officieel beleid en weten vaak niet dat ze recht hebben op een professionele tolk. De patiënten die dit wel weten geven de voorkeur aan informele tolken, omdat ze deze meer vertrouwen. Wat betreft de suggesties voor de verbetering van arts-patiënt-tolk gesprekken, vinden de meeste respondenten dat er meer tijd moet worden uitgetrokken voor gesprekken waarbij een tolk wordt ingezet.

Uit de interviews is gebleken dat bijna alle respondenten het vervelend vonden om te moeten tolken als kind. Ze hadden volgens zichzelf nog onvoldoende taal- en wereldkennis om adequaat te kunnen vertalen. Ze voelden zich bovendien niet verantwoordelijk voor het goede verloop van de communicatie en zagen het tolken als een vervelend klusje dat ze 'even' moesten klaren. De meeste tolken zijn van mening dat ze vroeger waarschijnlijk veel vertaalfouten hebben gemaakt. Wat betreft de rol van de minderjarige tolk, - deze beperkte zich alleen tot vertaler. Bemiddelen, belangen behartigen en alle rollen die een volwassen informele tolk uitvoert (zie 5.4), werden niet door minderjarige tolken vervuld. Van de communicatie met de arts en de patiënt als minderjarige tolk kunnen de respondenten vandaag de dag nog weinig herinneren, maar ze menen zich te herinneren dat ze vroeger serieus werden genomen door zowel de arts als de patiënt, al is het omdat de volwassenen vaak geen andere keuze hadden dan de minderjarige tolk te accepteren. De informele tolken zijn van mening dat kinderen zo min mogelijk als tolken moeten worden ingezet, omdat ze op eigen huid hebben ervaren dat het tolken soms een diepe emotionele impact kan hebben op de tolk. Overigens noemden de respondenten ook positieve aspecten met betrekking tot tolken: wanneer ze er in slagen om de informatie correct over te brengen, voelen ze een zekere mate van voldoening omdat ze hun familie en vrienden helpen. De minderjarige tolken hadden het gevoel iets belangrijks te doen en voelden zich trots als dit gelukt was.

Samenvattend kan worden gesteld dat ondervraagden het tolken als kind moeilijker, zwaarder en vervelender vonden, zowel op technisch als op emotioneel vlak. Daarnaast voelden zij zich minder gemotiveerd en verantwoordelijk voor het goede verloop van de communicatie tussen de arts en de patiënt. Opvallend is wel dat de arts en de patiënt dezelfde verwachtingen hadden van de volwassen en minderjarige tolken, althans voor zover de respondenten het zich nu kunnen herinneren. Ook zit er volgens hen geen verschil in de communicatie in de beide periodes. Ook als kind werden de tolken



serieus genomen door zowel de arts als de patiënt. Tabel 15 geeft een schematische samenvatting van de verschillen in ervaringen van volwassen en minderjarige informele tolken.

| | Volwassen informele tolk | Minderjarige informele tolk |
|----------------------|---|---|
| emotioneel | Vaak zwaar, voelt zich erg betrokken bij het gesprek, vindt het niet altijd leuk om te tolken, maar doet dit eerder uit plichtbesef | Vindt het vervelend om te tolken en beschouwt het als een vervelende last. Voelt zich niet verantwoordelijk voor het goede verloop van het gesprek en is vaak ongemotiveerd. Voelt zich trots omdat hij zich met de zaken van volwassenen in kan laten. |
| technisch | Niet zo zwaar, is over het algemeen tevreden over de kwaliteit van tolken | Zwaar: gebrek aan algemene kennis en taalkennis; geeft vaak een inadequate vertaling |
| rollen | Belangenbehartiger van de patiënt; vertaler; adviseur en begeleider van de patiënt; coördinator van het gesprek; bemiddelaar; medebehandelaar; vertrouwenspersoon | vertaler |
| communicatie | Ergert zich regelmatig aan de patiënt, zeer positieve ervaringen met huisartsen, vaak negatieve ervaringen met specialisten | kan zich geen details herinneren. de communicatie verliep voor zover herinnerd goed. Wordt serieus genomen door arts en patiënt |
| verwachtingen | <u>arts</u> : Een adequate vertaling, niet te veel bemoeienis van de tolk <u>patiënt</u> : een adequate vertaling; behartigen van belangen | <u>arts</u> : Een adequate vertaling <u>patiënt</u> : een adequate vertaling; behartigen van belangen |

