



FACULTEIT LETTEREN – ANTWERPEN
CAMPUS Sint-Jacob
SINT-JACOBSMARKT 47-49
2000 ANTWERPEN
BELGIE



Masterproef aangeboden
tot het verkrijgen van het
diploma Master of Arts in
het **tolken**

Communicatiestrategieën op de medische dienst van asielcentra van Fedasil

Door: Freya Moonen
Promotor: Prof. Dr. Antoon Cox
Copromotor: Mevr. Lore Baeten

ACADEMIEJAAR 2024-2025

- **Code of conduct voor geloofwaardig auteurschap**
 - **Correct verwijzen naar bronnen houdt in:**
 - dat ik als auteur transparant ben over mijn bronnen, zodat de lezer op elk moment correct kan inschatten welke de bron is van wat beweerd wordt;
 - dat ik als auteur geen relevante informatie waarover ik beschik en die een ander licht zou kunnen werpen op de geboden interpretatie of ontwikkelde redenering bewust weglaat;
 - dat ik als auteur duidelijk aangeef welke relevante interpretaties ik niet in rekening heb gebracht en waarom dat is gebeurd;
 - dat ik als auteur waarheidsgetrouw weergeef wat ik heb geobserveerd;
 - dat ik als auteur op de hoogte blijf van evoluties in manieren van verwijzen en het weergeven van referenties en een bibliografie.

Ik bevestig dat ik deze code of conduct heb nageleefd bij het schrijven van deze masterproef.

Naam: Freya Moonen

Datum: 24 mei 2025

Handtekening:

Dankwoord

De masterproef die momenteel voor u ligt, is het resultaat van een intensieve, maar leerzame reis die ik de afgelopen maanden heb afgelegd om mijn opleiding tot een goed einde te brengen. Zonder de hulp van een aantal mensen zou ik op die reis langer, moeilijker en minder aangenaam zijn geweest. Voor u begint te lezen, wil ik die mensen graag bedanken.

Binnen de universiteit is er allereerst mijn promotor professor Antoon Cox, die me gedurende het hele traject met raad en daad heeft bijgestaan. Ook is er mevrouw Lore Baeten, die me niet alleen bij dit project heeft geholpen om het Arabisch te doorgronden, maar dat ondertussen al vier jaar lang doet en zonder wie ik dus nooit gestaan zou hebben, waar ik vandaag sta.

Buiten de universiteit gaat mijn dank uit naar mijn ouders, broers en zussen, om me altijd te steunen en te blijven uitdagen. Verder wil ik mijn vrienden bedanken. In het bijzonder gaat het dan om Jade - de beste studiegenoot die een mens zich kan wensen, die overloopt van goede raad, lieve vriendschap en lekkere koekjes wanneer die eerste twee dingen niet genoeg lijken – en mijn vrienden van het Arenbergorkest, die me de allermooiste momenten van mijn studiecarière hebben geschonken en me de kans hebben gegeven wijzer en zekerder te maken op een manier die geen enkele universitaire studie kan bieden.

Freya Moonen

Inhoud

Dankwoord	3
Abstract	6
Nederlands	6
Engels	6
1. Inleiding	7
2. Methodologie	9
2.1. Casussen	9
2.2. Methode	9
3. Theoretisch kader	12
3.1. Taalbarrière	12
3.1.1. Soorten taalbarrières	12
3.2. Rolverdeling	13
3.2.1. Participation framework	14
3.3. Boodschap	14
3.3.1. Voice of lifeworld, voice of medicine, voice of system	15
3.4. Bijkomende dynamieken achter de conversatie	16
4. Analyse	18
4.1. Casus I: Libanees koppel	18
4.1.1. The Ethnography of Communication	18
4.1.2. Language as Social Interaction	21
4.1.3. Conclusies bij de eerste casus	27
4.2. Casus II: Libanees koppel	29
4.2.1. Ethnography of Communication	29
4.2.2. Language as Social Interaction	31
4.2.3. Conclusies bij de tweede casus	39
4.3. Casus III: Eritrese man	40
4.3.1. Ethnography of Communication	40
4.3.2. Language as Social Interaction	42
4.3.3. Conclusies bij de derde casus	48
5. Discussie	49
5.1. Terugkerende obstakels	49

5.1.1. Fluctuerende taalbarrières	49
5.1.2. False fluency.....	49
5.1.3. Voice of lifeworld	50
5.2. Participation framework en rolverschuivingen	52
5.2.1. Tolkpraktijken en informele bemiddeling	52
6. Aanbevelingen voor praktijk en beleid	53
7. Reflectie op de studie	54
8. Conclusie.....	56
9. Bibliografie.....	58

Abstract

Nederlands

Vlotte toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg is een grondrecht van elk mens. Om tot goede gezondheidszorg te komen, moet er echter goede communicatie zijn tussen arts en patiënt. In asielcentra kan dat problematisch zijn. De masterproef *Communicatiestrategieën op de medische dienst van de asielcentra van Fedasil* bestudeert het verloop van communicatie tussen asielzoekers en hulpverleners in asielcentra, om zo de meest kenmerkende aspecten ervan en de obstakels in de communicatie te kunnen uitlichten. Het onderzoek gebeurt op basis van paradigma's uit de *Language as social interaction* (LSI)-theorie, in de vorm van een *illustrative case-study*. Uit het onderzoek komen vier belangrijke terugkerende obstakels naar voren: fluctuerende taalbarrières, *false fluency*, een moeilijke omgang met de *voice of lifeworld* en wisselingen in *participation framework* en rolverdeling. Deze obstakels kunnen goede gezondheidszorg in de weg staan. Mogelijk zouden een grotere inzet van professionele tolken en vormingen in LSI-sensitiviteit voor artsen deze moeilijkheden kunnen verzachten.

Engels

A smooth access to healthcare is a fundamental right to everyone. Good communication between doctors and their patients can be vital in that regard. However, that can be problematic in asylum centers. The master's thesis *Communication strategies at the medical service of Fedasil asylum centres* studies the communication between asylum seekers and caregivers in Fedasil asylum centers, in order to shed light on the primary characteristics of this communication and on the obstacles that may occur in it. The research is a illustrative case study that uses paradigms of the Language as Social Interaction-theory as primary methodology. The master thesis reveals four main recurring communication obstacles: volatile language barriers, false fluency, difficulties in approaching patient's voice of lifeworld and changes in participation framework and role distribution. These obstacles can hinder qualitative healthcare. Lager scale deployment of professional interpreters and LSI-sensitivity-trainings for doctors could possibly ease these burdens.

1. Inleiding

In 2024 dienden in België 39.615 personen een aanvraag in voor internationale bescherming ('Asielstatistieken: overzicht 2024', 2025). Na hun aanmelding bij de Dienst Vreemdelingenzaken start hun asielprocedure ('Asielprocedure', 2016). De meeste asielzoekers wachten het resultaat van hun procedure af in asielcentra van Fedasil of het Rode Kruis.¹ In dergelijke centra hebben asielzoekers de mogelijkheid om medische hulp te zoeken bij een medische dienst ('Verblijven in een opvangcentrum', 2025). Onderzoek uit Groot-Brittannië wijst echter uit dat artsen en verpleegsters in verschillende contexten moeilijkheden ondervinden om asielzoekers de juiste zorgen te bieden. De communicatieproblemen die zich tussen arts en patiënt voordoen zijn daar een belangrijke oorzaak van, zo stellen de artsen (Robertshaw, Dhesi, en Jones 2017).

Hoewel er veel onderzoek bestaat over medische communicatie, is er slechts weinig onderzoek over de communicatie tussen hulpverleners en asielzoekers. Dat geldt zowel voor de communicatie in het centrum, als voor de communicatie in een huisartsen- of ziekenhuiscontext. Het onderzoek dat er is, focust zich voornamelijk op de macro-aspecten van de communicatie en onderzoekt niet zozeer de details van de interactie. Deze masterproef wil een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke discussie over communicatie in asielcentra door die lacune in de bestaande literatuur te verkennen via een kwalitatieve analyse van authentieke interacties tussen hulpverleners en asielzoekers. Aan de hand van enkele casussen zullen detailaspecten van consultaties in asielcentra besproken worden. De basis voor het onderzoek zijn opnames die professor Antoon Cox maakte tijdens antropologisch veldwerk op de medische dienst van een asielcentrum van Fedasil in samenwerking met professor Koen Kerremans. De opnames maakten destijds deel uit van het VTOH-onderzoek² van de VUB, maar werden nog niet geanalyseerd of gepubliceerd. Daar brengt deze masterproef nu verandering in.

Bij gebrek aan eerder empirisch onderzoek op dit specifieke terrein wordt bewust gekozen voor een verkennende en beschrijvende benadering. Deze benadering is gericht op het in kaart brengen van communicatiepatronen in complexe meertalige contexten. Het doel van deze masterproef is om op basis van enkele casussen de kenmerkende elementen van de communicatie tussen hulpverleners en asielzoekers in asielcentra in kaart te brengen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van concepten uit de Language and Social Interaction (LSI)-theorie. Zo beoogt dit onderzoek inzicht te verschaffen in het verloop van de communicatie op de medische dienst, obstakels in kaart te brengen, eventuele oorzaken bloot te leggen en, waar mogelijk, oplossingen voor te stellen.

De centrale onderzoeksvraag luidt: Welke patronen en obstakels kenmerken de communicatie tussen hulpverleners en asielzoekers op de medische dienst van Fedasil-centra, en hoe kunnen deze vanuit een interactioneel-sociolinguïstisch perspectief begrepen worden?

¹ Op het moment van schrijven is er onvoldoende plaats in de Belgische asielcentra voor alle asielzoekers. Degenen die geen opvang kunnen krijgen, wonen noodgedwongen op straat.

² VTOH staat voor 'vormingsaanbod en taalhulpmiddelen als ondersteuning voor hulptolken'

De masterproef licht eerst de gebruikte methodologie toe. Daarna wordt een theoretisch kader uitgewerkt, waarin termen en paradigma's die relevant zijn voor de methodologie en dus de analyse worden besproken. Dan volgen drie casestudy-analyses. In die casestudies wordt het theoretisch kader toegepast op concrete gevallen. Op die manier worden communicatiepatronen in de consultaties naar voren gebracht. De verschillende patronen die in de drie casussen aan het licht komen, worden samengebracht in een overkoepelende discussie.

2. Methodologie

2.1. Casussen

Dit onderzoek zal gevoerd worden op basis van opnames die professor Antoon Cox in 2018 gemaakt heeft in het kader van een onderzoek aan de VUB. Het corpus bestaat uit 20 geluidsopnames gemaakt op de medische dienst van een asielcentrum van Fedasil. De asielzoekers in de opnames hebben sterk uiteenlopende achtergronden: in de groep van 20 asielzoekers zijn er 13 verschillende nationaliteiten vertegenwoordigd. Ook de medische problematieken waarvoor ze hulp zoeken variëren sterk.

Aangezien een volledige analyse van alle twintig opnames het bestek van deze masterproef te buiten gaat, werd een gerichte selectie gemaakt op basis van drie criteria. Een eerste selectie criterium was de verstaanbaarheid. Op sommige opnames was het gesprek namelijk erg moeilijk te verstaan vanwege achtergrondgeluid. Een tweede selectie criterium was de mate waarin de onderzoeker de interactie op natuurlijke wijze kon volgen. Ten derde werd gekeken naar inhoudelijke relevantie: cases die samen bepaalde terugkerende communicatieve patronen illustreren, met tegelijk diversiteit (twee casussen met Arabischspreekende gesprekspartners en één met een Tigrinya-/Arabischspreekende man), werden geselecteerd. Deze selectiemethode kan implicaties hebben voor de representativiteit van de gekozen fragmenten en mogelijk minder toegankelijke gesprekken uitsluiten. Tot die minder toegankelijke gesprekken behoort bijvoorbeeld een conversatie waarin het non-verbale aspect een belangrijke rol lijkt te spelen.

Zo werden drie opnames geselecteerd: twee waarin een koppel uit Libanon een hulpverlener consulteert en een waarin een man uit Eritrea dat doet. De consultaties van het Libanees koppel werden gekozen omdat de onderzoekster zelf Arabisch kent, waardoor ze ook de communicatie tussen de man en de vrouw op de opnames in rekening kon brengen in de analyse. De consultatie van de Eritrese man werd gekozen omdat daar bepaalde communicatiepatronen uit de andere twee consultaties leken terug te komen, zij het op een andere manier. De drie casussen zullen worden besproken in een *illustrative case-study*.

2.2. Methode

Na de selectie werden de casussen getranscribeerd. Dat gebeurde in twee stappen. Eerst werd er via transcriptiesoftware van Word een automatische transcriptie gegenereerd. Het programma was echter niet in staat om voldoende accurate transcripties af te leveren, aangezien er in de conversaties vaak meerdere talen door elkaar worden gebruikt en er veel achtergrondgeluid is. Daarom zijn de transcripties handmatig herzien en aangevuld op basis van nauwkeurige beluistering van het audiomateriaal.

Voor de transcriptie werden symbolen gebruikt die gebaseerd zijn op de transcriptiesystemen van Roberts (2015) en Gumperz en Berens (1993). Hetzelfde systeem werd gebruikt in *The Dynamics of (Mis)communication in Language Discordant Multi-party Consultations in the Emergency Departement* (Cox, 2017). Een overzicht van de relevante symbolen vindt u hier:

Symbol	Betekenis
//	Laatste neerlegging van de intonatie
/	Lichte neerlegging van de intonatie, er zou meer gezegd kunnen worden
?	Laatste stijging van de intonatie
,	Lichte stijging van de intonatie
-	Onderbreking
..	Pauze korter dan 0.5 seconden
...	Pauze langer dan 0.5 seconden
<2>	Precieze tijdseenheid (getal tussen haakjes geeft het aantal seconden aan)
=	Overlap
= =	Sluit direct aan bij de vorige uiting
*	Nadruk
**	Extra nadruk
()	Onduidelijk woord
(woord)	Gok op een onduidelijk woord
[schraapt keel]	Niet-lexicale elementen

Na de transcriptie werden de opnames geanalyseerd. Het doel van de analyse was om de kenmerkende aspecten van de communicatie uit te lichten. De precieze thema's die in de analyse aan bod zouden komen, werden eerst intuïtief gekozen op basis van de beluistering van de conversaties: de meest kenmerkende aspecten zouden in de analyse verder worden uitgelicht. Als kader daarvoor werd de *Language and Social Interaction Theory* (LSI) gebruikt. Die theorie erkent de rol van context in betekenisvorming en maakt het dus mogelijk om de impact van de context op het verloop van de communicatie in rekening te brengen. Dat kan leiden tot een beter begrip van de (mis)communicatie.

De analyse werd zoveel mogelijk gestructureerd op basis van de methode die wordt voorgesteld in *The Ethnography of Communication* van Muriel Saville-Troike. Zo wordt de nodige achtergrond bij de conversaties geschetst: de setting, de deelnemers, de taalsituatie, het onderwerp van het gesprek en de verschillende *communicative events* komen aan bod. Deze achtergrondkennis is cruciaal om de context van de consultaties in rekening te kunnen brengen bij de verdere analyse van de communicatie. Toch zullen niet alle elementen die volgens Saville-Troike bespreking verdienen, besproken worden, omdat niet al die elementen met het beschikbare materiaal kunnen worden onderzocht. Elementen zoals communicatieve normen en gemeenschappelijke geschiedenis konden niet volledig worden geanalyseerd wegens beperkte transcriptiedata. Tegelijkertijd geeft een afwijking van de structuur van *The Ethnography of Communication* de mogelijkheid om bepaalde paradigma's van de LSI-theorie toe te passen in de analyse die anders niet aan bod zouden komen.

Allereerst zal de *scene* worden beschreven: wat het genre van de interactie is, welk doel het gesprek heeft en in welke setting het plaatsvindt. Het onderwerp van de conversatie zal in een aparte sectie

besproken worden. Vervolgens zullen de deelnemers aan de conversatie in kaart worden gebracht. Het gaat dan om de sprekers, maar ook om degenen die de conversatie al dan niet onbedoeld kunnen horen of meevolgen. In die sectie zal ook worden geschetst hoe de conversatie georganiseerd is. Daarna zullen achtereenvolgens de taalSituatie van het gesprek, het onderwerp van de consultatie en de *communicative events* die er plaatsvinden, worden beschreven.

Na die ontleding van de communicatie op basis van het model van Saville-Troika, zal de inhoud van het gesprek worden geanalyseerd op basis van LSI-paradigma's die in het theoretisch kader nog zullen worden besproken. Zoals eerder aangehaald zijn de thema's van de LSI-analyse intuïtief gekozen. Deze thema's zullen echter wel geanalyseerd worden op basis van bestaande LSI-kaders, zoals die van Goffman over het *participation framework* (Goffman 1981, Goffman 1987 en Goffman 2017) en de classificering van de omgangsvormen met de *voice of lifeworld* van Leanza (Leanza, Boivin, en Rosenberg 2014).

Na de analyse van de drie casussen volgt een discussie. Daarin zullen eventuele patronen of terugkerende obstakels in de communicatie worden blootgelegd. Verder zullen ook de diepte-effecten van bepaalde aspecten van de gesprekken onder de aandacht worden gebracht. Voor zover mogelijk zullen er suggesties gedaan worden voor veranderingen op het terrein en voor verder onderzoek.

3. Theoretisch kader

Het theoretisch kader van deze masterproef is gebaseerd op paradigma's van *Language and Social Interaction Theory* (LSI). Dat is een interdisciplinaire benadering van de studie van menselijke communicatie in al zijn complexiteit en multifunctionaliteit (Fitch en Sanders, 2004). In deze masterproef zullen theorieën uit LSI worden toegepast die relevant zijn voor de specifieke casussen, om zo de belangrijkste kenmerken van de communicatie tussen hulpverlener en asielzoeker in asielcentra te kunnen blootleggen.

3.1. Taalbarrière

'Taalbarrière' is een veelvoorkomend begrip, zowel in dagelijkse gesprekken over interculturele communicatie als in wetenschappelijke onderzoek daarnaar. Het begrip wordt gebruikt om te verwijzen naar problemen die ontstaan in communicatie wanneer verschillende sprekers een andere moedertaal hebben. Toch heeft het begrip 'taalbarrière' geen vaste, academische definitie (Cox, 2017). Dat zou ermee te maken kunnen hebben dat taalbarrières onderling sterk kunnen verschillen. De grootte van een taalbarrière kan namelijk variëren afhankelijk van wie er deelneemt aan het gesprek, wat het onderwerp is, in welke omstandigheden een gesprek wordt gevoerd en vooral: de mate waarin het linguïstisch repertoire van de deelnemers overlapt (Cox en Li, 2020). Daardoor kunnen taalbarrières op verschillende manier worden ingedeeld.

3.1.1. Soorten taalbarrières

Het ligt voor de hand om taalbarrières te beschrijven aan de hand van de mate van overlap tussen de linguïstische repertoires van de verschillende deelnemers aan het gesprek. Müller (1989) gebruikt de termen 'opaque' en 'transparant' om aan te geven in hoeverre de repertoires met elkaar overlappen. Hoe minder overlap er is, hoe meer *opaque* de barrière is. Hoe meer overlap, hoe transparanter de taalbarrière is (Müller, 1989). Wanneer er zich een taalbarrière voordoet, bevindt die zich dus op een spectrum tussen *opacity* en *transparency*.

