

Superdiversiteit op de materniteit:  
communicatie tussen allochtone  
patiënten en vroedvrouwen op een  
Belgische kraamafdeling

---

*De uitdagingen in het communicatieproces voor de  
vroedvrouwen van het Sint-Vincentiusziekenhuis*

**Sofie Michiels en Emmelie Muylaert**

**Promotor: S. Limbos**

**Tweede lezer: E. Tobback**



**© Copyright: Universiteit Antwerpen**

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(es) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, neemt u contact op met Universiteit Antwerpen, Master in de Meertalige Professionele Communicatie, Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen (België) | [mpc@uantwerpen.be](mailto:mpc@uantwerpen.be)

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(es) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden of producten en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

**© Copyright: Universiteit Antwerpen**

Without written permission of the supervisor(s) and the authors it is forbidden to reproduce or adapt in any form or by any means any part of this publication. Requests for obtaining the right to reproduce or utilize parts of this publication should be addressed to Universiteit Antwerpen, Master in de Meertalige Professionele Communicatie, Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen (België) | [mpc@uantwerpen.be](mailto:mpc@uantwerpen.be)

A written permission of the supervisor(s) is also required to use the (original) methods or products, and for submitting this publication in scientific contests.

Ondergetekende, Emmelie Muylaert & Sofie Michielsen, studentes Master in de Meertalige Professionele Communicatie (TEW-FLW) verklaren dat deze scriptie volledig oorspronkelijk is en uitsluitend door henzelf geschreven is. Bij alle informatie en ideeën ontleend aan andere bronnen, heeft ondergetekende expliciet en in detail verwezen naar de vindplaatsen.

Antwerpen, 27 mei 2016

# Superdiversiteit op de materniteit: communicatie tussen allochtone patiënten en vroedvrouwen op een Belgische kraamafdeling

---

*De uitdagingen in het communicatieproces voor de  
vroedvrouwen van het Sint-Vincentiusziekenhuis*

**Sofie Michiels en Emmelie Muylaert**

**Promotor: S. Limbos**

**Tweede lezer: E. Tobback**

Master Meertalige Professionele Communicatie | Faculteit Letteren en  
Wijsbegeerte & faculteit Toegepaste Economische Wetenschappen |  
Universiteit Antwerpen | Academiejaar 2015 – 2016 |

## Voorwoord

---

Communicatie tussen autochtonen en allochtonen treedt voortdurend op in onze huidige samenleving door de toenemende diversiteit. Vrouwen, ongeacht hun nationaliteit of herkomst, bevallen nog vaak in een ziekenhuis. Het leek ons daarom interessant om als laatstejaarsstudenten Meertalige Professionele Communicatie na te gaan hoe de communicatie verloopt tussen allochtone patiënten en vroedvrouwen op de kraamafdeling. Bovendien is het thema 'migratie' zeer actueel en wilden we nagaan hoe zich dat vertaalt in een werkomgeving, namelijk in een ziekenhuis.

Je hoort mensen vaak denken: "Iedereen kan toch wel een beetje Engels of Frans als het erop aankomt." Een opvatting die we als beginnende communicatie-experten doorheen ons onderzoek bijstelden, want niets bleek minder waar.

De succesvolle uitwerking van onze thesis is mede tot stand gekomen door de hulp van onze promotor mevrouw S. Limbos. Daarnaast willen we ook graag de vroedvrouwen en in het bijzonder, Els Coppens, adjunct verloskamer en kraamafdeling van het Sint-Vincentiusziekenhuis te Antwerpen, bedanken voor hun medewerking. Ten slotte zijn we ook zeer dankbaar dat Karel de Grote-Hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen wilden meewerken aan ons onderzoek.

Universiteit Antwerpen, 27 mei 2016

## Inhoudsopgave

---

Wetenschappelijke samenvatting .....	1
Persbericht.....	3
Inleiding.....	5
Literatuurstudie.....	7
Probleemstelling & onderzoeksvraag .....	18
Methode.....	20
1. Dataverzameling.....	20
1.1. Rondvraag bij hogescholen .....	20
1.2. Enquêtes en interviews bij de vroedvrouwen .....	21
1.3. Interviews met medewerkers van Karel De Grote-hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen .....	25
2. Verwerking van de gegevens.....	26
Resultaten.....	29
1. Rondvraag hogescholen.....	29
2. Enquêtes en interviews bij de vroedvrouwen .....	31
2.1. Verkennend gesprek met adjunct kraamafdeling en verloskamer .....	31
2.2. Enquêtes.....	32
2.3. Interviews met de vroedvrouwen.....	40
2.4. Interviews met medewerkers van Karel De Grote-Hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen .....	49
Conclusie .....	53
Discussie .....	56
Literatuur.....	58
Bijlagen .....	62
I. E-mail rondvraag hogescholen .....	62
II. Enquête onderzoek .....	63
III. Begeleidende brief .....	68
IV. Vragenlijst interview vroedvrouwen.....	69
V. Vragenlijst interview hogescholen (Karel De Grote-Hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen) .....	70
VI. Codeboom Nvivo van interviews met de vroedvrouwen .....	71
VII. Codeboom Nvivo van de interviews met de hogescholen .....	72
VIII. Borstvoedingsfolder in het Arabisch.....	73

## Wetenschappelijke samenvatting

---

De Antwerpse samenleving is superdivers: 45,7% van de bevolking bestaat uit allochtonen<sup>1</sup>. De zorgsector is een sector waar veel mensen mee in contact komen waardoor er voortdurend communicatie is tussen zorgverleners en allochtone patiënten. Taal- en cultuurbarrières kunnen gesprekken bemoeilijken en een adequate zorgverlening in de weg staan.

Onderzoek naar communicatie tussen allochtone patiënten en vroedvrouwen op de kraamafdeling van een ziekenhuis is tot nu toe beperkt. Vanuit de medische sector werd de communicatie al bestudeerd, maar nog nooit door communicatiedeskundigen. Overal ter wereld worden kinderen geboren, maar de bevalling wordt in elke cultuur anders beleefd. In de superdiverse samenleving is het bovendien ook mogelijk dat er geen gemeenschappelijke taal is tussen de vroedvrouw en de patiënte. Dit onderzoek spitst zich toe op het Sint-Vincentiusziekenhuis in Antwerpen en bestaat uit een casestudy.

Het doel van dit onderzoek is om de communicatieproblemen en gebruikte oplossingen in kaart te brengen die vroedvrouwen ervaren. De studie betreft ook de integratie van interculturele competenties in de opleiding vroedkunde. De onderzoeksvraag luidt dan: 'Hoe communiceren vroedvrouwen met allochtone patiënten op de kraamafdeling en zijn ze vanuit hun opleiding hier voldoende op voorbereid?'.

Het onderzoek startte met een rondvraag per e-mail bij Vlaamse en Brusselse hogescholen over de integratie van interculturele communicatie in de opleiding vroedkunde. Vervolgens namen 30 van de 47 vroedvrouwen deel aan een schriftelijke enquête en 4 van hen deden een individueel diepte-interview. Tot slot werden drie medewerkers van twee Antwerpse hogescholen geïnterviewd om dieper in te gaan op het curriculum van vroedkunde.

Een bevraging van de Vlaamse en Brusselse hogescholen toonde aan dat interculturele communicatie in alle hogescholen geïntegreerd wordt in verschillende opleidingsonderdelen. Bij Thomas More, Hogeschool PXL, UC Leuven-Limburg en Odisee is culturele diversiteit een apart vak. Taalvakken zijn enkel verplichte opleidingsonderdelen aan UC Leuven-Limburg.

Uit de enquêtes en de interviews van de vroedvrouwen blijkt dat ze allemaal communicatieproblemen ervaren wanneer er een taalbarrière is.

---

<sup>1</sup> Mensen met een vreemde nationaliteit, mensen waarvan minstens één ouder van vreemde herkomst is en mensen die geen Belgische geboortenationaliteit hadden.

Dat komt voornamelijk voor wanneer ze allochtone patiënten informeren en er specifieke, medische termen aan te pas komen. De helft van de ondervraagden geeft aan in de enquêtes dat een cultuurbarrière soms ook de oorzaak is van communicatieproblemen. In de interviews wordt die barrière genuanceerd.

Lichaamstaal, schriftelijke communicatie en hulpmiddelen zoals vertaal-apps zijn enkele voorbeelden van oplossingen die ze gebruiken om miscommunicatie te vermijden. Professionele en niet-professionele tolken kunnen niet altijd ingeroepen worden gezien de tijdsdruk.

Vanuit hun opleiding voelen de vroedvrouwen zich onvoldoende voorbereid om de taal- en cultuurbarrières te overbruggen. Karel de Grote-Hogeschool Antwerpen start volgend academiejaar met het vernieuwde curriculum van de opleiding vroedkunde. Daarin zit een apart opleidingsonderdeel over diversiteit. Ook Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen past de opleiding aan door vanaf september 2017 twee diversiteitsweken in te lassen gedurende de opleiding vroedkunde.

Kortom, een superdiverse samenleving zorgt ervoor dat vooral taalbarrières een uitdaging zijn voor vroedvrouwen. Verder is er een kloof tussen de opleiding vroedkunde en de werkvloer wat betreft interculturele communicatie. De hogescholen nemen daarom het initiatief om de curricula aan te passen.



## Persbericht

---

### PERSBERICHT

Antwerpen, 5 juli 2016 – voor onmiddellijke vrijgave

#### Superdiversiteit op de Antwerpse materniteit

**Vroedvrouwen ervaren een taalbarrière bij communicatie met allochtone patiënten en voelen zich onvoldoende voorbereid om vanuit hun opleiding dergelijke barrières te overbruggen. Dat zijn de belangrijkste bevindingen uit een onderzoek van Sofie Michiels en Emmelie Muylaert, twee studenten uit de master meertalige professionele communicatie aan de universiteit Antwerpen. Ze onderzochten in hun casestudy hoe interculturele communicatie tussen vroedvrouwen en allochtone patiënten op de kraamafdeling van het Antwerps Sint-Vincentiusziekenhuis verloopt.**

Superdiversiteit verandert onze samenleving. Er is altijd migratie geweest, maar de laatste jaren werden de migratiestromen veel meer divers. Vooral in grootsteden komen autochtonen vaak in contact met mensen die een ander land van herkomst hebben. Ook publieke instellingen, zoals de zorgsector, ervaren dat hun doelgroep veel gediversifieerder is dan vroeger. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat cultuur- en taalverschillen communicatieproblemen kunnen veroorzaken tussen zorgverleners en allochtone patiënten. De vraag rijst ook of vroedvrouwen zich voldoende voorbereid voelen vanuit hun opleiding vroedkunde om met de huidige superdiversiteit om te gaan.

Aan het onderzoek namen 30 van de 47 vroedvrouwen van het Sint-Vincentiusziekenhuis deel. Het onderzoek toont duidelijk aan dat de vroedvrouwen een taalbarrière ervaren bij de communicatie met allochtone patiënten. Voldoende informatie verschaffen en zorgen dat de patiënte alles begrijpt, is vaak moeilijk. Een cultuurbarrière geeft soms ook moeilijkheden, maar die kunnen ze veel makkelijker overbruggen, aldus de vroedvrouwen.

*“Cultuur kan je uitleggen als je de taal hebt. Dan kan je dat verduidelijken. Maar als je geen taal hebt, kan je uw cultuur ook niet verduidelijken.” – Quote van een vroedvrouw uit het onderzoek*

Om zo’n taal- of cultuurbarrière op te lossen, gebruiken de vroedvrouwen bijvoorbeeld lichaamstaal. Andere non-verbale communicatie, waaronder schriftelijke communicatie, is een vaak gebruikte oplossing. Ook het belang van tolken mag niet onderschat worden. Het zijn voornamelijk familieleden of vrienden van de patiënte en collega’s van de vroedvrouw die optreden om te

vertalen. Tijdsdruk is een van de redenen waarom de vroedvrouwen weinig tot geen beroep doen op professionele tolken.

Tot slot is uit het onderzoek gebleken dat er een kloof is tussen de opleiding vroedkunde en het werkveld op vlak van interculturele communicatie. Vroedvrouwen voelen zich onvoldoende voorbereid op de huidige diversiteit vanuit hun opleiding vroedkunde. Zowel Karel De Grote-Hogeschool als Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen wijzigen het huidige curriculum vroedkunde door de toenemende diversiteit. Vervolgonderzoek zal moeten aantonen of de vernieuwde opleiding een betere voorbereiding betekent voor de vroedvrouwen.

Einde persbericht

---

**Over Emmelie Muylaert en Sofie Michielsens**

Zowel Emmelie als Sofie rondden in 2016 succesvol hun masteropleiding meertalige professionele communicatie af aan Universiteit Antwerpen. Hun interesse voor cultuur en communicatie is de reden dat beiden besloten om zich te verdiepen in het communicatieproces tussen allochtonen en vroedvrouwen.

