

Ervaringen van dove personen met communicatie in de gezondheidszorg

Bachelorproef PBA verpleegkunde

Nina D'hondt

Promotor: Jody Pranger

Deze bachelorproef is gemaakt door Nina D'hondt, student aan Hogeschool Gent, ter voltooiing van de bacheloropleiding verpleegkunde. De standpunten die in deze bachelorproef zijn verwoord, zijn louter het persoonlijk standpunt van de individuele auteur en reflecteren niet noodzakelijkerwijs de mening, het officiële standpunt of het beleid van Hogeschool Gent.

Abstract

Introductie

In de Belgische Wet betreffende de rechten van de patiënt is het recht op een gelijkwaardige, kwaliteitsvolle zorgverlening en duidelijke informatievoorziening vastgelegd. Voor dove personen in Vlaanderen is effectieve communicatie binnen de gezondheidszorg echter geen vanzelfsprekendheid. Door barrières zoals een beperkte health literacy, misverstanden bij liplezen en een moeizame inzet van tolken Vlaamse Gebarentaal (VGT), dreigt deze doelgroep kwalitatieve zorg mis te lopen. Dit onderzoek brengt de ervaringen van dove personen in kaart om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden: “Hoe ervaren dove personen in Vlaanderen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de communicatie met zorgverleners?”.

Methode

Er werd een beschrijvend, kwantitatief cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd. De data werden verzameld via een gestructureerde, online vragenlijst die visueel simpel was opgebouwd en per vraag werd ondersteund met een videofragment in VGT. De netto steekproef bestond uit 19 volwassenen, dove VGT-gebruikers in Vlaanderen die via convenience sampling werden geworven. De kwantitatieve data werden beschrijvend en thematisch geanalyseerd om barrières en tevredenheid in kaart te brengen.

Resultaten

De resultaten tonen aan dat 57,9% (n = 11) van de respondenten vaak communicatieproblemen ondervindt tijdens zorgcontacten. Drempels ontstaan al voorafgaand aan de consultatie, waarbij de telefonische bereikbaarheid zonder digitale alternatieven de grootste hindernis vormt (68,4%; n = 13). Dit wordt gevolgd door auditieve omroepsystemen in wachtzalen (52,6%; n = 10). Daarnaast kampt 68,4% (n = 13) met een gebrekkige beschikbaarheid van professionele tolken, waardoor de meerderheid een beroep moet doen op naasten. Een zorgwekkend gevolg is zorgmijding, hierbij geeft 26,3% (n = 5) van de respondenten aan soms een zorgcontact te vermijden vanwege deze communicatiebarrières. Desondanks hanteert de meerderheid actieve copingstrategieën door te vragen om herhaling of verduidelijking. Direct oogcontact (78,9%; n = 15) en het actief nagaan of informatie begrepen is (68,4%; n = 13) kwamen naar voren als de belangrijkste tips voor zorgverleners.

Discussie

De bevindingen bevestigen dat dove personen in Vlaanderen stuiten op structurele en communicatieve barrières die de autonomie, privacy en kwaliteit van zorg aantasten. De resultaten sluiten aan bij internationale literatuur over de kwetsbare positie van dove patiënten en het gebrek aan kennis over doofvriendelijke communicatie bij zorgverleners. Om de zorgkloof effectief te dichten is er nood aan structurele verandering, de invoering van digitale communicatiekanalen, visuele oproepsystemen, vlottere tolkprocedures en expliciete verpleegkundige scholing in aangepaste communicatie.

Trefwoorden

Communicatiebarrières, Dove personen, Gezondheidszorg, Toegankelijkheid, Vlaamse Gebarentaal

Inleiding

In de Belgische Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt staat beschreven dat iedereen recht heeft op een gelijkwaardige en kwaliteitsvolle zorgverlening (Federale Overheidsdienst Justitie, 2002). Toegankelijkheid van de zorg verwijst naar de mogelijkheid voor patiënten om voldoende geïnformeerd te worden, effectief te communiceren met zorgverleners en aangepaste zorg te ontvangen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2025). Daarnaast heeft iedereen ook recht op alle relevante informatie over de eigen gezondheidstoestand en moet die informatie gegeven worden in een duidelijke taal. Goede communicatie draagt bij aan een degelijk zorgproces, terwijl gebrekkige communicatie kan leiden tot verminderde kwaliteit van zorg (Abou-Abdallah & Lamyman, 2021). Dit uit zich in specifieke knelpunten zoals foutieve anamneses, een zwakkere vertrouwensband, een verminderde therapietrouw of zelfs zorgvermijding (McKee et al., 2011; Steinberg et al., 2006).

De duidelijkheid van informatievoorziening is niet voor alle groepen gegarandeerd. Voor doven en slechthorenden is het veelal geen vanzelfsprekendheid dat zij kunnen begrijpen en begrepen worden. Hierdoor krijgen zij niet dezelfde kansen op kwaliteitsvolle zorgverlening als horenden. In Vlaanderen zijn er naar schatting 500.000 mensen met een gehoorverlies, wat neerkomt op ongeveer 1/12 mensen. Hiervan zijn ongeveer 6.000 personen doof of zwaar slechthorend van bij de geboorte of kort daarna en gebruiken Vlaamse Gebarentaal (VGT) als primaire taal (WebPubli, z.d.). Uit een rapport van Unia (2019) blijkt dat doven vaak moeilijkheden hebben om gesproken of geschreven Nederlands te begrijpen en verkiezen zij Gebarentaal. Daarnaast hebben weinig doven kennis van medisch taalgebruik of anatomie en zijn ze vaak laaggeletterd. Dit heeft rechtstreekse gevolgen voor hun gezondheidsvaardigheden of 'health literacy', de combinatie van cognitieve en sociale vaardigheden die nodig zijn om adequaat met gezondheidsinformatie om te gaan (Twickler et al., 2009). Een beperkte health literacy bemoeilijkt niet alleen de communicatie met zorgverleners, maar ook het zelfstandig navigeren binnen het zorgsysteem. Volgens een rapport van de Raad van Europa (Leeson, 2006) komt het gemiddelde leesniveau van de groep dove personen in de Europese Unie overeen met dat van een achtjarig horend kind. Er wordt vaak vastgesteld dat niet de volledige patiëntengeschiedenis genomen werd aangezien de patiënt doof is (Abou-Abdallah & Lamyman, 2021), waardoor diagnoses gemist of verkeerd ingeschat kunnen worden. Vaak wordt gedacht dat dove mensen goed kunnen liplezen, maar uit onderzoek blijkt dat slechts 12,4% van de woorden correct herkend wordt bij liplezen en dat wie 30% herkent als een uitschieter wordt beschouwd (Altieri et al., 2011). In andere bronnen staat dat bekwame liplezers gemiddeld slechts 25% van wat tegen hen gezegd wordt begrijpen, en dat de rest een geïnformeerde gok is die afhangt van de context en van hun eigen kennis over het onderwerp (*Deaf 101*, z.d.). Een oplossing hiervoor is om een tolk in Vlaamse Gebarentaal te gebruiken, maar hier schuilen ook enkele moeilijkheden. Hoewel doven in Vlaanderen recht hebben om tolkuren aan te vragen bij de overheid, is het aantal beschikbare uren beperkt. Dove personen kunnen verschillende soorten tolkuren aanvragen: leefuren (L-uren) voor situaties in het dagelijks leven, onderwijsuren (O-uren), arbeidsuren (A-uren), sollicitatieuren (S-uren) en beroepsopleidingsuren (B-uren). Zorgcontacten vallen onder leefuren en doven in Vlaanderen krijgen daarvan 80 uren per jaar terugbetaald. Zodra de tolkuren goedgekeurd worden, kunnen dove personen die tolkuren gebruiken om via het CAB (Vlaams Communicatie Assistentie Bureau voor Doven) een tolk Vlaamse Gebarentaal in te zetten (CAB Vlaanderen, 2024). Er zijn verschillende mogelijke vormen van tolken: een live tolk die fysiek aanwezig is, afstandstolken via een

scherm waarbij het gesprek vertaald wordt van gesproken taal naar Vlaamse Gebarentaal en een teletolk die het gesprek omzet naar geschreven tekst (*Tolk Voor Doven en Slechthorenden*, z.d.). Publieke organisaties zoals ziekenhuizen, gemeente- en overheidsdiensten worden geacht zelf in te staan voor vergoeding of hulp bij het zoeken naar een tolk Vlaamse Gebarentaal om de toegankelijkheid te bevorderen (Doof Vlaanderen, 2021).

Desondanks is niet elke dove even 'tolkbewust', niet iedereen benut volledig het aantal tolkuren waar hij/zij recht op heeft (Doof Vlaanderen, z.d.). In de realiteit is maar bij een klein deel van de gesprekken een tolk aanwezig terwijl dat wel gepland kon worden. Naast het probleem dat tolken niet altijd gebruikt worden, kan het ook voorkomen dat de tolk fout begrepen wordt of dat de tolk niet correct kan vertalen. De communicatiekloof heeft ook concrete gevolgen voor de gezondheid van dove personen. Vaak hebben doven minder basiskennis over specifieke ziekten en de werking van het lichaam aangezien ze die kennis niet opdoen in het dagelijkse leven. Doven en slechthorenden lopen tegen barrières aan in de zorg, waardoor ze een slechtere fysieke en mentale gezondheid hebben dan mensen zonder gehoorproblemen, vergelijkbaar met de situatie van etnische minderheidsgroepen (Smeijers, 2019).