Cox en Li (2020) maken dan weer een onderscheid tussen een volledige en een gedeeltelijke taalbarrière. Bij een volledige taalbarrière is er geen gemeenschappelijke taal waarmee de deelnemers aan het gesprek kunnen communiceren. Bij een gedeeltelijke taalbarrière is die gemeenschappelijke taal er wel, maar is er minstens een van de deelnemers die moeite heeft om zich in die taal uit te drukken of de taal volledig te begrijpen.

Dat betekent dat er bij gesprekken met meer dan twee deelnemers meerdere taalbarrières mogelijk zijn. Zo zou er een volledige taalbarrière kunnen zijn tussen deelnemer A en deelnemer B, maar slechts een gedeeltelijke taalbarrière tussen deelnemer B en deelnemer C. In dat geval wordt gesproken van een multidimensionale taalbarrière (Cox en Li, 2020).

Belangrijk is ook dat taalbarrières niet statisch zijn. Aangezien ze ook afhankelijk zijn van bijvoorbeeld het onderwerp van de conversatie (Cox en Li, 2020), kan de aard van de taalbarrière variëren tijdens

hetzelfde gesprek. Wanneer het onderwerp van een conversatie verandert en meer aansluit bij het linguïstisch repertoire van de deelnemers, zal de taalbarrière meer *transparent* worden. Gebeurt het omgekeerde, dan zal de taalbarrière meer *opaque* worden. In beide gevallen verandert de kwaliteit van de informatieoverdracht. Dat fenomeen noemen Cox en Li (2020) een *communicative swing*, een schommeling in de kwaliteit van informatieoverdracht binnen eenzelfde interactie.

Omdat taalbarrières kunnen variëren en de kwaliteit van de informatieoverdracht dus kan veranderen, kan het gebeuren dat deelnemers aan een conversatie verkeerd inschatten in hoeverre hun boodschap bij hun gesprekspartner is overgekomen. Deelnemers kunnen aannemen dat hun gesprekspartner de boodschap heeft begrepen omdat dat eerder in de conversatie geen probleem voor hem leek, terwijl dat nu niet meer het geval is. Ook kan het simpelweg lijken alsof iemand een boodschap heeft begrepen, ook al is dat niet het geval. In die gevallen spreekt men van *false fluency* (Cox en Li, 2020).

False fluency verwijst naar de schijnbare vlotheid in communicatie die een vals gevoel van wederzijds begrip creëert, terwijl cruciale misverstanden verborgen blijven, bijvoorbeeld wanneer een patiënt bevestigend reageert maar essentiële medische instructies niet heeft begrepen. In conversaties met een gedeeltelijke taalbarrière blijven die miscommunicaties makkelijker onder de radar. Dat komt omdat hoe kleiner de taalbarrière is, hoe groter de kans is dat de deelnemers het effect van de taalbarrière onderschatten, terwijl ze zich in conversaties met een volledige of een sterk *opaque* taalbarrière veel meer bewust zijn van mogelijke miscommunicaties (Cox en Li, 2020).

3.2. Rolverdeling

Al wie een gesprek kan horen, wordt door LSI-theorie beschouwd als een deelnemer aan dat gesprek. Deelnemers kunnen daardoor sterk uiteenlopende rollen hebben in conversaties. Wie welke rol speelt, is afhankelijk van de context en de deelnemers van het gesprek. Wel is het van belang dat de rolverdeling in de conversatie duidelijk is, anders kunnen er miscommunicaties ontstaan (Cox & Li, 2020).

Er zijn verschillende manieren om deelnemers aan een conversatie te categoriseren. De eerste is om ze in te delen volgens hun relatie tot de boodschap die in de conversatie wordt overgebracht. Goffman (1981) onderscheidt in dat verband drie categorieën: de *author*, de *animator* en de *principal*. Wanneer iemand het woord neemt in een gesprek, is die persoon altijd een *animator*. Met de categorie *animator* verwijst Goffman namelijk naar een persoon die een uiting produceert. Elke spreker is dus een *animator*. De *author* verwijst dan weer naar degene die de boodschap heeft bedacht. Dat kan de *animator* zelf zijn, maar wanneer de spreker bijvoorbeeld een idee verwoordt dat hij in de krant heeft gelezen, is de schrijver van dat stuk de *author* van de boodschap. De *principal* verwijst dan weer naar degene van wie de waarden door de boodschap worden vertegenwoordigd. Wanneer een rechter bijvoorbeeld een vonnis velt, vertegenwoordigt die de waarden van de wetgever en is de wetgever dus de *principal*. In principe is het dus mogelijk dat de *principal* fysiek afwezig is in de conversatie, maar wel vertegenwoordigd wordt door een van de gesprekspartners.

Deelnemers aan een conversatie kunnen ook ingedeeld worden op basis van de legitimiteit van hun deelname. Illegitieme deelnemers zijn mensen die een conversatie onbedoeld kunnen horen of hem doelbewust af luisteren (Goffman, 1981). Zulke deelnemers omschrijft Goffman (1981) als *unratified hearers*. De legitieme leden van de conversatie zijn zich doorgaans niet bewust van hun bestaan. Wie wel op legitieme wijze deelneemt aan de conversatie omschrijft Goffman als *ratified hearers*.

Ratified hearers kunnen op hun beurt verder ingedeeld worden op basis van de aard van hun deelname. Sommige *ratified hearers* worden tijdens de conversatie aangesproken, terwijl andere slechts het recht hebben de conversatie bij te wonen, maar zelf niet actief worden betrokken. Deelnemers die worden aangesproken noemt Goffman *addressed ratified hearers*, terwijl hij legitieme deelnemers die niet worden aangesproken *unaddressed ratified hearers* noemt (Goffman, 1981).

3.2.1. Participation framework

Belangrijk voor de rolverdeling is ook het kader waarin een conversatie plaatsvindt. Dit concept, door Goffman omschreven als het *participation framework* (1987), biedt een analytisch instrument om de dynamiek van deelnemerschap en rolverschuivingen in interactie te bestuderen — een centrale invalshoek in deze studie. Goffman vergelijkt het *participation framework* met een theater. Volgens Goffmans vergelijking is elk gesprek een soort toneelstuk: het heeft verschillende partijen met uiteenlopende doelen. Die partijen kunnen bestaan uit een of meerdere personen en elke persoon krijgt zijn eigen rol in de conversatie. De conversatie tussen de partijen vindt plaats op de *frontstage*. De verschillende partijen komen daar dus samen om hun ‘voorstelling’ te geven (Goffman, 1987).

De *backstage* van de voorstelling speelt echter ook een belangrijke rol. Waar de *frontstage* door de verschillende partijen gedeeld wordt, geldt dat voor de *backstage* niet. In de *backstage* bepalen de verschillende partijen namelijk hun strategie om hun voorstelling zo succesvol mogelijk te maken. De *backstage* is een privésfeer die invloed uitoefent op hoe de conversatie verloopt. Daarom is partij A niet welkom in de *backstage* van partij B (Goffman, 1987).

Op de *frontstage* zijn de deelnemers van alle betrokken partijen dus *ratified*. In de *backstage* is dat niet het geval: enkel de deelnemers van de eigen partij zijn er *ratified*. Toch gebeurt het soms dat de *backstage* van de ene partij zichtbaar wordt voor de andere partij. In dat geval krijgen bepaalde deelnemers aan de conversatie informatie die ze niet zouden moeten hebben. Zij spelen volgens Goffman een *discrepante* rol. Dat kan de conversatie aanzienlijk bemoeilijken (Goffman, 1987).

3.3. Boodschap

De kern van een conversatie is de boodschap die de deelnemers proberen over te brengen. Die overdracht kan verkeerd lopen, ook als er geen taalbarrière is of als de rollen duidelijk verdeeld zijn. Dergelijke miscommunicaties hebben vaak te maken met de *inferential schemata* die de deelnemers gebruiken om de conversatie te interpreteren.

We spreken van een *inferential scheme* wanneer deelnemers aan een communicatieve activiteit een gedeeld begrip hebben van waarover de activiteit gaat en wat de gepaste reacties dus zijn. (Levinson

in Cox & Li, 2020). Het is echter mogelijk dat de deelnemers aan een conversatie een ander idee hebben van wat het doel van de conversatie is. Daarom zal de reactie van de ene conversatiepartner afwijken van wat de ander verwacht en omgekeerd. In dat geval spreekt men van een *misalignment of frames*: de deelnemers hebben andere doelen en praten dus naast elkaar. Door het *misalignment of frames* ontstaat er een miscommunicatie. Doorgaans wordt die enkel opgelost wanneer de verschillende deelnemers overeenkomen wat het doel van de conversatie is. In dat geval doen ze aan *frame alignment*. Die *frame alignment* kan gebeuren door aan metacommunicatie te doen: spreken over de communicatie zelf (Cox en Li, 2020).

3.3.1. Voice of lifeworld, voice of medicine, voice of system

Wanneer personen in contact komen met de medische wereld of met een instituut, kan er een specifieke vorm van *misalignment of frames* ontstaan, namelijk een conflict tussen de *voice of lifeworld* van die persoon en de *voice of medicine* van de arts of de *voice of system* van het instituut. Het concept *voice* verwijst naar de figuurlijke stem die een deelnemer aan de conversatie gebruikt. Mishler (1984) onderscheidt in medische gesprekken twee belangrijke communicatiestemmen. Enerzijds is er de *voice of the lifeworld*: de stem van de leefwereld van de patiënt, met persoonlijke ervaringen en zorgen. De patiënt verwijst ermee naar contextgebaseerde gebeurtenissen of problemen in zijn leven. Op die manier geeft hij zijn dagelijkse leven vanuit een natuurlijke houding plaats in de conversatie (Barry e.a., 2001). Daarnaast is er de *voice of medicine*: de stem van de medische professional, gericht op biomedische informatie en procedures. Die geeft uitdrukking aan een wetenschappelijke houding, waarbij gebeurtenissen net gedecontextualiseerd worden op basis van abstracte regels (Barry e.a., 2001). In institutionele contexten, zoals een asielcentrum, kunnen we daaraan de *voice of the system* toevoegen: de stem die de regels, procedures en belangen van de instelling verwoordt (Jacobs en Maryns, 2022). Medewerkers spreken in functie vaak met een *voice of system*, terwijl asielzoekers vooral een *voice of lifeworld* laten horen. In interacties kan spanning ontstaan als deze 'voices' niet op elkaar zijn afgestemd.

Wanneer patiënten hun *voice of lifeworld* uitdrukken, maar artsen vasthouden aan hun *voice of medicine*, kunnen beide stemmen in conflict komen. Dat heeft een negatief effect op de zorg en op hoe patiënten zorg ervaren. Enerzijds verliest de arts contextuele informatie over de patiënt. Zulke informatie kan belangrijk zijn om de patiënt en zijn ziektebeeld te begrijpen, een diagnose te stellen en de juiste behandeling te bepalen (Barry e.a. 2001). Anderzijds ervaren patiënten het als pijnlijk en bedreigend voor hun identiteit wanneer artsen geen oor hebben voor hun *voice of lifeworld*. Van de 41 gaven er 40 bevestigden in onderzoek van Coyle (1999) gaven bijvoorbeeld aan zich door een verkeerde omgang met hun *voice of lifeworld* ontmenselijkt, geobjectiveerd, gestereotypeerd, machteloos en ontwaard te voelen (Barry e.a., 2001). Als de *voice of lifeworld* onvoldoende gehoord wordt, kan dat dus leiden tot storing in de communicatie. Ook Karimi e.a. onderschrijft dat idee. Hij benadrukt het belang van coproductie in zorg, waarbij een actieve, empathische en flexibele houding van zorgverleners ertoe bijdraagt dat patiënten vertrouwen in de zorg opbouwen en dat er ruimte ontstaat om hun achtergrond en waarden in rekening te brengen (Radl-Karimi e.a., 2022). Hoewel onderzoek naar de *voice of system*

ontbreekt, is het niet onwaarschijnlijk dat een conflict tussen de *voice of lifeworld* en de *voice of system* gelijkaardige uitkomsten zou opleveren als een tussen de *voice of lifeworld* en de *voice of medicine*.

Recent is er ook kritiek gekomen op het *voice-model*. Zo pleit Shim (2010) voor het gebruik van *cultural health capital* als verklaring voor ongelijkheid in de zorg. Naar analogie met Bourdieus cultureel kapitaal verwijst Shim met de term *cultural health capital* naar een fenomeen waarbij bepaalde vaardigheden en middelen die sociaal worden doorgegeven en ongelijk verdeeld zijn, cruciaal zijn om effectief met zorgverleners te kunnen communiceren en interageren. Cultureel kapitaal speelt onbetwistbaar een grote rol in de maatschappelijke posities waarin mensen belanden. Het is erg waarschijnlijk dat dat, zoals Shim stelt, ook het geval is in de zorg. Het idee van een botsing tussen *voice of lifeworld* en *voice of medicine* hoeft dat echter niet tegen te spreken. Eerder dan ongelijkheid in de zorg sluitend te verklaren, helpen ze een bepaalde uiting van de ongelijkheid concreet te benoemen. Dat is iets waar de *cultural health capital*-theorie niet toe in staat is. *Cultural health capital* is namelijk niet meetbaar in een gesprek: hoeveel elke gesprekspartners ervan heeft en waarom, kan slechts verondersteld worden. Dat maakt het een concept dat moeilijk bruikbaar is in concrete casestudies. Tegelijkertijd maakt de *cultural health capital*-theorie het mogelijk om ongelijkheid in de zorg in een breder kader te plaatsen dan dat van een conflict tussen stemmen. Het vormt dus wel een aanvulling op Mishlers *voice*-theorie.

Ook Karimi e.a. uit impliciete kritiek op de *voice*-theorie in het artikel "*What it really takes*" – *A qualitative study of how professionals coproduce healthcare service with immigrant patients*. Karimi stelt daar dat zorg niet binair is en dus niet te verdelen valt in de *voice of lifeworld* en de *voice of medicine*. Hij ziet zorg als een complexe coproductie en dus geen samenspel van slechts twee stemmen. Dat wil echter niet noodzakelijk zeggen dat de begrippen *voice of lifeworld* en *voice of medicine* daarom hun waarde verliezen. Een conflict tussen beide stemmen kan een factor zijn in het ontstaan van ineffectieve zorg, zonder dat het de enige moet zijn. Karimi's visie op coproductie kan dus eveneens gezien worden als een aanvulling op de *voice*-theorie, waarin bepaalde aspecten van de communicatie anders worden geclassificeerd dan in Mishlers *voice*-theorie. Karimi zelf haalt bijvoorbeeld het belang aan van kennis van het achtergrondverhaal van de migrant en respect voor diens waarden aan als onderdelen van coproductie. In de *voice*-theorie zouden gesprekken over het achtergrondverhaal en over normen en waarden geclassificeerd worden als gesprekken in de *voice of lifeworld*. Mishler ontkent het belang van die gespreksonderwerpen dus niet, maar brengt ze samen onder een bredere noemer. In die zin kan Karimi's coproductie-theorie gezien worden als een aanvulling op of een uitbreiding van Mishlers *voice*-theorie. Mishlers *voice*-theorie laat echter toe om bepaalde communicatieve gebeurtenissen concreet te benoemen en te beschrijven wat er precies gebeurt. Dat maakt zijn theorie geschikt voor een detailonderzoek dat met concrete casussen werkt.

3.4. Bijkomende dynamieken achter de conversatie

De rolverdeling en de *inferential schemata* zijn niet de enige dynamieken die de conversatie beïnvloeden. *Facework* (Goffman, 1967) is een andere belangrijke kracht die het gesprek stuurt. Het concept *facework* werd geïntroduceerd door Erving Goffman en verwijst naar de acties die mensen

tijdens een conversatie ondernemen om hun gezicht of dat van een ander te redden. Dat doen ze om hun eigen imago of dat van een ander te beschermen of om zichzelf of anderen schaamte te besparen.

Er zijn verschillende strategieën die mensen gebruiken om aan *facework* te doen. Zo kunnen ze bijvoorbeeld defensief handelen, wat betekent dat ze situaties waar ze hun gezicht zouden kunnen verliezen proberen te voorkomen door beleefd en discreet te zijn of door op tijd aan te kondigen wanneer ze de *face* zullen moeten beschadigen (bijvoorbeeld wanneer iemand eerder moet vertrekken uit een vergadering). Wanneer de *face* toch beschadigd raakt, kunnen de deelnemers aan de conversatie daar op twee manieren mee omgaan. Een eerste is tactvolle blindheid: ze doen alsof het incident zich niet heeft voorgedaan of alsof het geen invloed heeft op hun *face*. Een andere manier is om de persoon die de *face* heeft beschadigd te corrigeren. Daardoor krijgt die bijvoorbeeld de kans om een grap te maken en zo het incident opnieuw te categoriseren of om een rechtzetting te doen door bijvoorbeeld aan te geven dat hij verkeerd begrepen is of zijn excuses aan te bieden. Het is ook mogelijk dat mensen hun *face work* door anderen laten doen, bijvoorbeeld door te vissen naar complimenten of anderen een schuldgevoel te geven wanneer ze de *face* zelf hebben beschadigd (Goffman, 1967).

Facework heeft dus een grote invloed op wat er in een conversatie wel en niet gezegd wordt en op welke manier. Het is echter ook mogelijk dat aspecten die geen deel uit maken van de conversatie toch invloed hebben op wat iemand wel of niet vertelt. Dat fenomeen wordt *telephone booth bias* genoemd. Als de *telephone booth bias* een negatieve invloed heeft op de conversatie spreekt men ook van 'ruis op de lijn' (Cox en Li, 2020).

4. Analyse

4.1. Casus I: Libanees koppel

4.1.1. The Ethnography of Communication

Scene

De eerste casus betreft een consultatie van een Libanees koppel op de medische dienst van een asielcentrum van Fedasil in Wallonië, dichtbij de taalgrens. Uit het fragment en de digitale nota's valt niet op te maken of de hulpverlener die het koppel te woord staat een arts is of een andere functie heeft. De papieren nota's zijn helaas verloren gegaan. De conversatie verloopt voornamelijk in het Engels.

De precieze setting is niet bekend, maar de conversatie lijkt niet plaats te vinden in een praktijkruimte van een arts: er lijken namelijk permanent andere hulpverleners aanwezig te zijn en in de achtergrond zijn vaak ook andere asielzoekers te horen. Zij vragen dan bijvoorbeeld om een ziektebriefje. Mogelijk vindt de conversatie dus plaats aan een soort receptie van de medische dienst.

Deelnemers

Tijdens het gesprek zijn vooral de Libanese man en de hulpverlener aan het woord. De man wordt vergezeld door zijn vrouw, maar zij neemt niet actief deel aan het gesprek omdat ze geen van de voertalen uit het centrum machtig lijkt te zijn. Verder worden er soms ook andere hulpverleners, die al in de ruimte aanwezig waren, betrokken bij de conversatie. De rolverdeling varieert dus sterk tijdens het gesprek.

Aangezien er in de achtergrond van de opname veel andere conversaties te horen zijn, kan er vanuit gegaan worden dat deze conversatie verschillende toehoorders heeft die eigenlijk niet betrokken (horen te) zijn. Wie die toehoorders precies zijn en wat ze kunnen opvangen van de conversatie is echter onduidelijk.

Taal

De conversatie verloopt voornamelijk in het Engels als lingua franca. Van geen van de deelnemers is Engels de moedertaal. Het koppel spreekt Arabisch onder elkaar, zo blijkt uit een andere opname. De hulpverlener lijkt Franstalig. In gesprekken met collega's spreekt ze altijd Frans en na zo een gesprek wendt ze zich soms aanvankelijk in het Frans tot de man.