**Contactgegevens:**

Sofie Michielsens

+32 476 30 96 73

[sofie.michielsens@outlook.be](mailto:sofie.michielsens@outlook.be)

Emmelie Muylaert

+32 497 31 31 27

[emmelie.muylaert@hotmail.com](mailto:emmelie.muylaert@hotmail.com)

---

## Inleiding

---

Kinderen op de wereld zetten is universeel, maar de manier waarop dat gebeurt, is zeer cultuurgebonden. Zo leeft elke vrouw op een andere wijze toe naar de bevalling, beleeft ze de geboorte anders en is ook de nazorg afhankelijk van cultuurrituelen. Onze Belgische gezondheidszorg steunt op een universalistisch principe. Dat wil zeggen dat iedereen gezondheidszorg kan genieten, zolang ze legaal in ons land verblijven (Janssens, 2004).

België is vandaag vooral een immigratieland (Geldof, 2013). De laatste jaren kende Vlaanderen een opvallende stijging van vreemdelingen (personen die niet de Belgische nationaliteit hebben). Vlaanderen telde iets meer dan 500 000 vreemdelingen begin 2015. Als daarbij de mensen worden meegeteld die in de loop der jaren Belg zijn geworden, en kinderen van personen met een vreemde geboortenationaliteit, dan kent Vlaanderen 1,2 miljoen inwoners van buitenlandse herkomst. Voor Antwerpen betekent dat 45,7% van de inwoners van buitenlandse herkomst is. (Van den Broucke et al., 2015)

Ook is er niet alleen een sterke toename van het aantal migranten, maar ook de waaier aan landen van herkomst is veel groter geworden. In de literatuur wordt er vaak gesproken over superdiversiteit. De overgang naar die superdiversiteit zorgt ervoor dat onze samenleving verandert. Zo ontstaat er geleidelijk aan in steden een cultuur van stedelijkheid in diversiteit. Het kan dat de overgang naar of de aanpassing aan superdiversiteit niet probleemloos verloopt. Zo kunnen er onder andere conflicten ontstaan, gevoelens van onzekerheid of de neiging om zich terug te trekken in eigen groep. (Geldof, 2013)

Een bevalling heeft een universeel karakter: overal ter wereld worden er per minuut maar liefst 255 kinderen geboren (Index Mundi, 2014). Toch is een bevalling zeer cultuurgebonden, alsook de prenatale en postnatale beleving. De toenemende diversiteit aan culturen in onze samenleving heeft als gevolg dat er communicatieproblemen kunnen ontstaan op een kraamafdeling.

Als toekomstige communicatiespecialisten willen we de communicatie tussen allochtonen en autochtonen nader bekijken. Als beide groepen met elkaar in contact komen, kunnen er communicatieproblemen ontstaan door cultuur- en taalverschillen. Dergelijke situaties doen zich dagelijks voor in multiculturele samenlevingen, waaronder op de kraamafdeling van een ziekenhuis. Naast de analyse van de taal- en cultuurbarrières, bekijken we ook hoe studenten vroedkunde tijdens hun opleiding gevormd worden in interculturele communicatie. We gaan na of de opleiding 'bachelor in de vroedkunde' op die

manier de studenten voldoende voorbereidt op hun toekomstige, superdiverse werkomgeving.

Opmerking [Emm1]: Dt?

Onze scriptie begint met een literatuurstudie waarin we allereerst kort schetsen wat communicatie is, aangezien dat de basis van onze thesis vormt. Bijkomend verdiepen we ons in de concepten superdiversiteit en immigratie. Ook kijken we concreet wat dat voor Vlaanderen en Antwerpen betekent, omdat ons onderzoek gaat over een Antwerps ziekenhuis. Vermits in ons onderzoek niet alleen taal, maar ook cultuur een belangrijk gegeven vormt, raadpleegden we literatuur van Hofstede. Daarna volgen de resultaten en bevindingen van enkele belangrijke onderzoeken naar interculturele communicatie in een medische context. Onze literatuurstudie eindigt met uitleg over interculturele bemiddelaars, die in een ziekenhuiscontext ingeroepen kunnen worden.

Na de literatuurstudie volgen de probleemstelling en onderzoeksvraag, met vier bijkomende deelvragen. Bij de methode beschrijven we vervolgens hoe we de data hebben verzameld: we gebruikten zowel een kwalitatieve (interviews) als een kwantitatieve (enquêtes) methode. Hierbij geven we ook aan hoe we de gegevens verwerken. Daarna volgt dan het onderdeel resultaten. Onze scriptie eindigt met een conclusie en een onderdeel discussie. In de discussie halen we de sterktes en zwaktes van ons onderzoek aan en doen we aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

*“To effectively communicate, we must realize that we are all different in the way we perceive the world and use this understanding as a guide to our communication with others.” – Tony Robbins*

## Literatuurstudie

---

### Communicatie

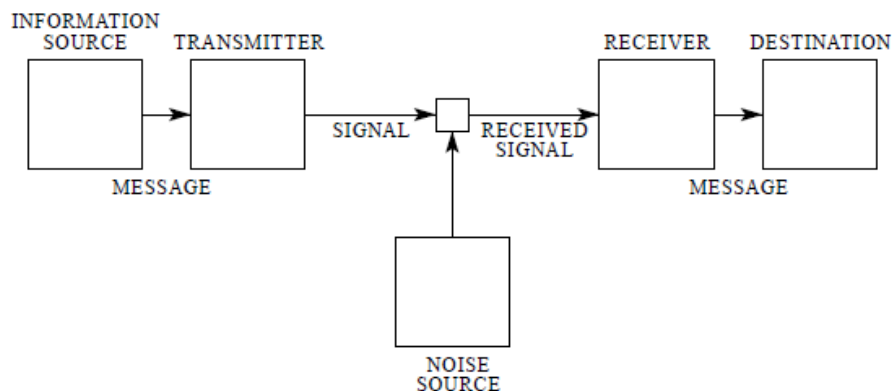
Wanneer 'communicatie' ontstond, valt niet te zeggen, maar het is iets van alle tijden dat helemaal niet meer weg te denken valt in onze samenleving. Communicatie is een proces van informatieoverdracht en gemeenschappelijk begrip van de ene persoon naar de andere (Keyton, 2011).

Communicatie kan zowel verbaal als non-verbaal zijn. Verbale communicatie verwijst naar het gebruik van woorden, zowel geschreven als gesproken. Ook wordt verbale communicatie gekenmerkt door regels die gevolgd moeten worden (onder andere semantische en syntactische regels). Zo krijgen de gedeelde 'symbolen' betekenis. (Hahn, L., Lippert, L. & Paynton, S., 2014)

Non-verbaal wordt door Dikke Van Dale Online (2016) gedefinieerd als 'niet door middel van taal'. Vele definities uit de literatuur kunnen hier naar herleid worden. Zo definiëren Knapp en Hall (2007) in hun 7<sup>de</sup> editie van *Nonverbal communication in human interaction*, non-verbale communicatie als 'communicatie gevormd door andere middelen dan woorden'. Ook DeVito (2002) refereert in zijn boek *Human Communication* naar non-verbale communicatie als 'communicatie zonder woorden'. Kledij, stemvolume, intonatie, gezichtsuitdrukkingen en lichaamstaal behoren onder andere tot non-verbale communicatie.

De opdeling verbaal versus non-verbaal geldt algemeen, maar het is belangrijk dat bij die opdeling rekening gehouden wordt met de complexiteit ervan. Zo maakt de Amerikaanse gebarentaal (*American Sign Language – ASL*) gebruik van handbewegingen. Die gebaren zijn hoofdzakelijk taalkundig (verbaal), terwijl diezelfde bewegingen vaak geklasseerd worden als 'anders dan woorden'. Omgekeerd zijn ook niet alle gesproken woorden duidelijk verbaal, zoals onder andere klanknabootsende woorden en niet-talige uitdrukkingen van patiënten met afasie (taalstoornis). (Knapp & Hall, 2007)

In 1948 ontwierp C.E. Shannon, in samenwerking met W. Weaver, een eerste communicatiemodel. Ook al betrof het een wiskundig – ingenieursmodel, toch was het idee van zender, boodschap en ontvanger al aanwezig. Het model ligt tot op vandaag nog altijd aan de grondslag van de analyse van communicatieprocessen. (Foulger, 2004)



Figuur 1. Schematisch diagram van een algemeen communicatiesysteem.  
Overgenomen uit *A mathematical Theory of Communication* door C.E. Shannon, 1948.

Wanneer mensen communiceren met elkaar, brengen ze informatie over. Die informatie is de boodschap. De persoon die de boodschap overbrengt, is de zender, en degene die de informatie ontvangt, is de ontvanger. In de literatuur wordt hier ook naar verwezen als het zender – ontvanger model. Hoe iemand de boodschap overbrengt, hangt af van de keuze van het kanaal (telefonisch, e-mail, persoonlijk contact, ...). Opdat de ontvanger de boodschap goed begrijpt, moet ruis vermeden worden. Ruis kan zowel intern (verkeerde verwachtingen, weinig voorkennis, ...) als extern (geluid, afstand, taal- en cultuurverschillen) zijn. Bovendien kan ruis ook optreden doordat er iets mis is met de communicatiekanalen (een onduidelijk handschrift, een slechte telefoonverbinding, ...). Dat alles kan ervoor zorgen dat de boodschap niet goed begrepen wordt. (Mosaic, z.d.; Van Marwijk, 2015)

### Superdiversiteit en migratie

Ondanks het feit dat migratie een fenomeen is van alle tijden, is het thema nu actueler dan ooit. De groep allochtonen in onze samenleving is enorm divers. Hierdoor is er geen sprake meer van diversiteit, maar wordt er gesproken van 'superdiversiteit'. Tot de jaren negentig kwamen de migranten in Vlaanderen hoofdzakelijk uit Turkije, Marokko en Zuid-Europa. Vanaf de jaren negentig werd het migratiepatroon complexer: meer mensen migreren vanuit meer plaatsen naar meer plaatsen. (Blommaert, 2013)

Die versplinterde vorm van migratie kent twee oorzaken: het einde van de Koude Oorlog en de opkomst van het internet. Dankzij het einde van de Koude Oorlog werden vele beperkingen op vlak van mobiliteit opgeheven, wat migratie voor allerlei doeleinden mogelijk maakte. Dat heeft als gevolg dat de trajecten en motieven van migratie zeer uiteenlopend zijn. Afwijzingen van asielaanvragen in bepaalde landen leiden tot nieuwe aanvragen in andere landen. De groep migranten bestaat zowel uit vluchtelingen als uit

kortstondige arbeidsimmigranten, expats, studenten, transit-migranten, ... Kortom, de achtergronden en motieven zijn zeer uiteenlopend en de groep migranten is zeer heterogeen. (Blommaert, 2013)

Door de opkomst van het internet veranderden de gevolgen van migratie. Voor de jaren negentig was het zeer moeilijk om de banden met het thuisland te onderhouden, maar dankzij de nieuwe technologie is dat niet meer het geval. Leden van dezelfde gemeenschappen hoeven niet meer in dezelfde buurt te leven, omdat ze dankzij het internet en mobiele communicatie contact kunnen houden. Migrantengroepen hebben dus geen etnische buurten meer nodig, waardoor ze meer verspreid leven tussen de autochtone bevolking. (Blommaert, 2013)

Uit de Survey Sociaal-Culturele Verschuivingen in Vlaanderen (SCV-survey) van 2014, blijkt dat 64% van de Vlamingen tussen 18 en 35 jaar één of meerdere personen van een andere herkomst persoonlijk kent. Met persoonlijk contact wordt bedoeld dat er minstens één keer per jaar persoonlijk contact is. Van die 64% gaat het in zes op tien gevallen om een vriend of kennis en in de overige gevallen om een collega of buur. (Van den Broucke et al., 2015)

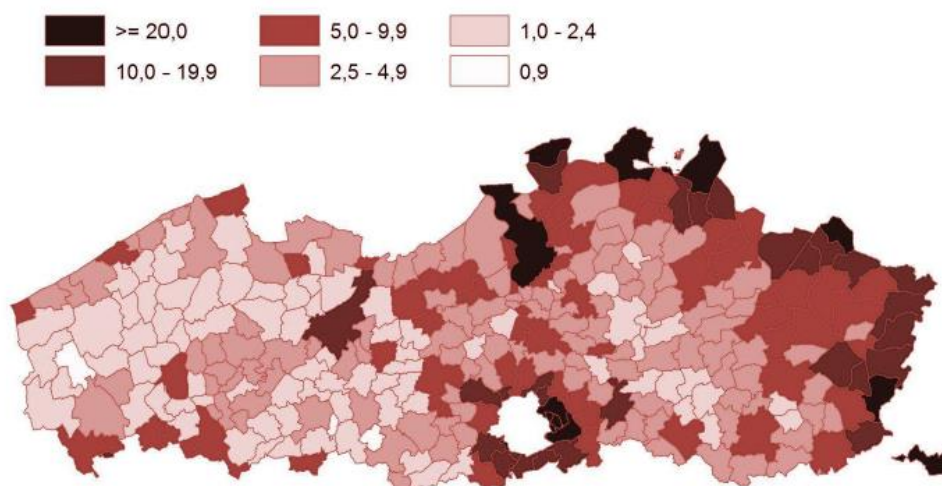
### **Superdiversiteit in Vlaanderen en Antwerpen**

De brede waaier aan het aantal landen van herkomst is het vertrekpunt van superdiversiteit. Dat heeft als gevolg dat Europese steden meer en meer te maken krijgen met het fenomeen 'majority-minority cities'. Dat zijn steden waar de meerderheid van de bewoners bestaat uit minderheden. Ook ons land krijgt, net zoals andere wereldsteden waaronder New York en Amsterdam, te maken met die 'majority-minority cities'. Zo is Brussel daar eentje van: de stad kent een bevolking waar de bewoners van Belgische afkomst minder dan de helft van alle inwoners uitmaken. Ook Antwerpen zal de komende decennia zo'n overgang kennen. (Geldof, 2013)

In de Antwerpse districten bestaat momenteel 45,7% van de totale bevolking uit allochtonen. Die groep bestaat voor 15,5% uit nieuwe Belgen: dat zijn inwoners met de Belgische nationaliteit die bij de geboorte een andere nationaliteit hadden (Stad Antwerpen, 2014). Verder maakt 9,8% deel uit van de nieuwste Belgen: die Belgen hebben minimum één ouder van vreemde afkomst (Stad Antwerpen, 2014). De overige 20,4% is vreemdeling. (Stad Antwerpen, 2015).