Ondanks de bestaande literatuur over dit thema, ontbreekt nog relevante informatie, zoals het bewustzijn van zorgverleners over doof-stigma en hoe zij correct kunnen omgaan met dove patiënten op vlak van communicatie en culturele context (Unia, 2019). Veelal hebben zorgverleners niet voldoende inzicht in de specifieke leefwereld van hun patiënten, namelijk dat doof-zijn meer is dan een gehoorprobleem: doven hebben hun eigen taal, gemeenschap en culturele identiteit. Vaak zijn zorgverleners zich hier onvoldoende van bewust en zijn zij niet vertrouwd met 'doof-stigma' en de specifieke communicatiedrempels die doven ervaren (De Clerck & Willems, 2023), wat kan leiden tot gebrekkige communicatie en zorg. Dit wordt bevestigd door internationaal onderzoek, waaruit blijkt dat dove patiënten in meerdere studies rapporteerden dat zorgverleners onvoldoende culturele kennis en vaardigheden hadden in de directe interactie met hen (Rogers et al., 2025). 'Doof-stigma' verwijst hierbij naar de vooroordelen en negatieve beeldvorming rond doof-zijn, waarbij de doelgroep niet erkend en uitgesloten wordt. Door dit stigma vermindert het mentale welzijn van doven en stijgen de drempels die zij ervaren bij toegang tot de zorg. Zorgverleners willen dat zorg voor iedereen bereikbaar en toegankelijk is, maar doven voelen zich vaak onbegrepen en lijken door de mazen van het net te vallen, waardoor ze onvoldoende geholpen worden. Juist hierdoor ontstaat een tweede kenniskloof, namelijk tussen de reële ervaring van de dove patiënt en de perceptie van de zorgverleners (Open Universiteit, 2023). Om deze kenniskloven te verkleinen is het belangrijk om de ervaringen van dove personen in kaart te brengen. Op basis van deze kenniskloven luidt de onderzoeksvraag als volgt: "Hoe ervaren dove personen in Vlaanderen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de communicatie met zorgverleners?".

Methode

Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag “Hoe ervaren dove personen in Vlaanderen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de communicatie met zorgverleners?” richtte zich op het verkennen van de subjectieve beleving van doven binnen de zorgcontext.

Studiedesign

Dit kwantitatief onderzoek werd in kaart gebracht aan de hand van statistiek en richtte zich op de persoonlijke belevingen van dove personen met communicatie in de gezondheidszorg. Voor deze bachelorproef werd een beschrijvende cross-sectioneel studiedesign gebruikt, waarbij via een gestructureerde online vragenlijst gegevens werden verzameld op één moment in de tijd. Aan de hand van dit studiedesign werd de onderzoeksvraag beantwoord.

Populatie en steekproef

De populatie bestond uit alle dove volwassenen (≥ 18) in Vlaanderen die Vlaamse Gebarentaal gebruikten en ervaring hadden met zorgverleners.

Er werd een convenience sampling toegepast ($n = 19$) en de deelnemers werden geworven via drie kanalen binnen het persoonlijke netwerk van de onderzoeker. Een eerste kanaal betrof een dove leerkracht Vlaamse Gebarentaal bij wie de onderzoeker zelf les volgde. Een tweede kanaal waren dove ouders van leerlingen op een school waar een familielid van de onderzoeker werkzaam is. Het derde kanaal bestond uit een digitale oproep die per e-mail werd verzonden naar de organisatie Doof Vlaanderen (zie bijlage 2) om de vragenlijst verder te verspreiden. Alle drie de kanalen betroffen volwassen dove personen die Vlaamse Gebarentaal (VGT) actief gebruikten en voldeden aan de inclusiecriteria. De inclusiecriteria waren dat de respondenten VGT actief gebruikten en dat ze minstens één zorgcontact in het voorbije jaar hadden. Respondenten die hier niet aan voldeden, werden automatisch uitgesloten van deelname.

In deze bachelorproef werden slechthorenden buiten beschouwing gelaten, enerzijds omdat de bestaande literatuur zich voornamelijk richtte op dove VGT-gebruikers, anderzijds omdat de communicatiedrempels en ervaringen van slechthorenden sterk konden verschillen van die van dove personen, wat een aparte onderzoeks aanpak vereiste.

Methode voor datacollectie

Er werd gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 3) met een combinatie van Likertschaalvragen en meerkeuzevragen zoals: “Ik ondervind vaak moeilijkheden bij het communiceren met de arts en verpleegkundige.” “Ik moet nooit een familielid of vriend inschakelen als 'tolk' bij een medische afspraak.” “Welke moeilijkheden ervaart u bij het maken van een medische afspraak?”. Deze vragenlijst werd ondersteund door bij elke vraag en elke tekst een visueel fragment van de vertaling in Vlaamse Gebarentaal bij te voegen. Voor het gebruik en de publicatie van dit beeldmateriaal werd vooraf een informed consent ondertekend door de vertaler. Ook werd er aandacht besteed om een visueel simpele vragenlijst op te stellen zodat deze zo goed mogelijk te begrijpen was voor doven. De Likertschalen bevatten vijf antwoordmogelijkheden (helemaal niet

akkoord, niet akkoord, neutraal, akkoord, helemaal akkoord), die visueel werden ondersteund door middel van gekleurde emoji's. Door informatie rechtstreeks van de bron te verzamelen, werd vermeden dat informatie verloren ging of verkeerd begrepen werd via een tolk. De vragenlijst werd geverifieerd door een officiële tolk Vlaamse Gebarentaal die werkt op de dienst neus-keel-oor in het UZ Gent.

Om de volledigheid van de data te garanderen, werd er gebruik gemaakt van de functie 'verplicht in te vullen' binnen het enquêteplatform, waardoor respondenten geen vragen konden overslaan. In totaal hebben $n = 19$ respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Bij de kwantitatieve verwerking van de nominale en ordinale variabelen in SPSS is telkens gerapporteerd op basis van de valide percentages, zodat eventuele ontbrekende waarden de statistische weergave niet vertekenen.

Verwerking van de gegevens

De verzamelde kwantitatieve gegevens werden geanalyseerd via beschrijvende statistiek in het softwareprogramma SPSS. Omdat de dataverzameling online verliep, werden de gesloten antwoorden automatisch gecodeerd en geëxporteerd. Voorafgaand aan de analyse werd een data cleaning uitgevoerd. In totaal startten 20 respondenten met het invullen van de vragenlijst. Alle 20 respondenten voldeden aan de gestelde inclusiecriteria. Eén respondent ($n = 1$) brak de vragenlijst vroegtijdig af, waardoor deze wegens onvolledigheid werd uitgesloten van de verdere analyse. Dit brengt de uiteindelijke netto steekproefgrootte voor dit onderzoek op $n = 19$.

Voor de nominale en ordinale variabelen (zoals demografische kenmerken en meerkeuzevragen) werden frequenties en percentages berekend. De antwoordcategorieën van vijfpunts-Likertschalen werden numeriek gecodeerd en samengenomen tot 3 categorieën: (helemaal) niet akkoord, neutraal en (helemaal) akkoord. De resultaten werden thematisch geclusterd rond de centrale domeinen: Communicatie en begrip, Inzet en beschikbaarheid van tolken en Zorgmijding en praktische knelpunten. De resultaten werden weergegeven in tabellen om de interpretatie te ondersteunen.

Ethische aspecten

Voordat de vragenlijsten werden afgenomen, werd een informed consent (zie bijlage 4) ondertekend waarbij de deelnemers toestemming gaven dat hun antwoorden gebruikt mochten worden in deze bachelorproef. Deze deelname was volledig op vrijwillige basis en de gebruikte gegevens werden uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. De anonimiteit werd gewaarborgd door herleidbare informatie te verwijderen. Deelnemers mochten te allen tijde stoppen met het invullen van de vragenlijst zonder gevolgen.

Resultaten

Tabel 1

Deze tabel geeft een overzicht van de demografische kenmerken van de respondenten (n = 19).

Tabel 1. Demografische gegevens (n = 19).

	Aantal (n)	%
Leeftijd		
> 18 jaar	0	0,0
18 - 20 jaar	1	5,3
21 - 30 jaar	6	31,6
31 - 40 jaar	8	42,1
41 - 50 jaar	4	21,1
51 - 60 jaar	0	0,0
61 - 70 jaar	0	0,0
71 - 80 jaar	0	0,0
< 80 jaar	0	0,0
Geslacht		
Vrouw	12	63,2
Man	7	36,8
Andere	0	0,0

De meerderheid van de respondenten (42,1%; n = 8) behoorde tot de leeftijdscategorie van 31-40 jaar. 63,2% (n = 12) van de deelnemers was een vrouw en 36,8% (n = 7) was een man.