Het is onduidelijk of en hoeveel Frans de mannelijke verzoeker begrijpt. Hij geeft er geen blijk van dat hij Frans kent, maar aangezien Libanon een voormalig Frans mandaatgebied is, kennen veel Libanezen ook Frans. Gezien de achtergrond van de verzoeker is het dus mogelijk dat hij de Franse conversaties tussen de hulpverleners onderling begrijpt. Onduidelijk is ook hoeveel de toehoorders – de andere asielzoekers in de achtergrond – begrijpen van wat er zich afspeelt in de conversatie tussen het koppel en de hulpverlener. Over hun achtergrond is namelijk niets bekend.

Wat ook opvalt is dat er in de conversatie af en toe Nederlandstalige woorden gebruikt worden zoals 'kinderen' en 'lunchpakket'. Nederlands lijkt echter geen deel uit te maken van het standaardrepertoire van een van de deelnemers. Mogelijk zijn die woorden in het repertoire van de sprekers gekomen doordat asielcontexten zich kenmerken door een sterke aanwezigheid van veel verschillende talen. Niet alleen zijn er onder asielzoekers veel verschillende talen vertegenwoordigd, ook komen asielzoekers in België aanvankelijk terecht in Brussel. Daarna worden ze overgeplaatst naar een opvangcentrum elders in het land. Daardoor komen ze mogelijk al snel met Nederlands en Frans in contact. Het asielcentrum in kwestie van deze masterproef ligt ook dicht bij de grens tussen Vlaanderen en Wallonië, waardoor de asielzoekers met die beide landstalen in contact komen. Zo gaan de kinderen uit het centrum vaak in Vlaanderen naar school of vinden bezoeken aan het ziekenhuis in Vlaanderen plaats.³ Het fenomeen waarbij het talig repertoire van vluchtelingen wordt beïnvloed door de weg die ze hebben afgelegd, beschrijft Maryns (2006) als *migration trajectories*.

Onderwerp

Het gesprek draait om een doktersafspraak die de vrouw komende maandag in een ziekenhuis heeft. De verzoekers komen enerzijds de documenten voor de specialist ophalen en anderzijds hun bustickets aanvragen om naar het ziekenhuis te gaan. De man vraagt niet alleen tickets voor zichzelf en zijn vrouw, maar ook voor hun kinderen. Hij wil zijn kinderen meenemen naar het ziekenhuis in plaats van ze naar school te laten gaan. Hij vreest namelijk dat hij niet op tijd terug zal zijn om de kinderen van school te halen of ze op te wachten aan het centrum. Hij wil niet dat zijn kinderen aankomen in het centrum zonder dat hun ouders daar zijn. De hulpverlener is echter van mening dat de kinderen toch naar school moeten gaan.

Communicative Events

De conversatie tussen de verzoekers en de hulpverlener duurt zeventien en een halve minuut en telt veertien *communicative events*. *Communicative events* zijn delen van de conversatie die zich van elkaar onderscheiden omdat ze andere deelnemers hebben, de deelnemers andere rollen spelen of omdat het gesprek een andere focus krijgt (Saville-Troike, 2003).

Het eerste *event* vindt plaats tussen de hulpverlener en de verzoekers. De conversatie focust zich op de papieren die de verzoekers komen vragen. De verzoekers beweren dat ze geen papieren hebben ontvangen, wat de hulpverlener verbaast. Ze kan de nodige papieren ook niet terug vinden.

Wanneer de hulpverlener zich dan tot een collega wendt om de verloren papieren te proberen vinden, veranderen de rollen van de deelnemers aan de conversatie: de patiënt verliest zijn *addressed hearer*-status en krijgt toegang tot de backstage van de hulpverleners zonder volwaardige participant te zijn (zie verder). Daardoor kunnen we spreken van een nieuw *communicative event*. Belangrijk is ook dat de conversatie tussen beide hulpverleners in het Frans verloopt, waardoor er niet alleen een verandering in deelnemers is, maar ook in voertaal.

³ Persoonlijke communicatie met professor Cox

Na de vruchteloze zoektocht naar de papieren wendt de hulpverlener zich weer tot de verzoekers. Dat markeert het begin van het derde *communicative event*. De voertaal wijzigt van Frans naar Engels, en de verzoekers krijgen hun *addressed hearer* status terug. Ook het onderwerp van de conversatie verschuift: de hulpverlener focust zich namelijk niet langer op de papieren voor de arts, maar verlegt haar aandacht naar de bustickets die de verzoekers nodig hebben.

Het vierde *communicative event* begint wanneer het onderwerp van de conversatie weer verschuift: van de bustickets schakelt de hulpverlener over naar een lunchpakket. Vervolgens keert ze terug naar de bustickets, waardoor het vijfde *communicative event* snel op het vierde volgt. Het onderwerp van *communicative event* vier en *communicative event* vijf verschillen dus.

De conversatie over de bustickets geeft aanleiding voor het zesde *communicative event*: de kwestie of de kinderen van het koppel naar school moeten wanneer de ouders naar het ziekenhuis zijn. De man vroeg namelijk ook bustickets voor zijn kinderen, maar de hulpverlener wil die niet bestellen omdat de kinderen naar school moeten gaan in plaats van mee te gaan naar het ziekenhuis. Ook hier begint dus een nieuw *communicative event* omdat het onderwerp van de conversatie verandert.

In het zevende *communicative event* verandert niet zozeer het onderwerp van de conversaties, maar veranderen wel de deelnemers en dus ook de rollen. De hulpverlener belt namelijk naar een collega om te vragen of ze bustickets voor de kinderen mag kopen. Die conversatie verloopt in het Frans en de verzoekers worden er niet bij betrokken. In de conversatie schijnt de hulpverlener aan de andere kant van de lijn te suggereren dat de verzoeker zijn kinderen van en naar school kan laten brengen door een familielid. Dat geeft aanleiding tot het achtste *communicative event*, namelijk een discussie tussen de hulpverlener en de verzoeker over of hij zijn kinderen door zijn broer naar school kan laten brengen.

In het achtste *communicative event* richt de hulpverlener zich opnieuw tot een collega om de situatie te bespreken. Opnieuw veranderen zo de deelnemers, rollen en de voertaal van de conversatie. Wanneer ze zich opnieuw tot de verzoeker richt, begint het negende *communicative event* waarin ze de verzoeker opnieuw probeert te overtuigen zijn kinderen door een familielid⁴ van en naar school te laten brengen of door zijn vrouw alleen naar de dokter te laten gaan.

Het tiende *communicative event* vangt aan wanneer de hulpverlener zich weer tot de verzoekers wendt. Het onderwerp van de conversatie blijft ongewijzigd en al snel wordt het tiende *communicative event* afgebroken door de hulpverlener, ook al lijkt de verzoeker zelf nog te willen verder praten over de kwestie. De hulpverlener verandert echter van onderwerp en regelt de practicalia van de busreis. Dat is het elfde *communicative event*.

In het twaalfde *communicative event* gaat de hulpverlener opnieuw vruchteloos op zoek naar de verloren papieren die ze op het begin van het gesprek ook al zocht. Wanneer ze die niet kan vinden, verandert ze opnieuw van onderwerp. Zo begint het dertiende *communicative event*, waar ze de verzoekers informeert dat er die dag een kinderarts komt om de gezondheid van de kinderen te controleren.

⁴ Het is onduidelijk wat de relatie tussen de verzoeker en dat familielid precies is, of het familielid zijn broer, zijn neef of zijn zoon is.

In het veertiende en laatste *communicative event* worden nog de laatste praktische zaken afgewikkeld zodat de verzoekers alsnog de juiste papieren voor de arts kunnen ophalen.

4.1.2. Language as Social Interaction

Aard van de taalbarrière

De onderzochte interactie wordt gekenmerkt door een meervoudige, gelaagde taalbarrière die zich manifesteert op lexicaal, pragmatisch en cultureel niveau, en die de informatiedoorstroming en het wederzijds begrip bemoeilijkt. Daarnaast is de taalbarrière multidimensionaal: in het gesprek is er een taalbarrière tussen de hulpverlener en de man enerzijds en een tussen de hulpverlener en de vrouw anderzijds. Beide barrières manifesteren zich echter anders. De taalbarrière tussen de hulpverlener en de vrouw lijkt volledig: ze hebben geen taal gemeenschappelijk waarin ze zich kunnen uitdrukken. Daardoor is de vrouw aanwezig als *unaddressed ratified hearer* (Goffman, 1989): ze heeft het recht de conversatie bij te wonen, maar niemand richt zich tot haar.

Tussen de hulpverlener en de man is er een gedeeltelijke taalbarrière: beiden spreken Engels. Dat die taal de moedertaal van geen van beiden is, bemoeilijkt de communicatie en kan ook tot *false fluency* leiden: de illusie dat de communicatie vlot verloopt. *False fluency* kan ook ontstaan door het *face management* van de verschillende partijen in het gesprek: om hun gezicht te redden kunnen gesprekspartners doen alsof ze begrijpen wat er aan de hand is, terwijl dat niet het geval is. Belangrijk is ook dat de precieze aard van de taalbarrière tussen de man en de hulpverlener onduidelijk is, aangezien het onbekend is in hoeverre de man het Frans – dat de hulpverlener met haar collega's spreekt - machtig is.

Erkennen van de taalbarrière

Tijdens de conversatie erkennen beide partijen op verschillende momenten de taalbarrière. Dat gebeurt op verschillende manieren. In het begin van het gesprek toetst de hulpverlener bijvoorbeeld meerdere keren af of de verzoeker bepaalde papieren heeft gekregen, waarna de verzoeker meerdere keren in bijna dezelfde bewoordingen herhaalt dat dat niet het geval is:

1	00:00:04	Verzoeker	Yesterday I go for ticket. They don't give me //
2	00:00:06	Hulpverlener	They don't give you ticket?
3	00:00:09	Verzoeker	At reception, they don't give me//..
4	00:00:11	Hulpverlener	I check, I check/
5	00:00:12	Verzoeker	Ok//
6	00:00:19	Hulpverlener	<5> And is for tomorrow /
7	00:00:22	Verzoeker	And this before yesterday /
8	00:00:24	Hulpverlener	You didn't receive?
9	00:00:25	Verzoeker	I didn't receive. (We) don't have. This for my wife. Appointment in hospital. This also ticket for this/..
10	00:00:38	Hulpverlener	Ah ja, but you received the paper of the doctor, but you need tickets?

11	00:00:41	Verzoeker	== This no, this no. I don't receive /
12	00:00:43	Hulpverlener	== But you no receive paper for the doctor?
13	00:00:45	Verzoeker	= No, no

Figuur 1 Impliciete erkenning van de taalbarrière door controle van het wederzijds begrip

Op bepaalde momenten wordt de taalbarrière ook expliciet erkend. Dat gebeurt als de hulpverlener het woord lunchpakket verduidelijkt, maar ook als de verzoeker vraagt of de hulpverlener hem begrijpt en als de verzoeker aangeeft dat zijn vrouw de arts in het ziekenhuis niet verstaat. Door actief metaverbaal en verbaal te controleren of de boodschap begrepen werd, reduceren zowel hulpverlener als verzoeker de kans op *false fluency* en dragen ze bij aan een meer betrouwbare informatieoverdracht in deze context van meertalige zorg. De drie onderstaande fragmenten illustreren dat.

1	00:03:51	Hulpverlener	And Tec is for one day, so it's okay. Okay, lunchpakket? No. No?
2	00:03:58	Verzoeker	Lunchpakket?
3	00:04:01	Hulpverlener	You need to eat at 12. Food in plastic bag. Bread and water//
4	00:04:12	Verzoeker	For me?
5	00:04:13	Hulpverlener	Yeah, if you want//

Figuur 2 Expliciete erkenning van de taalbarrière om wederzijds begrip te controleren

1	00:08:04	Verzoeker	And my son Ramzi, a problem with them. He can't stay together. You know this?
2	00:08:08	Hulpverlener	= And your wife?
3	00:08:10	Verzoeker	= Can understand me?.
4	...	...	...
5	00:08:17	Verzoeker	She don't. She needs somebody to translate for (), and when she sleep, she was not doctor, she don't understand him. Here, here here, do you have babysitter?

Figuur 3 Expliciete erkenning van de taalbarrière om wederzijds begrip te controleren

Opvallend is dat de conversatie vlotter verloopt wanneer er zuiver praktische zaken worden besproken zoals de reservatie van bustickets of een wegbeschrijving. Het gesprek over of de kinderen naar school moeten gaan of niet, verloopt moeilijker. Er is dus sprake van een *communicative swing* – een verandering in kwaliteit van de communicatie - wanneer het onderwerp van de conversatie verandert.

Wisselingen in rolverdeling en participation framework

Tijdens de conversatie wendt de hulpverlener zich vier keer tot haar collega's. Dat doet ze de eerste keer omdat ze op zoek is naar de documenten voor de specialist (duur: 00:01:30). De tweede keer belt ze naar een collega om te vragen of ze de verzoeker bustickets voor zijn kinderen mag geven (duur: 00:01:29). De derde keer zet ze datzelfde gesprek met dezelfde collega verder (duur: 00:01:14). De

vierde keer wendt ze zich opnieuw tot een collega om de documenten voor de specialist te zoeken (duur: 00:00:40).

De conversaties die de hulpverlener met haar collega's heeft, kunnen gezien worden als conversaties *backstage* (Goffman): ze geven inkijk in de werking van het centrum, er wordt overlegd tussen de verschillende spelers hoe ze met de situatie zullen omgaan. Doordat de hulpverlener met haar collega's overlegt in het bijzijn van de verzoeker, krijgt die toegang tot de *backstage* van het centrum, ook al hoort de *backstage* van het ene team volgens Goffman afgeschermd te zijn voor het andere team. Het is echter onduidelijk hoe ver zijn toegang reikt, aangezien het mogelijk is dat de man Frans kent, maar het niet zeker is of dat wel het geval is.

Wanneer de verzoeker toegang krijgt tot de *backstage*, verandert zijn rol in de conversatie. Hij is een *ratified, addressed hearer* wanneer de hulpverlener tegen hem spreekt, maar wordt een *unaddressed hearer* wanneer de hulpverlener dat niet doet. Als de man Frans begrijpt zonder dat de hulpverlener dat weet, is hij zelfs een *unratified hearer*: iemand die het gesprek eigenlijk niet zou mogen bijwonen. Op dat moment zou hij een discrepante rol spelen, wat de conversatie kan verstoren (Goffman, 1987).

Hoewel de hulpverlener in zowel haar gesprek met de verzoeker als haar gesprekken met haar collega's een *ratified, addressed hearer* is, verandert ook haar rol wanneer ze van conversatiepartner wisselt. Die verandering doet zich vooral voor in de *principal* van wie ze de boodschap uitdrukt. Wanneer ze de verzoeker probeert te overtuigen om zijn kinderen naar school te laten gaan, drukt ze de boodschap uit van het centrum (bijvoorbeeld: *I ask my colleague... So I speak with my colleague and no, they have to go to school.*). Het centrum is dan de *principal*, waarvan de hulpverlener de *animator* is. Als de hulpverlener aan de telefoon echter het standpunt van de verzoeker uitlegt, is ze een *animator* van een andere *principal*, namelijk de verzoeker.

Voice of lifeworld versus voice of system

In het gesprek laat de verzoeker verschillende keren zijn *voice of lifeworld* (VoL) horen. Die zullen in deze sectie worden besproken.

1	00:02:42	Verzoeker	I, my wife I ('m with her) and for my kindren also for because I want, I, I have appointment. 2:00 and I when they come back from the school. Nobody here in center.. I must to take with me because here no babysitter, you know?
2	00:03:00	Hulpverlener	Yeah <26> And tomorrow is... () XXX ()
3	00:03:34	Verzoeker	Please, ticket Tec //
4	00:03:35	Hulpverlener	Sorry? No De Lijn? Why you prefer? So no De Lijn, ticket Tec. So 2 ticket. 2 ticket one for you and one for your child//

Figuur 4 Eerste voorkomen van de voice of lifeworld van de patiënt – negeren van de VoL

Dit fragment toont de eerste keer dat de verzoeker zijn *voice of lifeworld* laat horen. Hij vraagt bustickets voor zijn kinderen, omdat hij niet wil dat de kinderen na school in het centrum zullen zijn zonder hun ouders. De hulpverlener gaat niet in op zijn opmerking. In plaats daarvan verschuift het gesprek weer

naar praktische aspecten over de bustickets: of ze er van De Lijn moet kopen of van de Tec. Dat kan gelden als een onderbreking van de *voice of lifeworld*, ten voordele van de *voice of system*.

Later in de conversatie, in het onderstaande fragment, komt de hulpverlener wel terug op de vraag van de verzoeker, al geeft ze geen gehoor aan zijn vraag. Ze geeft enkel aan dat het beter is dat de kinderen naar school gaan, zonder in te gaan op de zorgen van de verzoeker. Dat kan worden beschouwd als een onderbreking van de *voice of lifeworld*.

1	00:04:54	Hulpverlener	So for Monday also Tec or De Lijn,
2	00:04:59	Verzoeker	== Tec.
3	00:05:02	Hulpverlener	== And pour madame, for you/
4	00:05:02	Verzoeker	= And for kindren
5	00:05:03	Hulpverlener	== Is better that childrens go to school, he /
6	00:05:06	Verzoeker	I don't be happy when they don't go school, but what I do? They come back the school. No mama, no papa .. /
7	00:05:11	Hulpverlener	== And they come back at four. () /
8	00:05:15	Verzoeker	== When come back, yeah, they cannot go and.

Figuur 5 Tweede voorkomen van de voice of lifeworld van de patiënt – onderbreking van de VoL

De verzoeker geeft in het bovenstaande fragment zelf aan dat hij ook liever wil dat zijn kinderen naar school gaan, maar hij herhaalt dat hij niet wil dat ze alleen in het centrum zijn. Wanneer de verzoeker voet bij stuk houdt, besluit de hulpverlener raad te vragen aan haar collega:

1	00:05:47	Hulpverlener	Oui, S.? C'est XXX Ici j'ai monsieur XXX , tu vois. Oui, oui, oui oui. Mais donc, il a, ça femme a rendez-vous médicale lundi après-midi à XXX, mais du coup ils (ont) tous ses enfants là pour des tickets pour eux et cetera, parce qu'il dit il sera pas là à la revenu du bus, mais c'est pas la première fois qu'il fait ça, mais du coup ils rasant une journée d'école. Il y a (longue)?
2	00:06:12	Hulpverlener	And your brother, can take the children?
3	00:06:16	Verzoeker	My brother? I don't (care) what my brother? This son from my brother/ ((Sneller praten, intonatie omhoog))
4	00:06:20	Hulpverlener	Yeah, but the son from your brother. Can he pick the children?
5	00:06:22	Verzoeker	Maybe he don't, he don't be here, maybe he won't go -
6	00:06:23	Hulpverlener	= But you don't know, but you can ask him! (stijgende intonatie)

7	00:06:25	Verzoeker	Maybe he won't go. He don't stay once in my room ((sneller en luider)). I don't stay with as me, he live his life. I don't say, please come and stay with my baby //
---	----------	-----------	--

Figuur 6 Voice of system van de hulpverlener(s) onderbreekt de voice of lifeworld

Het bovenstaande fragment doet uitschijnen dat ook de collega aan de telefoon erop aandringt dat de kinderen naar school gaan. De hulpverleners spreken dus nog steeds in de *voice of system*, maar gaan op zoek naar een manier om die te verzoenen met de *voice of lifeworld* van de verzoeker. Ze vragen of zijn neef/broer⁵ de kinderen kan ophalen. De verzoeker is daar niet voor te vinden. Hij vertrouwt er niet op dat zijn broer/neef die taak daadwerkelijk op zich zou nemen: de verzoeker suggereert meermaals dat zijn broer zich waarschijnlijk niet aan de afspraak zal houden ('maybe he won't go'). Bovendien gaat de verzoeker sneller en luider praten, wat de indruk wekt dat de suggestie van de hulpverlener hem ergert. De hulpverlener dringt er echter op aan dat hij zijn broer/neef wel zou vragen om op de kinderen te passen. Zo wordt de *voice of lifeworld* van de verzoeker opnieuw onderbroken ("But you don't know, but you can ask him"). Ook haar stem klinkt geïrriteerd: ze praat luider en hoger dan op andere momenten in het gesprek. De verzoeker maakt ook niet echt duidelijk waarom hij zijn broer/neef niet vertrouwt. Dat kan te maken hebben met de zogenaamde *telephone booth bias*: een term voor het fenomeen waarbij patiënten bepaalde zaken niet vermelden in consultaties omwille van externe factoren. Iets gelijkaardigs kan hier aan de hand zijn.