Antwerpen is de absolute koploper qua aantal vreemdelingen in het Vlaamse gewest: de gemeente telt 103 152 vreemdelingen. Gent staat op de tweede plaats met 33 831 vreemdelingen. In Leuven wonen er 16 238 vreemdelingen

en in Mechelen 8 256. Antwerpen steekt er dus met kop en schouders bovenuit als de vergelijking met de rest van het Vlaamse gewest gemaakt wordt. (Van den Broucke et al., 2015)



Figuur 2. Aantal vreemdelingen in het Vlaamse gewest in begin 2015, uitgedrukt in %. Overgenomen uit *Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2015* door Van den Broucke et al., 2015

Op de figuur is de concentratie van vreemdelingen in Antwerpen duidelijk zichtbaar. Aan de grens met Nederland is ook een groot aantal vreemdelingen te zien en daar gaat het voornamelijk om Nederlanders. Rond de grens met Brussel wonen hoofdzakelijk EU-burgers. Vreemdelingen afkomstig van een land buiten de Europese Unie wonen voornamelijk in Antwerpen en Gent. (Van den Broucke et al., 2015)

De diversiteit qua nationaliteiten heeft als gevolg dat er een groot aantal mensen is die een andere moedertaal heeft dan het Nederlands. De vijf meest gesproken moedertalen in België, naast het Nederlands, zijn Frans, Arabisch, Turks, Tamazight (een Berbertaal) en Engels. Maar liefst 97 000 anderstaligen volgden in het schooljaar 2013-2014 Nederlandse les in Vlaanderen en Brussel. 123 verschillende talen uit 194 landen werden tijdens de lessen vertegenwoordigd. Kortom, in onze samenleving is er een enorme diversiteit aan talen, wat gevolgen kan hebben voor verbale communicatie in verschillende domeinen of sectoren. (Atlas, 2016)

Uit de actualiteit blijkt dat er voorlopig geen einde komt aan de toestroom van vreemdelingen naar ons land. In het Vlaamse gewest woonden er in 2005 297 289 vreemdelingen, in 2015 steeg dat cijfer aanzienlijk naar 504 130. Het gaat hier om cijfers van personen die de Belgische nationaliteit (nog) niet verworven hebben. In België gaat het om 11,2% van de totale bevolking.



Nederlanders vormen de grootste groep (26%) van vreemdelingen in het Vlaamse gewest, gevolgd door Polen (7%), Marokkanen (6%) en Italianen (5%). (Van den Broucke et al., 2015)

Ook het aantal asielaanvragen kende een enorme toename in 2015. De meest recente cijfers dateren van september 2015. Als we die cijfers vergelijken met de cijfers van september 2014, is er een toename van 207% in de aanvragen. (Van den Broucke et al., 2015)

Bovenstaande cijfers geven een evolutie weer van het aantal vreemdelingen. Ze zeggen dus niets over het aantal Belgen die een andere nationaliteit hadden bij de geboorte en in de loop der jaren de Belgische nationaliteit verworven hebben. Ook personen die vanaf hun geboorte de Belgische nationaliteit hebben, waarvan minstens één van de ouders een vreemde geboortenationaliteit heeft, zijn niet verrekend in bovenstaande statistieken.

Als alle mogelijkheden dan samen genomen worden, wordt er gesproken over 'personen van buitenlandse herkomst'. Dat zijn dus alle personen die geen Belgische nationaliteit hebben en personen die bij de geboorte een andere nationaliteit hadden. Ook personen waarvan minstens één van de ouders een vreemde nationaliteit heeft of had, worden daarbij gerekend. (Van den Broucke et al., 2015)

In 2009 telde het Vlaamse gewest 969 990 personen met een buitenlandse herkomst, wat overeen komt met 15,6% van de totale bevolking. In 2013 steeg dat aantal naar 1 180 617 personen of 18,4%. (Van den Broucke et al., 2015)

46% van de personen met een buitenlandse herkomst is in België geboren. Die groep is voornamelijk afkomstig van Turkije en de Maghreb<sup>2</sup>. Het aandeel van personen die afkomstig zijn van andere landen buiten de Europese Unie ligt beduidend lager, omdat die migratiestromen later plaatsvonden. Daarin gaat het voornamelijk om eerste generatiemigranten. Het verschil in tijdstip van de migratiestromen zorgt er dus voor dat de tweede en derde generatiemigranten vanuit Turkije en de Maghreb het grootste deel vormen van de personen met een buitenlandse herkomst. (Van den Broucke et al., 2015)

Het aantal personen van een buitenlandse herkomst stijgt niet alleen door een toename in het aantal aankomsten, maar ook het geboortecijfer bij deze groep ligt hoger dan bij de autochtone bevolking. Een autochtone vrouw krijgt gemiddeld 1,67 kind, terwijl een vrouw met een andere herkomst gemiddeld

---

<sup>2</sup> Marokko, Tunesië, Libië, Algerije en Mauritanië

2,52 kinderen baart. Op die manier stijgt het aantal inwoners met een vreemde afkomst ook. (Hanseeuw, 2012)

### **Cultuur en Hofstede**

Kortom, de huidige samenleving is alles behalve homogeen. Het is dus onvermijdelijk dat mensen van verschillende culturen met elkaar in contact komen. Dat brengt ons bij het volgende belangrijk begrip: cultuur. Cultuur kan op verschillende manieren gedefinieerd worden, maar voor dit onderzoek krijgt de term de volgende betekenis:

“Cultuur is een collectieve programmering die bestaat in de geest van een bepaalde groep mensen waardoor die groep wordt onderscheiden van een andere groep. Een groep kan verwijzen naar een natie, regio, religie, organisatie, ...” (Hofstede, z.d.)

Hofstede onderscheidt vijf cultuurdimensies die de verschillen tussen culturen identificeren:

- Machtafstand: de mate waarin een cultuur macht van bepaalde instituties of organisaties aanvaardt.
- Onzekerheidsvermijding: de mate waarin leden van een cultuur zich niet comfortabel voelen in een toestand van onzekerheid of ambiguïteit.
- Individualisme/collectivisme: de mate waarin leden van een cultuur belang hechten aan het individu of de groep.
- Masculiniteit/femininiteit: de mate waarin het waardepatroon van een cultuur eerder mannelijke waarden (zoals assertiviteit, streven naar succes, ...) of vrouwelijke waarden (bescheidenheid, belang hechten aan relaties, zorgen dragen voor anderen, ...) nastreeft.
- Korte termijn/lange termijn oriëntatie: focus op het heden of de toekomst. (Bowe & Martin, 2007)

Op basis van de dimensies is het mogelijk om nationale cultuurverschillen te verklaren. Hofstede heeft immers zijn model van dimensies gebaseerd op een onderzoek in 64 landen, maar dat brengt ook een belangrijke tekortkoming van het model aan het licht. Het is namelijk niet zo dat alle inwoners van een bepaald land dezelfde cultuur delen. (Bowe & Martin, 2007)

Uit de theorie van Hofstede vloeit voort dat nationale cultuurverschillen gevolgen hebben voor communicatie. Communicatie tussen sprekers met een verschillende culturele achtergrond en/of tussen sprekers die een verschillende taal spreken, wordt gedefinieerd als interculturele communicatie. In een medische context is die vorm van communicatie zeer complex. Dat komt doordat er in medische situaties heel vaak beroep wordt gedaan op vraag- en antwoordmethode, bijvoorbeeld als een arts een diagnose moet stellen. De manier waarop een vraag gesteld wordt, is sterk afhankelijk

van cultuur, net zoals de manier waarop ze geïnterpreteerd wordt door de patiënt. Bovendien is er ook een verschil in machtsverhouding en status wanneer medisch personeel communiceert met patiënten. Daarnaast zijn er ook specifieke communicatieproblemen die kunnen optreden, omdat ze sterk gerelateerd zijn aan de medische wereld, bijvoorbeeld taboes. (Bowe & Martin, 2007)

### **Eerder onderzoek naar interculturele communicatie in een medische context**

Onderzoek aan de Universiteit Utrecht identificeert vijf voorspellers van communicatieproblemen die veroorzaakt worden door cultuurverschillen in een medische setting. Ten eerste zijn er tussen patiënten en artsen verschillen in verklaringsmodellen van gezondheid en ziekten. Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld dat patiënten en artsen symptomen op hun eigen manier, vanuit hun eigen denkkader, evalueren. Het denkkader van de patiënt wordt in grote mate bepaald door persoonlijke en culturele factoren. De arts beoordeelt de situatie daarentegen meer vanuit een biomedisch perspectief. Hierdoor ontstaat er een kloof in de benadering van een medisch probleem. (Meeuwesen & Schouten, 2006)

Ten tweede zijn verschillen in culturele waarden betreffende individualisme en collectivisme belangrijke voorspellers van problemen. Die dimensies werden eerder al aangehaald bij Hofstede. In individualistische culturen gelden andere communicatieregels dan culturen waarin het belang van de groep overheerst. Een verschil in assertiviteit tussen verschillende culturen is hier een belangrijk gevolg van. (Meeuwesen & Schouten, 2006)

Ten derde zijn er ook verschillen qua voorkeuren van de patiënten. In de Westerse cultuur willen patiënten graag betrokken worden bij het nemen van beslissingen. In andere culturen is uit onderzoek gebleken dat patiënten hier minder belang aan hechten. (Meeuwesen & Schouten, 2006)

Ten vierde is racisme ook een oorzaak van communicatieproblemen en heeft het een negatieve impact op de kwaliteit van de zorgverlening. In de Verenigde Staten is gebleken dat artsen zwarte patiënten als minder intelligent beoordelen en verwachten ze meer risicogedrag van hen. Bovendien voelen artsen zich minder betrokken bij zwarte patiënten. Verder empirisch onderzoek is echter nodig om hier conclusies uit te trekken, omdat de behandeling zelf van zwarte patiënten nooit empirisch vastgesteld is. (Meeuwesen & Schouten, 2006)

Taalbarrières zijn de laatste mogelijke oorzaken van communicatieproblemen. Wanneer de arts niet dezelfde taal spreekt als de patiënt, kan dat belangrijke, negatieve gevolgen hebben voor de zorgverlening. Het is een obstakel voor de

patiënt om hulp te vragen, er is een verminderde kans dat de patiënt het advies van de arts opvolgt en de patiënt geeft een lagere beoordeling van de kwaliteit van de zorgverlening. (Meeuwesen & Schouten, 2006)

Van Broeckhoven en Vanderputte (2011) interviewden enkele artsen in Antwerpen over communicatie met leden van de Marokkaanse gemeenschap. Uit hun onderzoek blijkt dat 90% van de Marokkaanse patiënten vergezeld is van een informele tolk op consultatie. Vaak fungeren jonge kinderen als vertalers en dat vinden huisartsen niet altijd een optimale situatie. De ouders rekenen te vaak op de kinderen om situaties te regelen waar kinderen eigenlijk niet bij betrokken mogen worden (gevoelige thema's zoals huishoudelijk geweld). Bovendien zijn de artsen op die manier ook nooit zeker dat alles nauwkeurig vertaald wordt.

Ook andere literatuur raadt af om kinderen te laten tolken. Zo kunnen taboeonderwerpen mogelijks niet ter sprake komen. Ook wanneer het kind zich moet mengen in volwassenaangelegenheden door als tolk op te treden, verstoort dat het gezinsevenwicht. Ouders zijn dan nog meer afhankelijk van hun kinderen. Het kind krijgt als het ware een zekere status en macht dat het eigenlijk niet toekomt in de ogen van de ouders. (Eppink, 1981; Van Broeckhoven en Vanderputte, 2011)

Een belangrijk gevolg van communicatieproblemen is een dalende jobtevredenheid bij artsen. Wanneer ze er niet in slagen om een communicatieprobleem te overbruggen, voelen ze zich gefaald. (Brorsson, Troein & Wachtler, 2006)

De bovenstaande literatuur is gebaseerd op studies met artsen. Studies waar vroedvrouwen de onderzoekseenheden vormen, zijn beperkt. Toch zijn er in enkele landen zoals Nederland, Zweden en Canada al enkele onderzoeken gedaan naar interculturele communicatie tussen vroedvrouwen en patiënten.