Tabel 2

Deze tabel geeft een overzicht van de ervaringen, knelpunten en tevredenheid van de negentien geïnccludeerde respondenten, wat inzicht biedt in de factoren die hun tevredenheid tijdens het maken en het verlopen van een medische afspraak bepalen. Wegens afronding kan de som van de percentages per stelling licht afwijken van 100%.

Tabel 2. Ervaringen, knelpunten en tevredenheid van dove personen rondom medische afspraken (n = 19).

	(Helemaal) niet akkoord (%)	Neutraal (%)	(Helemaal) akkoord (%)
Communicatie en begrip			
Ik ondervind vaak moeilijkheden bij het communiceren met de arts/verpleegkundige.	57,9	5,3	36,8
Ik begrijp na een zorgcontact altijd de uitleg van een arts/verpleegkundige.	52,6	0,0	47,4
Ik vind dat artsen/verpleegkundigen voldoende kennis hebben over communicatietips (zij kijken mij in de ogen, spreken alles duidelijk uit,...).	26,3	26,3	47,4

Inzet en beschikbaarheid van tolken	68,4	10,5	21,1
Ik heb tijdens mijn medische afspraken telkens toegang tot een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal.	52,6	21,1	26,3
Ik moet nooit een familielid of vriend inschakelen als een tolk bij een medische afspraak.	52,6	15,8	31,6
Ik stel nooit mijn afspraak uit omdat ik weet dat er altijd een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal beschikbaar is.			
Zorgmijding en praktische knelpunten	63,2	10,5	26,3
Ik vermijd soms zorgcontacten vanwege moeilijkheden in communicatie.	52,6	5,3	42,1
Wanneer er een tolk bij mij is, praat de arts/verpleegkundige tegen mij en niet tegen de tolk.	42,1	0,0	57,9
Als ze mij informatie willen geven via de telefoon, laten ze een boodschap na op mijn voicemail.			

Opmerking. Wegens afronding kan de som van de percentages licht afwijken van 100%.

Uit de resultaten van het onderdeel communicatie en begrip kwam naar voren dat de communicatie in de gezondheidszorg voor een meerderheid van de respondenten een barrière vormde. Ruim een derde van de steekproef (36,8%; n = 7) gaf aan moeilijkheden te ondervinden bij het communiceren met een arts of verpleegkundige. Desondanks was 47,4% (n = 9) van de respondenten (helemaal) akkoord met de stelling na een zorgcontact altijd de uitleg begrepen te hebben, terwijl 52,6% (n = 10) dit (helemaal) niet zo ervaarde. Wat betreft de attitude van de zorgverleners bleek de helft van de respondenten positief te zijn. Zo vond 47,4% (n = 9) dat de artsen en verpleegkundigen voldoende kennis hadden over communicatietips, tegenover 26,3% (n = 5) die hier (helemaal) niet mee akkoord ging.

De sectie over inzet en beschikbaarheid van tolken toonde significante knelpunten omtrent de inzet van professionele ondersteuning. Een grote meerderheid van 68,4% (n = 13) rapporteerde tijdens medische afspraken niet telkens toegang te hebben tot een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal. Daarnaast gaf 52,6% (n = 10) van de respondenten aan (helemaal) niet akkoord te gaan met de stelling dat zij nooit een familielid of vriend moesten inschakelen als tolk. Ruim de helft (52,6%) (n = 10) meldde weleens een afspraak uit te stellen vanwege de onzekerheid over de beschikbaarheid van een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal.

De hierboven genoemde drempels leidden bij een deel van de respondenten ook tot zorgmijding en praktische barrières. Iets meer dan een kwart van de respondenten (26,3%; n = 5) bekende soms zorgcontacten te vermijden vanwege moeilijkheden in de communicatie. Wanneer er wel een tolk aanwezig was, verliep de interactie met de zorgverleners wisselend. Bijna de helft van de respondenten (42,1%; n = 8) ervaarde dat de arts of verpleegkundige rechtstreeks tegen hen praatte in plaats van tegen de tolk, terwijl 52,6% (n = 10) aangaf dat dit (helemaal) niet het geval was. Tot slot bleken ook telefonische contactpogingen een praktisch knelpunt te vormen. Wanneer zorgverleners informatie wilden doorgeven via de telefoon, liet 57,9% (n = 11) van de respondenten weten dat er een boodschap op hun voicemail werd achtergelaten. Iets minder dan de helft van de steekproef (42,1%; n = 8) gaf aan dat dit bij hen niet gebeurde.

Tabel 3

Deze tabel toont een overzicht van de ervaren moeilijkheden bij het maken van een medische afspraak van de negentien geïncludeerde respondenten, wat inzicht biedt in de factoren die hun tevredenheid tijdens het maken en het verlopen van een medische afspraak bepalen. Aangezien respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren, ligt de som van de percentages hoger dan 100%.

Tabel 3. Overzicht van de ervaren moeilijkheden bij het maken van een medische afspraak (n = 19).

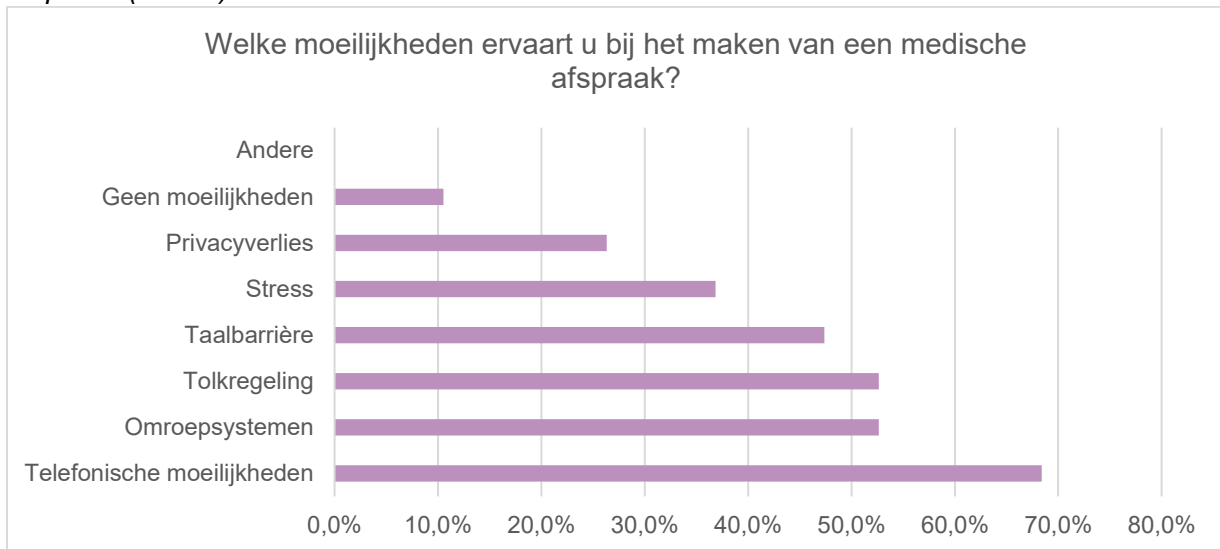
	Aantal (n)	Percentage (%)
Welke moeilijkheden ervaart u bij het maken van een medische afspraak?		
Ik ondervind geen moeilijkheden.	2	10,5
Telefonische moeilijkheden: geen optie om via chat, e-mail,... te reserveren	13	68,4
Privacyverlies: afhankelijk van familie of vrienden zijn	5	26,3
Omroepsystemen: in de wachtzaal enkel met geluid worden opgeroepen	10	52,6
Taalbarrière: moeilijk medisch taalgebruik in documenten	9	47,4
Tolk regeling: onduidelijkheid rond regelen tolk	10	52,6
Stress: stress door eerdere negatieve ervaringen	7	36,8
Andere... (zelf invullen)	0	0,0

Opmerking. De som van de percentages is hoger dan 100%, aangezien respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren.

Uit de verzamelde data bleek dat de overgrote meerderheid van de respondenten drempels ondervond binnen dit proces (zie Tabel 3 en Figuur 1). Slechts twee respondenten (10,5%; n = 2) gaven aan geen moeilijkheden te ondervinden. De meest genoemde drempel was de telefonische moeilijkheid (68,4%; n = 13), waarbij respondenten opmerkten dat er geen optie was om digitaal (via chat, e-mail, enzovoort) te reserveren. Daarnaast vormden zowel omroepsystemen, waarbij men in de wachtzaal uitsluitend via geluid werd opgeroepen, als de onduidelijkheid rondom de tolkregeling voor meer dan de helft van de steekproef een belangrijk knelpunt (beide 52,6%; n = 10).