Nadat de hulpverlener het telefoongesprek met haar collega heeft beëindigd, stelt ze opnieuw dat het beter is dat de kinderen naar school gaan en dat de broer/neef hen kan ophalen. De verzoeker herhaalt zijn standpunt en klinkt daarbij geïrriteerd. De herhaaldelijke onderbreking van zijn *voice of lifeworld* heeft een negatieve impact op de kwaliteit van de conversatie, zo toont onderstaand fragment:

1	00:07:50	Hulpverlener	That is better that they go to school and you're the son of your brother can -
2	00:07:55	Verzoeker	= This is what I want. I want my kinderen go -
3	00:07:57	Hulpverlener	= Awel, try, try
4	00:07:59	Verzoeker	But this brother I speak with him, he always nervous. And my son Ramzi, a problem with him. He can't stay together. You know this? Can understand me?
5	00:08:10	Hulpverlener	And your wife?
6	00:08:11	Verzoeker	= Can understand this?

Figuur 7 Misalignment of frame en een poging tot frame alignment door de verzoeker na herhaaldelijke onderbreking van de voice of lifeworld

⁵ De familieband is onduidelijk in het gesprek.

In het bovenstaande fragment is er sprake van een *misalignment of frames*. De hulpverlener wil dat de broer/neef van de verzoeker de kinderen naar school brengt. De verzoeker wil dat niet. Er zijn dus tegengestelde belangen. Opvallend daarbij is dat de hulpverlener en de verzoeker wel hetzelfde nastreven, ze willen namelijk allebei dat de kinderen naar school gaan (*This is what I want*). De onenigheid gaat over hoe dat moet gebeuren en of dat tegen elke prijs moet gebeuren. Die miscommunicatie kan veroorzaakt worden door de eerder aangehaalde *false fluency*: hoewel beide partijen dezelfde taal spreken in de conversatie, is het onduidelijk hoeveel ze werkelijk begrijpen van wat de ander zegt. Een andere mogelijke verklaring is de *telephone booth bias*: de vader heeft nog niet eerder uitgelegd waarom hij zijn broer/neef niet vertrouwt, waardoor het voor de hulpverlener moeilijk kan zijn om te begrijpen waarom de broer/neef niet op de kinderen mag passen. Het fragment laat uitschijnen dat de verzoeker zich daar ook zelf van bewust is, hij geeft namelijk iets meer uitleg bij zijn standpunt (*he always nervous*). De verzoeker doet dus een expliciete poging tot *frame alignment*. Hij vraagt ook expliciet of de hulpverlener hem begrijpt, wat een andere vorm van *frame alignment* is.

In het onderstaande fragment gaan de pogingen tot *frame alignment* verder, deze keer ook aan de kant van de hulpverlener:

1	00:08:13	Hulpverlener	And your wife to go alone? ((Trager en stiller praten))
2	00:08:14	Verzoeker	She don't. She needs somebody to translate for () , and when she sleep, she was not doctor, she don't understand him. Here, here here, do you have babysitter?
3	00:08:28	Hulpverlener	No, I ask, but no. But do you have a friend here or another mother can do that?

Figuur 8 Poging tot frame alignment door de hulpverlener

Hoewel de hulpverlener niet verbaal bevestigt dat ze de verzoeker begrijpt, lijkt ze wel op zoek te gaan naar een alternatieve oplossing, zoals vrienden of andere bewoners die de kinderen zouden kunnen opvangen. Ook praat ze trager en stiller, waardoor het lijkt alsof haar aanvankelijke irritatie verdwenen is. Wel rationaliseert de hulpverlener de *voice of lifeworld* van de verzoeker: ze erkent de *voice of lifeworld*, maar zet hem in om een doel binnen het systeem te bereiken (Leanza, Boivin en Rosenberg 2014). De suggestie van de hulpverlener wijst er ook op dat de *misalignment of frames* is verholpen: beide partijen zijn nu op zoek naar een manier om de kinderen naar school te laten gaan, zonder dat de broer/neef erbij betrokken is. De verzoeker lijkt echter aan te geven dat hij niemand kent die op de kinderen zou kunnen passen, waarna de hulpverlener opnieuw raad vraagt aan een collega.⁶ Dat gesprek leidt ertoe dat de *voice of lifeworld* en de *voice of system* opnieuw sterker botsen, zoals blijkt uit het onderstaande fragment:

1	00:09:05	Hulpverlener	So I speak with my colleague. And no they have to go to school and not to go with you. ((Poging van de verzoeker om
---	----------	--------------	---

⁶ Dat blijkt uit de rest van het gesprek, wat hij precies zegt is moeilijk verstaanbaar.

			te onderbreken)) But we can check, try with the brother of your, the son of your-
2	00:09:15	Verzoeker	= I try, I try -
3	00:09:17	Hulpverlener	== and if problem ((luider, uitdrukkelijke articulatie)) we ask my colleague of animation, maybe we find something //
4	00:09:26	Verzoeker	But about him, I try to not to them – ((hulpverlener en verzoeker door elkaar: onverstaanbaar))
5	00:09:30	Hulpverlener	= I write for Monday he <2> I think you will not be back late. Maybe 4:30 or five maximum /
6	00:09:46	Verzoeker	= Not normal, they come back 3:30
7	00:09:52	Hulpverlener	= Maximum and I write in the agenda, I check, but () and so is your brother.

Figuur 9 Nieuwe botsing tussen de voice of lifeworld en de voice of system

Wanneer de hulpverlener zich weer tot de verzoeker wendt, treedt opnieuw hetzelfde *misalignment of frames* op: ze herhaalt dat de kinderen naar school moeten en dat de verzoeker zijn broer moet vragen dat te regelen. Wel laat ze een opening voor een andere oplossing (*colleague of animation*). Dat kan opnieuw gelden als een rationalisering van de *voice of lifeworld*. De verzoeker verzet zich opnieuw tegen het idee dat zijn broer/neef op de kinderen zou passen. Deze keer gaat de hulpverlener in het geheel niet in op wat hij zegt. Ze begint zelf de afspraak voor maandag vast te leggen in de computer, ook al is de verzoeker nog aan het woord. Wanneer de verzoeker blijft praten, probeert ze hem gerust te stellen door aan te geven dat hij niet lang weg zal zijn (*I think you will not be back late. Maybe 4:30 or five maximum*). Dat kan opnieuw gelden als een rationalisering van de *voice of lifeworld*. Opnieuw neemt de verzoeker daar geen genoegen mee. Hij maakt duidelijk dat hij halfvijf wel laat vindt (*Not normal, they come back 3:30*). Die uitdrukking van zijn *voice of lifeworld* wordt echter genegeerd. De rest van het gesprek gaat over praktische zaken zoals een vaccinatie voor een van de kinderen en papieren die zoek zijn geraakt.

4.1.3. Conclusies bij de eerste casus

Samenvattend toont deze casus zowel de effecten van een meervoudige taalbarrière als die van wisselende rolverdeling op een conversatie aan. Daarnaast laat ze ook zien hoe spanningen tussen de *voice of lifeworld* en de *voice of system* de communicatie kunnen bemoeilijken.

De meervoudige taalbarrière zorgt ervoor dat een partij van het gesprek, in dit geval de Libanese vrouw, geen actieve rol kan spelen, ook al belangt de conversatie haar direct aan. De afspraak bij de specialist in het ziekenhuis is namelijk voor haar en het zijn ook haar kinderen over wie wordt beslist of ze naar school moeten gaan of niet.

Wisselingen in de deelnemers aan de conversatie leiden dan weer tot wisselende rolverdelingen. Zowel de verzoekers als de hulpverlener wisselen van rol: de verzoekers zijn nu eens *addressed hearers*, en dan weer *unaddressed* of mogelijk zelfs *unratified hearers*. De hulpverlener is tegenover de verzoekers

de *animator* van de *principal* van het centrum, maar tegenover haar collega's de *animator* van de *principal* van de verzoekers. Deze wissels hebben een negatief effect op de vlotheid en de structuur van de conversatie, terwijl die al moeizaam verliep vanwege de taalbarrière en een *misalignement of frames*.

Het *misalignement of frames* komt voort uit spanning tussen de *voice of lifeworld* en de *voice of system*. De hulpverlener geeft maar weinig gehoor aan de zorgen van de ouders over hun kinderen. Wanneer ze dat wel doet, probeert ze de *voice of lifeworld* van de verzoekers vooral te rationaliseren, om een doel binnen het systeem te bereiken. Dat lijkt (ook) te maken te hebben met de beperkingen die het systeem haar oplegt, maar zorgt voor ergernissen en irritatie. Bovendien is het probleem aan het einde van het gesprek niet opgelost. De analyse illustreert hoe zelfs expliciete inspanningen tot afstemming vaak stranden door institutionele beperkingen, impliciete aannames en ontbrekende tolkondersteuning.

4.2. Casus II: Libanees koppel

4.2.1. Ethnography of Communication

Scène

De conversatie in de tweede casus vindt in hetzelfde asielcentrum plaats. Opnieuw is het onduidelijk of hij zich afspeelt op een medische dienst of aan een algemene balie. De hulpverlener lijkt niet medisch geschoold, maar eerder verantwoordelijk voor het beheer van de afspraken op de medische dienst. Ook lijkt het erop dat er, in tegenstelling tot in de eerste casus, geen andere hulpverleners of bewoners van het centrum aanwezig zijn. De precieze setting is echter onduidelijk.

Deelnemers

Aan de conversatie nemen drie personen deel: een hulpverlener, een Libanese man en zijn vrouw. Er is geen tolk aanwezig. Af en toe treedt de man op als tolk voor zijn vrouw, maar veel vaker spreekt hij in haar naam zonder haar eerst te consulteren.

Anders dan in de vorige casus lijken er geen andere personen in de buurt. De conversatie wordt daardoor veel minder onderbroken van buitenaf: slechts twee keer. In die beide gevallen gaat het om telefoongesprekken die belangrijk zijn om het gesprek verder te kunnen zetten. In het eerste telefoongesprek wordt een tandartsafpraak vastgelegd, in het tweede wordt er gezorgd voor een kinderwagen voor het koppel.

Taal

Tijdens de conversatie worden verschillende talen gebruikt: Frans, Engels, Arabisch en in zeer beperkte mate Nederlands. De hulpverlener lijkt Franstalig, maar spreekt Engels als lingua franca. Ook de man spreekt Engels als lingua franca, maar vermengt dat Engels af en toe met Nederlandse en Arabische woorden. Met zijn vrouw spreekt hij Arabisch, in de Levantijnse variant. De vrouw gebruikt tijdens het gesprek enkel Arabisch. Het is onduidelijk of en in hoeverre ze nog een andere taal kent. Hoewel ze geen Engels of Frans gebruikt, neemt ze tijdens de conversatie soms wel spontaan het woord. Dat lijkt erop te wijzen dat ze wel een notie heeft van wat er gezegd wordt en dat ze dus op zijn minst in beperkte mate Engels begrijpt.

Naast de hoofdconversatie tussen de hulpverlener en het koppel, vinden er, zoals gezegd, tijdens het gesprek twee telefoongesprekken plaats: een om een kinderwagen voor het koppel te regelen (duur: 00:00:49), een andere om een tandartsafpraak vast te leggen (duur: 00:01:04). In beide telefoongesprekken is de voertaal Frans.

Onderwerp

Het koppel komt langs omdat de vrouw bepaalde klachten heeft. Het is onduidelijk wat die klachten precies zijn. Het feit dat de hulpverlener daar niet verder naar vraagt, doet vermoeden dat de klachten al eens eerder besproken zijn. Alle partijen lijken het erover eens dat stress (mee) aan de basis van de klachten ligt: naast een afspraak met een reguliere arts, wordt er bekeken of het mogelijk is om een afspraak met een psycholoog te maken. Dat gesprek verloopt moeilijk omdat de vrouw niet meer naar

de psycholoog van het centrum wil gaan. Het is echter onduidelijk of ze wel naar een andere psycholoog wil, dan wel of ze naar een ander soort arts wil. De miscommunicatie daarover wordt later in dit hoofdstuk uitgebreider besproken.

Naast de problemen van de vrouw komen ook nog verschillende andere zaken aan bod. De man wil bijvoorbeeld een afspraak maken bij een tandarts in Brussel. Ook wordt er een kinderwagen geregeld voor het koppel en heeft de man vragen over bepaalde papieren die hij heeft ontvangen. De verschillende onderwerpen van de conversatie worden niet een voor een aangehaald en afgewerkt: ze volgen elkaar ongestructureerd op, waardoor er vaak geen oplossing voor het besproken probleem is wanneer het onderwerp van de conversatie verandert. Op het einde van het gesprek zijn alle onderwerpen afgerond behalve datgene waarvoor het koppel initieel kwam: de vrouw lijkt geen afspraak te hebben met de dokter van het centrum en ook niet met een psycholoog.

Communicative events

De conversatie duurt in totaal zestien minuten en zes seconden. Doordat ze ongestructureerd verloopt en er vaak van onderwerp en taal gewisseld wordt, telt deze interactie een *22 communicative events*. Opvallend daarbij is dat de vrouw regelmatig een nieuw *communicative event* introduceert, hoewel zij de voertaal van de conversatie (Engels als lingua franca) niet machtig lijkt te zijn.

Het eerste *communicative event* bestaat eruit dat de man de problemen van zijn vrouw omschrijft. De hulpverlener zegt een afspraak met de dokter te zullen regelen. Daarop pikt de vrouw in en wijst ze erop dat ze niet kan lopen. Dat introduceert het tweede *communicative event*.

In het tweede *communicative event* legt de hulpverlener de man uit dat zijn vrouw niet naar buiten hoeft voor de afspraak. Die zal namelijk plaatsvinden in het centrum van Fedasil. Daarna volgt een stilte (duur 00:00:35) waarin de afspraak vermoedelijk wordt vastgelegd, al stemt het koppel niet in met een datum of tijd.

Het derde *communicative event* wordt geïntroduceerd door de hulpverlener. Zij vraagt of de vrouw al bij de psycholoog van Fedasil is geweest. Er ontstaat verwarring over wie de psycholoog is en de hulpverlener stelt voor om een Arabische psycholoog te zoeken. Die conversatie wordt kort onderbroken door de man die het wil hebben over de levensomstandigheden in het centrum. Die onderbreking vormt het vierde *communicative event*. Dat event is erg kort, omdat de hulpverlener verder niet op de bezwaren van de man ingaat.

In het vijfde *communicative event* keert de hulpverlener terug naar de vraag of de vrouw naar een andere psycholoog wil. Het gesprek daarover verloopt niet vlot omdat het onduidelijk is wat voor arts de vrouw wil spreken. Het *communicative event* eindigt als de vrouw opnieuw van onderwerp verandert: ze benadrukt dat ze niet kan lopen.

Het zesde *communicative event* draait om de aandoening van de vrouw waardoor ze niet kan lopen. De hulpverlener benadrukt dat ze niet meer kan doen dan wat ze voorstelt. Daarop begint de man opnieuw over stress en buikpijn te spreken. Hij wordt onderbroken door zijn vrouw die een kinderwagen wil.

In het zevende *communicative event* vraagt het koppel een kinderwagen voor hun baby. Nog voor dat geregeld is, verandert het onderwerp van de conversatie alweer. Zo begint het achtste *communicative event*. Daarin vraagt de man een tandartsafpraak. De hulpverlener keert echter eerst terug naar het gesprek over de kinderwagen (negende *communicative event*) en bij wie die kan worden afgehaald.

Wanneer dat onderdeel van het gesprek is afgerond, keert de hulpverlener terug naar de vraag van de man over zijn tandartsafpraak. Die conversatie vormt het tiende *communicative event*. Op het einde van dat *communicative event* is de afspraak nog niet gemaakt. In plaats daarvan keert de hulpverlener terug naar het probleem van de stress en wil ze eerst een afspraak voor de vrouw maken bij een arts. Die poging vormt het elfde *communicative event*.

Door dat elfde *communicative event* komt het probleem weer bovendrijven dat de vrouw niet kan lopen. In het twaalfde *communicative event* maakt hulpverlener dus duidelijk dat het centrum de vrouw nergens naar toe kan brengen. Daarna wil ze het opnieuw over de tandartsafpraak hebben. Er volgt een onderonsje tussen de man en de vrouw. Dat onderonsje vormt het dertiende *communicative event*.

In het veertiende *communicative event* belt de hulpverlener dan naar de tandartspraktijk om een afspraak te maken voor de man. Als dat gesprek afgerond is, begint het vijftiende *communicative event* waarin de hulpverlener aan de man de weg naar de praktijk wil uitleggen. Die conversatie wordt echter onderbroken omdat de hulpverlener telefoon krijgt.

Het telefoontje gaat over de kinderwagen voor het koppel. De hulpverlener heeft een kort gesprek in het Frans met haar collega waarin ze een kinderwagen regelt. Dat gesprek vormt het zestiende *communicative event*.

In het zeventiende *communicative event* vraagt de hulpverlener hoe het met de baby van het koppel gaat. Daarover volgt een kort gesprek. Vervolgens vraagt de man een busticket om naar de tandarts te gaan. Het regelen van de bustickets vormt het achttiende *communicative event*.

In het negentiende *communicative event* vraagt de man meer uitleg over papieren die hij van het ziekenhuis heeft gekregen. De hulpverlener kan hem echter niet helpen en verwijst hem door naar een sociaal assistent. Daarna geeft ze hem het adres van de tandarts en de wegbeschrijving. Dat vormt het twintigste *communicative event*.

In het eenentwintigste *communicative event* vindt er opnieuw een onderonsje plaats tussen de man en zijn vrouw. Vervolgens, in het tweeëntwintigste *communicative event* vraagt de man of hij kan vertrekken. De hulpverlener bevestigt dat en neemt afscheid.

4.2.2. Language as Social Interaction

Aard van de taalbarrière

Net als in de eerste casus is de taalbarrière multidimensionaal. Tussen de hulpverlener en de man bestaat een gedeeltelijke barrière (Engels als lingua franca), terwijl tussen de hulpverlener en de vrouw een vrijwel volledige barrière bestaat. De man treedt geregeld op als tolk voor zijn vrouw. Opvallend is dat de vrouw soms uit zichzelf in het Engels reageert, wat erop wijst dat ze het gesprek tot op zekere

hoogte kan volgen en haar taalbarrière in beperkte mate richting de hulpverlener weet te overbruggen. De hulpverlener kan echter niet rechtstreeks naar haar communiceren.