Tabel 15: vergelijking ervaringen volwassen- vs. minderjarige informele tolken

7.2 Theoretische reflectie

Hoewel de uitkomsten van onderhavig onderzoek grotendeels bevestigd worden in eerdere studies, zijn er ook nieuwe inzichten uit voortgekomen. Zo is de irritatie van informele tolken over het gedrag van patiënten nooit eerder besproken. Omdat er in meer dan de helft van de interviews hierover gesproken wordt, zijn deze resultaten niet te verwaarlozen. De informele tolken irriteren zich aan de opdringerige patiënten die van ze eisen om bepaalde informatie meerdere malen tegen de arts te vertellen. Het eisende gedrag van de patiënt komt waarschijnlijk voort uit zijn onzekerheid. De patiënt



wil gehoord en begrepen worden, maar kan zich alleen via de informele tolk verstaanbaar maken. Daarom eisen de patiënten van de informele tolk om bepaalde (voor hen belangrijke) informatie meerdere malen te herhalen, zodat ze zeker weten dat deze overkomt bij de arts. Mijns inziens heeft het eisende gedrag van de patiënt dan ook te maken met zijn handicap om zichzelf uit te drukken. De patiënt ziet de informele tolk als zijn belangenbehartiger en schroomt daarom niet om hem extra te pushen. Dat de informele tolken dit niet altijd prettig vinden is begrijpelijk. Ze zitten klem tussen de veeleisende patiënt die lang uitweidt over hetzelfde en de arts die een kort en bondig verhaal wil horen. De informele tolken zijn waarschijnlijk gefrustreerd over deze beklemmende situatie en geven dan ook blijk van hun irritaties wanneer de mogelijk zich aandient om hun kant van het verhaal te laten horen.

Het is opmerkelijk dat in de studie van Green et al. (2005) niet wordt gesproken over de irritaties van informele tolken. Hoewel het natuurlijk mogelijk is dat deze simpelweg niet werden genoemd in de interviews, doet een interviewfragment uit de studie van Green et al. (2005) anders vermoeden: *I get fed up [helping relatives] sometimes, but then I thought: 'yeah, if we don't help them, who is going to help them?'*. Bij het bespreken van dit fragment concentreren Green et al. (2005) zich voornamelijk op positieve aspecten. Over de eerste helft van de zin 'I get fed up' wordt niet gesproken. Green et al. (2005) concentreren zich in hun studie voornamelijk op de positieve aspecten van tolken als tegenwicht voor alle onderzoek waarin over de slechte kwaliteit van informeel tolken en de morele bezwaren ertegen wordt gesproken. Doordat de focus van onderhavig onderzoek niet alleen op de positieve ervaringen van informele tolken ligt, wijzen de resultaten ook in de andere richting. Uit onderhavig onderzoek blijkt namelijk dat informele tolken drie keer zoveel negatieve als positieve ervaringen rapporteren. Als kind vond 80% van de respondenten het (zeer) vervelend om te tolken en slechts één respondent benoemt een positieve ervaring. Het gaat hier dus om een heel ander beeld dan bij Green et al. (2005). Een andere verklaring voor dit verschil zou de leeftijd van de respondenten kunnen zijn. De respondenten in het onderzoek van Green et al. (2005) waren minderjarigen tussen de tien en achttien jaar. Wellicht ervaren ze het tolken anders doordat ze als kind zijnde er nog middenin zitten. De respondenten in onderhavig onderzoek waren alleen jongvolwassenen die terugkeken naar hun ervaringen met tolken als kind en dus beter konden reflecteren over wat er toen eigenlijk speelde.