Verder gaf 47,4% (n = 9) van de respondenten aan een taalbarrière te ervaren door moeilijk medisch taalgebruik in documenten. Wat betreft de psychologische en sociale factoren ondervond ruim een derde van de ondervraagden (36,8%; n = 7) stress als gevolg van eerdere negatieve ervaringen. Daarnaast rapporteerde 26,3% (n = 5) privacyverlies omdat zij afhankelijk waren van de hulp van familie of vrienden. Geen van de respondenten maakte gebruik van de optie om zelf een andere moeilijkheid in te vullen (0,0%; n = 0).

Figuur 1. Grafisch overzicht van de ervaren moeilijkheden bij het maken van een medische afspraak (n = 19).



Opmerking. De som van de percentages is hoger dan 100%, aangezien respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren.

Tabel 4

In Tabel 4 wordt weergegeven welke acties en copingstrategieën de negentien geïncludeerde respondenten ondernamen wanneer zij de medische informatie niet begrepen. Omdat de respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren, ligt de som van de percentages hoger dan 100%.

Tabel 4. Handelingen en copingstrategieën van de respondenten bij het niet begrijpen van medische informatie (n = 19).

	Aantal (n)	Percentage (%)
Wat doet u als u de informatie niet begrijpt?		
Vragen om herhaling	11	57,9
Vragen om verduidelijking	10	52,6
Hulp van een tolk vragen	6	31,6
Schriftelijke info vragen	8	42,1
Hulp van naasten: uitleg aan familie of vrienden vragen	7	36,8
Niets doen	3	15,8
Andere... (zelf invullen)	0	0,0

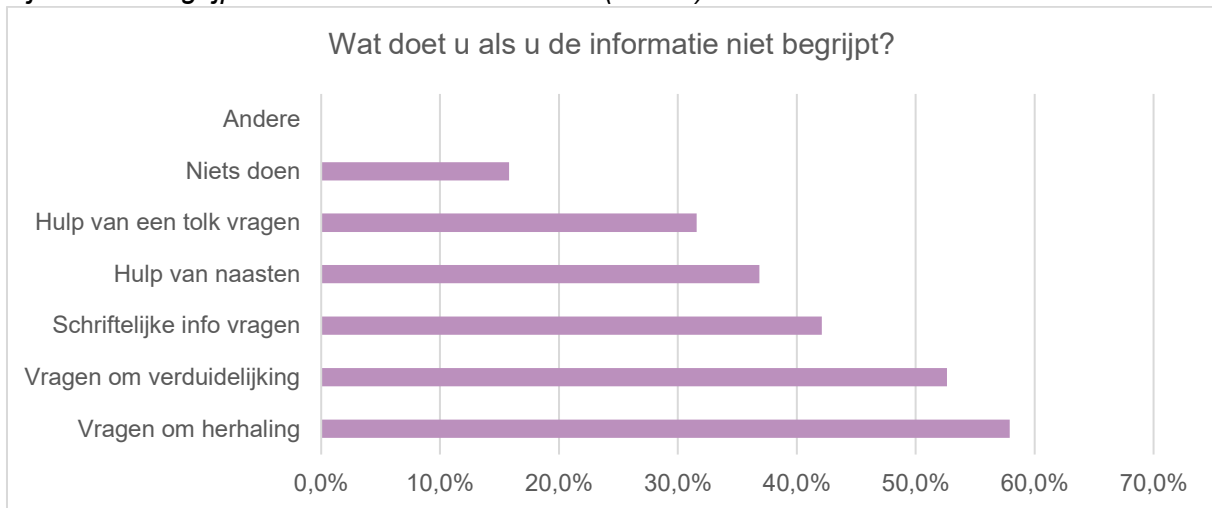
Opmerking. De som van de percentages is hoger dan 100%, aangezien respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren.

De verzamelde data laten zien dat de meerderheid van de respondenten een actieve houding aannam bij onduidelijkheden (zie Tabel 4 en Figuur 2). De meest frequent ondernomen actie was het vragen om herhaling (57,9%; n = 11), op de voet gevolgd door het vragen om verduidelijking (52,6%; n = 10). Verder gaf 42,1% (n = 8) van de respondenten aan dat zij om schriftelijke informatie vroegen wanneer de mondelinge communicatie niet volstond.

Sociale en professionele ondersteuning vormen eveneens belangrijke strategieën. Ruim een derde van de steekproef (36,8%; n = 7) zocht hulp bij naasten door uitleg aan de familie of vrienden te vragen, en 31,6% (n = 6) gaf aan de hulp van een tolk in te roepen. Een

minderheid van de respondenten (15,8%; n = 3) ondernam noch actie, noch zocht ondersteuning en gaf aan 'niets te doen' bij het niet begrijpen van de informatie. Geen van de respondenten maakte gebruik van de optie om zelf een andere handeling in te vullen (0,0%; n = 0).

Figuur 2. Grafisch overzicht van de handelingen en copingstrategieën van de respondenten bij het niet begrijpen van medische informatie (n = 19).



Opmerking. De som van de percentages is hoger dan 100%, aangezien respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren.

Tabel 5

In Tabel 5 geeft een overzicht van de communicatietips waarvan de negentien geïnccludeerde respondenten aangaven dat het toepassen ervan door artsen en verpleegkundigen het belangrijkste is. Aangezien de respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren, ligt de som van de percentages hoger dan 100%.

Tabel 5. Belangrijkste communicatietips voor artsen en verpleegkundigen volgens de respondenten (n = 19).

	Aantal (n)	Percentage (%)
Welke communicatietips moeten artsen/verpleegkundigen zeker onthouden in de communicatie met doven?		
Direct oogcontact	15	78,9
Gezicht goed zichtbaar houden	3	15,8
Rustig spreektempo	5	26,3
Nagaan of het begrepen is	13	68,4
Visuele hulpmiddelen: schrijven, tekenen, uitbeelden,...	5	26,3
Korte zinnen gebruiken	3	15,8
Tolk inschakelen	7	36,8
Andere... (zelf invullen)	0	0,0

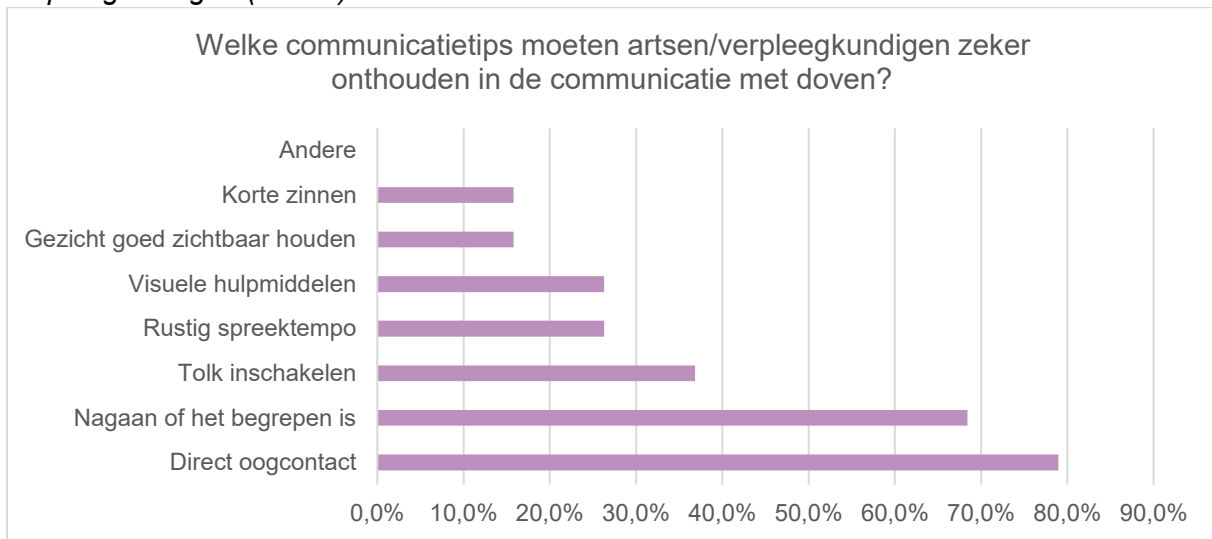
Opmerking. De som van de percentages is hoger dan 100%, aangezien respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren.

Opvallend aan de resultaten is dat de non-verbale en interactieve aspecten van communicatie als het meest cruciaal werden ervaren (zie Tabel 5 en Figuur 3). De absolute prioriteit voor de overgrote meerderheid van de respondenten was het behouden van direct

oogcontact (78,9%; n = 15). Dit werd op de voet gevolgd door het actief nagaan of de overgedragen informatie goed begrepen was (68,4%; n = 13).

Aanvullend gaf ruim een derde van de steekproef (36,8%; n = 7) aan dat het inschakelen van een tolk een essentiële aanbeveling vormde. Een gelijk aandeel van de respondenten (26,3%; n = 5) duidde zowel een rustig spreektempo als het gebruik van visuele hulpmiddelen (zoals schrijven, tekenen of uitbeelden) aan als belangrijke adviezen. Minder vaak genoemde tips waren het goed zichtbaar houden van het gezicht en het gebruiken van korte zinnen (beide 15,8%; n = 3). Geen van de respondenten maakte gebruik van de optie om zelf een andere communicatietip in te vullen (0,0%; n = 0).