Een onderzoek van Fransen et al. peilde naar de mate waarin vroedvrouwen cultuur- en taalbarrières ondervinden wanneer ze vrouwen met diverse etnische achtergronden informeren, meer bepaald over prenatale screening voor downsyndroom. Uit de studie blijkt dat 95% van de ondervraagde vroedvrouwen moeilijkheden ervaart bij het informeren van niet-Westerse vrouwen. Bovendien voelen de vroedvrouwen zich niet altijd bekwaam om de nodige informatie te geven aan patiënten die geen Nederlands spreken. De vroedvrouwen halen een taalbarrière aan als grootste hindernis. De taal- en cultuurverschillen leiden volgens hen tot misverstanden en patiënten volgen hun medisch advies minder op. Niet alleen taal- en cultuurverschillen spelen

een rol, ook het feit dat allochtonen minder medische kennis hebben, vormt een barrière. (Fransen et al., 2012)

Ondanks de beschikbaarheid van tolken, heeft 88% nog nooit beroep gedaan op een tolk. Hier zijn verschillende redenen voor:

- ze weten niet op voorhand of er een taalbarrière zal zijn;
- het neemt veel tijd in beslag om een tolk op te roepen;
- het is niet op voorhand geweten welke taal de patiënt verkiest.

(Fransen et al., 2012)

De vroedvrouwen die ooit al wel zijn bijgestaan door een tolk, beschrijven dat als een positieve ervaring. (Fransen et al., 2012)

Een andere studie uit Nederland heeft de gevoelens van vroedvrouwen onderzocht die ze ervaren tijdens communicatie met allochtonen. De resultaten zijn niet éénduidig: etnische diversiteit betekent voor hen zowel een moeilijkheid als een verrijking. Ook wordt de taalbarrière aangehaald als een oorzaak van een verhoogde werklast. (Boerleider et al., 2013)

S. Akhavan deed onderzoek in Zweden naar factoren die volgens vroedvrouwen zorgen voor ongelijkheden in de zorgverlening tussen allochtonen. Uit de resultaten blijkt dat ongelijkheden in de gezondheidszorg een gevolg kunnen zijn van miscommunicatie. Dergelijke vorm van communicatie kan zich voordoen wanneer allochtonen onvoldoende tijd krijgen bij de ziekenhuisopname om hun verhaal te doen. Taalbarrières en cultuurverschillen of een zwakke vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de zorgverlener kunnen ook voor miscommunicatie zorgen. (Akhavan, 2012)

Canadese onderzoekers van de University of Alberta voerden in 2014 een onderzoek, waarbij ze de communicatie tussen immigranten en zorgverleners op de afdeling materniteit in kaart brachten. Het doel was om communicatiemoeilijkheden te identificeren vanuit het perspectief van zowel de zorgverleners als van de allochtone patiënten. Ze stelden vier categorieën vast van uitdagingen op vlak van communicatie:

- Verbale communicatie
- Non-verbale communicatie
- Open communicatie
- Betekenisgeving

(Higginbottom et al., 2015)

Een taalbarrière (verbale communicatie) is volgens het Canadese onderzoek de grootste uitdaging voor alle betrokken partijen. Als een zorgverlener merkt dat de boodschap niet doordringt bij de patiënt, dan spelen er gevoelens van

frustratie. Dat kan ervoor zorgen dat de zorgverlener minder informatie geeft. De ondervraagde vroedvrouwen zijn niet snel geneigd om een professionele tolk in te roepen. Dat heeft verschillende redenen: het kost veel tijd, er is niet altijd een tolk beschikbaar en het gebruik van een vertaler kan het vertrouwelijk karakter van het gesprek schenden. (Higginbottom et al., 2015)

Ook in een ander Canadees onderzoek wordt de taalbarrière aangehaald als grootste probleem. De ondervraagden geven zelf aan dat ze te weinig beroep doen op professionele tolken, 92% maakt gebruik van ad-hocvertalers, omdat de artsen zich er niet altijd van bewust zijn dat er professionele tolken beschikbaar zijn. (Malak, Papic & Rosenberg, 2012)

In de context van de kraamafdeling zijn vertrouwen en empathie belangrijke voorwaarden voor eerlijke communicatie tussen de betrokken partijen. Wanneer verbale communicatie tekort schiet door een taalbarrière, is non-verbale communicatie de manier om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt. Vooral bij geëmigreerde vrouwen mag het belang hiervan niet onderschat worden. Zij ervaren vaak meer eenzaamheid gedurende de zwangerschap dan autochtone vrouwen, aangezien hun familie vaak in het thuisland verblijft. (Higginbottom et al., 2015)

Depressies en trauma's van de patiënten, taboes en religieuze waarden kunnen belemmeringen vormen voor open communicatie. Allochtonen die het slachtoffer zijn van huishoudelijk geweld, vrouwenbesnijdenis, verkrachting, ... zijn vaak niet geneigd om hun verhaal te delen met de zorgverlener. Dat bemoeilijkt eerlijke communicatie, terwijl de begeleiding van een zwangerschap en een bevalling net intense, open communicatie vereist. (Higginbottom et al., 2015)

De laatste categorie van problemen die de Canadese zorgverleners bij zwangere vrouwen ervaren, is die over betekenisgeving. Verschillen in bijvoorbeeld verwachtingen en interpretaties van gebaren kunnen voor miscommunicatie zorgen. Dat heeft op zijn beurt een invloed op de kwaliteit van de zorg, zoals het niet nemen van aanbevolen medicatie. De wortel van die problemen zit in het verschil qua culturele normen. Het kan dus dat de patiënt en de zorgverlener dezelfde taal delen, maar dat er toch sprake is van miscommunicatie. (Higginbottom et al., 2015)

Tot nu toe blijkt uit de literatuur dat communicatie met allochtonen niet vanzelfsprekend is in een medische context, dus ook niet voor vroedvrouwen. Omdat onze maatschappij superdivers is geworden, rijst de vraag of de opleidingen van paramedisch en medisch personeel nog wel voldoende afgestemd zijn op de noden van patiënten. In Canada geeft 69% van de

ondervraagde artsen aan dat ze tijdens hun opleiding geen bagage meekregen omtrent interculturele communicatie. 68% geeft aan dat ze toch graag een vorming hadden gekregen in hoe ze moeten communiceren met allochtone patiënten. Bovendien geven de Zweedse vroedvrouwen ook aan dat ze een vorming willen in culturele diversiteit. (Malak, Papic & Rosenberg, 2012; Akhavan, 2012)

### **Interculturele bemiddelaar**

De cijfers uit het eerste deel van de literatuurstudie tonen aan dat de diversiteit alsmat toeneemt in onze samenleving. Het is niet altijd vanzelfsprekend om hier vlot mee om te gaan, vandaar dat er op de werkvloer soms hulpmiddelen nodig zijn. In een ziekenhuiscontext kan het personeel hulp inroepen van bijvoorbeeld een interculturele bemiddelaar. Het doel van interculturele bemiddeling is om de kwaliteit en toegankelijkheid van de hulpverlening aan allochtone patiënten te verbeteren. Sommige hulpverleningstechnieken werken bij autochtone patiënten, maar leiden bij allochtonen niet altijd tot het gewenste resultaat door een cultuurbarrière. Daarom hebben ziekenhuizen sinds 1999 de mogelijkheid om financiële middelen voor interculturele bemiddeling aan te vragen bij het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. (Verrept, 2002)

Een interculturele bemiddelaar in een ziekenhuis heeft verschillende taken: tolken, zorgen voor wederzijds begrip, concrete hulp bieden aan patiënten (bijvoorbeeld helpen bij het invullen van documenten), de patiënten emotioneel ondersteunen, bemiddelen bij conflicten die veroorzaakt zijn door een taal- of cultuurbarrière en voorlichting geven. (Verrept, 2002)

Deze masterscriptie bekijkt communicatie tussen vroedvrouwen en allochtonen vanuit de invalshoek van de vroedvrouwen, dus niet vanuit die van de patiënt. Aangezien de interculturele bemiddelaar een rol vertolkt die eerder dient ter ondersteuning van de patiënt, wordt er in de literatuurstudie verder geen aandacht meer aan geschonken.

## Probleemstelling & onderzoeksvraag

---

Communicatieproblemen op de kraamafdeling van een ziekenhuis kunnen gevolgen hebben voor onder andere de kwaliteit van de zorgverlening, de ervaring van de patiënte en de jobtevredenheid van de vroedvrouwen. Met het onderzoek willen we de communicatieproblemen en gebruikte oplossingen in kaart brengen. We kiezen er bewust voor om tijdens dit onderzoek de invalshoek van de patiënte niet te betrekken. Dat is voor deze masterscriptie niet haalbaar gezien de beperkte tijd. De andere invalshoek zou dus zeker interessant zijn voor vervolgonderzoek.

Zoals uit de beschreven literatuur blijkt, geven vroedvrouwen (en artsen) aan dat er nood is aan aandacht voor interculturele communicatie in hun opleiding en nadien in bijscholingen. Om het onderzoek daarom meer diepgang te geven, leggen we de link met Vlaamse hogescholen die de opleiding vroedkunde aanbieden. Het zou kunnen dat de opleiding niet meer voldoende afgestemd is op de superdiversiteit waar vroedvrouwen in de moderne samenleving mee te maken krijgen. Vandaar dat een rondvraag bij de hogescholen een meerwaarde is. Op het einde van het onderzoek is het dan de bedoeling dat we de resultaten uit de enquêtes en de interviews terugkoppelen aan de Antwerpse hogescholen waar de meeste vroedvrouwen zijn afgestudeerd. Dat zal blijken uit de enquêtes.

Het onderzoek is een casestudy van de kraamafdeling van het Sint-Vincentiusziekenhuis in Antwerpen. De onderzoeksvraag luidt:

‘Hoe communiceren vroedvrouwen met allochtone patiënten op de kraamafdeling en zijn ze vanuit hun opleiding hier voldoende op voorbereid?’.

Om de onderzoeksvraag gerichter te kunnen beantwoorden, splitsen we die op in vier deelvragen:

- Welke communicatieproblemen ervaren vroedvrouwen met allochtone patiënten?
- Welke methodes of technieken gebruiken vroedvrouwen om communicatie te bevorderen met allochtone patiënten?
- Wanneer doen vroedvrouwen een beroep op een interculturele bemiddelaar?
- Is er in het curriculum van de opleiding vroedkunde ruimte voorzien voor interculturele communicatie en talen?



## **Definities**

De begrippen die gebruikt worden in het onderzoek zijn vaak niet éénduidig te beschrijven. De termen waarnaar verwezen wordt, hebben meestal meer dan één betekenis. Daarom is het zinvol om aan het einde van de literatuurstudie de belangrijkste begrippen te definiëren met de betekenis die ze in dit onderzoek hebben.

- **Allochtoon**

*“Iemand die van elders afkomstig is of iemand van wie minimaal één van de ouders in het buitenland geboren is.” – Dikke Van Dale (“Allochtoon”, 2016)*

- **Interculturele communicatie**

*“Communicatie tussen personen met verschillende culturele achtergronden.” (Shadid, 1998)*

- **Tolk**

*“Iemand die voor mensen die elkaar niet verstaan, het gesprokene sprekend vertaalt.” – Dikke Van Dale (“Tolk”, 2016)*

## Methodie

---

Het onderzoek bestond uit een casestudy van de kraamafdeling van campus Sint-Vincentius, een ziekenhuis dat deel uitmaakt van de organisatie GasthuisZusters Antwerpen (GZA). Aangezien het om een casestudy ging, was het niet mogelijk om gebruik te maken van bestaande gegevens of resultaten.

### 1. Dataverzameling

Omdat ons onderzoek uit drie fasen bestaat, kunnen we de dataverzameling opsplitsen in drie onderdelen:

- Een rondvraag bij hogescholen die de bacheloropleiding vroedkunde organiseren
- De schriftelijke enquêtes en mondelinge interviews bij de vroedvrouwen
- De interviews met het opleidingshoofd van Karel de Grote-Hogeschool Antwerpen (KDG), een praktijklector en de trajectbegeleidster van Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen (AP)

#### 1.1. Rondvraag bij hogescholen

Allereerst deden we een rondvraag bij de Vlaamse en Brusselse hogescholen die de opleiding vroedkunde aanbieden. Uit de literatuur is gebleken dat we vandaag in een superdiverse maatschappij leven. Daarom zou het kunnen dat het curriculum van de opleiding vroedkunde niet meer voldoende is afgestemd op het gewijzigde karakter van de samenleving. Onderwijskiezer, een initiatief van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, geeft aan dat er acht Vlaamse en één Brusselse hogeschool zijn die de opleiding aanbieden (CLB, 2015):

- Erasmushogeschool Brussel
- Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen
- Karel de Grote-Hogeschool
- Thomas More
- UC Leuven-Limburg
- Hogeschool PXL
- Katholieke Hogeschool VIVES
- Arteveldehogeschool
- Odisee

Door de rondvraag wilden we te weten komen of interculturele communicatie aan bod komt in de opleiding. Bovendien wilden we ook peilen naar de aanwezigheid van taalvakken. De hogescholen geven op hun websites aan

welke opleidingsonderdelen ze aanbieden in de opleiding, maar het is mogelijk dat interculturele communicatie in andere vakken verwerkt zit. Dat is vaak niet zichtbaar op de websites. Daarom stuurden we ze een e-mail met drie vragen over interculturele communicatie en talen. De volledige e-mail vindt u terug onder bijlage I.