Erkennen van de taalbarrière

In tegenstelling tot de eerste casus wordt de taalbarrière hier nauwelijks expliciet ter sprake gebracht. Het feit dat de man soms als tolk voor zijn vrouw optreedt, vormt wel een impliciete erkenning van de barrière tussen de hulpverlener en de vrouw. Slechts één keer maakt de hulpverlener expliciet duidelijk dat ze de vrouw niet rechtstreeks kan aanspreken (met de instructie aan de man: 'Ask her what she wants'). Dat gebeurt in het onderstaande fragment:

1	00:03:11	Hulpverlener	Ok. She can see another psychologist if you want /
2	00:03:15	Vrouw	= = (())
3	00:03:16	Hulpverlener	= = An Arabic one if she want /
4	00:03:17	Man	= = She come eat one day, what we eat (one day) she sleep in room only smells a dirty smelling and. And when we sleep Boo Boo Boo, somebody -
5	00:03:29	Hulpverlener	= Look, your baby is also smiling –
6	00:03:29	Man	= = Somebody running. Somebody, This ... the (angels) maybe make for him make this /
7	00:03:38	Hulpverlener	OK. But ask her if she wants to see another psychologist -

Figuur 10 Expliciete erkenning van de volledige taalbarrière tussen de hulpverlener en de vrouw

Ook probeert de hulpverlener na te gaan of ze de asielzoekers wel juist begrepen heeft, door op een vragende toon te herhalen wat ze net heeft gehoord. Op die manier wordt de kwaliteit van de informatieoverdracht gecontroleerd:

1	00:02:22	Hulpverlener	Ok. And she doesn't want you to continue it with XXX? No?
2	00:02:30	Man	I don't feel eughm she give me tablet...
3	00:02:33	Hulpverlener	XXX give you tablets?
4	00:02:35	Man	Not that I. I mean I have, I say about my problem and for this and she give me tablet. Tablet don't need for me nothing. Okay, I take she tell me take two, I take four.
5	00:02:48	Hulpverlener	= = I'm talking about XXX, the psychologist -
6	00:02:51	Man	= بسايلو جية ((in het Arabisch)) = Psychologisch -
7	00:02:52	Hulpverlener	= No, not here in this office there
8	00:02:55	Man	= = Not in this office, psychologia doctor for psychologia. This little little.

9	00:02:59	Hulpverlener	[Lacht]
10	00:03:01	Man	And this I go for she –
11	00:03:03	Hulpverlener	And she give you tablet? –

Figuur 11 Controle van de kwaliteit van de informatieoverdracht door de hulpverlener

Wisselingen in participation framework en rolverdeling

De hulpverlener, de man en zijn vrouw spelen de belangrijkste rol in de conversatie. Meestal zijn ze alledrie *ratified hearers*: ze zijn rechtmatige deelnemers aan het gesprek. Daarbij zijn de hulpverlener en de man doorgaans de *addressed hearers*. De vrouw is soms *addressed*, maar vaak *unaddressed*: ze wordt af en toe aangesproken, maar vaak niet. Desondanks neemt de vrouw soms toch zelf het woord.

Wanneer de hulpverlener belt met de tandarts is zij een *addressed ratified hearer*: ze is een rechtmatige deelnemer aan het gesprek en wordt aangesproken. De vrouw is *unaddressed ratified hearer*: ze is een rechtmatige deelnemer, maar wordt niet aangesproken (Goffman, 1981). De rol van de man is ambiguer: hij neemt niet rechtstreeks deel aan de conversatie en wordt dus ook niet rechtstreeks aangesproken, maar de hulpverlener richt zich soms wel tot hem om te vragen of bijvoorbeeld de datum en het uur van de afspraak passen. In die zin is de man een indirecte *addressed, ratified hearer*. Tijdens het telefoongesprek over de kinderwagen is de hulpverlener een *addressed, ratified hearer* en zijn zowel de man als de vrouw *unaddressed, ratified hearers*.

Gedurende het hele gesprek vinden er soms ook onderonsjes plaats tussen de man en zijn vrouw. Die gebeuren in het Arabisch en zijn daardoor op de non-verbale aspecten van de communicatie na ontoegankelijk voor de hulpverlener. Zij is op die momenten dus een *unaddressed, unratified hearer*.

Voice of lifeworld versus voice of system

In deze conversatie brengt het koppel veelvuldig hun *voice of lifeworld* in (persoonlijke zorgen en behoeften), maar die wordt vaak onderbroken of overschaduwd door de *voice of system* van de hulpverlener. De eerste keer dat de *voice of lifeworld* aan bod komt, is wanneer de vrouw erop wijst dat ze niet kan stappen. De hulpverlener rationaliseert die interventie door erop te wijzen dat de afspraak in Fedasil zelf doorgaat. Dat gebeurt in het onderstaande fragment:

1	00:00:52	Vrouw	إذا بتعطيني موعد ما راح أقدر امشي النازلة لكلها ما فيني امشي ... يعني ((In Arabisch:)) Als ze me een afspraak geeft, kan ik er niet te voet naar toe. Ik kan niet stappen... euhm
2	00:00:58	Man	Euhm.. If. If she ask about when we take appointment for, she she can't walk //
3	00:01:04	Hulpverlener	No it says here. The office here //
4	00:01:08	Man	= = In the center?
5	00:01:09	Hulpverlener	= = Yeah, Fedasil -

6	00:01:10	Man	= Not to, not walking <i>bisabab</i> , kilometer walking no wants to go //
7	00:01:16	Hulpverlener	= No, no it's here the first door. Okay, so she doesn't have to go outside. It's here in Fedasil. Tuesday 11. It's okay, for her?

Figuur 12 Rationalisering van de voice of lifeworld door de hulpverlener

De tweede keer dat de *voice of lifeworld* aan bod komt is wanneer er wordt gesproken over de psycholoog van Fedasil. Het is onduidelijk of de man zijn eigen *voice of lifeworld* laat horen of die van zijn vrouw. De man wijst erop dat de psycholoog – naar zijn gevoel – niet geïnteresseerd was in zijn verhaal, maar hem gewoon pillen heeft voorgeschreven. Opvallend daaraan is dat hij dus eigenlijk aankaart dat er te weinig aandacht was voor zijn *voice of lifeworld* omdat de *voice of medicin* te zwaar doorwoog. De hulpverlener gaat echter niet dieper in op dat probleem. Ze stelt enkel voor om naar een andere psycholoog te gaan. Dat kan opnieuw gezien worden als een rationalisering van de *voice of lifeworld*:

1	00:02:09	Hulpverlener	Ok... And euhm... she already talked with XXX psychologist here? XXX. Madame XXX, the psychologist?
2	00:02:19	Man	Yes, she go, but when come here, she go /
3	00:02:22	Hulpverlener	= = And she doesn't want you to continue it with XXX. No?
4	00:02:30	Man	I don't feel eughm she give me tablet euhm -
5	00:02:33	Hulpverlener	XXX give you tablets?
6	00:02:35	Man	Not that I. I mean I have, I say about my problem and for this and she give me tablet. Tablet don't need for me nothing .Okay, I take she tell me take two, I take four /
7	00:02:48	Hulpverlener	= = I'm talking about XXX, the psychologist -
8	00:02:51	Man	بسايكولوجية = – ((in Arabisch)) = Psychologisch -
9	00:02:52	Hulpverlener	= No, not here in this office there. .
10	00:02:55	Man	Not in this office, psychologia doctor for psychology. This little little -
11	00:02:59	Hulpverlener	((Lacht))
12	00:03:01	Man	And this I go for she –
13	00:03:03	Hulpverlener	And she give you tablet?
14	00:03:05	Man	Like, she don't care about nothing. Forget <i>yani</i> don't want know What happen with us -
15	00:03:11	Hulpverlener	=Okay, but he can see another psychologist if you want. Another /
16	00:03:15	Vrouw	((onverstaanbaar))
17	00:03:16	Hulpverlener	An Arabic one if she want //

Figuur 13 Een tweede rationalisering van de voice of lifeworld door de hulpverlener

Meteen daarop probeert de man de levensomstandigheden in het centrum aan te kaarten. Hij haalt daarbij het eten, de drukte en geurhinder aan. Dat doet hij op een erg geanimeerde toon, waardoor de hulpverlener moet lachen. Ze gaat verder echter niet in op het probleem. Wel keert ze terug naar de kwestie over de psycholoog. Dat kan worden beschouwd als een onderbreking van de *voice of lifeworld*, zo toont het volgende fragment:

1	00:03:17	Man	She come eat one day, what we eat (one day) she sleep in room only smells a dirty smelling and. And when we sleep <i>boo boo boo</i> , somebody -
2	00:03:29	Hulpverlener	= Look, your baby is also smiling –
3	00:03:29	Man	= Somebody running. Somebody, This .. the (angels) maybe make for him make this..
4	00:03:38	Hulpverlener	== Okay. But ask her if she wants to see another psychologist

Figuur 14 Onderbreking van de voice of lifeworld

Enige tijd later haalt de man opnieuw aan dat zijn vrouw niet kan stappen. De hulpverlener probeert hem te onderbreken, maar slaagt daar aanvankelijk niet in. Na drie pogingen lukt het haar wel. De hulpverlener benadrukt daarbij dat zij niet kan beslissen of er een arts naar het centrum komt of niet. Zo zet ze het verschil tussen haar eigen *voice of lifeworld* en de *voice of system* in de verf:

1	00:04:33	Man	No walking -
2	00:04:34	Hulpverlener	= = Yes, walking –
3	00:04:35	Man	= She can't walk, she can't walk –
4	00:04:36	Hulpverlener	= = I know. But here -
5	00:04:37	Man	= She have problem, she have problem -
6	00:04:38	Hulpverlener	= I understand -
7	00:04:39	Vrouw	= [onverstaanbaar] انا لما جيت، لما جابوني، جابوني لهون عشان ممنوع امشي و ممنوع أطلع أدراج. وهاديك المرة هوني ماشي 7 كم حامل الولد وانا (عصيبة/ مع أصابي) Toen ik kwam, toen brachten ze me, brachten ze me naar hier want ik mag niet stappen, ik mag geen trappen doen. Deze keer wandel ik 7 km zwanger en (nervus/met mijn verwonding)
8	00:04:52	Man	As she come. And when she come here in this center and commissariat of Fedasil, because here no have floor silent the floor two floor. No have walking. And when she come here and here maybe, and Fedasil and centrum (seeing the

			bus) come here for this we come here. But bus come, two kilo ⁷ and half -
9	00:05:14	Hulpverlener	Hmm
10	00:05:14	Man	If you go two kilo and half I come back two kilo and half. This 5 kilo she can't walking 100m //
11	00:05:22	Hulpverlener	Okay, but I cannot do anything else. I don't decide where Fedasil is. I cannot take a doctor and make it here. I cannot do this so if she wants to see -

Figuur 15 Hulpverlener onderscheidt haar voice of lifeworld van de voice of system

Iets gelijkaardigs gebeurt er wanneer de hulpverlener terugkomt op de stress die de vrouw ervaart (*communicative event* 12). In dat *communicative event* herhaalt de hulpverlener dat ze de vrouw nergens naartoe kan brengen, omdat het centrum bepaalt wat ze mag doen. Daarbij geeft ze opnieuw uiting aan het verschil tussen haar eigen *voice of lifeworld* en de *voice of system*. Ze impliceert dat ze anders zou handelen, mocht het centrum dat toestaan. Daarmee geeft ze aan dat de boodschap die ze brengt (dat de vrouw nergens naartoe gebracht kan worden) de *principal* van het centrum is, maar dat zij zelf slechts de *animator* is en niet de *author* van die gedachte. Dat wordt getoond in het onderstaande fragment:

1	00:07:47	Hulpverlener	Ok, so for the stress. First, she can talk with our doctor here so she doesn't have to walk /
2	00:07:54	Man	= = She have here appointment, for year after maybe –
3	00:07:56	Hulpverlener	= So she can talk... So you can talk about the stress and the things to ...
4	00:08:01	Man	= Okay, okay
5	00:08:03	Hulpverlener	And we will see what we can do, but we cannot drive you always with doctor. It was because your wife was pregnant that we used a car, but we can -
6	00:08:11	Man	= But if she can't walk for minute -
7	00:08:13	Hulpverlener	= = I understand but it's not me who decides. I do what Fedasil say I can do -
8	00:08:18	Man	= In Libanon I have car, orange car. I bring car and I mean, I ... It's okay /
9	00:08:22	Hulpverlener	I know and if I could, I would bring you anywhere in Libanon, in USA -
10	00:08:26	Man	= I know, I know, I know, I see you before, mister Yassin... Asiel, Fedasil I say no thank you

Figuur 16 Hulpverlener onderscheidt een tweede keer haar VoL van de VoS

⁷ In het Levantijs Arabisch wordt *kilu* zowel voor kilogram als voor kilometer gebruikt.

De volgende keer dat de *voice of lifeworld* aan bod komt, wordt ze door de hulpverlener zelf geïntroduceerd. Die vraagt namelijk naar de toestand van de baby. De man grijpt dat aan als een kans om opnieuw de overlast in het centrum aan te kaarten. De hulpverlener biedt daarbij geen oplossingen aan, maar erkent wel dat de omstandigheden niet makkelijk zijn. Dat *communicative event*, dat onderaan getoond wordt, kan worden beschouwd als een *mutual lifeworld*-interactie:

1	00:12:18	Hulpverlener	And how is the baby?
2	00:12:21	Man	All the day when he sleep, and when he was sleeping he verry happy in the dream. Somebody boo, boo, boo <i>ranning</i> outside room and the room is boof, boof, boof.
3	00:12:32	Hulpverlener	= = Alright, so he wake up.
4	00:12:33	Man	= This room is too much like this and after he make crazy, like waa waa. And my wife she wake up like crazy, I won't go () like this, I won't go where I don't know. I say -
5	00:12:47	Hulpverlener	= not easy –
6	00:12:48	Man	= I say take it easy . Please go here //
7	00:12:51	Hulpverlener	Easy to say, but not to do //
8	00:12:53	Vrouw	()

Figuur 17 *Mutual lifeworld*-interactie

Daarna komt de *voice of lifeworld* nog een keer voor in het gesprek: wanneer de man zijn bezorgdheid uit over papieren die hij van het ziekenhuis heeft gekregen. Daarvoor verwijst de hulpverlener hem onmiddellijk door. Dat kan dus worden beschouwd als een *referral to another system* van de *voice of lifeworld*, waarbij betekeniscreatie wordt uitgesteld.

Specifieke miscommunicatie: interpretatie van 'psycholoog'

De belangrijkste miscommunicatie in deze tweede casus heeft te maken met wat voor dokter de vrouw wil spreken voor haar stressklachten. Anders dan in de eerste casus, staat de miscommunicatie in deze casus los van een conflict tussen *voice of lifeworld* en de *voice of system* of van een *misalignment of frames*: de hulpverlener en de asielzoekers hebben hetzelfde doel. De miscommunicatie ontstaat voornamelijk door een misverstand over wat een psycholoog is. Wanneer de hulpverlener vraagt of de vrouw naar een andere psycholoog wil gaan dan degene in het centrum, antwoordt de vrouw dat ze geen psycholoog wil, maar wel een *duktūr 'asāb* *بكتور أعصاب*. De man vertaalt *duktūr 'asāb* als 'doctor for stress'. Op het eerste gezicht lijkt dat een vertaalfout van de man: een *duktūr 'asāb* is doorgaans namelijk een neuroloog.⁸ Later in de conversatie wordt het echter minder aannemelijk dat de man zich heeft vergist: wanneer de hulpverlener herhaaldelijk vraagt wat de verzoekers bedoelen met *doctor for stress*, gebruikt de vrouw niet langer de woorden *duktūr 'asāb*, maar kiest ze voor *duktūr almāḡānīn* *بكتور المجانين*. Dat laatste betekent zoveel als een 'dokter voor gekken'. Dat lijkt erop te wijzen dat ze toch

⁸ *أعصاب* is het Arabische woord voor zenuwen. Mogelijk komt hij bij de vertaling *doctor for stress* door de Engelse woorden *nerves* (zenuwen) en *nervous* (zenuwachtig zijn, stress hebben) met elkaar te verwarren.

niet naar een neuroloog wilde, maar wel naar een psycholoog of psychiater. Het betreffende fragment van dat gesprek is het volgende:

1	00:03:38	Hulpverlener	OK. But ask her if she wants to see another psychologist -
	00:03:39	Man	= بدك شوفك واحد دكتور بـسيكولوجي ((In Arabisch)) Wil je een psycholoog zien
2	00:03:42	Hulpverlener	= (but not here in Fedasil)//
3	00:03:43	Man	– ثاني يعني مش بالفداسيل، دكتور نفسي ((In Arabisch)) Een andere, euhm, niet in Fedasil, een psycholoog
4	00:03:46	Vrouw	= = ما بدي دكتور نفسة، دكتور أعصاب = = Ik wil geen psycholoog, ik wil een neuroloog
5	00:03:48	Man	= = Not doctor psychologia She need doctor for stress.
6	00:03:51	Hulpverlener	But psychologist is doctor for stress /
7	00:03:53	Man	هو بـسايكولوجي ((In Arabisch)) Dat is een psycholoog
8	00:03:55	Hulpverlener	= = What kind of doctor she wants to see?
9	00:03:56	Man	دكتور نفساني يعني ((In het Arabisch)) Een psycholoog
10	00:03:58	Vrouw	= = -موعد بدكتور أعصاب ((In het Arabisch)) Een afspraak met een neuroloog
11	00:03:59	Hulpverlener	What kind of doctor she wants to see -
12	00:04:01	Vrouw	= = دكتور الجانين ((In het Arabisch)) Een dokter voor gekken
13	00:04:06	Hulpverlener	<4> Ask her what kind of doctor she wants to see?
14	00:04:08	Man	= She tell you!
15	00:04:09	Hulpverlener	= = But a psychologist. This is a doctor for stress.? No? What is it?
16	00:04:14	Man	دكتور لستريس ، نفسي يعني أو التعصيب الستريس، هو.. بـسايكولوجي ((In het Arabisch)) Een dokter voor stress, psycholoog, euhm, opgejaagdheid, stress, hij... psycholoog
17	00:04:24	Hulpverlener	No, another one, not Geneviève. Another one //
18	00:04:26	Man	_ بدك غير الطبيب _ wil je een andere dokter
19	00:04:27	Hulpverlener	= who speak Arabic –
20	00:04:28	Man	= = دكتورة ثاني بتحكي عربي. = = Een andere dokter die Arabisch spreekt
21	00:04:30	Vrouw	– احسن، بس بدايا مشوني Beter, maar wil ze dat ik wandel

Figuur 18 Specifieke miscommunicatie: psycholoog of neuroloog

De bovenstaande miscommunicatie kan beschouwd worden als een talig probleem dat voorkomen had kunnen worden met een professionele tolk. Tegelijkertijd is het mogelijk dat de taalbarrière niet de (enige) oorzaak is van de miscommunicatie, maar dat een culturele barrière ook een grote rol speelt. Dat blijkt ook uit Brits onderzoek (Robertshaw, Dhesi en Jones 2017): niet alleen kan er een culturele barrière ontstaan door verschillende opvattingen over gezondheid, ziekte en zorg, maar ook door een gebrek aan zorggeletterdheid en begrip van het zorgsysteem van het gastland. Daarnaast gaven de artsen die deelnamen aan het onderzoek aan dat verschillen tussen de gebruikte terminologie in verschillende culturen een probleem kan vormen (Robertshaw, Dhesi en Jones 2017). Het is dus belangrijk dat het zorgsysteem wordt 'vertaald', net zoals juridische vertalers en tolken het ene juridische systeem omzetten naar het andere.