Figuur 3. Grafisch overzicht van de belangrijkste communicatietips voor artsen en verpleegkundigen (n = 19).



Opmerking. De som van de percentages is hoger dan 100%, aangezien respondenten meerdere antwoordmogelijkheden konden selecteren.

Discussie

Dit praktijkgericht kwantitatief onderzoek had als doel de subjectieve ervaringen, structurele knelpunten en noodzakelijke communicatietips in kaart te brengen met betrekking tot de toegankelijkheid van medische afspraken voor dove personen in Vlaanderen. Om de onderzoeksvraag “Hoe ervaren dove personen in Vlaanderen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de communicatie met zorgverleners?” te beantwoorden, werd een beschrijvend cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd aan de hand van een anonieme gestructureerde online vragenlijst. In totaal namen 19 respondenten (n = 19) deel. De vragenlijst, die werd geverifieerd door een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal, bevatte zowel Likertschaalvragen als meerkeuzevragen en was visueel ondersteund met fragmenten in Vlaamse Gebarentaal. De resultaten worden hieronder gekoppeld aan bestaande literatuur en kritisch besproken.

Communicatiedrempels

Een van de meest opvallende bevindingen is dat de communicatie in de gezondheidszorg voor een ruime meerderheid van de respondenten (57,9%; n = 11) een barrière vormt. Dit hoge percentage sluit nauw aan bij de bevindingen van Abou-Abdallah en Lamyan (2021), die aangeven dat communicatieve tekortkomingen in de zorg bij dove patiënten leiden tot onvolledige anamneses, gemiste diagnoses en een verzwakte vertrouwensband met de zorgverlener. De resultaten van dit onderzoek bevestigen dit patroon voor de Vlaamse context.

Opvallend is de tegenstelling die de data toont: hoewel meer dan de helft van de steekproef frequent communicatieproblemen ervaart, gaf 47,4% (n = 9) toch aan na een zorgcontact altijd de uitleg begrepen te hebben. Dit fenomeen waarbij patiënten aangeven iets begrepen te hebben terwijl de communicatie feitelijk moeizaam verliep, is in de literatuur beschreven als een risico op schijnbegrip. Patiënten knikken vaak bevestigend uit beleefdheid, schaamte of vermoeidheid, terwijl cruciale medische informatie niet correct is overgekomen (Unia, 2019). Dit risico wordt verder vergroot door het feit dat 26,3% (n = 5) van de respondenten aangeeft dat zorgverleners onvoldoende kennis hebben over basiscommunicatietips, zoals het behouden van oogcontact of het helder articuleren. De 47,4% (n = 9) die toch positieve ervaringen met zorgverleners rapporteert, toont aan dat sommige zorgverleners al goed omgaan met dove patiënten, maar dat dit nog niet overal het geval is.

Systemische drempels

De resultaten leggen ook een vorm van structurele uitsluiting bloot die begint nog voor het eigenlijke zorgcontact. De meest genoemde drempel bij het maken van een medische afspraak is de telefonische barrière (68,4%; n = 13), veroorzaakt door het ontbreken van digitale alternatieven zoals chat, e-mail of online reservatiesystemen. Wat voor een horende patiënt vanzelfsprekend is, vormt voor een dove patiënt een grote belemmering van zijn of haar zelfstandigheid. Dit dwingt hen tot afhankelijkheid van derden of tot het uitstellen of vermijden van zorgcontacten. McKee et al. (2011) bevestigen in hun onderzoek dat dergelijke infrastructurale drempels de toegang tot de gezondheidszorg voor dove personen significant bemoeilijken.

Dezelfde uitsluiting zet zich voort in de wachtzaal, waarbij meer dan de helft van de respondenten (52,6%; n = 10) meldt drempels door omroepsystemen die uitsluitend op geluid zijn gebaseerd, wat stress teweegbrengt die invloed heeft op komende zorgcontacten (36,8%; n = 7). 26,3% (n = 5) geeft aan dat ze soms zorgcontacten vermijden vanwege

verwachte communicatieproblemen. Zorgmijding binnen deze populatie leidt rechtstreeks tot uitgestelde diagnoses, slechtere therapietrouw en lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, wat in lijn is met de bevindingen van Smeijers (2019) die aantoont dat dove en slechthorende personen een significant slechtere fysieke en mentale gezondheid hebben dan horenden. Tot slot wijst het achterlaten van berichten op voicemail door zorgverleners (57,9%; n = 11) op een gebrek aan cultuursensitieve communicatie vanuit zorginstellingen, aangezien een voicemail onbruikbaar is voor dove personen.

Tolkgebruik en privacyverlies

Een overweldigende meerderheid van 68,4% (n = 13) geeft aan tijdens medische afspraken niet telkens toegang te hebben tot een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal. De oorzaken hiervoor zijn tweedelig. Enerzijds is er een chronisch tekort aan beschikbare tolken Vlaamse Gebarentaal (CAB Vlaanderen, 2024), anderzijds verloopt de administratieve aanvraagprocedure vaak te traag voor acute of snel geplande consultaties. Dit tekort heeft een directe impact op de informele zorg, aangezien 52,6% (n = 10) van de respondenten aangaf (helemaal) niet akkoord te gaan met de stelling dat zij nooit een familielid of vriend moesten inschakelen als tolk.

Het inzetten van naasten als informele tolk brengt zware ethische en medische risico's met zich mee. Gevoelige informatie zoals een oncologische diagnose of psychische klachten wordt op die manier ongewild gedeeld met naasten, wat de autonomie van de patiënt aantast en het medisch geheim schendt. Bovendien missen informele tolken de noodzakelijke medische terminologie, wat risico op vertaalfouten verhoogt. Dit privacyverlies wordt door 26,3% (n = 5) van de respondenten benoemd als drempel en sluit aan bij de bevindingen van Unia (2019), die hierover gelijkaardige conclusies trekt voor de Belgische context. Ruim de helft van de steekproef (52,6%; n = 10) meldde bovendien wel eens een afspraak uit te stellen vanwege de onzekerheid over de beschikbaarheid van een professionele tolk.

Wanneer er wel een professionele tolk aanwezig is, blijft kwalitatieve zorg niet vanzelfsprekend. Een meerderheid van 52,6% (n = 10) gaf aan dat de arts of verpleegkundige de interactie richtte tot de tolk in plaats van tot de patiënt zelf. In de literatuur rond patiënt-centered care wordt dit fenomeen omschreven als de depersonalisatie van de patiënt (De Clerck & Willems, 2023): de dove persoon wordt herleid van actieve gesprekspartner tot passieve toeschouwer van zijn eigen consultatie, wat gevoelens van machteloosheid en uitsluiting uitlokt.

Copingstrategieën

De meerderheid van de respondenten nam een actieve houding aan wanneer zij medische informatie niet begrepen. Zo waren vragen om herhaling (57,9%; n = 11) en verduidelijking (52,6%; n = 10) de meest gehanteerde strategieën. Ook het vragen om schriftelijke informatie (42,1%; n = 8) scoorde hoog. Dit is begrijpelijk, aangezien geschreven tekst in eenvoudige taal een tastbaar anker biedt dat thuis rustig nagelezen kan worden, wat vooral waardevol is voor dove personen bij wie de health literacy beperkt kan zijn (Twickler et al., 2009).

Toch koos een subgroep van 15,8% (n = 3) ervoor om 'niets te doen' bij onduidelijkheden. Deze passieve copingstrategie is zorgwekkend en kan worden begrepen in het licht van herhaalde negatieve ervaringen in de gezondheidszorg. Wanneer dove patiënten keer op keer merken dat vragen om verduidelijking leidt tot frustratie bij de zorgverlener, of tot uitleg die moeilijk medisch taalgebruik bevat (een drempel voor 47,4%; n = 9), kunnen zij besluiten om het op te geven. Dit gedrag valt samen met de herhaalde drempels en ervaringen van uitsluiting die doven en slechthorenden rapporteren in de zorgcontext (De Clerck & Willems,

2023), waarbij de interactie zo herhaaldelijk moeizaam verliep dat verdere pogingen achterwege worden gelaten. Deze subgroep verlaat de zorgomgeving met mogelijks foutieve of onvolledige informatie over hun gezondheidstoestand, wat een acuut klinisch risico inhoudt.

Communicatietips voor de praktijk

De resultaten tonen helder aan dat de gewenste oplossingen vanuit de dovengemeenschap geen complexe technologische ingrepen vereisen. De absolute prioriteit is het behouden van direct oogcontact (78,9%; n = 15). Binnen de dovencultuur is oogcontact niet alleen een teken van beleefdheid, maar een fundamentele voorwaarde voor communicatie, omdat het de patiënt in staat stelt mimiek te lezen, emoties te interpreteren en eventueel aan liplezen te doen. Hoewel onderzoek van Altieri et al. (2011) aantoont dat bekwame liplezers gemiddeld slechts 12,4% van de gesproken woorden correct herkennen, illustreert dit des te meer waarom oogcontact onmisbaar is als basale communicatievorm.