## 1.2. Enquêtes en interviews bij de vroedvrouwen

De beoogde deelnemers van de tweede fase van het onderzoek waren alle 47 vroedvrouwen die werkzaam zijn op de kraamafdeling van het ziekenhuis. Voor de bevraging van de vroedvrouwen keken we welke instrumenten het meest geschikt waren voor ons onderzoek. De casestudy is zowel kwantitatief als kwalitatief van aard, dus gebruikten we verschillende instrumenten.

Op 12 februari voerden we een eerste verkennend gesprek met Els Coppens, adjunct verloskamer en kraamafdeling. Met dit gesprek wilden we te weten komen of er daadwerkelijk communicatieproblemen worden ervaren wanneer de vroedvrouwen in aanraking komen met patiënten van andere culturele gemeenschappen. Bijkomend wilden we ook inspiratie verkrijgen voor de opstelling van de vragen voor de enquêtes en de interviews.

Voor dit gesprek bereidden we drie vragen voor om zicht te krijgen op de mogelijke problematiek. We vroegen of ze een evolutie zag in het aantal allochtone patiënten en of het ziekenhuis daar eventueel cijfers over heeft. Daarnaast polsten we naar haar mening over pasafgestudeerde vroedvrouwen, of zij voldoende voorbereid zijn op de interculturele werkomgeving. Ten slotte vroegen we ook of er op de kraamafdeling van Sint-Vincentius al eerder onderzoek werd gedaan naar communicatie met allochtone patiënten.

Het was een semigestructureerd interview waarbij er naast de drie bovenstaande vragen ook ruimte was voor bijvragen om in te spelen op wat mevrouw Coppens zei. Met het gesprek wilden we te weten komen hoe het communicatieproces op de kraamafdeling met allochtone patiënten verloopt.

Naast de inhoudelijke vragen wilden we ook enkele praktische zaken bespreken zoals hoe we de respondenten het best konden bereiken, de timing van het onderzoek en hoe de communicatie verder zou verlopen.

### **Enquêtes**

Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek ging onze voorkeur uit naar enquêtes. De enquêtes vormden de basis van het onderzoek en voor de interviews. Daarom bevatten de vragenlijsten ook enkele open vragen om ook

kwalitatieve data te verkrijgen. Die kwalitatieve data diende dan als basis voor de vragen van de interviews. De enquêtes peilden dus zowel naar kwantitatieve als kwalitatieve gegevens.

Het voordeel van de enquête is dat we op een snelle en goedkope manier veel informatie konden verzamelen met een instrument dat de respondenten niet te veel belastte. Bovendien maakten we duidelijk aan de vroedvrouwen dat de gegevens anoniem verwerkt zouden worden, waardoor er geen problemen van sociale wenselijkheid optraden. Een nadeel van de schriftelijke vragenlijst is dat we weinig controle hebben over de invulling van de vragen. Dat nadeel werkten we deels weg in de elektronische enquête. Zo was het niet mogelijk om naar een volgende vraag door te klikken als een respondent de vraag blanco liet. Bij de papieren versie was dat uiteraard niet mogelijk en hadden we dus geen controle over de zorg waarmee de vroedvrouw de vragenlijst invulde.

Voor de vormgeving van de enquête gebruikten we de software Qualtrics. De enquête bevatte negentien vragen en maakte gebruik van zowel open als gesloten vragen. Open vragen waren noodzakelijk, omdat we niet voldoende voorkennis hadden over het onderwerp om overal de juiste antwoordcategorieën te voorzien. Bovendien waren er ook vragen waarbij het niet mogelijk was om categorieën te voorzien die alle antwoordmogelijkheden konden dekken. De negentien vragen bestonden uit ja/nee-vragen, open vragen, meerkeuzevragen (met soms meerdere antwoorden die mogelijk waren) en stellingsvragen op basis van een Likertschaal<sup>3</sup>. We creëerden ook een bipolaire vraag op een semantische differentiaal<sup>4</sup> die polste naar de perceptie van de vroedvrouwen op hun werk.

De eerste vier vragen peilden naar demografische gegevens van de vroedvrouwen zoals leeftijd en aantal jaren werkervaring als vroedvrouw. Uit het e-mailverkeer met Els Coppens bleek dat er enkel vrouwen werkzaam zijn op de dienst, daarom vroegen we het geslacht niet in de vragenlijst.

In de volgende vragen werd er gepolst naar eventuele problemen die de vroedvrouwen ervaren wanneer ze patiënten van een andere culturele gemeenschap verzorgen. We kozen ervoor om afwisseling te brengen in de formulering van de vragen. Op die manier zou het aangenamer zijn voor de respondenten om de vragenlijst in te vullen. De mogelijke communicatieproblemen bevroegen we door middel van open vragen,

---

<sup>3</sup> Een vijf puntenschaal, met antwoordmogelijkheden gaande van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'.

<sup>4</sup> Twee tegengestelde begrippen vormen de uiteinden van de schaal, bijvoorbeeld 'een boeiende uitdaging' en 'een frustratie'.

meerkeuzevragen en ja/-nee vragen. De meningen en attitudes van de vroedvrouwen werden bevraagd in een Likertschaal en een semantische differentiaal.

Op het einde van de enquête vroegen we ook of de vroedvrouw bereid was tot een interview, en zo ja, om haar gegevens mee te delen. Met die vraag wilden we respondenten verkrijgen voor de interviews. De gegevens dienden dus enkel om contact op te nemen met bereidwillige vroedvrouwen, verder verwerkten we de enquêtes anoniem. Op die manier gaven vier vroedvrouwen zich vrijwillig op voor een interview. De volledige enquête vindt u terug onder bijlage II.

Op aanraden van Els Coppens bezorgden we de vragenlijst op papier, alsook een elektronische versie, beiden vergezeld van een begeleidende brief (zie bijlage III). De vroedvrouwen kregen tijd van 29 februari 2016 tot en met 10 maart 2016 om deel te nemen aan het onderzoek.

Uit een pretest van de enquête bij elf participanten (geen vroedvrouwen) bleek dat het ongeveer een kwartier zou duren om de vragenlijst in te vullen. Voor ons betekende die tijdsperiode een limiet om de belasting voor de vroedvrouwen zo minimaal te houden.

### **Interviews**

Omdat het onderzoek ook beschrijvend is en dus mogelijke problemen in kaart wil brengen, zijn diepte-interviews een goede aanvulling om meer diepgang te verkrijgen in de antwoorden.

Zoals aangehaald bij de enquêtes, hadden we eerst een verkennend interview met de adjunct verloskamer en kraamafdeling. De overige interviews kregen een halfopen structuur. Aan de hand van de antwoorden van de enquêtes werden de vragen voor de interviews opgesteld.

De interviews bestonden uit 15 basisvragen die we stelden aan elke deelnemende vroedvrouw. De bijvragen waren afhankelijk van datgene wat de vroedvrouw vertelde tijdens het gesprek, dus die waren verschillend in de interviews. Door de halfopen structuur konden we enerzijds de zaken vragen die noodzakelijk waren (de voorbereide vragen dienden als houvast en voor uniformiteit), en anderzijds inspelen op de informatie van de vroedvrouw op het moment zelf. De flexibiliteit is een belangrijk voordeel van het mondelinge interview. Vandaar dat de tijdsduur van de verschillende interviews heel uiteenlopend zijn (van 30 minuten tot 1:15 uur).

Een nadeel van het interview is sociale wenselijkheid. We bespraken een gevoelig thema met de vroedvrouwen. Niet iedereen is qua persoonlijkheid open en eerlijk over attitudes en meningen die gaan over andere culturele gemeenschappen. Door het persoonlijke karakter van het interview en het onderwerp van het onderzoek, moeten we rekening houden met een drempel die vroedvrouwen ervan kan weerhouden om 100% eerlijk te antwoorden.

Door de deelnames van de vroedvrouwen aan de enquêtes, hadden ze een idee van wat hen te wachten zou staan tijdens het interview. Aan het begin van het gesprek legden we kort uit wat het doel van het interview was: we vertelden hen dat we dieper wilden ingaan op het communicatieproces tussen allochtone patiënten en vroedvrouwen op de kraamafdeling. Daarna vroegen we toestemming aan de vroedvrouwen om het gesprek op te nemen met een geluidsrecorder op zowel een laptop als een smartphone, zodat we een back-up hadden. Zo konden we de interviews achteraf eerst transcriberen voor de verwerking van de data.

De vijftien voorbereide vragen waren gebaseerd op de antwoorden die de vroedvrouwen gegeven hadden in de enquêtes. Die vragen waren zeer divers. Om te beginnen peilden we naar situaties waarin ze geconfronteerd werden met een cultuur- en/of taalbarrières. Ook vroegen we naar wat voor hen de grootste uitdaging is: een cultuur- of taalbarrière. We wilden daarbij ook te weten komen hoe ze een situatie concreet aanpakken wanneer dergelijke barrières zich voordoen. Hun ervaringen en eventuele voorbeelden van miscommunicatie werden daarom gevraagd, alsook of ze schriftelijke communicatie gebruiken om het communicatieproces te bevorderen.

Ook vroegen we hoe ze het vertrouwen van een allochtone patiënte proberen te winnen. Bovendien stelden we ook enkele vragen rond het gebruik van professionele en niet-professionele tolken. We wisten uit de literatuur en enquêtes dat beide types gebruikt worden en we wilden te weten komen hoe de vroedvrouwen van het Sint-Vincentius hier tegenover staan.

We sloten het interview af met enkele vragen over hun mening betreffende de opleiding vroedkunde. Concreet vroegen we hen om aanbevelingen te doen en of het hen nodig lijkt om aandacht te besteden aan interculturele communicatie in de opleiding vroedkunde op hogescholen. De vragenlijst van het interview kunt u vinden onder bijlage IV.

De interviews vonden plaats tussen 15 en 25 maart 2016, op verschillende locaties. We wilden zo weinig mogelijk inspanning van de vroedvrouwen vragen, dus vandaar dat we ons telkens aanpasten aan de persoonlijke voorkeur van de vroedvrouw. Drie interviews vonden plaats op het

thuisadres van de vroedvrouw en één interview vond plaats in het ziekenhuis. De deelnemende vroedvrouwen hadden zich vrijwillig in de enquête opgegeven om deel te nemen aan het gesprek. De interviews duurden tussen 30 minuten en 1:15 uur.

### **1.3. Interviews met medewerkers van Karel De Grote-hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen**

Uit de rondvraag bij de hogescholen bleek dat er bij de meeste hogescholen geen of weinig aandacht wordt besteed aan talen en interculturele communicatie. Omdat de antwoorden via e-mail nogal beperkt waren, concludeerden we dat mondelinge interviews noodzakelijk waren om meer inzicht te krijgen in de opleiding vroedkunde. Vandaar dat we besloten om met een opleidingshoofd en/of praktijklector het thema en de opleiding vroedkunde te bespreken.

We deden beroep op de enquêtes om de hogescholen te selecteren voor de interviews. Daaruit bleek dat de meeste vroedvrouwen gestudeerd hadden aan de Karel de Grote-Hogeschool. Op de tweede plaats staat Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen, waar enkele vroedvrouwen hun opleiding hebben genoten. Daarom dat we ervoor kozen om het opleidingshoofd en/of praktijklector van die hogescholen te interviewen.

De vragen die we stelden, zijn terug te vinden in bijlage V. Net zoals bij de vroedvrouwen, maakten we hier ook gebruik van halfopen interviews. We hadden een lijst van vijf vaste vragen. Aan de hand van de vragenlijst wilden we te weten komen of de studenten medische termen in het Frans en/of Engels aangeleerd krijgen (al dan niet in een apart taalvak) en hoe ze de studenten voorbereiden op diversiteit in de samenleving. Daarnaast kwam de achtergrond van de docenten die het thema behandelen aan bod. Ten slotte wilden we achterhalen of het curriculum kan of moet worden aangepast aan de toenemende diversiteit in de maatschappij.

We interviewden het opleidingshoofd van Karel de Grote-Hogeschool op 25 maart 2016 en de praktijklector van Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen op 14 april 2016. Bijkomend deden we nog een open interview met de trajectbegeleidster van vroedkunde van AP op 21 april 2016, omdat zij meer op de hoogte was van het huidige en toekomstige curriculum van vroedkunde. Alle interviews duurden ongeveer 20 minuten.

## 2. Verwerking van de gegevens

Voor de verwerking van de gegevens die we verkregen door de rondvraag, gebruikten we geen specifiek computerprogramma. Aangezien het slechts om tien e-mails ging, hebben we de e-mails gelezen en samengevoegd tot één tekst bij de resultaten. Eén hogeschool, Artevelde, heeft ons geen antwoord gegeven en daarom namen we de informatie over hun curriculum over van de website van de hogeschool.