Overigens zijn er ook punten van overeenkomst tussen deze twee studies. Zo spreken ook de informele tolken uit onderhavig onderzoek over een gevoel van voldoening wanneer het tolken 'lukt' en de patiënt geholpen kan worden, zij het in mindere dan bij Green et al. 2005. Daarnaast zien de respondenten evenals bij Green et al. (2005) het tolken als een verplichting. Een ander punt van overeenkomst betreft het bespreken van taboeonderwerpen. De respondenten uit beide studies vinden het gênant om seksueel getinte onderwerpen te bespreken.

Een gegeven dat zowel bij Green et al. (2005) als in andere studies werd bevestigd, betreft de rol van de informele tolk als belangenbehartiger (Green et al., 2005; Rosenberg et al., 2007, 2008) en vertrouwenpersoon (Robb & Greenhalgh, 2006). Ook uit eerder onderzoek blijkt dat



belangenbehartiger de voornaamste rol is van de informele tolk. Dat vertrouwen een belangrijke rol speelt bij de voorkeur van patiënten voor informele tolken wordt in de studie van Robb en Greenhalgh, (2006) uitgebreid besproken en in onderhavige studie bevestigd. Wellicht is het vertrouwen ook de reden waarom de informele tolken meer tevreden zijn over de communicatie met de huisarts dan over de communicatie met de specialisten. De respondenten vertelden namelijk dat de communicatie vaak soepeler verloopt met de huisarts omdat de patiënt, de tolk en de huisarts elkaar vaak kennen en daarom beter begrijpen. Een andere verklaring ligt wellicht in § 3.1.3 besproken verschil tussen *the voice of medicine* en *the voice of lifeworld*, ontleend aan Mishler (1984). Met de eerste worden de objectieve, technische en wetenschappelijke feiten bedoeld en met de tweede de ervaring en beleving van de patiënt als het gaat om een ziekte. Wellicht hebben de huisartsen meer oog voor the ‘voice of lifeworld’ en de beleving van de patiënt, omdat zij hem beter kennen en zijn de specialisten meer gericht op medische feiten. Volgens de informele tolken gebruikten de specialisten ook vaker medisch jargon, wat als bevestiging zou kunnen dienen voor deze verklaring.

Wat betreft de techniek van het vertalen, wordt in onderhavige studie bevestigd dat de informele tolken niet één op één vertalen en vaak informatie weglaten (Arranguri et al., 2006; Flores et al., 2003; Twilt, 2007). Dit gebeurt soms bewust, omdat zij van mening zijn dat door de patiënt gegeven informatie overbodig en/of niet relevant is. Deze gegevens getuigen van een grote macht die de informele tolk in het gesprek heeft. De tolk kan het gesprek op vele manieren beïnvloeden en zorgt ook voor de verandering van machtsverhoudingen tussen de arts en de patiënt (Coe & Prendergast, 1985; Tates, 2001). Uit eerder en onderhavig onderzoek blijkt dat de informele tolk de meeste macht heeft in het gesprek omdat hij over beide talen beschikt en het gesprek in de gewenste richting kan sturen. Uit onderhavig onderzoek blijkt tevens dat informele tolken soms met opzet voor inhoudsveranderingen in het gesprek zorgen door bijvoorbeeld bepaalde informatie achter te houden voor de arts of toe te voegen om bijvoorbeeld een verwijfsbrief te krijgen naar de specialist. Dit gebeurt weliswaar vaak op aandringen van de patiënt, maar het blijft zorgwekkend dat informele tolken met zoveel gemak de informatie kunnen verdraaien. Omdat informele tolken geen medici zijn en niet altijd kunnen inschatten welke informatie cruciaal is voor het genezingsproces van de patiënt is het belangrijk dat de arts de volledige medische informatie krijgt over de gezondheid van de patiënt, wat op dit moment niet altijd gebeurt.