De tweede prioriteit is het actief nagaan of informatie goed begrepen is (68,4%; n = 13). In plaats van de gesloten en sociaal wenselijke vraag "Begrijpt u het?" te stellen, kunnen zorgverleners getraind worden in interactieve methoden zoals de teach-back-methode (Mahmoodi, 2025). Aanvullende adviezen zoals het inschakelen van een tolk (36,8%; n = 7), een rustig spreektempo (26,3%; n = 5) en het gebruik van visuele hulpmiddelen zoals schrijven of tekenen (26,3%; n = 5) tonen aan dat toegankelijke zorg in de eerste plaats afhangt van de communicatieve vaardigheden van de individuele zorgverlener. Onderzoek bij zowel dove patiënten als zorgverleners bevestigt dat gerichte training van zorgpersoneel de afhankelijkheid van informele tolken kan verminderen en de zorgkwaliteit voor dove patiënten significant kan verbeteren (Tannenbaum-Baruchi et al., 2024).

Sterktes en limitaties

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de maatschappelijke en klinische relevantie ervan. Er is binnen de Vlaamse zorgliteratuur een schaarste aan kwantitatieve gegevens die specifiek de drempels en ervaringen van dove personen in kaart brengen. Dit onderzoek geeft deze ondervertegenwoordigde groep een stem en vertaalt hun dagelijkse barrières naar concrete, bruikbare data. Daarnaast werd de vragenlijst geverifieerd door een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal uit het UZ Gent en visueel ondersteund met gebarentaalfragmenten, wat de betrouwbaarheid en toegankelijkheid van het instrument verhoogt. De anonieme online afname bood respondenten de vrijheid om eerlijk te rapporteren over gevoelige ervaringen zonder angst voor stigmatisering.

Tegelijkertijd kent het onderzoek methodologische beperkingen. Ten eerste is de steekproefgrootte beperkt (n = 19), waardoor de resultaten niet zomaar gelden voor alle dove personen in Vlaanderen. De gevonden percentages geven dus een goede indicatie voor bestaande knelpunten, maar kunnen niet als absolute waarheid voor heel Vlaanderen worden beschouwd. Ten tweede brengt de gebruikte convenience sampling methode een risico op selection bias met zich mee. Het is aannemelijk dat voornamelijk digitaal vaardige dove personen met een actieve connectie met de dovengemeenschap hebben deelgenomen, waardoor minder digitaal vaardige dove personen mogelijk ondervertegenwoordigd zijn. Tot slot zijn alle gegevens gebaseerd op wat respondenten zelf invulden, waardoor zij hun eigen gedrag mogelijk positiever of net negatiever hebben ingeschat dan de werkelijkheid. Het cross-sectionele onderzoek zorgt er ook voor dat deze resultaten over een momentopname gaan, waardoor er geen uitspraken kunnen worden gedaan over oorzaak en gevolg. Met deze eenmalige bevraging kan niet worden bewezen of de gevonden barrières ook daadwerkelijk oorzaak zijn van de gerapporteerde resultaten.

Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen kunnen concrete aanbevelingen worden geformuleerd voor de klinische praktijk, het beleid, het onderwijs en verder wetenschappelijk onderzoek.

Voor zorginstellingen is de invoering van digitale communicatiekanalen een prioriteit. Ziekenhuizen en huisartsenpraktijken moeten afstappen van een exclusief telefonisch beleid voor afspraken en hun secretariaat uitrusten met beveiligde chatfuncties of online patiëntenportalen. Auditieve omroepssystemen in wachtzalen dienen te worden aangevuld met visuele oproepssystemen. Verpleegkundigen en artsen moeten meer worden getraind in de teach-back-methode en in de correcte houding bij aanwezigheid van een professionele tolk.

Op beleidsniveau is een vereenvoudiging en versnelling van de administratieve procedures voor het aanvragen van tolken Vlaamse Gebarentaal dringend nodig. Overheden en zorgverzekeraars moeten de beschikbaarheid van professionele VGT-tolken optimaliseren om de medische en ethische afhankelijkheid van informele tolken te minimaliseren.

Onderwijsinstellingen dienen hun curricula van Bachelor in de Verpleegkunde expliciet uit te breiden met modules rond communicatie met auditief beperkte patiënten. Het aanleren van non-verbale communicatieregels en kennis over de dovencultuur dient opgenomen te worden in de opleiding.

Ten slotte is verder wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk. Toekomstig onderzoek dient zich te richten op een grotere, representatieve steekproef om de gevonden percentages statistisch te valideren. Aanvullend kwalitatief onderzoek via diepte-interviews in Vlaamse Gebarentaal is aanbevolen om de geleefde ervaringen achter de kwantitatieve data verder te ontdekken.

Conclusie

Dit onderzoek had als doel de ervaringen van dove personen met communicatie en toegankelijkheid in de Vlaamse gezondheidszorg in kaart te brengen. De centrale onderzoeksvraag “Hoe ervaren dove personen in Vlaanderen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de communicatie met zorgverleners?” kan op basis van de resultaten als volgt worden beantwoord.

Dove personen in Vlaanderen ervaren structurele en communicatieve drempels die hun toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg bemoeilijken. Meer dan de helft van de respondenten (57,9%; n = 11) ondervindt communicatieproblemen tijdens zorgcontacten. Die drempels voor dove personen beginnen al voorafgaand aan de consultatie zelf. De telefonische bereikbaarheid van zorginstellingen zonder digitale alternatieven vormt hierbij de grootste hindernis (68,4%; n = 13). Daarnaast zorgen ook auditieve oproepsystemen in wachtzalen voor een barrière bij ruim de helft van de respondenten (52,6%; n = 10). Tot slot kampt 68,4% (n = 13) van de respondenten met een gebrekkige beschikbaarheid van tolken. Als gevolg hiervan wordt een deel van de zorg uitgesteld of vermeden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid van de betrokkenen.

Een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal is voor de meerderheid van de respondenten niet standaard aanwezig bij medische afspraken, waardoor zij een beroep moeten doen op naasten. Dit brengt ethische risico's met zich mee en tast de autonomie en de privacy van de patiënt aan. Wanneer wel een professionele tolk aanwezig is, richt de zorgverlener zich bovendien vaak tot de tolk in plaats van tot de patiënt zelf.

Ondanks deze barrières toonden de meeste respondenten een actieve copingstrategie door expliciet om herhaling (57,9%; n = 11) of verduidelijking (52,6%; n = 10) te vragen. De gewenste verbeteringen zijn concreet en laagdrempelig. Het houden van direct oogcontact (78,9%; n = 15) en het actief nagaan of de informatie begrepen is (68,4%; n = 13) worden hier als de belangrijkste communicatietips bevonden.

Concluderend wijzen de bevindingen op een noodzaak aan veranderingen in de Vlaamse gezondheidszorg. Digitale communicatiekanalen, visuele oproepsystemen, vereenvoudigde tolkprocedures en een expliciete opleiding in dove-sensitieve communicatie zijn prioritaire stappen om de zorgkloof voor dove personen te dichten.

Referentielijst

- Abou-Abdallah, M., & Lamyman, A. (2021). Exploring communication difficulties with deaf patients. *Clinical Medicine*, 21(4), e380–e383. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0111>
- Altieri, N. A., Pisoni, D. B., & Townsend, J. T. (2011). Some normative data on lip-reading skills (L). *The Journal of the Acoustical Society of America*, 130(1), 1–4. <https://doi.org/10.1121/1.3593376>
- CAB Vlaanderen. (2024, 25 juni). *Tolkuren*. <https://www.cabvlaanderen.be/ik-zoek-een-tolk/tolkuren/>
- De Clerck, R., & Willems, A. G. (2023, 9 maart). Structureel stigma in ggz voor doven en slechthorenden: Perspectief van cliënten en zorgverleners. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13134-Structureel-stigma-in-ggz-voor-doven-en-slechthorenden-perspectief-van-clienten-en-zorgverleners>
- Deaf 101. (z.d.). *Deaf 101*. Hearing Speech Deaf Center. <https://hsrc.org/services/deaf-101/>
- Doof Vlaanderen. (2021, 22 september). *Hoe een tolk aanvragen als horende persoon of organisatie*. <https://www.doof.vlaanderen/nieuws/hoe-een-tolk-aanvragen-als-horende-persoon-organisatie-0>
- Doof Vlaanderen. (z.d.). *Tolken*. <https://www.doof.vlaanderen/lobby/dossiers/tolken>
- Federale Overheidsdienst Justitie. (2002, 26 september). *Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt*. Etaamb. https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-22-augustus-2002_n2002022737.html
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2025, 2 december). *Gezondheidsverschillen en gelijke toegang tot zorg*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <https://www.igj.nl/documenten/2025/12/02/gezondheidsverschillen-en-gelijke-toegang-tot-zorg>
- Leeson, L. (2006). *Signed languages in education in Europe – A preliminary exploration* (Council of Europe Linguistic Reports No. 3). Council of Europe. https://www.coe.int/t/dg4/linguistic/source/leeson_en.doc
- Mahmoodi, H. (2025). Empowering patients through effective communication: The teach-back method as a tool for health literacy. *Health Promotion Perspectives*. <https://doi.org/10.34172/hpp.025.44214>
- McKee, M., Schlehofer, D., & Thew, D. (2011). Ethical issues in conducting research with deaf populations. *American Journal of Public Health*, 101(12), 2174–2178. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300343>
- Open Universiteit. (2023, 9 maart). *Doven stuiten binnen de ggz op onbegrip en vooroordelen*. <https://www.ou.nl/-/doven-stuiten-binnen-de-ggz-op-onbegrip-en-vooroordelen>
- Rogers, K. D., Lovell, K., Bower, P., Armitage, C. J., & Young, A. (2025). What are Deaf sign language users' experiences as patients in healthcare services? A scoping review. *PLOS Global Public Health*, 5(2), e0003535. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003535>