De papieren enquêtes voerden we eerst handmatig in in Qualtrics. Eén van ons voerde de enquêtes in, en de andere vergeleek de papieren versie met de gegeven antwoorden. Zo bouwden we een controle in om zeker te zijn dat er geen fouten gebeurden tijdens de invoering van de data. Op die manier verkregen we een database waarin we alle vragenlijsten elektronisch konden raadplegen en verwerken. Vervolgens hebben we de data overgezet naar SPSS, een statistisch computerprogramma, voor de analyse.

Voor een deel van de vragen was het noodzakelijk om de antwoorden te coderen. Dit betekent dat we de kwalitatieve data (antwoorden op open vragen) moesten omzetten naar data waarmee we bewerkingen konden uitvoeren. Concreet groepeerden we voor die vragen de antwoorden en kenden we ze een code toe. Bijvoorbeeld bij de opleidingsvraag bestudeerden we de antwoorden en bundelden we dezelfde opleidingen in een bepaalde code. Zo kwamen we tot drie codes voor die vraag. De bachelor vroedkunde kreeg code 1, een combinatie van vroedkunde en verpleegkunde code 2, en andere opleidingen code 3. Dezelfde methode gebruikten we bij vraag 4, 10, 15 en 16.

Voor de verwerking van de interviews van de vroedvrouwen maakten we een onderscheid tussen het interview met de adjunct en de vier vroedvrouwen die zich vrijwillig opgaven in de enquête. De doelen van de interviews waren namelijk verschillend: het interview met de adjunct was een verkennend gesprek om te weten te komen of er daadwerkelijk wel communicatieproblemen zijn. De interviews met de vroedvrouwen daarentegen dienden om een antwoord op onze onderzoeksvraag te krijgen.

De vijf interviews werden eerst getranscribeerd en vervolgens hebben we het interview met de adjunct besproken bij de resultaten door de belangrijkste punten aan te halen. Hierbij maakten we geen gebruik van specifieke software.

Voor de vier interviews met de vroedvrouwen deden we beroep op QSR Nvivo 10, een programma om kwalitatieve (tekstuele) data te analyseren.



Nadat we de uitgeschreven interviews invoegden in het programma, startten we met een eerste fase van het coderingsproces: het open coderen. In die fase kenden we aan elk relevant tekstfragment een code toe. We maakten gebruik van de inductieve methode: het codeboek ontstond gaandeweg, de labels werden niet op voorhand vastgesteld. Bijvoorbeeld als de vroedvrouw sprak over vertalingen door collega's, kreeg dat tekstfragment de code 'niet-professionele tolken'.

Het kwam voor dat bepaalde fragmenten onder meerdere codes hoorden. Sommige fragmenten werden dus meermaals gecodeerd onder verschillende categorieën. Bovendien ontstonden er ook subcodes doorheen het coderingsproces. Onder de hoofdcode 'aanbevelingen' maakten we bijvoorbeeld een onderscheid tussen 'aanbevelingen voor het ziekenhuis' en 'aanbevelingen voor de opleiding'. Zo namen we elk interview door en kwamen we tot een codeboek waar alle relevante informatie van de vier interviews in opgenomen werd. Kortom, tijdens deze fase van het open coderen filterden en ordenden we de informatie.

Tijdens de volgende fase, het axiaal coderen, kwamen we tot de vaststelling dat de tekstfragmenten in sommige categorieën nog te divers waren. Daarom besloten we om in die codes subcodes aan te maken. Een voorbeeld hiervan is de code 'tolken'. We maakten daarin al een onderscheid tussen 'professionele tolken' en 'niet-professionele tolken'. In de tweede fase van het coderingsproces zagen we dat we binnen die twee laatste codes nog een subcode moesten aanmaken waarin we de meningen over de tolken bundelden, namelijk 'meningen, ervaringen, gedachten'. Met andere woorden, het codeboek werd dus uitgebreid met specifiekere subcodes tijdens het axiaal coderen.

Het resultaat aan het einde van de codering in Nvivo was een codeboek met vijf hoofdcodes:

- Taalbarrière
- Cultuurbarrière
- Persoonlijke ervaring
- Voorbereiding vanuit de opleiding
- Aanbevelingen

Alle hoofdcodes kregen subcodes, behalve 'voorbereiding vanuit de opleiding'. De subcodes werden bij de code 'taalbarrière' verder opgesplitst, omdat dat aspect het vaakst aan bod kwam tijdens de interviews. Het volledige codeboek staat in bijlage VI.

Nadat het codeboek tot stand kwam, gingen we over naar de laatste fase van het codeerproces: het selectief coderen. Tijdens deze fase zochten we een antwoord op de onderzoeksvraag met behulp van de vijf hoofdcategorieën. We analyseerden elke code en de bijhorende subcodes door te kijken welke elementen het meeste voorkwamen in de interviews. We bekeken ook hoe die onderling in verhouding tot elkaar stonden (bijvoorbeeld een taalbarrière werd veel vaker genoemd dan een cultuurbarrière). Ook keken we of de antwoorden op de vragen neigden naar dezelfde richting (bijvoorbeeld over het gebruik van professionele tolken).

Om dan uiteindelijk een helder beeld te krijgen van de problematiek, herlazen we grote delen van de interviews. Op die manier konden we ons beschrijvend onderzoek staven met voorbeelden uit de praktijk, met situaties die de vroedvrouwen ervaren tijdens de uitoefening van hun beroep. Bovendien controleerden we of de informatie uit de interviews strookte met de antwoorden uit de enquêtes. We wisten bijvoorbeeld uit de enquête dat de vroedvrouwen zich vanuit de opleiding niet voldoende voorbereid voelen om helder te communiceren met personen van een andere culturele gemeenschap. Wanneer we dan de tekstfragmenten onder de code 'aanbevelingen' bekeken, zagen we dat ze ook een wijziging in de opleiding wensten.

Doorheen deze fase merkten we ook dat we een stap verder zijn gegaan dan wat we oorspronkelijk te weten willen komen. Niet alleen de onderzoeksvraag kreeg een antwoord, ook de behoeften van de vroedvrouwen kwamen aan het licht (onder de code 'aanbevelingen voor het ziekenhuis').

De interviews met het opleidingshoofd vroedkunde van Karel de Grote-Hogeschool en de praktijklector en trajectbegeleidster van vroedkunde van Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen verwerkten we ook in Nvivo. De codeerboom hiervan staat onder bijlage VII.

## Resultaten

---

Analoog met het onderdeel 'dataverzameling' bij de methode splitsen we de resultaten ook op in drie onderdelen. We bespreken eerst de resultaten die we verkregen door de rondvraag per e-mail bij de hogescholen. Vervolgens behandelen we de data die we bekwamen door de enquêtes van de vroedvrouwen en nadien volgt de verwerking van de interviews. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de verwerking van de interviews met het opleidingshoofd vroedkunde (KDG), de praktijklector verloskunde en gezondheidspromotie (AP) en de trajectbegeleidster vroedkunde (AP).

### 1. Rondvraag hogescholen

In alle bacheloropleidingen vroedkunde komt het thema interculturele communicatie aan bod, maar niet altijd als een volwaardig opleidingsonderdeel.

In drie van de negen hogescholen, Hogeschool PXL, Odisee en UC Leuven-Limburg is er een verplicht, apart vak binnen de opleiding vroedkunde. Daarin verwerven studenten kennis en inzicht over de diverse samenleving. De georganiseerde vakken zijn:

- Hogeschool PXL: vroedvrouwen in de diverse samenleving
- Odisee: internationale en interculturele oriëntatie
- UC Leuven-Limburg: culturele diversiteit

Bovendien nemen Odisee en UC Leuven-Limburg bijkomende initiatieven rond internationalisering voor de studenten vroedkunde. Als de studenten vroedkunde van UC Leuven-Limburg een buitenlandse stage willen doen, zijn ze verplicht om het vak 'op weg naar het zuiden' op te nemen. Dat vak bereidt hen voor op een internationale context. Odisee organiseert jaarlijks enkele themadagen voor vroedkunde rond interculturele communicatie. Dit jaar (2015-2016) draaiden de dagen rond het thema vrouwenbesnijdenis.

Thomas More biedt ook een apart vak aan waarin studenten vroedkunde culturele competenties kunnen verwerven, genaamd 'interculturele zorg'. Dat opleidingsonderdeel is echter een keuzevak. In de andere hogescholen vormt culturele diversiteit geen apart opleidingsonderdeel in het curriculum vroedkunde. Dat thema zit verwerkt in andere, verplichte opleidingsonderdelen. De Katholieke Hogeschool VIVES besteedt bijkomend aandacht aan diversiteit tijdens een projectweek binnen de opleiding vroedkunde. Twee dagen van die week staan in het teken van interculturele communicatie. Met andere woorden, in vijf van de negen hogescholen is er geen op zichzelf staand, verplicht opleidingsonderdeel over interculturele

communicatie voor studenten vroedkunde. In de rondvraag per e-mail verantwoordde geen enkele hogeschool waarom ze geen vak rond interculturele communicatie organiseert binnen de opleiding vroedkunde.

Ook wat betreft de talen Engels en Frans zijn er verschillen tussen de hogescholen. Enkel aan de UC Leuven-Limburg hogeschool is Frans een verplichte opleidingsonderdeel in het eerste en tweede jaar vroedkunde. Vanaf volgend academiejaar (2016-2017) zullen 'medisch Engels' en 'medisch Frans' verplichte vakken zijn aan de Katholieke Hogeschool VIVES. Nu zijn die nog optioneel.

Aan Thomas More kunnen studenten 'medisch Engels' opnemen als keuzevak. De coördinator van de opleiding vroedkunde van Thomas More campus Lier, haalt aan dat er geen ruimte is in de bacheloropleiding om taalvakken te verplichten. Als studenten vroedkunde van Odisee op buitenlandse stage willen gaan, zijn ze verplicht om een talencursus te volgen. Die is afhankelijk van het land waar ze de stage zullen lopen. Aan het einde van de cursus moeten ze een test afleggen om een attest behalen.

In de opleiding vroedkunde van de overige vijf hogescholen kunnen studenten vroedkunde geen taalvakken volgen. De verantwoording van Thomas More werd hierboven al vermeld. De Erasmushogeschool Brussel gaf ook nog een reden aan in de e-mail. Zij gaan ervan uit dat taalcompetenties al verworven zijn in het secundair onderwijs.

## 2. Enquêtes en interviews bij de vroedvrouwen

### 2.1. Verkennend gesprek met adjunct kraamafdeling en verloskamer

Uit het gesprek met de adjunct verloskamer en kraamafdeling kwamen enkele belangrijke zaken naar voren die aantonen hoe de communicatie met allochtone patiënten op de kraamafdeling verloopt.

Allereerst vormt de taal een groot probleem. Patiënten op de kraamafdeling hebben verschillende nationaliteiten: Serviërs, Kroaten, Irakezen, Afghanen, Indiërs, Fransen ... Het zijn slechts enkele voorbeelden. Met de Joodse gemeenschap ondervinden de vroedvrouwen weinig tot geen problemen. Joden spreken bijna altijd Nederlands of ze kunnen Engels of Frans.

De adjunct geeft aan dat de vroedvrouwen niet van iedereen kunnen verwachten dat ze de Nederlandse taal beheersen, zeker niet met de vluchtelingenproblematiek. Toch nuanceert ze dat beeld, omdat ze verwachten van patiënten die hier al enkele jaren verblijven, dat die de taal ondertussen spreken.

*“Wij maken ons soms wel wat lastig in iemand die hier een vijfde kind komt baren en die niet de taal kent hé.”*

Bijkomend geeft ze ook aan dat de diversiteit de afgelopen 25 jaar alleen maar is toegenomen. Het ziekenhuis beschikt niet over cijfers van die waargenomen evolutie, omdat de geboortes worden opgenomen in een schriftelijk bevallingsboek (ze bewaren die dus niet in elektronische databanken).

Wanneer er zich communicatieproblemen voordoen, beroepen de vroedvrouwen zich op eenvoudige prenten en pictogrammen. Bijkomend maken ze ook gebruik van gebarentaal. Wanneer dat niet voldoende is om de patiënte zo goed mogelijk te helpen of indien er sprake is van een medisch alarmteken (bijvoorbeeld koorts), doen ze beroep op tolken. Het ziekenhuis beschikt hiervoor over een tolkenlijst, bestaande uit onder andere verpleegsters die een vreemde taal beheersen. Als er intern geen tolk beschikbaar is, dan doen ze beroep op de Vlaamse Tolkentelefoon Ba-bel<sup>5</sup>. Dat verloopt dan telefonisch en neemt veel tijd in beslag. Er is in het ziekenhuis ook een interculturele bemiddelaar aanwezig, maar daar werd volgens haar nog geen beroep op gedaan. Het komt voor dat de oudste kinderen van de patiënte soms meekomen om op te treden als tolk, maar dat is geen ideale situatie.

Verder geeft de adjunct ook aan dat de taalproblemen zich ook vertalen in een andere perceptie van de job. Patiënten die de taal niet spreken, vragen enorm

---

<sup>5</sup> Een dienst die gratis tolkhulp verschaft aan dienst- en hulpverlenende organisaties.