Uit onderzoek blijkt dat inhoudsveranderingen door de tolk serieuze klinische gevolgen met zich mee kunnen brengen (Arranguri et al., 2006; Flores et al., 2003; Twilt, 2007). Het is daarom van belang dat de informele tolken zich bewust worden van de gevolgen van de door hen gegenereerde inhoudsveranderingen. De tolken uit deze studie zijn zich hier kennelijk niet van bewust omdat 80% van hen een goede tolk meent te zijn en ook van mening is dat er nooit sprake is van (ernstige) miscommunicaties in gesprekken waarbij ze tolken. Mijn inziens zijn de informele tolken niet altijd objectief wat betreft hun tolkkwaliteiten. Het is van belang om de informele tolken bewust te maken



van de mogelijke valkuilen bij arts-tolk-patiënt gesprekken zodat zij een kwalitatief betere vertaling kunnen leveren.

7.3. Methodische reflectie

In het onderhavig onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve benadering omdat het onderzoeksdoel was om dieper door te vragen over de gevoelens en ervaringen van respondenten. De topiclijst, gebaseerd op bestaande literatuur over het onderwerp, diende als leidraad voor het diepte-interview. De vragen werden echter in een open vorm gesteld en de respondent werd zoveel mogelijk gestimuleerd om zijn verhaal in eigen woorden te vertellen. De onderzoeker kreeg een interviewtraining waarin hij technieken leerde om studerende vragen te vermijden, de respondent waar nodig uit te nodigen om meer te vertellen, maar ook terug te brengen tot het onderwerp van het gesprek wanneer de respondent de neiging had af te dwalen.

Na het afnemen van ongeveer de helft van de geplande interviews was een duidelijk patroon te merken van antwoorden die zich herhaalden en in dezelfde richting wezen, het zogenoemde saturatie-effect. Uiteindelijk zijn vijftien interviews verzameld die allen zijn gebruikt voor de analyse. De interviewtranscripten zijn nagekeken door een tweede onderzoeker om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen. De interviewtranscripten zijn geanalyseerd met behulp van het programma voor kwalitatieve analyse MAXQDA, waardoor de analyse efficiënt en betrouwbaar kon verlopen.

7.4 Aanbevelingen

Op grond van de besproken bevindingen kunnen de volgende praktische aanbevelingen worden gedaan:

- Kinderen onder de 16 jaar zouden niet als tolken moeten worden ingezet, vanwege de diepe emotionele impact op het kind en diens zeer matige tolkkwaliteiten
- De patiënten en de informele tolken moeten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten, over het tolkenbeleid in Nederland en de bestaande tolkenvoorzieningen
- Emotioneel beladen- en taboeonderwerpen (seks, dood, ernstige ziektes) dienen niet met kinderen en familie van de patiënt te worden besproken
- De arts moet van tevoren duidelijk maken wat er van de informele tolk wordt verwacht en wat zijn rol is in het medisch gesprek.

Wat betreft de theoretische aanbevelingen, is het bijvoorbeeld wetenswaardig om gesprekken te analyseren met minderjarige tolken om te kijken in hoeverre zij adequaat kunnen vertalen en welke onderwerpen er in het bijzijn van het kind worden besproken. Ook is het mogelijk om de minderjarigen (na afloop van het gesprek) te bevragen over hun ervaringen met tolken om te kijken in hoeverre de resultaten overheen komen met de bevindingen van onderhavig onderzoek waaruit blijkt dat kinderen het tolken niet leuk vinden, zich ermee belast voelen en de verantwoordelijkheid van tolken niet aankunnen. Wellicht zou dit en komend onderzoek op den duur een verandering teweeg



kunnen brengen in de praktijk, waar tot nu toe veel minderjarigen worden ingezet.

In het kader van het TRICC project is reeds onderzoek gedaan naar de ervaringen van huisartsen met (in)formele tolken. De resultaten laten zien dat huisartsen vaak gebruik maken van informele tolken zonder zich bewust te zijn van de mogelijke valkuilen die bij zo'n gesprek kunnen ontstaan (emotionele impact op de tolk, vertaalproblemen etc.). Ook heerst er een grote onwetendheid onder de huisartsen met betrekking tot het officieel beleid en het gebruik van formele tolkendiensten. Huisartsen weten vaak niet dat zij officieel verantwoordelijk zijn voor het regelen van een tolk en dat een professionele tolk binnen enkele minuten gratis ingezet kan worden via het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland. Er is dus een discrepantie tussen het beleid en de praktijk.