Smeijers, A. (2019). 'Medische zorg aan doven en slechthorenden is ondermaats'. Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). <https://www.lumc.nl/actueel/2019/medische-zorg-aan-doven-en-slechthorenden-is-ondermaats/>

Steinberg, A. G., Barnett, S., Meador, H. E., Wiggins, E. A., & Zazove, P. (2006). Health care system accessibility: Experiences and perceptions of deaf people. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 260–266. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00340.x>

Tannenbaum-Baruchi, C., Feder-Bubis, P., & Aharonson-Daniel, L. (2024). Communication barriers to optimal access to emergency rooms according to deaf and hard-of-hearing patients and health care workers: A mixed-methods study. *Academic Emergency Medicine*, 32(3), 246–259. <https://doi.org/10.1111/acem.15037>

Twickler, T., Hoogstraaten, E., Reuwer, A. Q., Singels, L., Stronks, K., & Essink-Bot, M. (2009, 6 augustus). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG)*. <https://www.ntvg.nl/artikelen/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-vragen-om-een-antwoord-de-zorg>

Unia. (2019). *Voor een betere toegankelijkheid van ziekenhuizen voor dove en slechthorende personen*. Interfederaal Gelijkekansencentrum. https://www.unia.be/files/Aanbevelingen_toegankelijkheid_ziekenhuizen_dove_personen.pdf

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). (z.d.). *Tolk voor doven en slechthorenden*. Vlaamse Overheid. Geraadpleegd op 5 mei 2026, van <https://www.vaph.be/organisaties/tolk-voor-doven-en-slechthorenden>

WebPubli. (z.d.). *Dovencultuur & gebarentaal | Doof zijn*. Nowedo vzw. <https://www.nowedo.be/dovencultuur-gebarentaal/doof-zijn/>

Bijlagen

Bijlage 1. Verklaring gebruik van AI

Voor het uitwerken van deze bachelorproef werd gebruikgemaakt van generatieve artificiële intelligentie, meer bepaald Claude.ai en Gemini. Deze tools werden ingezet ter ondersteuning van taal, structuur, herformulering en het verwerken van feedback. De inhoudelijke keuzes, interpretatie van resultaten, selectie van bronnen en finale tekst bleven de verantwoordelijkheid van de auteur. De output van AI werd kritisch nagelezen, aangepast en geïntegreerd waar passend.

Bijlage 2. Uitnodiging tot deelname aan de vragenlijst via mail

Bachelorproef - Communicatie tussen doven en zorgverleners

Nina D'hondt
Aan: info@doof.vlaanderen

Ma 18/05/2026 11:30

Beantwoorden | Allen beantwoorden | Doorsturen

Beste

Mijn naam is Nina D'hondt en ik ben laatstejaarsstudent verpleegkunde. In het kader van mijn bachelorproef **onderzoek ik de ervaringen van dove personen met communicatie in de gezondheidszorg.**

Ik ben momenteel op zoek naar respondenten die mijn vragenlijst zouden willen invullen en zou u graag om een kleine gunst willen vragen.

Zou u het zien zitten om mijn vragenlijst door te sturen naar mensen in uw netwerk die voldoen aan volgende criteria:

- Is doof
- Is ouder dan 18 jaar
- Kan Vlaamse Gebarentaal

Hier kan u de vragenlijst openen: <https://ninadhondt2.questionpro.com/t/AdHauZ8onn>

Deelname aan deze bachelorproef is volledig vrijwillig en bestaat uit het invullen van een vragenlijst. De gegevens worden anoniem verzameld en verwerkt. De vragenlijst omvat beoordelingsvragen en meerkeuzevragen die peilen naar ervaringen van dove personen met de zorg. Het invullen hiervan neemt ongeveer 5 minuten in beslag. De verzamelde gegevens worden uitsluitend gebruikt voor de verwerking in het kader van deze bachelorproef. Deelnemers kunnen op elk moment stoppen met het invullen van de vragenlijst. Door de vragenlijst in te vullen, bevestig je dat je de bovenstaande informatie begrepen hebt.

Heb je nog vragen over het onderzoek of de vragenlijst? Neem gerust contact op via: nina.dhondt2@student.hogent.be

Alvast bedankt voor je deelname!
Met vriendelijke groeten
Nina D'hondt

Beantwoorden | Doorsturen

Bijlage 3. Vragenlijst

Ervaring van dove personen met communicatie in de gezondheidszorg

Beste

Mijn naam is Nina D'hondt en ik ben **laatstejaarsstudent verpleegkunde**. In het kader van mijn **bachelorproef** onderzoek ik de **ervaringen van dove personen met communicatie** in de **gezondheidszorg**.

Deelname aan deze bachelorproef is volledig **vrijwillig** en bestaat uit het invullen van een vragenlijst. De gegevens worden **anoniem** verzameld en verwerkt. De vragenlijst omvat beoordelingsvragen en meerkeuzevragen die peilen naar ervaringen van dove personen met de zorg. Het invullen hiervan neemt ongeveer **5 minuten** in beslag. De verzamelde gegevens worden uitsluitend gebruikt voor de verwerking in het kader van deze bachelorproef. Deelnemers kunnen **op elk moment stoppen met het invullen** van de vragenlijst. Door de vragenlijst in te vullen, bevestig je dat je de bovenstaande informatie begrepen hebt.

Heb je nog vragen over het onderzoek of de vragenlijst? Neem gerust contact op via:
nina.dhondt2@student.hogent.be

Alvast bedankt voor je deelname!

Met vriendelijke groeten

Nina D'hondt

Informed consent:

Bij akkoord voor deelname wordt verklaard dat:

- De informatie over de bachelorproef werd gelezen en begrepen;
- Deelname aan dit onderzoek vrijwillig is;
- De deelname op elk moment kan worden stopgezet;
- De gegeven antwoorden anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt in het kader van deze bachelorproef.

Door op 'De volgende' te klikken ga ik akkoord en neem ik deel aan het onderzoek in kader van deze bachelorproef.

Demografische vragen

* Wat is uw leeftijd?

- >18 jaar
 - 18 - 20 jaar
 - 21 - 30 jaar
 - 31 - 40 jaar
 - 41 - 50 jaar
 - 51 - 60 jaar
 - 61 - 70 jaar
 - 71 - 80 jaar
 - < 80 jaar
-

* Wat is uw geslacht?

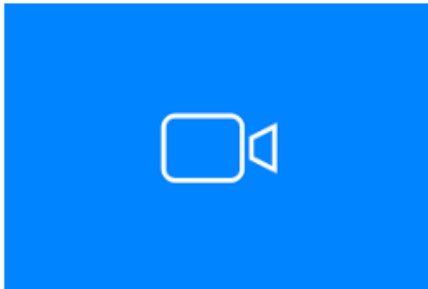
- Vrouw
 - Man
 - Andere
-

* Ik had in het voorbije jaar minstens 1 medische afspraak.

- Ja
 - Neen
-

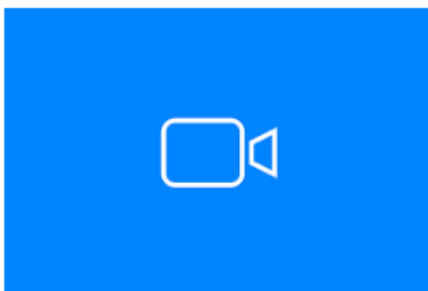
* Beheerst u de Vlaamse Gebarentaal?

- Ja
- Neen



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.08.mov

Bij de volgende stellingen vraag ik naar uw mening. U kunt steeds kiezen uit vijf opties die variëren van akkoord naar niet akkoord. Vink bij elke stelling het antwoord aan dat het beste bij uw gevoel past.



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47.mov

* 1. Ik ondervind vaak moeilijkheden bij het communiceren met de arts/verpleegkundige.



Helemaal niet akkoord



Eerder niet akkoord



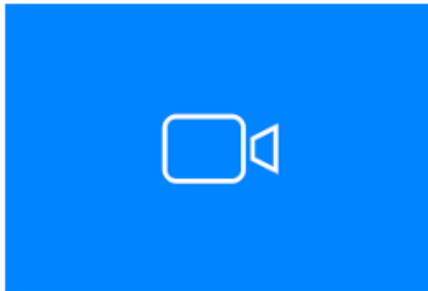
Neutraal



Eerder akkoord



Helemaal akkoord



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47_1.mov

- * 2. Ik begrijp na een zorgcontact altijd de uitleg van de arts/verpleegkundige.