4.2.3. Conclusies bij de tweede casus

Ook deze conversatie wordt negatief beïnvloed door rolverwarring. Waar de hulpverlener altijd een *addressed hearer* is, geldt dat niet voor de verzoekers. Dat beperkt de toegang van de verzoekers tot het gesprek. De Libanese vrouw lijdt daar meer onder doordat er tussen haar en de hulpverlener een schijnbaar volledige taalbarrière bestaat.

Daarnaast wordt ook in deze casus de *voice of lifeworld* weinig geïncorporeerd in het gesprek. Meestal wordt ze gerationaliseerd of onderbroken. De pogingen tot afstemming worden onderbroken door institutionele logica en praktische barrières, waardoor sommige problemen onopgelost blijven. Het effect daarvan wordt versterkt door de afwezigheid van formele tolkdiensten. Als er een professionele tolk aanwezig zou zijn geweest, zouden bepaalde miscommunicaties – met name over welke specialist de vrouw zou willen spreken – voorkomen kunnen worden. Al deze problemen dragen bij tot het fragmentarische karakter van het gesprek, waarbij vragen onbeantwoord blijven en de *voice of lifeworld* van beide partners onvoldoende wordt gehoord.

4.3. Casus III: Eritrese man

4.3.1. Ethnography of Communication

Scène

Deze derde casus werd geselecteerd omdat sommige communicatiepatronen uit de eerste twee casussen zich hierin opnieuw voordoen, maar op een andere wijze, een interessante variatie om te analyseren. Hij speelt zich af in hetzelfde asielcentrum als de vorige twee. Ook in dit geval is het onduidelijk waar het gesprek precies plaatsvindt. Aangezien er in de achtergrond verschillende andere gesprekken en geluiden te horen zijn, wordt ook dit gesprek vermoedelijk niet gevoerd in de praktijkruimte van een arts, maar eerder aan de balie van een receptie. Dat de hulpverlener voornamelijk lijkt in te staan voor het regelen van afspraken, lijkt dat vermoeden te bevestigen. Ook verwijst hij in het gesprek een aantal keer naar 'onze dokter', wat erop wijst dat hij zelf geen arts is.

Deelnemers

De belangrijkste deelnemers aan deze conversatie zijn de hulpverlener en de Eritrese, mannelijke asielzoeker. De conversatie wordt maar zelden onderbroken door personen die er aanvankelijk geen deel aan namen. Wel is de stem van de onderzoeker twee keer te horen: een keer wanneer de hulpverlener even weg lijkt te zijn en een andere keer wanneer hij probeert te helpen om iets te verduidelijken. Ook voert de hulpverlener even een telefoongesprek om een tandartsafpraak voor de asielzoeker vast te leggen, waardoor de rolverdeling in de conversatie verandert.

Hoewel er dus weinig echte onderbrekingen van de conversatie zijn, lijken er wel veel personen in de ruimte aanwezig die niet deelnemen aan het gesprek. Daardoor is er veel achtergrondgeluid, wat het gesprek op een indirecte manier zou kunnen verstoren. De deelnemers aan het gesprek geven echter niet aan dat dat ook gebeurt.

Taal

Ook in deze casus wordt Engels gebruikt als lingua franca. Met zijn collega's spreekt de hulpverlener Frans. Welke talen de verzoeker spreekt is onduidelijk: Engels lijkt niet zijn moedertaal te zijn en tijdens het gesprek geeft hij aan dat hij Arabisch spreekt, maar het niet kan lezen. Op de vraag of hij Tigrinya, de grootste taal van Eritrea, spreekt, gaat hij niet in.

Het telefoongesprek dat plaatsvindt in deze casus verloopt in het Frans. Verder worden er geen andere talen gebruikt.

Onderwerp

In de derde casus worden verschillende onderwerpen aangesneden. Aanvankelijk komt de verzoeker langs omdat hij een afspraak bij de tandarts heeft gemist en een nieuwe moet maken. Dat geeft aanleiding tot het telefoongesprek met de tandarts. Daarna vraagt de verzoeker hulp bij een huidprobleem. In dat verband vertelt hij ook over zijn verleden en zijn vlucht. De hulpverlener gaat daar echter niet verder op in.

Na de bespreking van het huidprobleem vraagt de verzoeker meer informatie over een behandeling die hij in een naburig ziekenhuis heeft gevolgd. Volgens hem moest hij vijf à zes weken na de eerste behandeling namelijk terug naar het ziekenhuis voor een tweede behandeling. De hulpverlener stelt daarop voor om eerst een afspraak te maken met de arts in het centrum om te kijken wat er precies nodig is. Het is onduidelijk voor wat voor soort aandoening de verzoeker in het ziekenhuis behandeld werd.

Wanneer ook die afspraak is gemaakt, neemt het gesprek een luchtigere wending. De hulpverlener en de man grappen over waar de verzoeker zijn papieren kan bewaren zodat hij zijn afspraak niet vergeet. Daarna gaat het gesprek verder over een kaart van België die in het gezichtsveld van de gesprekspartners hangt en waar volgens de verzoeker iets mis mee is. Vervolgens wordt de conversatie afgerond en vertrekt de verzoeker.

Communicative Events

Het gesprek in de derde casus duurt zestien minuten en 25 seconden. Hoewel de conversatie meer gestructureerd en rustiger verloopt dan de andere twee geanalyseerde gesprekken, telt ze toch 15 *communicative events*. Anders dan bij de andere conversaties ontstaan de nieuwe *communicative events* vooral omdat het gesprek op een natuurlijke manier evolueert en er zo nieuwe onderwerpen worden geïntroduceerd. Zelden wordt er naar een ander onderwerp overgegaan voor het vorige is afgerond, waardoor er ook weinig wordt teruggekomen op eerdere onderwerpen. Dat komt de communicatie ten goede.

In het eerste *communicative event* vraagt de asielzoeker de hulpverlener om een nieuwe afspraak bij de tandarts omdat hij zijn vorige heeft gemist. De hulpverlener merkt op dat hij al veel afspraken heeft gemist en zegt dat hij zal bellen om een nieuwe afspraak te maken.

Het tweede *communicative event* bestaat uit het telefoongesprek met de tandarts. De verzoeker wordt er zijdelings bij betrokken wanneer de hulpverlener hem vraagt of de datum en tijd van de afspraak goed zijn voor hem.

Na het telefoongesprek lijkt de hulpverlener even weg te gaan. Zo ontstaat een nieuw *communicative event* waarbij de onderzoeker aan de asielzoeker vraagt uit welk land hij afkomstig is.

Wanneer de hulpverlener terugkomt, geeft de verzoeker aan nog iets te willen vragen. Zo begint het vierde *communicative event*. Daarna bekijkt de hulpverlener het letsel waar de verzoeker last van heeft. Hij zegt dat hij denkt dat de verzoeker last heeft van acné, maar de verzoeker weet niet wat dat betekent.

Het vijfde *communicative event* is een kort *event* waarin de hulpverlener vraagt welke talen de verzoeker spreekt. Hij blijkt op zoek te zijn naar een manier om de verzoeker duidelijk te maken wat acné is.

In het zesde *communicative event* probeert de hulpverlener opnieuw duidelijk te maken wat acné is door de Arabische term voor dat woord zo goed mogelijk voor te lezen. Ook probeert de onderzoeker te helpen. De pogingen lijken echter niet erg succesvol.

In het zevende *communicative event* is het onduidelijk wat er gebeurt. Het lijkt alsof de hulpverlener iets zwaars verplaatst en de verzoeker lijkt hem te willen helpen. Daarna keren ze terug naar het eigenlijke onderwerp van het gesprek: de vermoedelijke acné. De hulpverlener laat de Arabische term voor acné voorlezen door de computer. Daardoor begrijpt de verzoeker de term wel, maar hij lijkt het niet eens te zijn met de diagnose. Toch gaat de hulpverlener verder met de bespreking van de behandeling. Dat alles gebeurt in het achtste *communicative event*.

Nadat de behandeling van de acné besproken is, begint het negende *communicative event*. Daarin probeert de verzoeker een nieuw onderwerp aan te snijden: zijn behandeling in het ziekenhuis. De hulpverlener houdt dat aanvankelijk tegen omdat hij nog bezig is met het ontsmettingsmiddel dat hij de verzoeker wil geven.

In het tiende *communicative event* legt de hulpverlener uit waarom de naam van de verzoeker op het ontsmettingsmiddel moet staan. Wanneer dat gebeurd is, begint het elfde *communicative event* waarin de verzoeker opnieuw om meer informatie vraagt over zijn behandeling in het ziekenhuis. Hij legt uit wat er aan de hand is, maar voor een buitenstaander is er te weinig contextuele informatie om te begrijpen waarvoor hij in behandeling is. Ook geeft hij aan dat hij vijf weken na de eerste behandeling terug naar het ziekenhuis moest gaan voor een tweede. De hulpverlener besluit eerst een afspraak te maken met de arts in het centrum.

Wanneer die afspraak is gemaakt, begint het twaalfde *communicative event*. Daarin grappen de hulpverlener en de asielzoeker over waar de verzoeker zijn papieren kan bewaren zodat hij ze niet vergeet.

Ook het dertiende *communicative event* is een luchtiger. De hulpverlener en de verzoeker hebben een speelse discussie over de vraag of een kaart die aan de muur hangt, wel klopt. Daarna nemen de hulpverlener en de verzoeker afscheid. Dat laatste vormt het veertiende *communicative event*.

4.3.2. Language as Social Interaction

Aard van de taalbarrière

Anders dan in de andere casussen is er in dit geval sprake van een enkelvoudige taalbarrière: er is enkel een barrière tussen de hulpverlener en de verzoeker. De taalbarrière is daarnaast gedeeltelijk en niet volledig: de twee kunnen namelijk met elkaar communiceren in het Engels als lingua franca.

Gedeeltelijke taalbarrières kunnen leiden tot *false fluency*. Ook in deze casus dreigt *false fluency* te ontstaan. Op verschillende momenten zegt de verzoeker 'yes' en 'ok' terwijl de hulpverlener spreekt. Hij lijkt dus aan te geven dat hij begrijpt wat de hulpverlener zegt, wanneer de hulpverlener expliciet verifieert of dat ook het geval is, geeft de man echter toe van niet. Zonder deze controlevraag zou er dus *false fluency* zijn ontstaan: de hulpverlener zou denken dat de man begreep hoe hij het ontsmettingsmiddel moest gebruiken, terwijl dat niet zo was. Mogelijk speelde *facework* mee: de verzoeker zei aanvankelijk niets om gezichtsverlies te vermijden en wilde niet tonen dat hij iets niet begreep of niet kende.

1	00:08:47	Hulpverlener	Just the betadine/
2	00:08:48	Verzoeker	=Ok.
3	00:08:49	Hulpverlener	You know, the betadine?
4	00:08:50	Verzoeker	No, I don't know//
5	00:08:52	Hulpverlener	Like (lod)/
6	00:08:53	Verzoeker	=Ok/
7	00:08:54	Hulpverlener	You know that?
8	00:08:55	Verzoeker	No, I don't know//

Figuur 19 Controle van de informatieoverdracht door de hulpverlener voorkomt false fluency

Erkennen van de taalbarrière

In deze casus wordt de taalbarrière nauwelijks expliciet benoemd. Integendeel, de verzoeker probeert de barrière zo veel mogelijk te verbloemen (zie het voorbeeld van *false fluency*). Het is vooral de hulpverlener die de taalproblemen erkent en aankaart (door bijvoorbeeld expliciet te vragen of hij begrepen is). Niet alleen vraagt die aan de verzoeker of hij hem begrepen heeft, maar gaat hij ook op zoek naar een oplossing voor de taalbarrière wanneer blijkt dat dat niet het geval is.

1	00:07:27	Hulpverlener	Do you speak other language? Tigrinya or?
2	00:07:30	Verzoeker	== Arabic.
3	00:07:34	Hulpverlener	Hmm. ((Toont iets op computer))
4	00:07:36	Verzoeker	No, I don't read Arabic. I speak Arabic.

Figuur 20 Expliciete erkenning van de taalbarrière door de hulpverlener

1.	00:08:22	Verzoeker	<i>Hub al-Shababi?</i>
2.	00:08:23	Computer	<i>Hub al-Shababi</i>
3.	00:08:26	Verzoeker	Yeah, no. It's like you cannot. No, it starts by itching/
4.	00:08:33	Hulpverlener	== Yes. So I will give you something to put on it, but you have to ask someone.

Figuur 21 Expliciete erkenning van de taalbarrière door de hulpverlener

Aanvankelijk probeert de hulpverlener de Arabische term zelf voor te lezen. Wanneer dat niet helpt, laat hij hem voorlezen door de computer. Zijn oplossingen voor het communicatieprobleem wijzen erop dat hij de taalbarrière erkent. Tegelijkertijd tonen ze ook een cultuurverschil aan: de hulpverlener gaat ervan uit dat wanneer iemand een taal spreekt, hij die ook kan lezen, wat in België vaak ook het geval is. Dat blijkt in het geval van de Eritrese verzoeker echter niet te kloppen. Hij wijst er specifiek op dat hij wel Arabisch kan spreken, maar het niet kan lezen.

Eritrea heeft een ingewikkelde taalsituatie. De SIL⁹ Ethnologue worden er zeker vijftien talen gesproken: tien inheemse en vijf niet-inheemse talen ('Eritrea Languages, Literacy, Maps, Endangered Languages, Population, Official Use (ER) | Ethnologue Free', z.d.). Dominante talen zijn Tigrinya en Arabisch ('Eritrea The Impact of Language Policy and Practice on Children's Learning: Evidence from Eastern and Southern Africa 2017', 2017). In welke taal het basisonderwijs gegeven wordt, hangt af van de regio: de eerste vijf jaren van het basisonderwijs worden gegeven in de inheemse taal die dominant is in de regio van de betreffende school. Na het basisonderwijs wordt Engels de dominante instructietaal. Arabisch wordt aangeleerd als een vak in zowel het basis- als het middelbaar onderwijs.

Tegen die achtergrond is het niet onwaarschijnlijk dat de verzoeker een van de kleinere inheemse talen van Eritrea spreekt. Engels lijkt namelijk niet zijn moedertaal te zijn; Arabisch kan hij begrijpen, maar niet lezen; en op de vraag of hij Tigrinya spreekt, gaat hij niet in. Mogelijk heeft hij ook een korte scholing gehad, aangezien hij geen Arabisch heeft leren lezen.

Wisselingen in participation framework en rolverdeling

In deze conversatie spelen de hulpverlener en de asielzoeker de belangrijkste rollen. Omdat het gesprek slechts sporadisch wordt onderbroken, zijn er minder veranderingen in de rolverdeling in vergelijking met de andere casussen.

Wanneer de hulpverlener aanwezig is, is hij altijd een *ratified, addressed hearer*: er is nooit sprake van een onderonsje tussen de verzoeker en een andere persoon waar de hulpverlener bij is. Wel is er een korte uitwisseling tussen de verzoeker en de onderzoeker wanneer de hulpverlener (vermoedelijk) even weg is.

De verzoeker is meestal een *ratified addressed hearer*. Het gesprek verloopt namelijk vooral tussen hem en de hulpverlener. Enkel wanneer de hulpverlener naar de tandarts belt, is hij *unaddressed*. Later in dat gesprek wordt de verzoeker wel betrokken: de hulpverlener vraagt hem dan of de voorgestelde datum en tijd voor hem passen. Op dat moment is de verzoeker wel *addressed*.

Voice of lifeworld versus Voice of system

De eerste keer dat de verzoeker zijn *voice of lifeworld* laat horen, is wanneer hij zijn huidprobleem aanhaalt. Hij vertelt dat hij vroeger rasta was, maar dat zijn haren zijn afgeknipt en 'verwijderd' in Libië. Nu heeft hij last van een huidaandoening waarvan hij niet weet wat die is. In zijn reactie daarop focust de hulpverlener op het medische aspect van dat verhaal: hij vraagt of de asielzoeker pijn heeft en of hij naar de pijnlijke plek mag kijken. Hij gaat echter niet verder in op het verhaal van de verzoeker. Dat kan gezien worden als een rationalisering van de *voice of lifeworld*. Door die rationalisering verliest de hulpverlener mogelijk relevante context over hoe het letsel is ontstaan, of er een arts naar moet kijken of hoe het eventueel het beste behandeld kan worden. Deze rationalisering staat hieronder uitgeschreven:

1	00:04:51	Verzoeker	And I want to ask you something/
2	00:04:52	Hulpverlener	Yes

⁹ Summer Institute of Linguistics

3	00:04:53	Verzoeker	I forget your (name), James?
4	00: 04:55	Hulpverlener	Jimmy
5	00: 04:57	Verzoeker	Jimmy, for me, I used. I used to be rasta... Then always I treat my head with oil... Using different, I don't know, which is a special one, special. But when I reach in Libya... They cut my hair... And then they remove it... I never had, like oil or something. Never treatment. No, it starts like, it starts (pain), some small, small dots, you know? I don't know (what it is).
6	00:05:39	Hulpverlener	So you feel pain?
7	00:05:40	Verzoeker	Yeah, it feels pain me, it feels pain me, like here. If I scratch it the blood comes out.
8	00:05:46	Hulpverlener	Ok. May I check?
9	00: 05:48	Verzoeker	Go on.
10	00:05:52	Hulpverlener	Show me the place...

Figuur 22 Rationalisering van de voice of lifeworld van de verzoeker

Ook opvallend is dat de verzoeker erg bezorgd lijkt om zijn aandoening maar dat de hulpverlener niet op die bezorgdheid inspeelt. Hij beantwoordt de vragen wel, maar geeft niet meer uitleg of stelt niet verder gerust. Dat blijkt uit het onderstaande fragment.