In het najaar van 2009 werd door de TRICC een training gegeven aan de huisartsen om hun interculturele vaardigheden te verbeteren en ze bewust te laten worden van de tolkenproblematiek. De training lijkt succesvol. Huisartsen gaan bewuster om met informele tolken en zijn alerter op de valkuilen die tijdens deze gesprekken kunnen ontstaan. Ook proberen ze vaker formele tolken in te schakelen. Echter, van de kant van de patiënten en informele tolken is er nog grote weerstand om formele tolken te accepteren. De patiënten zijn wantrouwend tegenover de formele tolkendiensten, wat ook uit onderhavig onderzoek bleek. De volgende stap is om de patiënten en de informele tolken te informeren over het bestaan van formele tolkendiensten en er een gevoel van vertrouwen in proberen te winnen. Uit onderhavige studie bleek namelijk dat het niet altijd verstandig is om informele tolken in te schakelen en dat het tolken soms beter kan worden overgelaten aan professionals. Idealiter zouden alle patiënten rechtstreeks moeten kunnen communiceren met hun arts, maar omdat dit praktisch nooit zal worden verwezenlijkt moet er worden gezocht naar de beste oplossing. Vooral nog lijkt het de beste oplossing om bewustwording te creëren bij patiënten, artsen en informele tolken over de bestaande tolkenproblematiek en beschikbare tolkendiensten zodat de informele tolken nooit tegen hun zin hoeven te tolken en de patiënten zich zo nodig kunnen toevertrouwen aan professionele tolken.



8 Literatuur

- Angelelli, C. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Aranguri, C., Davidson, B., & Ramirez, R. (2006). Patterns of communication through interpreters: a detailed sociolinguistic analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 623-629.
- Baarda, D. B., Goede, d. M. P. M., & Teunissen, J. (1997). *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Beltran Avery, M. (2001). *The role of the health care interpreter: An evolving dialogue*. The National Council of Interpreting in Health Care (NCIHC). Chicago.
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Bos, J. (2007). *Discoursanalyse: communicatie op de werkvloer*. Bussum: Coutinho.
- Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam-New York: Radopi.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) 'Bevolking: herkomstgroepering, generatie, geslacht en leeftijd' <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/> gewijzigd op 7 mei 2008; laatst geraadpleegd op 5 mei 2010.
- Coe, R.M. & Prendergast, C.G. (1985). The formation of coalitions: interaction strategies in triads. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), 236-247.
- Cohen, S., Moran-Ellis, J., & Smaje, C. (1999). Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. *Sociology of Health & Illness*, 21(2), 163-186.
- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: the social-linguistic role of the interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4(3), 379-405.
- Drew, P. & Herritage, J. (1992). *Talk at work: Interaction in Institutional Settings. Studies on Interactional Sociolinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Flores, G., Laws, B., Mayo, S., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., et al. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111, 6-14.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255-299.
- 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.
- Greenhalgh, T., Voisey, C., & Robb, N. (2007). Interpreted consultations as 'business as usual'? An analysis of organisational routines in general practices. *Sociology of Health & Illness*, 29(6), 931-954.
- Harmsen, J.A.M. (2003). *When cultures meet in medical practice. Dissertation*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.



Hasselkus, B. (1992). The family caregiver as interpreter in the geriatric medical interview. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(3), 288-304.

Have, ten P. (2002). Sequential structures and categorical implications in doctor-patient interaction: ethnomethodology and history. Retrieved May 20, 2009, from: <http://www2.fmg.uva.nl/emca/seqstruct.htm>.

Heritage, J. & Maynard, W. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351-374.

Hsieh, E. (2006). Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science & Medicine*, 62, 721-730.

Hsieh, E. (2007). Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine*, 64, 924-937.

Hsieh, E. (2008). "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Research*, 18(10), 1367-1383.

IGZ: *Tolken in de gezondheidszorg*, Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003) den Haag.