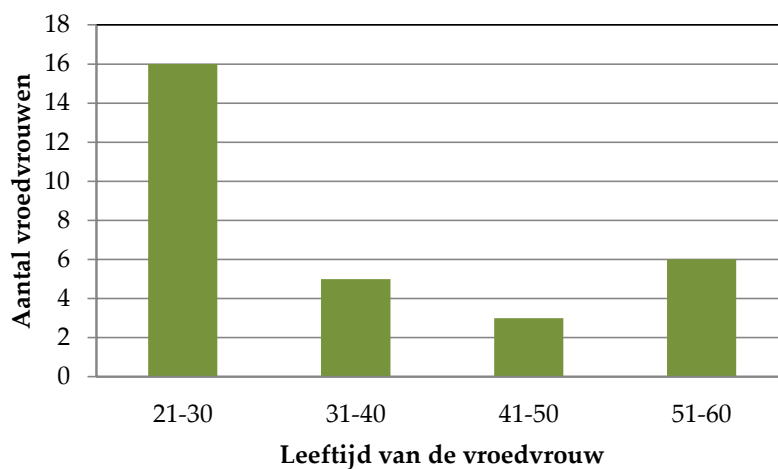
veel geduld en tijd van de vroedvrouwen, wat dikwijls frustrerend is. Ook krijgen vroedvrouwen niet dezelfde feedback als vroeger. Mensen knikken wel of nemen de hand van de vroedvrouw eens vast, maar het is moeilijk om een gesprek te voeren met de patiënte. Het is éénrichtingscommunicatie.

Hoe vroedvrouwen omgaan met communicatieproblemen op de werkvloer, verschilt ook naar gelang hun ervaring. Pas afgestudeerden worden in het begin minstens een week dubbel op de gang gezet, zodat ze kunnen leren hoe meer ervaren vroedvrouwen dergelijke problemen oplossen. Vroedvrouwen met ervaring weten namelijk beter hoe ze situaties met allochtonen moeten aanpakken. Tot slot haalde de adjunct aan dat ze op de werkvloer geen verscherping van de interculturele competenties merkt bij pas afgestudeerden. Die zouden in de opleiding vroedkunde verworven zijn.

## 2.2. Enquêtes

### Beschrijving onderzoekseenheden

In totaal namen 30 van de 47 vroedvrouwen deel aan de enquête. De deelnemers zijn tussen 21 en 58 jaar oud en de gemiddelde leeftijd bedraagt 35 jaar.



*Figuur 3.* Verdeling leeftijd deelnemende vroedvrouwen

Bovenstaande grafiek toont aan dat alle leeftijdscategorieën vertegenwoordigd zijn onder het personeel. De meerderheid van de bevroegde vroedvrouwen is jong: 50% van hen is 27 jaar of jonger. Het aantal jaren ervaring dat ze hebben, is dus ook zeer uiteenlopend. De jongste vroedvrouw heeft vier maanden werkervaring. De oudste vroedvrouw (58 jaar) werkt het langst in haar

functie, namelijk 38 jaar. De 30 deelnemende vroedvrouwen zijn tezamen goed voor maar liefst 352,6 jaar aan ervaring.

De meeste vroedvrouwen studeerden aan Karel de Grote-Hogeschool Antwerpen, namelijk 63,3%. Gezien de locatie van het ziekenhuis, is dat resultaat zoals verwacht. 16,7% heeft aan een hogeschool gestudeerd die niet in de antwoordenlijst was opgenomen. Drie vroedvrouwen studeerden aan Sint-Vincentius Antwerpen, wat de huidige Karel de Grote-Hogeschool Antwerpen is. Eén vroedvrouw studeerde aan het Sint-Berlindisinstituut, wat sinds de jaren negentig ook deel uitmaakt van de Karel de Grote-Hogeschool Antwerpen. Eén vroedvrouw volgde haar opleiding vroedkunde aan het Sint-Aloysiusinstituut in Lier. Met andere woorden, 23 van de 30 ondervraagden volmaakten hun studies aan hetzelfde instituut, namelijk Karel de Grote-Hogeschool Antwerpen.

10% van de ondervraagden volgde een bacheloropleiding aan de Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen.

Tabel 1. Instellingen waar de vroedvrouwen hun opleiding genoten

	Aantal	Percentage
Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen	3	10,0
Karel de Grote-Hogeschool	19	63,3
Katholieke Hogeschool VIVES	1	3,3
Odisee	1	3,3
Thomas More	1	3,3
Ander:	5	16,7
Totaal	30	100,0

Op twee vroedvrouwen na, hebben alle deelnemers de opleiding vroedkunde gevolgd. 19 vroedvrouwen hebben een diploma bachelor in de vroedkunde. De combinatie van een opleiding verpleegkunde met vroedkunde is ook mogelijk: 9 vroedvrouwen hebben twee of drie jaar verpleegkunde gestudeerd en die opleiding aangevuld met vroedkunde. Van de overige twee vroedvrouwen is niet geweten welke opleiding ze hebben gevolgd. Zij vulden de open vraag in met 'hoger onderwijs' en 'conservatorium en hogeschool', vandaar dat we hun precieze achtergrond niet kunnen bepalen.

### **Migratie**

Omdat er geen cijfers en statistieken beschikbaar zijn over het aantal allochtone patiënten in het ziekenhuis, vroegen we de vroedvrouwen om een inschatting te maken. 80% van de deelnemende vroedvrouwen ziet een toename in het aantal patiënten van een andere culturele gemeenschap tijdens de afgelopen vijf jaar. Het merendeel onder hen, namelijk 17 vroedvrouwen,

schat dat er een stijging is tussen 20% en 50%. Zes van de ondervraagden denkt dat de toename minder dan 20% bedraagt en drie vroedvrouwen schatten de evolutie als een stijging tussen 51% en 80% in. Vier vroedvrouwen lieten de vraag blanco, omdat zij geen verandering zien. Dat komt waarschijnlijk doordat zij nog maar tussen de vier maanden en drie jaar werkzaam zijn als vroedvrouw.

### **Cultuur-en taalbarrière**

28 van de 30 deelnemende vroedvrouwen geven aan dat ze op de werkvloer communicatieproblemen moeten oplossen die veroorzaakt worden door een cultuurbarrière. Uit de literatuurstudie blijkt dat onze samenleving steeds meer divers wordt en dat het daarom onvermijdelijk is dat verschillende culturen met elkaar in contact komen. Dat kan zorgen voor de nodige problemen tijdens de communicatie. De vroedvrouwen bevestigen dus dat er wel degelijk een cultuurbarrière is tijdens de communicatie met allochtone patiënten op de kraamafdeling.

De cultuurbarrière heeft verschillende oorzaken. Ten eerste geeft 66,7% aan dat de barrière veroorzaakt wordt door een verschil in gewoontes. Gewoontes duiden hier op dagelijkse gebruiken zonder specifieke betekenis.

Ten tweede kan de omgeving van de patiënte ook een cultuurbarrière veroorzaken. Familie en vrienden beïnvloeden de patiënte en soms kan het zijn dat hun richtlijnen niet stroken met die van onze Westerse zorg. Vandaar dat de invloed van de omgeving een cultuurbarrière teweeg kan brengen. 63,3% van de vroedvrouwen kan zich hierin vinden.

Over rituelen en een gebrek aan medische kennis zijn de meningen verdeeld. 56,7% van de ondervraagden ervaart dat rituelen een bron zijn van een cultuurbarrière. Hetzelfde aantal vroedvrouwen geeft aan dat de beperkte medische kennis een oorzaak is. Hiermee wordt bedoeld dat sommige allochtone patiënten minder anatomische basiskennis hebben (in vergelijking met een autochtone doelgroep).

Kortom, in de enquête identificeren we vier oorzaken van een cultuurbarrière (waarvan de eerste twee het meest voorkomend zijn):

- Gewoontes
- Invloed van de omgeving
- Rituelen
- Gebrek aan medische kennis

Over de taalbarrière zijn ze unaniem: elke ondervraagde vroedvrouw wordt geconfronteerd met een taalbarrière tijdens de communicatie met allochtone



patiënten. De culturele gemeenschappen waarbij ze moeilijkheden qua taal ervaren, zijn zeer divers. In Antwerpen woont een aanzienlijk aantal Joden, maar met die gemeenschap ervaren de vroedvrouwen over het algemeen geen problemen. Slechts twee vroedvrouwen vinden dat er sprake is van een taalbarrière met die cultuur.

De Turkse gemeenschap wordt het vaakst genoemd als de vroedvrouwen een cultuur moeten aanduiden. 96,7%, of 29 van de 30 ondervraagden, ervaart met die bevolking een taalprobleem. Op de tweede plaats staat de Marokkaanse gemeenschap waarbij 90% van de vroedvrouwen met een taalbarrière geconfronteerd wordt. 73,3% duidt aan dat ze taalproblemen ondervindt met vluchtelingen (geen nationaliteit gespecificeerd).

De patiënten die afkomstig zijn van Oost-Europese landen zoals Polen, Bulgarije, Roemenië en Rusland vormen ook een uitdaging voor de helft van de vroedvrouwen op gebied van taal.

23% van de respondenten ervaart taalproblemen bij de communicatie met Chinezen, Japanners, Thai, Tibetanen en Nepalezen. Op de laatste plaats van de rangschikking staan allochtonen die afkomstig zijn van Somalië en Spaans- en Portugeessprekende landen. Die groepen worden respectievelijk telkens door één vroedvrouw aangehaald.

Wanneer de vroedvrouwen in een situatie zitten waarbij de communicatie bemoeilijkt wordt door een taalbarrière, doet 63,3% van hen beroep op een tolk.

### **Moeilijkheden persoonlijk ervaren door de vroedvrouwen**

77% van de ondervraagde vroedvrouwen vindt de taalbarrière het moeilijkste aspect bij de verlening van zorg van allochtone patiënten. Onder de taalbarrière wordt gesproken taal verstaan, met andere woorden dat beide partijen geen gemeenschappelijke taal hebben.

*“Je bent beperkt in het geven van info aan de patiënt. Ook zichzelf kan niet al haar problemen uitleggen, waardoor er soms dingen verloren gaan.”*

*“De taal. Als er onderling respect en begrip is na een gesprek, is er minder kans op misverstanden en draagt het bij tot een adequate zorgverlening aan de hulpvraag.”*

Vijf vroedvrouwen geven aan dat het niet altijd evident is om zorg te verlenen door de diverse culturele achtergronden van de patiënten. Het komt voor dat één van de of beide partijen (patiënte en vroedvrouw) weinig of geen voeling

hebben met de gewoontes en manier van zorgverlening van elkaars cultuur. Dat bemoeilijkt de communicatie en de zorgverlening.

*“Het soms niet naast elkaar kunnen bestaan van enerzijds hun gewoontes en anderzijds onze manier van werken in het ziekenhuis.”*

De beleving van de bevalling en de nazorg zijn heel cultuurgebonden. Eén vroedvrouw haalt aan dat er culturen zijn waarbij de hele familie betrokken wordt bij de geboorte. Dat kan een rustige bevalling in de weg staan. De omgeving van de patiënte kan er bovendien voor zorgen dat de moeder foutieve informatie krijgt die tegenstrijdig is met de raad van de vroedvrouwen.

Een andere uitdaging volgens twee vroedvrouwen is het vertrouwen winnen van de patiënte wanneer er een cultuur- en/of taalbarrière is. Het is niet evident om een vrouw in arbeid dan op haar gemak te stellen.

#### **Aanpak om cultuur- en taalbarrière te overbruggen**

Vanuit het ziekenhuis bestaat de mogelijkheid om beroep te doen op een interculturele bemiddelaar om communicatieproblemen aan te pakken met allochtone patiënten. Ook al ervaren alle vroedvrouwen dergelijke problemen, toch deden slechts zes vroedvrouwen al eens beroep op een interculturele bemiddelaar. Bij de vraag om een voorbeeld te geven van zo'n situatie, gaven vier vroedvrouwen aan dat die persoon optrad als tolk. Bijkomend werd nog door één van hen de bemiddelaar ingeroepen voor communicatie rond het respecteren van de bezoeken. De overige twee vroedvrouwen schakelden de bemiddelaar in bij communicatie over een afwijking van de pasgeborene en een doodgeboorte.

Als vroedvrouwen er zelf niet in slagen om de cultuur- en/of taalbarrière te overbruggen met bijvoorbeeld gebarentaal, doen ze beroep op andere mensen. In eerste instantie roepen ze de hulp in van familie van de patiënte (18 van de 30 respondenten). Die kunnen aanwezig zijn in het ziekenhuis op dat moment. Indien dat niet het geval is, kunnen ze telefonisch gecontacteerd worden.

In tweede instantie doen 16 van de 30 vroedvrouwen beroep op collega's om te vertalen. Dat zijn collega's van de eigen dienst. Professionele tolken worden ingeschakeld door 12 van de ondervraagde vroedvrouwen, en staan zo op de derde plaats. Enkele vroedvrouwen halen aan dat de inschakeling van een professionele tolk voor hen de laatste oplossing is. Eén vroedvrouw geeft aan dat die oplossing tijdrovend is.

Op collega's van een andere afdeling doen sommigen ook beroep, namelijk 10 van de ondervraagde vroedvrouwen halen dat aan. De vroedvrouwen roepen hen in, omdat ze dezelfde taal spreken of dezelfde culturele achtergrond hebben als de patiënte.