1	00:06:11	Verzoeker	What they? What is happening? <9>
2	00:06:23	Hulpverlener	Just there?
3	00:06:24	Verzoeker	Yeah, they're like, also maybe...
4	00:06:25	Hulpverlener	I'll check he/
5	00:06:26	Verzoeker	Yeah Yeah. Here. Also maybe... You see that?
6	00:06:29	Hulpverlener	Yeah, yeah, yeah /
7	00:06:36	Hulpverlener	It's like small.. you know acné?
8	00:06:39	Verzoeker	== Oh, what is acné?
9	00:06:45	Hulpverlener	Like... Euhm...
10	00:06:46	Verzoeker	It can be treated?
11	00:06:48	Hulpverlener	Yeah, we will find something. <40> ((tikt op computer))

Figuur 23 Negeren van de voice of lifeworld van de verzoeker

Wanneer de hulpverlener heeft duidelijk kunnen maken dat hij denkt dat het huidletsel een vorm van acné is, probeert de verzoeker opnieuw zijn *voice of lifeworld* te laten horen: hij geeft aan dat hij niet gelooft dat hij acné heeft. Een argument dat hij daarvoor aandraagt is dat hij jeuk heeft. De hulpverlener gaat daar echter niet verder op in en vertelt in plaats daarvan dat hij hem iets zal geven om erop te smeren. Dat kan gezien worden als een onderbreking van de *voice of lifeworld* van de verzoeker:

1	00:08:22	Verzoeker	<i>Hub al-Shababi?</i> (...)
2	00:08:23	Computer	<i>Hub al-Shababi</i>
3	00:08:26	Verzoeker	Yeah, no. It's like you cannot. No, it starts by itching/
4	00:08:33	Hulpverlener	== Yes. So I will give you something to put on it, but you have to ask someone
5	00:08:39	Verzoeker	= Yeah//
6	00:08:40	Hulpverlener	= to put it/
7	00:08:40	Verzoeker	=yeah/
8	00:08:41	Hulpverlener	=Because by yourself it will be
9	00:08:42.	Verzoeker	=Not
10	00:08:43	Hulpverlener	=Difficult. Just the betadine/

Figuur 24 Onderbreking van de voice of lifeworld van de verzoeker

De volgende keer dat de verzoeker zijn *voice of lifeworld* laat horen is wanneer hij het heeft over zijn afspraak in het ziekenhuis. Hij heeft de hulpverlener dan net uitgelegd wat zijn probleem is. Daarbij lijkt hij een aantal zaken te tonen, waardoor het niet mogelijk is om uit de opnames op te maken wat voor medisch probleem de verzoeker heeft. Nadat hij heeft uitgelegd wat zijn probleem is en dat maar één aspect ervan in het ziekenhuis is gecontroleerd (1), geeft hij aan erg bezorgd te zijn. Op de bezorgdheid zelf gaat de hulpverlener niet in. Wel belooft hij de verzoeker om hem een afspraak te geven bij de arts van het centrum. Daarbij benadrukt hij wel meermaals dat de verzoeker al twee keer een afspraak heeft gemist. Dat alles kan opnieuw gelden als een rationalisering van de *voice of lifeworld*, zo toont het onderstaande fragment:

1	00:12:54	Verzoeker	When this one gets broken, this one get a little bit (up). Then when we see it in X-ray, we check only this one but the pain this one is a little bit like.
2	00:12:55	Hulpverlener	==Okay.
3	00:13:05	Verzoeker	Yeah, I'm so worried. Then he put for injection, but after five weeks or six weeks again. But.
4	00:13:13	Hulpverlener	=Okay.
5	00:13:14	Verzoeker	Please, so I have to have an appointment after 5 weeks come here.
6	00:13:20	Hulpverlener	==Okay. So just I will give you an appointment with our doctor.
7	00:13:28	Verzoeker	Yeah, Okay.
8	00:13:29	Hulpverlener	== Just be careful because two times...
9	00:13:32	Verzoeker	=I missed.
10	00:13:34	Hulpverlener	= you missed. Euhm.. Just because I want.. I want the doctor.. I want the the doctor... Check the picture/
11	00:13:42	Verzoeker	== for the X-ray.

12	00:13:44	Hulpverlener	==For the X-ray and to to have a following of your situation and then you can explain that to the doctor and she maybe will have a contact with the specialist and maybe she can do it here, or/
13	00:14:01	Verzoeker	=Yeah, yeah.
14	00:14:01	Hulpverlener	=Just, yeah, I prefer. But I want you to see the doctor here because two times you, you, you, you missed it//
15	00:14:05	Verzoeker	= Yeah, yeah, I make a mistake. I know/

Figuur 25 Rationalisering van de voice of lifeworld

Later maken de hulpverlener en de verzoeker wel een grap over het feit dat de verzoeker al een paar keer een afspraak is vergeten. Wat de grap precies is, valt echter niet op te maken uit de opname omdat de visuele informatie ontbreekt. Deze interactie, die hieronder wordt weergegeven, kan wel gezien worden als een geval van *mutual lifeworld*: er wordt betekenis gecreëerd die geen implicaties heeft binnen het systeem.

1	00:14:50	Hulpverlener	I give you a paper/
2	00:14:51	Verzoeker	Yeah/
3	00:14:52	Hulpverlener	And then this, you can put it in ()/
4	00:14:53	Verzoeker	== in my (...)//
5	00:14:53	Hulpverlener	== Or here/
6	00:14:54	Verzoeker	(lacht) Here, I can see it//
7	00:14:57	Hulpverlener	Yeah, when you brush your teeth.. In the mirror//
8	00:14:59	Verzoeker	In the mirror? Yeah, of course//

Figuur 26 Mutual lifeworld-interactie

Meteen na de grap over de gemiste afspraken gaat de verzoeker verder met een opmerking over een kaart en die volgens hem verkeerd is. De hulpverlener beweert echter dat de kaart klopt, waarna de twee een kaart opzoeken op het internet om hun standpunt te bewijzen. De interactie is luchtig en kan eveneens gezien worden als een geval van *mutual lifeworld*.

1	00:15:15	Verzoeker	And I tell you to change this map. You didn't change it//
2	00:15:22	Hulpverlener	No, no, no, no, no it's wrong for you. I checked on the Internet and it was okay//
3	00:15:26	Verzoeker	No, it's not the same like that//
4	00:15:29	Hulpverlener	We will check together right?
5	00:15:33	Verzoeker	(onverstaanbaar)
6	00:15:36	Hulpverlener	Yeah, of course. Maybe there is some trouble. Look at this/
7	00:15:40	Verzoeker	Yes, this is the way it looks like, but that one. No, no, it goes like this <6> See this one//

8	00:15:47	Hulpverlener	Yes/
9	00:15:47	Verzoeker	== It is going like this one then that. Yeah. But that one here. Then what (the hell is that?) is not that one is not (real)/
10	00:15:58	Hulpverlener	Yeah, but you know. This is not really Belgium. Look at this/
11	00:16:03	Verzoeker	But yeah, you accept it, but for me /
12	00: 16:06	Hulpverlener	((Lacht))

Figuur 27 Een tweede geval van een mutual lifeworld-interactie in de derde casus

4.3.3. Conclusies bij de derde casus

In deze derde casus wordt duidelijk hoe een ogenschijnlijk eenvoudige interactie alsnog gekenmerkt wordt door een asymmetrische rolverdeling, beperkte taalcompetentie en culturele miscommunicatie.

Hoewel de conversatie over eenvoudige onderwerpen lijkt te gaan, dreigt ze op kritieke punten verkeerd te lopen vanwege de taalbarrière tussen de hulpverlener en de verzoeker. Dat komt door *false fluency* die ontstaat omdat de verzoeker aangeeft dat hij begrijpt wat er gezegd wordt, terwijl dat later niet het geval blijkt. De hulpverlener weet de miscommunicatie te voorkomen door aan metacommunicatie te doen en de verzoeker expliciet te vragen of hij alles begrepen heeft. Dat toont aan dat het belangrijk is om taalbarrières te erkennen en aan metacommunicatie te doen. Deze casus toont echter ook aan dat het in die gevallen belangrijk is om rekening te houden met de culturele aspecten van taalcompetenties: hoewel het in België gebruikelijk is dat iemand een taal ook kan lezen als hij hem spreekt, blijkt dat voor de Eritrese man niet het geval.

In deze casus speelt de hulpverlener een belangrijke rol in de organisatie van het gesprek. Hij zorgt voor de metacommunicatie en houdt expliciet in de hand op welke momenten er nieuwe onderwerpen geïntroduceerd kunnen worden. Dat heeft enerzijds een positieve impact op de communicatie: *false fluency* wordt vermeden, het gesprek blijft overzichtelijk ondanks een veelheid aan *communicative events* en alle aangesneden onderwerpen worden ook afgewerkt. Anderzijds leidt de grip van de hulpverlener op de conversatie ertoe dat er weinig plaats is voor de *voice of lifeworld* van de verzoeker. Niet alleen primeert institutionele logica (gemiste afspraken) soms over de bezorgdheden van de verzoeker, ook gaat mogelijk relevante contextuele informatie verloren bij het stellen van een diagnose.

5. Discussie

In deze paragraaf zullen de bevindingen die uit de analyse van de drie casussen naar voren zijn gekomen, worden gesynthetiseerd. Daarbij zal voornamelijk aandacht worden besteed aan terugkerende communicatieproblemen en patronen in de communicatie.

5.1. Terugkerende obstakels

5.1.1. Fluctuerende taalbarrières

De geanalyseerde conversaties worden gekenmerkt door fluctuerende taalbarrières. In de eerste twee casussen is er daarenboven ook sprake van een meervoudige taalbarrière: de hulpverlener ervaart telkens een gedeeltelijke taalbarrière met de mannelijke verzoeker, maar een (schijnbaar) volledige taalbarrière met de vrouwelijke verzoeker. De derde casus wordt gekenmerkt door een enkelvoudige taalbarrière. Toch betekent dat niet dat de impact van de taalbarrière constant is, ook het onderwerp dat wordt besproken heeft een impact: een afspraak maken bij de tandarts verloopt vlotter dan het bespreken van een aandoening.

De casussen illustreren hoe de kwaliteit van de communicatie van verschillende factoren afhankelijk is. Niet alleen speelt de aard van de taalbarrière een rol, maar ook het onderwerp van het gesprek. Daarnaast blijkt ook uit de eerste casus dat de aard van het gesprek eveneens een invloed heeft op de kwaliteit ervan. Uit de eerste casus blijkt bijvoorbeeld dat de conversatie vlotter verloopt wanneer er praktische zaken worden besproken, zoals de aankoop van een busticket, dan wanneer er een onderhandeling moet worden gevoerd over of en onder welke voorwaarden kinderen naar school kunnen gaan.

Deze bevindingen over hoe taalbarrières kunnen fluctueren binnen dezelfde interactie, worden bevestigd door eerder onderzoek van onder andere Cox en Li (2020). Zij hebben dat fenomeen de naam '*communicative swing*' geven. Ook onderzoek van Cox en Maryns (2019) en Cox et al. (2019) bevestigt dat.

Alle drie de besproken conversaties worden gekenmerkt door een veelheid van onderwerpen en door regelmatige verschuivingen in de rol van de deelnemers. Dat leidt tot duidelijke *communicative swings*: momenten waarop de kwaliteit van de informatieoverdracht verandert. Wanneer de kwaliteit achteruit gaat, proberen de hulpverleners daar soms een oplossing voor te zoeken. Zo spelen ze in op het talig repertoire van de verzoekers door begrippen in andere talen te gebruiken (casus 1: *lunchpakket*; casus 3: de vertaling van het begrip 'acné' naar het Arabisch). Op die manier zetten ze het complexe repertoire dat verzoekers bezitten in als een mogelijke oplossing in de moeilijke communicatie. Tegelijkertijd houdt dat ook een risico in op *false fluency*.

5.1.2. False fluency

False fluency is een vals gevoel van wederzijds begrip in een conversatie en kan door *face work* of beleefdheid versterkt worden. Uit de derde casus blijkt dat *false fluency* een valkuil kan zijn in de

communicatie met asielzoekers. Tegelijkertijd toont de derde casus aan dat de erkenning van de taalbarrière een belangrijk instrument kan zijn om *false fluency* te voorkomen: de hulpverlener erkent de taalbarrière door regelmatig te polsen of de verzoeker hem begrepen heeft en komt er zo achter dat dat niet het geval is, ook al gaf de verzoeker aanvankelijk aan van wel.

Uit de analyse van de drie casussen blijkt ook dat de hulpverlener een grote rol speelt in de erkenning van de taalbarrière. In elk van de drie is het namelijk de hulpverlener die de taalbarrière als eerste erkent. Dat kan impliciet gebeuren, bijvoorbeeld door de informatie te herhalen die ze meent te hebben opgevangen (casus 1 en 2), maar ook expliciet door te vragen of de verzoeker alles begrepen heeft (casus 3). Mogelijk zijn verzoekers minder geneigd om de taalbarrière te erkennen omdat ze dat als een aantasting van hun *face* ervaren, wat leidt tot schaamte en onzekerheid.

Er is dus een ongelijke taakverdeling in de erkenning van de taalbarrière. Daar lijkt ook een ongelijk verdeelde verantwoordelijkheid voor het al dan niet ontstaan van *false fluency* bij te komen. Die twee fenomenen zouden verklaard kunnen worden met het *cultural health capital*-kader van Shim (2010). Wie over een groter *cultural health capital* beschikt, slaagt er makkelijker in om uit te drukken welke zorg hij verwacht of nodig heeft en om die zorg ook te krijgen. Het *cultural health capital* van asielzoekers in het gastland is vermoedelijk klein, aangezien ze het gezondheidssysteem en de taal van het land niet altijd goed kennen. Dat gebrek aan *cultural health capital* maakt het moeilijk voor migranten om effectief te communiceren over hun medische toestand (Shim, 2010). Op die manier kan een gebrek aan *cultural health capital* bijdragen aan *false fluency*. Zoals eerder aangehaald, kan het voor migranten moeilijk zijn om toe te geven dat ze iets niet goed begrijpen, omdat dat hun *face* aantast. Daarnaast wijst Shim (2010) erop dat het erkennen van een gebrek aan *cultural health capital* een negatief effect kan hebben op dat kapitaal. Tegelijkertijd zijn hulpverleners ook in staat om het *cultural health capital* van hun patiënten te vergroten, door bij te dragen aan hun medische geletterdheid (Shim, 2010).

Wanneer de hulpverlener optreedt als manager van het gesprek kan dat dus een positief effect hebben op het gesprek. Dat blijkt ook uit de derde casus. Daar neemt de hulpverlener expliciet een dergelijke rol op zich door te bepalen wanneer er nieuwe onderwerpen geïntroduceerd kunnen worden en door de taalbarrière te erkennen en de omgang ermee te bepalen. Tegelijkertijd toont de derde casus ook hoe die grip van de hulpverlener op het gesprek ertoe kan leiden dat bepaalde andere aspecten in het gedrang komen, met name de *voice of lifeworld*.

Belangrijk om hierbij op te merken is dat er in eerder onderzoek geen melding lijkt te zijn gemaakt van de invloed van de hulpverlener op het voorkomen van *false fluency* of van de mate waarin de hulpverlener bijdraagt aan de erkenning van de taalbarrière.

5.1.3. Voice of lifeworld

In alle drie de casussen brengen de verzoekers hun *voice of lifeworld* naar voren. De hulpverleners schakelen echter vaak terug naar de *voice of system* door de *voice of lifeworld* van de verzoekers te onderbreken of te rationaliseren. Dat is opvallend omdat dat in tegenspraak is met ander onderzoek, bijvoorbeeld van Leanza et al. (2013), dat getolkte consultaties onderzocht, en Cox en Maryns (2019),

dat consultaties van anderstalige patiënten en hun begeleiders op de spoeddienst onderzocht. In die onderzoeken werd de *voice of lifeworld* van patiënten in de meerderheid van de gevallen wel gehoord en geïntegreerd. Tegelijkertijd wijst onderzoek van Barry e.a. op een grotere prevalentie van omgangsstrategieën met de *voice of lifeworld* die die stem niet integreren. Dat alles zou erop kunnen wijzen dat de omgang met de *voice of lifeworld* sterk context gebonden is.

De strategieën die de *voice of lifeworld* niet integreren, lijken op het eerste gezicht de conversatie terug te leiden naar het oorspronkelijke onderwerp, wat zou kunnen bijdragen aan de coherentie van het gesprek. Tegelijkertijd houden zulke communicatiestrategieën ook risico's in.

Een eerste risico van de onderbreking of rationalisering van de *voice of lifeworld* is een verlies van context. Dat is bijvoorbeeld zo in de derde casus. Daar begint de verzoeker zijn vluchtverhaal te vertellen aan de hulpverlener als context bij zijn aandoening. Hij vertelt dat hij vroeger rasta was, maar dat in Libië zijn haren 'afgeknipt en verwijderd' zijn. De hulpverlener onderbreekt hem, kijkt naar de huidaandoening op zijn hoofd en besluit dat het om acné gaat. Hoewel het onmogelijk is om uit de opname af te leiden of de conclusie van de hulpverlener correct is, houdt zijn keuze om niet naar het volledige verhaal van de verzoeker te luisteren een risico in. Het is namelijk mogelijk dat het volledige verhaal van de verzoeker meer licht zou werpen op zijn aandoening, waardoor er misschien een andere diagnose zou kunnen worden gesteld of een andere behandeling zou kunnen worden gevolgd. Context uit de leefwereld kan belangrijk zijn om te kunnen beantwoorden aan de noden van de verzoeker. Door de *voice of lifeworld* te onderbreken, verdwijnt die context, waardoor de kans bestaat dat cruciale informatie verloren gaat.

Een tweede risico van een onderbreking of rationalisering van de *voice of lifeworld* is dat de verzoekers negatieve associaties krijgen met de zorg. Dat blijkt uit de tweede casus. Daarin geeft de man aan dat hij zijn vrouw niet naar de huispsycholoog van Fedasil wil laten gaan omdat die geen aandacht had voor zijn verhaal en hem enkel pillen gaf. Dat toont aan dat de man zorg waarin zijn *voice of lifeworld* niet wordt gehoord, beschouwt als zorg die tekort schiet. Onderzoek toont aan dat dergelijke ontevredenheid ertoe kan leiden dat patiënten hun heil zoeken in alternatieve behandelingen (Barry e.a., 2001).

Een derde risico van een onderbreking of rationalisering van de *voice of lifeworld* is dat ze de communicatie algemeen kan verstoren. Daarvan is de eerste casus een voorbeeld. In de onderhandeling over of en onder welke voorwaarden de kinderen naar school moeten, zijn enkele elementen onduidelijk. Het belangrijkste daarvan is waarom de broer/neef van de beklaagde de kinderen niet van school kan gaan halen. Toch wil de hulpverlener zo snel mogelijk een oplossing vinden voor het probleem, zonder de onbekende factoren verder te onderzoeken. Wanneer dat niet lukt, leidt het tot frustratie bij beide partijen in het gesprek. Dat komt de kwaliteit van het gesprek niet ten goede.

Mogelijk ontstaat de frustratie doordat de *voice of system* de bezorgdheden van de verzoekers rationaliseert tot logistieke problemen. Zo wordt in de eerste casus voorgesteld om binnen het asielcentrum op zoek te gaan naar een babysitter. Die oplossing voor het probleem gaat echter voorbij aan de contextuele kwetsbaarheid van de asielzoekers.

Opvallend is ook dat de verzoekers niet de enigen zijn die hun *voice of lifeworld* laten horen. Op verschillende momenten in de casussen geven hulpverleners zelf aan dat ze meer zouden willen doen voor de verzoekers, maar dat ze dat niet kunnen. Op die manier laten ze niet alleen hun eigen *voice of lifeworld* horen, maar benadrukken ze ook de discrepantie tussen hun *voice of lifeworld* en de *voice of system* die ze laten horen in het centrum. Ook is het een vorm van metacommunicatie over de *voice of lifeworld*, waarvan het effect op de communicatie onduidelijk is.

5.2. Participation framework en rolverschuivingen

De twee van de drie casussen worden gekenmerkt door een ingewikkelde dynamiek van verschuivingen in rolverdeling en *participation framework*: soms worden collega's betrokken bij het gesprek, soms gaat de telefoon, soms belt de hulpverlener zelf iemand op. Daardoor verandert ook de rol die de verzoekers in de conversatie spelen: soms zijn ze *addressed hearers*, maar soms ook *unaddressed*. Dat kan een negatief effect hebben op de *agency* en het begrip van de verzoekers. Wanneer ze *unaddressed hearers* zijn, worden ze namelijk uitgesloten van het overleg over hun situatie. Daarnaast hebben de wissels in participanten ook een negatief effect op de structuur van het gesprek: informatie raakt versnipperd en bepaalde vragen blijven onbeantwoord. De bedenker van het *participation framework*, Erving Goffman, stelt zelf ook dat onzekerheid over het *participation framework* leidt tot een onduidelijke communicatieve situatie en een grotere kans op miscommunicatie. Aan de andere kant kunnen dergelijke onderbrekingen ook functioneel zijn: door meteen naar de tandarts te bellen, is het probleem onmiddellijk opgelost. Het is dus belangrijk om een afweging te maken tussen de voor- en nadelen van het veroorzaken van rolverschuivingen in het gesprek.

Daarnaast is er in de eerste casus ook sprake van de *backstage-frontstage* dynamiek die ervoor zorgt dat de verzoekers soms zelfs *unratified hearers* zijn op het consult: er worden zaken besproken die niet voor hun oren bestemd zijn. Het is onduidelijk of de verzoekers die onderdelen van het gesprek ook echt niet begrijpen, of enkel niet deelnemen als een vorm van *facework*.