Jacobs, E., Lauderdale, D., Meltzer, D., Shorey, J., Levinson, W., & Thisted, R. (2001). Impact of interpreter services on delivery of health care limited-English-proficient patients. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 468-474.

Kuo, D., & Fagan, M. (1999). Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 547-550.

Lee, L., Batal, H., Maselli, J., & Kutner, J. (2002). Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 641-646.

Lopez de Victoria, S. (2008). Harming your child by making him your parent. Retrieved May 20, 2010, from www.psychcentral.com.

Meeuwesen, L. (2003). Sequential analysis of the phasing of the medical interview. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12(2), 124-129.

Meeuwesen, L. (2007). Variatie en verandering in medische gespreksvoering. In J. Bos, *Communicatie op de werkvloer*. (p. 111-126). Bussum: Coutinho.

Meeuwesen, L., & Harmsen, H. (2007). Valkuilen in de multiculturele huisartspraktijk: het 'stille' gesprek. *Modern Medicine*, 2, 34-38.

Meeuwesen, L., Schaap, C., & van der Staak, C. (1991). Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1143-1150.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<http://www.minvws.nl/brieven/pg/2005/tolkdiensten-in-de-zorg.asp>, laatst geraadpleegd op 26.03.09.

Ong, L.M., Haes, de J., Hoos, A., Lammes, F. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1143-1150.



- Pinto, D. (1990). *Interculturele communicatie: drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen en managen van cultuurverschillen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Preloran, H., Brouwner, C., & Lieber, E. (2005). Impact of interpreter's approach on Latina's use of Amniocentesis. *Health Education & Behaviour*, 32(5), 599-612.
- 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(5), 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). Trough interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 70, 87-93.
- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39, 5-15.
- Schouten, B. & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21-34.
- Schouten, B., Meeuwesen, L., & Harmsen, H. (2008). Wie tolkt er bij de dokter? De praktijk van informele tolken in de gezondheidszorg. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 5(3), 144-151.
- Tates, K. (2001). *Doctor-parent-child communication: a multi-perspective analysis*. Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- TRICC: Training intercultural and Biligual Competences in health and Social <http://www.tricc-eu.net/>, laatst geraadpleegd op 15.03.10.
- Twilt, S. (2007). *'Hmm...Hoe zal ik dat vertellen?'* De rol van de niet professionele tolk in arts-patient gesprekken. Masterscriptie Universiteit Utrecht.
- Twilt, S., Meeuwesen, L., Thije, J. ten, & Harmsen, J. Mutual (mis)understanding in informal interpreting in consultations between Turkish immigrants and Dutch general practitioners. In S. Sarangi (ed.), *Interpreter Mediated Healthcare Consultations*. London: Equinox.
- VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport <http://www.minvws.nl/brieven/pg/2005/tolkdiensten-in-de-zorg.asp>, laatst geraadpleegd op 26.03.09.



9 Transcriptieregels

I - interviewer

R - respondent

^ - fragment wordt onderbroken

... - pauze van een aantal seconden

() – non-verbale reactie



Bijlage 1

Topiclijst Interviews met jongvolwassen informele tolken

Introductie

Universiteit Utrecht voert samen met vier andere landen een tweejarig Europees project uit wat zich ten doel stelt de zorg aan anderstalige patiënten te verbeteren. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan het overbruggen van de taalbarrière tussen arts en patiënt. Aan de hand van dit interview willen we inzicht krijgen in uw ervaring als tolk voor familieleden en vrienden in medische gesprekken.

- Toestemming vragen voor audio-opname en uitleg vertrouwelijkheid gegevens -

1. Algemene gegevens

M/V

Leeftijd: jaar

Wat is uw etniciteit?

Welke opleidingen heeft u gevolgd (en afgerond)?

Wat is uw huidige baan?

2. Gesproken talen

- Welke talen spreekt u?
- Hoe is volgens u uw beheersing van deze talen?
- *Welke taal spreekt u in welke context?*
- *Hoe vaak gebruikt u deze talen?*

3. Samenstelling huishouden

Gezin waarin men opgegroeid is

- Hoe is de samenstelling van het gezin waarin u bent opgegroeid?
- Welke talen worden er binnen het gezin gesproken?
- Voor welke familieleden heeft u wel eens getolkt?
- Door wie wordt er nog meer getolkt binnen het gezin?