Helemaal niet
akkoord



Eerder niet
akkoord



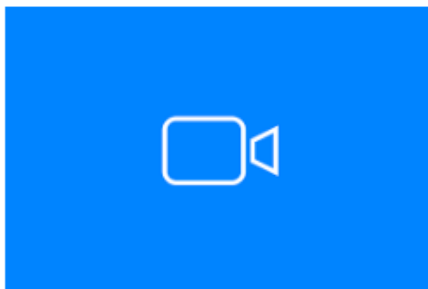
Neutraal



Eerder akkoord



Helemaal
akkoord



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47_2.mov

- * 3. Ik heb tijdens mijn medische afspraken telkens toegang tot een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal.



Helemaal niet
akkoord



Eerder niet
akkoord



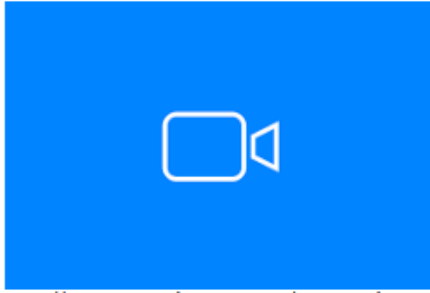
Neutraal



Eerder akkoord



Helemaal
akkoord



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47_3.mov

- * 4. Ik moet nooit een familielid of vriend inschakelen als 'tolk' bij een medische afspraak.



Helemaal niet akkoord



Eerder niet akkoord



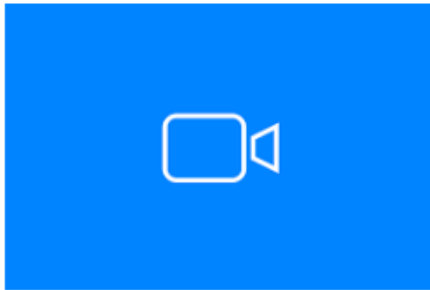
Neutraal



Eerder akkoord



Helemaal akkoord



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47_4.mov

- * 5. Ik vind dat artsen/verpleegkundigen voldoende kennis hebben over communicatietips (zij kijken mij in de ogen, spreken alles duidelijk uit,...).



Helemaal niet akkoord



Eerder niet akkoord



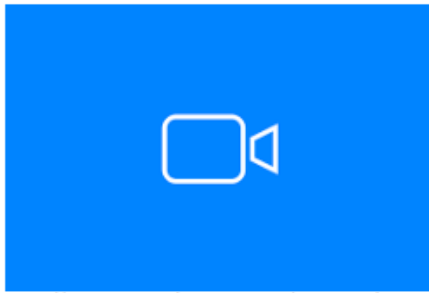
Neutraal



Eerder akkoord



Helemaal akkoord



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47_5.mov

* 6. Ik vermijd soms zorgcontacten vanwege moeilijkheden in communicatie.



Helemaal niet akkoord



Eerder niet akkoord



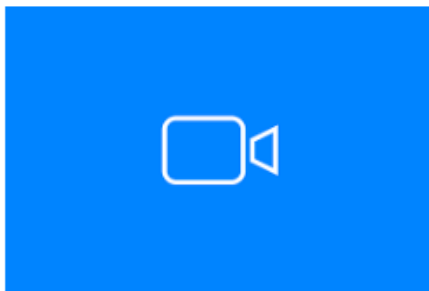
Neutraal



Eerder akkoord



Helemaal akkoord



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47_6.mov

* 7. Ik stel nooit mijn afspraak uit omdat ik weet dat er altijd een professionele tolk Vlaamse Gebarentaal beschikbaar is.



Helemaal niet akkoord



Eerder niet akkoord



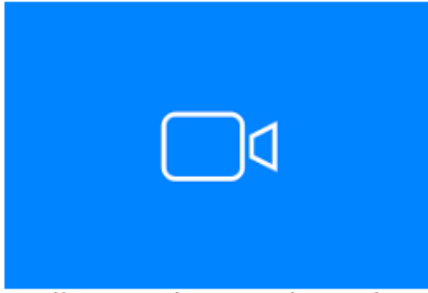
Neutraal



Eerder akkoord



Helemaal akkoord



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47_7.mov

* 8. Wanneer er een tolk bij is, praat de arts/verpleegkundige tegen mij en niet tegen de tolk.



Helemaal niet akkoord



Eerder niet akkoord



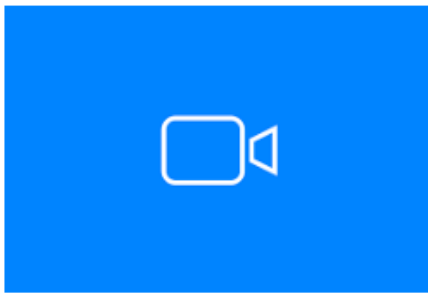
Neutraal



Eerder akkoord



Helemaal akkoord



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.47_8.mov

* 9. Als ze mij informatie willen geven via de telefoon, laten ze een boodschap na op mijn voicemail.



Helemaal niet akkoord



Eerder niet akkoord



Neutraal

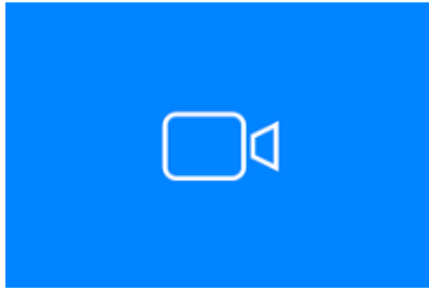


Eerder akkoord



Helemaal akkoord

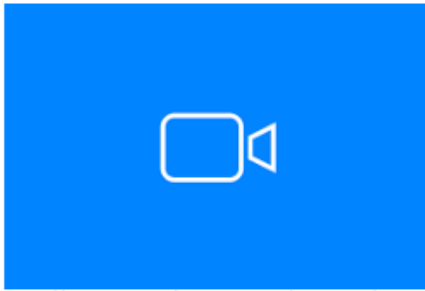
Bij de volgende vragen vragen we naar jouw ervaringen. Omdat er vaak verschillende situaties mogelijk zijn, mag je hier **meerdere antwoorden** aanvinken **of aanvullen**. Kies alle opties die voor jou kloppen.



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.57.mov

* 1. Welke moeilijkheden ervaart u bij het maken van een medische afspraak?

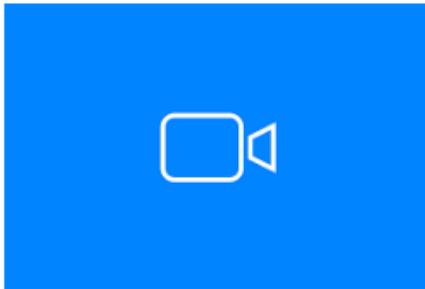
- Ik ondervind **geen** moeilijkheden.
- Telefonische moeilijkheid:** geen optie via chat, e)mail,... te reserveren.
- Privacyverlies:** afhankelijk van familie of vrienden zijn?
- Omroepsystemen:** in de wachtkamer enkel met geluid worden opgeroepen.
- Taalbarrière:** moeilijk medisch taalgebruik in documenten.
- Tolkregeling:** Onduidelijkheid rond regelen tolk.
- Stress:** stress door eerdere negatieve ervaringen.
- Andere... (Zelf invullen)**



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.57_1.mov

* 2. Wat doet u als u de informatie niet begrijpt?

- Vragen om herhaling
- Vragen om verduidelijking
- Hulp van een tolk vragen
- Schriftelijke info vragen
- Hulp van naasten: uitleg aan familie of vrienden vragen
- Niets doen
- Andere... (Zelf invullen)



URL : https://www.questionpro.com/qp_userimages/sub-10/6383085/WhatsApp-Video-2026-05-10-at-16.07.57_2.mov

* 3. Welke communicatietips moeten artsen/verpleegkundigen zeker onthouden voor communicatie met doven?

- Direct oogcontact

- Gezicht goed zichtbaar houden
 - Rustig spreektempo
 - Nagaan of het begrepen is
 - Visuele hulpmiddelen (schrijven, tekenen, uitbeelden,...)
 - Korte zinnen gebruiken
 - Tolk inschakelen
 - Andere... (Zelf invullen)
-

Bijlage 4. Informed consent / informatie aan respondenten

Informed consent:

Bij akkoord voor deelname wordt verklaard dat:

- De informatie over de bachelorproef werd gelezen en begrepen;
- Deelname aan dit onderzoek vrijwillig is;
- De deelname op elk moment kan worden stopgezet;
- De gegeven antwoorden anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt in het kader van deze bachelorproef.

Door op 'De volgende' te klikken ga ik akkoord en neem ik deel aan het onderzoek in kader van deze bachelorproef.

[De volgende](#)



Powered by [QuestionPro](#)