5.2.1. Tolkpraktijken en informele bemiddeling

In geen enkele van de drie casussen is een professionele tolk aanwezig. Dat leidt ertoe dat er alternatieve vertaaltvormen worden gebruikt. In de derde casus wordt er bemiddeld met behulp van het internet. In de tweede casus bemiddelt de mannelijke verzoeker voor zijn vrouw, hoewel hij nergens in de conversatie echt de rol van tolk op zich neemt.

Dergelijke informele bemiddeling creëert risico's voor de neutraliteit, volledigheid en het wederzijdse begrip. Dat is zeker het geval wanneer in het gesprek een van beide partners dominant is, zoals in de tweede casus.

Ook zou de aanwezigheid van een tolk de impact van rolverschuivingen kunnen beperken. Aangezien een tolk verplicht is alles te tolken wat er gezegd wordt, zou een tolk ervoor kunnen zorgen dat de gesprekken waarbij de verzoekers *unaddressed* zijn toch toegankelijk voor hen zijn. Dat zou hun *agency* en begrip van de situatie kunnen versterken en de communicatie ten goede kunnen komen.

6. Aanbevelingen voor praktijk en beleid

De analyse van de drie casussen werpt licht op verschillende problemen in de communicatie tussen hulpverleners en asielzoekers. Allereerst bemoeilijkt de taalbarrière de communicatie en is het onvoorspelbaar hoe dat zal gebeuren, aangezien de aard en grootte van de taalbarrière kan fluctueren doorheen het gesprek. Daarnaast vormt de *voice of lifeworld* een uitdaging voor de hulpverleners. Ze hebben de neiging hem te onderbreken of te rationaliseren, maar dat komt de conversatie niet altijd ten goede. Een derde probleem zijn de wisselingen in *participation framework*.

De eerste twee problemen zouden verzacht kunnen worden door structureel professionele tolken in te schakelen, ook bij taalbarrières die op het eerste gezicht 'licht' lijken. Tolken kunnen de taalbarrière namelijk opheffen, wat op zijn beurt ruimte schept om op een meer genuanceerde manier om te gaan met de *voice of lifeworld* van de verzoekers.

Wanneer er geen tolk beschikbaar is, blijft het belangrijk om aandacht te hebben voor de *voice of lifeworld* van de verzoeker. Dat komt enerzijds zijn welzijn ten goede, maar kan ook een positief effect hebben op het verloop van het gesprek. Om dat mogelijk te maken kan het nuttig zijn om hulpverleners op te leiden in LSI-sensitiviteit. Verschillende studies stellen communicatietraining voor artsen voor als oplossing voor communicatieproblemen tijdens consultaties (Radl-Karimi, e.a. 2022; Krystallidou e.a., 2024 en Cox en Maryns, 2019). Cox en Li (2020) hebben het daarbij specifiek over LSI-gebaseerde training. Dergelijke training zou artsen kunnen leren om de *voice of lifeworld* te herkennen en te honoreren in een gesprek. Daarbij is het ook belangrijk om ruimte te creëren voor metacommunicatie en expliciete *frame alignment*. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren door aandacht te besteden aan de context van de vraag van de patiënt, in plaats van meteen op zoek te gaan naar een oplossing.

Een derde probleem in de geanalyseerde gesprekken waren de wisselingen in *participation framework*. De vele deelnemers die het gesprek betraden en weer verlieten, zorgden voor ongestructureerde conversaties waarbij de rol van de verzoeker in de conversatie steeds veranderde. Dat kan een negatief effect hebben op begrip en *agency*. Om de kwaliteit van de gesprekken te verbeteren, kan het helpen om meer controle te houden over wie er deelneemt aan de conversatie en wanneer eventuele aanvankelijke buitenstaanders in de conversatie worden toegelaten.

Daarnaast is het ook belangrijk om aandacht te hebben voor alle partijen in de conversatie. In casus 1 en 2 is het zo dat een koppel op consultatie gaat, maar dat de mannelijke verzoeker de dominante gesprekspartner in het gesprek is. Het is onduidelijk hoe de vrouwelijke verzoeker dat ervaart en of haar visie wordt vertegenwoordigd. Net daarom kan het belangrijk zijn om ook de niet-dominante verzoekers in het gesprek te betrekken, ook al voert iemand het woord in hun plaats.

7. Reflectie op de studie

De studie baseert zich op drie casussen, als een *illustrative case study*. De casussen werden uit een corpus van 20 opnames gekozen, allereerst op basis van de talencompetenties van de onderzoekster. Dat betekent dat casussen waarin talen werden gesproken die de onderzoekster niet machtig is, werden uitgefilterd en dat casussen met Arabischtalige verzoekers de voorkeur kregen, aangezien die moeilijker door anderen ontsloten zouden kunnen worden. Deze keuze kan effect hebben op de representativiteit van de geselecteerde casussen. Daarnaast is het ook mogelijk dat zich in andere, minder toegankelijke gesprekken ook andere dynamieken voordoen. Naast taal als criterium, werden er ook casussen geselecteerd die gelijkaardige kenmerken leken te hebben zoals een fluctuerende taalbarrière, een aanwezigheid van de *voice of lifeworld*, wisselingen in het *participation framework*.

Dat betekent dat deze studie er erg anders had kunnen uitzien wanneer ze door een iemand anders was uitgevoerd. Hoogstwaarschijnlijk zouden er namelijk andere casussen gekozen zijn, waardoor de accenten in de analyse zouden verschuiven. Daarnaast is het onderzochte corpus erg beperkt. De resultaten zijn dus niet veralgemeenbaar, maar kunnen wel een licht werpen op de diepte-effecten die bepaalde elementen op een gesprek kunnen hebben. Wanneer de bevindingen van deze masterproef getoetst zouden worden aan andere casussen, zou er meer duidelijkheid kunnen ontstaan over eventuele veralgemeenbaarheid. Ook zou een uitgebreidere studie meer inzicht kunnen geven in de communicatieve dynamieken tussen hulpverleners en asielzoekers.

Belangrijk is ook dat de paradigma's die gebruikt zijn, beperkingen hebben. Allemaal hebben ze namelijk een beschrijvende kwaliteit, maar geen voorspellende waarde. De bevindingen uit deze masterproef kunnen dus hoogstens een indicatie geven over welke communicatieproblemen er zich in andere, gelijkaardige gesprekken zouden kunnen voordoen, maar vormen geen basis voor een sluitende hypothese. Ook maakt dat de paradigma's kwetsbaar voor verkeerd gebruik: hoe ze worden ingezet hangt namelijk sterk af van hun interpretatie door de onderzoeker en door het gebrek aan voorspellend karakter is het zeer moeilijk om afwijkende resultaten, die eventueel verkeerdelijk tot stand zijn gekomen, te identificeren. Om sluitende conclusies te trekken over communicatiepatronen, zouden grootschalige metastudies nodig zijn. Deze masterproef wordt dus niet enkel beperkt door het beperkte corpus en de manier waarop de casussen zijn geselecteerd, maar ook door de beperkingen van de gebruikte paradigma's.

Daarnaast zijn er ook enkele dynamieken in de casussen die wel zichtbaar zijn, maar niet verder onderzocht. Een daarvan is de rolverdeling in het gesprek wanneer een koppel op consultatie komt. In de gebruikte casussen speelt de mannelijke partner een dominante rol, terwijl de vrouwelijke partner meer op de achtergrond blijft. Door de kleine schaal van deze masterproef is het echter onduidelijk of dat een structureel gegeven is. Ook de effecten ervan zijn onbekend. In een latere studie zouden die beide zaken bestudeerd kunnen worden.

Een andere dynamiek in de communicatie is de *voice of lifeworld* van de hulpverlener. Op verschillende momenten in de casussen geven de hulpverleners aan dat ze beperkt zijn in hun mogelijkheden en dat

ze meer voor de verzoekers zouden doen als dat zou kunnen. Zo laten ze hun eigen *voice of lifeworld* horen en communiceren ze erover op een metaniveau. Ook dat fenomeen en het effect ervan zou in verder onderzoek bestudeerd kunnen worden.

8. Conclusie

Het doel van deze masterproef was om op basis van enkele casussen communicatiepatronen tussen hulpverleners en asielzoekers in asielcentra in kaart te brengen. Bij gebrek aan uitgebreid eerder empirisch onderzoek op dat terrein werd gekozen voor een verkennende en beschrijvende benadering. Om de kenmerkende elementen in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van concepten uit de *language and social interaction* (LSI)-theorie, daarnaast werden de analyses gestructureerd op basis van de methode die wordt voorgesteld in *The Ethnography of Communication* van Muriel Saville-Troike. Op die manier wilde de masterproef antwoord geven op de vraag: welke patronen en obstakels kenmerken de communicatie tussen hulpverleners en asielzoekers op de medische dienst van Fedasil-centra en hoe kunnen ze vanuit een interactioneel-sociolinguïstisch perspectief begrepen worden?

Op basis van de geselecteerde casussen, stelt de masterproef vast dat er vier belangrijke terugkerende obstakels zijn. Het eerste daarvan is de fluctuerende taalbarrière: gesprekken die eerst vlot lijken te verlopen, worden moeilijker wanneer de aard of het onderwerp van de conversatie verandert. Er kunnen duidelijke *communicative swings* worden vastgesteld.

Uit die *communicative swings* dreigt *false fluency* te ontstaan, die de communicatie verder kan belemmeren. De casussen tonen dat de hulpverlener een belangrijke rol speelt in het voorkomen van de *false fluency*, onder andere door de taalbarrière expliciet te erkennen en door te controleren of de verzoeker in kwestie alles goed begrepen heeft.

Een derde obstakel is de *voice of lifeworld* van de asielzoekers. Die wordt vaak door de hulpverleners onderbroken of gerationaliseerd. Hoewel een dergelijke aanpak de structuur van het gesprek kan beschermen, houdt die aanpak ook risico's in: belangrijke informatie kan verloren gaan, verzoekers kunnen negatieve associaties krijgen met zorg omdat ze zich niet gehoord voelen en de communicatie kan op een algemeen niveau verstoord worden.

Een vierde obstakel zijn de verschuivingen in het *participation framework*. Door de vele wisselingen in wie deelneemt aan de conversatie en op welke manier, ontstaat er een ingewikkelde dynamiek. Dat kan een negatief effect hebben op de *agency* en het begrip van de verzoekers.

Een mogelijkheid om deze obstakels te verzachten is om professionele tolken in te zetten. Zij kunnen de taalbarrière helpen te overbruggen. Zo verkleint de kans op *false fluency*, ontstaat er meer ruimte om op een genuanceerde manier om te gaan met de *voice of lifeworld* en kan de impact van rolverschuivingen op het begrip en de *agency* van de verzoekers verkleinen. Daarnaast zouden ook vormingen voor hulpverleners over LSI-sensitiviteit kunnen helpen om de kwaliteit van de communicatie tijdens consultaties te verbeteren.

Belangrijk om te vermelden is echter dat deze studie zijn beperkingen heeft. Aangezien er slechts drie casussen zijn onderzocht en die casussen onder andere gekozen zijn op basis van de talencompetenties van de onderzoekster, is het mogelijk dat bepaalde relevante casussen niet zijn

opgenomen in de masterproef. Daarom kan het relevant zijn om een breder en diverser corpus aan casussen te onderzoeken.

Daarnaast komen er in de masterproef ook enkele dynamieken naar voren die niet verder zijn uitgediept. De eerste daarvan is de rolverdeling tussen partners wanneer er een koppel op consultatie komt. Verder onderzoek zou meer die dynamiek verder in kaart kunnen brengen. Een ander fenomeen dat deze masterproef vaststelt, maar niet verder onderzoekt is de *voice of lifeworld* van de hulpverlener. Die komt in sommige casussen naar voren en wordt in contrast gesteld met hun *voice of system*. Ook dat fenomeen en het effect ervan zou verder bestudeerd kunnen worden.

Hoewel deze masterproef verre van een compleet beeld kan geven over de communicatiepatronen in consultaties tussen hulpverleners en asielzoekers in asielcentra, werpt ze wel licht op mogelijke communicatieobstakels die een negatieve impact kunnen hebben op (de toegang tot) zorg. De masterproef illustreert ook dat die communicatieobstakels uit meer bestaan dan problemen met woordenschat of grammatica. De context van de conversatie en de leefwereld van de gesprekspartners spelen een belangrijke rol. Een samenspel van die beide factoren kan communicatieve moeilijkheden vergroten en de toegankelijkheid van de zorg beperken. Vlotte toegang tot kwalitatieve zorg is echter een grondrecht van ieder mens. Het is dus belangrijk om zoveel mogelijk hindernissen in de toegang tot zorg in kaart te brengen en weg te werken, ook als het gaat om communicatieve hindernissen.

9. Bibliografie

Arnold, Robert M. 'Elliot G. Mishler. The Discourse of Medicine: The Dialectics of Medical Interviews. Norwood, N.J.: Ablex, 1984. Pp. Xii + 211.' *Language in Society* 18, nr. 1 (maart 1989): 116-21.

'Asielprocedure | Fedasil'. Geraadpleegd 29 april 2025. <https://www.fedasil.be/nl/asile-en-belgique/asielprocedure>.

Barry, Christine A, Fiona A Stevenson, Nicky Britten, Nick Barber, en Colin P Bradley. 'Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice'. *Social Science & Medicine* 53, nr. 4 (1 augustus 2001): 487-505.

CGVS. 'Asielstatistieken: overzicht 2024', 16 januari 2025. <https://www.cgvs.be/nl/actueel/asielstatistieken-overzicht-2024>.

Cox, Antoon. 'Ethnographic Research on Ad Hoc Interpreting in a Linguistically Diverse Emergency Department: The Challenges of Data Collection'. *New Voices in Translation Studies* 12, nr. 1 (4 augustus 2023): 30-49.

———. 'The Dynamics of (Mis)Communication in Language Discordant Multi-Party Consultations in the Emergency Department'. KU Leuven, 2017. https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/fulldisplay/lirias2842718/32KUL_KUL:Lirias.

Cox, Antoon, Marianne Couillard Larocque, Nicolas Dauby, en Yvan Leanza. 'On equal footing? The impact of informal interpreters on lifeworld integration and patient-centeredness in emergency consultations'. Research Square, 15 mei 2024.

Cox, Antoon, en Shuangyu Li. 'The Medical Consultation through the Lenses of Language and Social Interaction Theory'. *Advances in Health Sciences Education* 25, nr. 1 (1 maart 2020): 241-57.

Cox, Antoon, en Katrijn Maryns. 'Multilingual consultations in urgent medical care'. *Multilingual consultations in urgent medical care*, Working Papers in Urban Language and Literacies, 2019.

Cox, Antoon, en Katrijn and Maryns. 'Multilingual consultations in urgent medical care'. *The Translator* 27, nr. 1 (2 januari 2021): 75-93.

Cox, Antoon, Ellen Rosenberg, Anne-Sophie Thommeret-Carrière, Luc Huyghens, Phillippe Humblé, en Yvan Leanza. 'Using patient companions as interpreters in the Emergency Department: An interdisciplinary quantitative and qualitative assessment'. *Patient Education and Counseling* 102, nr. 8 (1 augustus 2019): 1439-45.

Coyle, Joanne. 'Exploring the Meaning of "Dissatisfaction" with Health Care: The Importance of "Personal Identity Threat"'. *Sociology of Health & Illness* 21, nr. 1 (1999): 95-123.

Drew, Paul. 'Conversation Analysis'. *Handbook of language and social interaction*, 1 januari 2005, 71-102.

'Eritrea The Impact of Language Policy and Practice on Children's Learning: Evidence from Eastern and Southern Africa 2017'. Unicef, 2017.

Ethnologue (Free All). 'Eritrea Languages, Literacy, Maps, Endangered Languages, Population, Official Use (ER) | Ethnologue Free'. Geraadpleegd 11 mei 2025.

<https://www.ethnologue.com/country/ER/>.

Fitch, Kristine L., en Robert E. Sanders. *Handbook of Language and Social Interaction*. New York: Psychology Press, 2004.

Goffman, Erving. *Forms of Talk*. Oxford: Blackwell, 1981.

———. *Interaction Ritual: Essays in Face-to-Face Behavior*. New York: Routledge, 2017.

———. 'On Fieldwork'. *Journal of Contemporary Ethnography* 18, nr. 2 (1 juli 1989): 123-32.

———. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Repr. Pelican Books. Harmondsworth: Penguin books, 1987.

Jacobs, Marie, en Katrijn Maryns. 'Managing Narratives, Managing Identities: Language and Credibility in Legal Consultations with Asylum Seekers'. *Language in Society* 51, nr. 3 (juni 2022): 375-402.

Koenig, Christopher. 'Voice of Lifeworld, Voice of Medicine', 1-5, 2022.

Krystallidou, Demi, Özlem Temizöz, Fang Wang, Melanie de Looper, Emilio Di Maria, Nora Gattiglia, Stefano Giani, e.a. 'Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services'. *Health Policy* 139 (1 januari 2024): 104949.

Leanza, Yvan, Isabelle Boivin, en Ellen Rosenberg. 'The Patient's Lifeworld: Building meaningful clinical encounters between patients, physicians and interpreters'. *Communication & Medicine* 10, nr. 1 (16 februari 2014): 13-25.

Maryns, Katrijn. *The Asylum Speaker: Language in the Belgian Asylum Procedure*. Encounters 7. Manchester: St. Jerome, 2006.

Müller, Frank. 'Translation in bilingual conversation: Pragmatic aspects of translatory interaction'. *Journal of Pragmatics* 13, nr. 5 (1 oktober 1989): 713-39.

Radl-Karimi, Christina, Dorthe S. Nielsen, Morten Sodemann, Paul Batalden, en Christian von Plessen. "'What it really takes" – A qualitative study of how professionals coproduce healthcare service with immigrant patients'. *Journal of Migration and Health* 5 (1 januari 2022): 100101.

Radl-Karimi, Christina, Dorthe Susanne Nielsen, Morten Sodemann, Paul Batalden, en Christian von Plessen. "'When I feel safe, I dare to open up": immigrant and refugee patients' experiences with coproducing healthcare'. *Patient Education and Counseling* 105, nr. 7 (1 juli 2022): 2338-45.

Robertshaw, Luke, Surindar Dhesi, en Laura L. Jones. 'Challenges and Facilitators for Health Professionals Providing Primary Healthcare for Refugees and Asylum Seekers in High-Income Countries: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research'. *BMJ Open* 7, nr. 8 (1 augustus 2017): e015981.

Saville-Troike, Muriel. *The Ethnography of Communication: An Introduction*. 3rd ed. Language in Society. Oxford: Blackwell, 2003.

Shim, Janet K. 'Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment'. *Journal of Health and Social Behavior* 51, nr. 1 (1 maart 2010): 1-15.

Suurmond, J., I. Rupp, C. Seeleman, S. Goosen, en K. Stronks. 'The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed'. *Public Health* 127, nr. 7 (1 juli 2013): 668-73.

'Verblijf in het opvangcentrum | Fedasil'. Geraadpleegd 29 april 2025. <https://www.fedasil.be/nl/reseau-daccueil/verblijf-het-opvangcentrum>.

Walseth, Liv Tveit, en Edvin Schei. 'Effecting Change through Dialogue: Habermas' Theory of Communicative Action as a Tool in Medical Lifestyle Interventions'. *Medicine, Health Care and Philosophy* 14, nr. 1 (1 februari 2011): 81-90.