4. Ervaringen met tolken inleiding

- Vanaf welke leeftijd tolkt u?
- Voor wie tolkt u meestal? (vader, moeder, broers, zussen etc.)
- In welke situaties tolkt u (huisarts, gemeente, winkel etc.)?
- Merkt u verschil in het tolken in deze situaties?
 - o Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet? Welke situaties zijn makkelijk/moeilijk?

We zijn met name geïnteresseerd in uw ervaringen met het vertalen tijdens medische gesprekken (met de huisarts, in het ziekenhuis of bij maatschappelijk werk). Daarbij zal er een onderscheid worden gemaakt tussen uw ervaringen als tolk nu en uw ervaringen met tolken toen u nog een kind was. Ik zal u eerst een aantal vragen stellen over uw huidige ervaring met tolken. In het laatste stuk zal ik u vragen om deze ervaringen te vergelijken met uw ervaringen als tolk toen u klein was.



5. Huidige ervaringen met tolken

1) *Technische aspecten*

- Hoe gaat het vertalen?
- Vindt uzelf een goede tolk?
- Zij er specifieke onderwerpen, thema's die moeilijker zijn te vertalen dan andere?
- Lukt het altijd om alles te vertalen of gaat het ook wel eens mis?
- Zo ja, waar gaat het meestal mis (onderwerpen, situaties)?
- Wat gaat juist goed? Wat is gemakkelijk om te vertalen?
- Hoe gaat u ermee om? Hoe lost u dat op?
- Kunt u een voorbeeld noemen van een situatie waarbij er miscommunicatie ontstond tussen in het gesprek. Waardoor kwam dat en hoe werd dat opgelost?

2) *Emotionele aspecten*

- Hoe vindt u het om te tolken?
- Wat vindt u positief (leuk) aan het tolken? (voorbeelden vragen)
- Wat vindt u negatief (onprettig) aan het tolken? (voorbeeld vragen)
- Wat vindt u makkelijk aan het tolken?
- Wat vindt u moeilijk aan het tolken?

3) *Communicatie en rollen*

- Hoe ervaart u het contact met de arts in de gesprekken?
- Hoe ervaart u het contact met de persoon voor wie u tolkt tijdens de gesprekken?
- Hoe zou u uw rol/taak omschrijven als tolk (vertaler, bemiddelaar, belangenbehartiger etc.)?
- Is er wel eens sprake geweest van een conflict waar u als tolk tussen zat? Hoe ging u hiermee om?
- Wat is volgens u de oorzaak van zo'n communicatieprobleem tussen arts en getolkte (taal, cultureel)?
- Wat verwachten de andere gesprekspartners van u (arts/getolkte)?
- Moest u wel eens iets anders doen dan tolken? (patiënt helpen met uitkleden, iets vasthouden etc.) Wat vond u hiervan?
- Wat zou er verbeterd kunnen worden in de gesprekken waarbij u tolkt (bij getolkte, arts of uzelf)?

4) *Officieel beleid*

- Voor wie vertaalt u, buiten uw familie om? Hoe vindt u dat?
- Bent u bekend met het officiële overheidsbeleid ten aanzien van de inzet van tolken in de zorg?
- Is de persoon voor wie u tolkt hier bekend mee?
- Weet u dat u recht hebt op een professionele tolk? Weet de persoon voor wie u tolkt dit?
- Hoe bent u hierachter gekomen (heeft de arts u geïnformeerd)?
- Hoe vindt dat u in Nederland mee kunt met uw familielid om te vertalen?
- Zou u liever hebben gehad dat een familielid een professionele tolk kreeg?
- Denkt u dat uw familielid dat zou willen? Waarom wel of niet?

6. Laatste doktersbezoek

- Kunt u een beschrijving geven van de laatste keer dat u getolkt heeft bij de dokter?



7. Ervaringen met tolken als kind

1) *Inleidend*

- Vanaf welke leeftijd tolkt u?
- Voor wie tolkte u meestal en waarom?
- Hoe vond u dat (leuk, vervelend, zwaar, gemakkelijk...)? En waarom?
- Wat vond u van de verantwoordelijkheid die de taak met zich mee bracht?
- Moest u voor het tolken weg blijven van school? Hoe vond u dat?
- Hoe vonden uw ouders/verzorgers dat?
- Wat vond de school hiervan?
- Wat vond de arts hiervan?

2) *Technische aspecten*

- Hoe ging het vertalen? Vond u uzelf een goede tolk?
- Waren er specifieke onderwerpen, thema's die toen moeilijker waren om te vertalen dan andere? Dan nu? Om welke thema's ging het en waarom is het nu anders?
- Lukte het altijd om alles te vertalen of ging het ook wel eens mis? Zo ja, waar ging het dan meestal mis (onderwerpen, situaties)? Hoe loste u dat op?
- Kunt u een voorbeeld noemen van een situatie waarbij er miscommunicatie ontstond tussen in het gesprek. Waardoor kwam dat en hoe werd dat opgelost?
- Zou u een voorbeeld kunnen noemen van een situatie waarbij het vertalen goed ging?

3) *Emotionele aspecten*

- Hoe vond u het om te tolken als kind?
- Wat vond u positief (leuk) aan het tolken? (voorbeelden vragen)
- Wat vindt u negatief (onprettig) aan het tolken? (voorbeeld vragen)

4) *Communicatie en rollen*

- Hoe was het contact met de arts vs. patiënt in de gesprekken? Voelde u zich erkend/serieus genomen door de arts? En door diegene voor wie u tolkte? Was daar een verschil in?
- Hoe zou u uw toenmalige rol/taak omschrijven als tolk (vertaler, bemiddelaar, belangenbehartiger etc.)?
- Wat verwachtten de andere gesprekspartners van u (arts/getolkte)?
- Moest u wel eens iets anders doen dan tolken? (patiënt helpen met uitkleden, iets vasthouden etc.) Wat vond u hiervan?

5) *Vergelijking attitudes toen en nu*

- Was het tolken vroeger leuker/minder leuk dan nu? Hoe komt dat? of
- Vervelender/minder vervelend dan nu? Hoe komt dat?
- Zwaarder/minder zwaar dan nu? Hoe komt dat?

6) *Mening*

- Wat vind je ervan dat kinderen mogen tolken?
- *Vindt u het goed als kinderen tolken? Waarom wel of niet?*

- *Indien geen aanvullingen, dankwoord en afscheid*



Bijlage 2. Codeersysteem (hoofd- en subcodes)

- emotionele aspecten
 - positieve aspecten
 - negatieve aspecten
 - seksuele onderwerpen/gene
 - emotionele inspanning
 - ontevredenheid kwaliteit v.d.zorg
 - irritatie door patient
 - overige
 - verplichting/verantwoordelijkheid
- technische aspecten
 - hoe gaat het vertalen
 - makkelijke aspecten
 - moeilijke aspecten
- verwachtingen
 - patient
 - arts
- Rollen
 - belangenbehartiger patient
 - vertaler
 - adviseur begeleider
 - bemiddelaar
 - medebehandelaar
 - vetrouwenspersoon
 - coordinator gesprek
- communicatie
 - communicatie met de arts
 - negatieve aspecten
 - positieve aspecten
 - communicatie met de patient
 - negatieve aspecten
 - positieve aspecten
- redenen miscommunicatie arts/patient
- Bekendheid met beleid omtrent tolken
- Suggesties voor verbetering arts-patient-tolk gesprekken
- Attitudes en meningen
 - bekende of onbekende patient
 - kinderen als tolken
 - informeel of professionel tolk
 - goede of slechte tolk
- ervaringen als kind
 - positieve ervaringen
 - negatiever ervaringen
 - technische aspecten (1)
 - communicatie met de arts
 - verwachtingen als kind
 - rol als kind
 - wegblijven van school
- vergelijking tolken: kind/volwassene