Kennissen en burens worden veel minder ingezet als tolk: slechts 6 van de 30 vroedvrouwen roepen de hulp in van die personen. Drie vroedvrouwen gaan te rade bij andere patiënten. Twee vroedvrouwen geven ook de sociale dienst aan, één vroedvrouw vernoemt Google Translate en één vermeldt de interculturele bemiddelaar.

Ook al roepen vroedvrouwen vaak de hulp in van andere mensen om communicatieproblemen te overbruggen, toch geven ze aan dat die methode niet altijd optimaal is.

*“Als de tolk een vrouw is (zus, schoonzus) lukt het wel. Als de man of schoonbroer moet vertalen, is het al veel moeilijker, het gaat immers over delicate onderwerpen (borsten, vagina, ...). Ik heb ook dikwijls het gevoel dat niet alles volledig en juist vertaald wordt. Het grote probleem is bij een moeilijke borstvoeding of bij andere problemen zoals het overlijden van een kindje. Als je dan met een emotioneel betrokken tolk moet werken, is dat heel moeilijk. Ik heb vaak het gevoel dat ik deze mensen niet kan begeleiden zoals ik anderen begeleid. Emotie en empathie zijn moeilijk te vertalen.”*

### **Gevoelens en attitudes**

De meningen van de vroedvrouwen zijn over het algemeen samenhangend als het gaat over hun gevoelens en attitudes rond communicatie met allochtone patiënten. Dat valt af te leiden uit de cijfers van tabel 2.

Tabel 2. Aantal antwoorden per antwoordmogelijkheid per vraag

	Helemaal mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal mee eens
Ik voel me vanuit mijn opleiding voldoende voorbereid om communicatieproblemen met personen van andere culturele gemeenschappen op te lossen.	5	11	9	3	2
Ik voel me bekwaam om cultuurbarrières in communicatie met patiënten van een andere culturele gemeenschap te overbruggen.	0	3	9	16	2
Ik voel me bekwaam om taalbarrières in communicatie met patiënten van een andere culturele gemeenschap te overbruggen.	1	6	10	12	1
Een cultuurbarrière met een patiënt kan een negatieve impact hebben op de kwaliteit van de zorg die ik verleen.	2	7	3	12	6
Een taalbarrière met een patiënt kan een negatieve impact hebben op de kwaliteit van de zorg die ik verleen.	1	1	1	16	11

De meerderheid van de respondenten (16) voelt zich vanuit de opleiding niet voldoende voorbereid om communicatieproblemen met allochtone patiënten op te lossen. Dat bevestigt het vermoeden dat de opleiding vroedkunde de studenten niet voldoende voorbereid op communicatie met allochtone patiënten.

De meerderheid van de vroedvrouwen (18) voelt zich wel bekwaam om een cultuurbarrière te overbruggen. Dat resultaat hangt samen met de vraag over de interculturele bemiddelaar waaruit bleek dat ze die persoon weinig inroepen. Bijkomend voelen 13 vroedvrouwen zich competent om zorg te verlenen, ondanks de aanwezigheid van een taalbarrière.

Meer dan de helft (18) van de ondervraagden is van mening dat een cultuurbarrière een negatieve impact kan hebben op de kwaliteit van de zorg. Belangrijk voor dit onderzoek is dat 27 van de 30 vroedvrouwen vinden dat een taalbarrière de kwaliteit van de zorg doet dalen.

Wanneer het gaat over de jobperceptie, neigen de meeste meningen in dezelfde richting, hoewel het toch om een zeer persoonlijke ervaring gaat. De helft van de deelnemers vindt communicatieproblemen, die optreden bij de behandeling van een allochtone patiënte, eerder frustrerend. 6 vroedvrouwen ervaren het als een boeiende uitdaging. Aanvullend zijn er 12 vroedvrouwen die zo'n situatie vervelend vinden. Acht vroedvrouwen vinden het verrijkend.

Een belangrijk gegeven dat uit de resultaten van de semantische differentiaal naar voren komt, is de impact op de jobtevredenheid. Bij 16 vroedvrouwen leiden communicatieproblemen met allochtone patiënten tot een daling van de jobtevredenheid. Slechts vier personen ervaren het als iets wat bijdraagt aan hun jobtevredenheid. Bij de vragen over de jobperceptie was telkens één derde van de vroedvrouwen neutraal in hun antwoord.

### 2.3. Interviews met de vroedvrouwen

De geïnterviewde vroedvrouwen bevestigen de resultaten van de enquête over de taalbarrière. Alle vier vinden ze dat de taal de grootste oorzaak is van stoeve communicatie met allochtone patiënten. Ze merken ook cultuurverschillen, maar die belemmeren hen minder in de zorgverlening dan wanneer er geen gemeenschappelijke taal is.

*“Cultuur kan je uitleggen als je de taal hebt. Dan kan je dat verduidelijken. Maar als je geen taal hebt, kan je uw cultuur ook niet verduidelijken.”*

#### **Gevolgen van de taalbarrière**

Het gebrek aan wederzijds begrip is een eerste gevolg van de taalbarrière dat door de vier vroedvrouwen wordt aangehaald. De Westerse gezondheidszorg is heel gemedicaliseerd, waardoor het voor allochtone patiënten vaak een vreemde wereld is waar ze in terecht komen. Dat verkleint de kans dat de patiënten boodschap juist begrijpen. Wanneer een vrouw bijvoorbeeld een spoedkeizersnede moet ondergaan, is het volgens vroedvrouw C heel moeilijk om duidelijk te maken wat er aan de hand is.

Vroedvrouw D geeft daarnaast aan dat informatie geven één van de belangrijkste aspecten is van zorgverlening in de sector. Door een taalbarrière gaat dat proces veel moeizamer, waardoor de patiënte niet altijd de informatie krijgt zoals de vroedvrouw die zou willen geven. Bovendien zijn de vroedvrouwen ook nooit 100% zeker dat de informatie goed begrepen wordt door de patiënte. Drie vroedvrouwen zijn hier onzeker over, de vierde vroedvrouw geeft aan dat het non-verbale gedrag van de patiënte een indicator is van begrip.

*“Dat zie je dan ook wel aan mensen hun gelaatsuitdrukking, van ja, ze hebben het begrepen.”*

Verder is het de gewoonte op de kraamafdeling dat patiënten bellen als ze hulp nodig hebben bij de verzorging van de baby. Allochtone patiënten die de taal van de vroedvrouw niet spreken, zijn minder geneigd om te bellen. De reden daarvoor is dat ze hun hulpvraag niet duidelijk via taal kunnen overbrengen, aldus vroedvrouw C.

Wanneer er zich een taalbarrière voordoet, doen de vroedvrouwen en patiënten vaak beroep op niet-professionele tolken (vrienden, collega's, familie, kennissen), zoals ook uit de enquêtes blijkt. Een tweede gevolg van de taalbarrière is dat de vertalingen dan niet altijd correct zijn. Zo geven drie van de vier geïnterviewden het voorbeeld dat wanneer ze een lange uitleg doen,

die soms veel korter wordt vertaald. Hierdoor gaat er volgens hen informatie verloren en weten ze daardoor niet of alles vertaald werd.

Uit de literatuur en de enquêtes blijkt dat de taalbarrière een negatieve impact kan hebben op de kwaliteit van de zorg. Die resultaten worden niet bevestigd in de interviews. Toen er gevraagd werd om specifieke voorbeelden te geven van dergelijke situaties, kon geen enkele vroedvrouw een concreet voorval aanhalen.

De voorbeelden die ze aanhaalden van miscommunicatie hadden daarentegen geen zware gevolgen. Zo geeft vroedvrouw A het volgende voorbeeld uit haar loopbaan. Toen zij de raad gaf aan een Chinees koppel om de baby meer bloot te stellen aan daglicht, werd dat verkeerd begrepen door de ouders. Ze stonden de hele dag met de baby letterlijk in hun armen bij het raam, terwijl de vroedvrouw eigenlijk bedoelde dat ze de wieg bij het raam moesten zetten. Ook vroedvrouw C ervaaarde in haar carrière miscommunicatie door een taalbarrière. Een patiënte in arbeid probeerde uit te leggen dat ze een epidurale verdoving wou door het gebaar van een prik in de arm te maken. Zij en haar collega begrepen niet wat de patiënte bedoelde en ook de partner slaagde er niet in om de boodschap over te brengen. Pas toen er de volgende dag iemand van de familie werd ingeroepen om te vertalen, bleek dat de patiënte een epidurale verdoving wou.

Met andere woorden, dergelijke miscommunicatie heeft geen grote, negatieve gevolgen gehad voor de zorgverlening. Ze hadden eerder gevolgen voor de gevoelens van de vroedvrouwen. Twee vroedvrouwen geven aan dat ze het vooral jammer vinden voor de patiënten zelf wanneer ze merken dat die hun uitleg niet begrijpen (en omgekeerd). Een bevalling is tenslotte een ingrijpende gebeurtenis in het leven van een vrouw en de vroedvrouwen willen dan ook dat de geboorte zo vlot mogelijk verloopt.

*“Als je vraagt aan elke vrouw om over de bevalling te vertellen, over haar verblijf, ze zal echt elk detail kunnen weergeven. [...] Dat filmpje zal haar de rest van haar leven bijblijven. [...] Frustratie voor mezelf heb ik niet, maar ik vind het wel jammer voor die mensen.”*

### **Oplossingen om de taalbarrière te overbruggen**

Tijdens de interviews haalden de vroedvrouwen verschillende manieren aan waarmee ze de taalbarrière overbruggen. Als ze zelf proberen om iets te verduidelijken, dan geven ze aan andere talen dan het Nederlands, lichaamstaal en/of schriftelijke communicatie te gebruiken.

De keuze van de aanpak is zeer persoonlijk. Zo hebben twee van de ondervraagden een andere culturele achtergrond, waardoor ze meerdere opties hebben qua talen. Spaans, Portugees, Berbers, Marokkaans, Arabisch zijn de talen die ze uitproberen bij de patiënte. Vaak proberen ze een combinatie hiervan.

Alle vroedvrouwen gebruiken lichaamstaal in de communicatie met allochtonen wanneer er een taalbarrière is. Uit de interviews komt dat als voornaamste oplossing naar voren, omdat het volgens hen universeel is. Met lichaamstaal bedoelen ze gebarentaal (uitleg met handen en voeten) en mimiek (uitstraling). De vroedvrouwen hebben de indruk dat het op die manier meestal lukt om de boodschap over te brengen. Toch is lichaamstaal niet altijd voldoende en heeft de methode ook tekortkomingen. Specifieke, medische termen, zoals urineweginfectie en spoedkeizersnede, zijn moeilijk te vertalen in lichaamstaal.

*“Zo’n dingen zijn al meermaals voorgevallen, dat mensen echt geen woord of twee woorden spreken, en dan kan je uw zorgen heel moeilijk uitoefenen. Dan werken wij met gebaren, met hand en tand en dingen aanwijzen, maar soms gebeurt dat zelfs dat geen effect heeft en eigenlijk geen communicatiemanier is.”*

Het voorbeeld van de epidurale verdoving dat hierboven beschreven staat, sluit ook aan bij de vaststelling dat lichaamstaal niet altijd het gewenste effect heeft.

Een ander middel om een taalbarrière zelf te overbruggen, is schriftelijke communicatie. Daaronder vallen verschillende mogelijkheden. Vroedvrouwen A en C maken soms tekeningen om hun uitleg over te brengen. Bijvoorbeeld een dwarsligging van de baby in de baarmoeder werd al simplistisch getekend. Zo kon de vroedvrouw duidelijk maken welke handelingen het medische team ging uitvoeren. Ook zijn er folders over borstvoeding beschikbaar in andere talen, namelijk Frans, Engels en Arabisch. Een voorbeeld van een Arabische folder vindt u in bijlage VIII. Bijkomend is er een observatieblad om gegevens over de baby op te schrijven. Door naar de uren en tijdstippen op het blad te wijzen, kan de vroedvrouw ook informatie over brengen.

Het ziekenhuis biedt ook ondersteunende instrumenten aan die de vroedvrouwen kunnen gebruiken om de communicatie efficiënter te laten verlopen. Zo is er onder andere een model van een borst aanwezig om borstvoedingslessen te geven. Vroedvrouw C geeft aan dat te gebruiken. Verder neemt ze ook wel eens een pop erbij om bepaalde handelingen te tonen. In de verloskamer hangen bovendien cirkels van verschillende groottes



om aan vrouwen te laten zien hoeveel ontsluiting ze hebben en hoever ze dan in de arbeid gevorderd zijn.

Apps worden ook gebruikt om vertalingen te doen. Eén vroedvrouw raadpleegt dikwijls Google Translate. Een tweede vroedvrouw hoorde van een collega dat die ook eens een vertaal-app gebruikte om zaken in te spreken. Die uitleg werd dan door de app vertaald in de taal van de patiënte.

Als de vroedvrouwen de taalbarrière zelf niet kunnen overbruggen, schakelen ze andere personen in. Die groep wordt onderverdeeld in niet-professionele en professionele tolken. De eerste groep bestaat zowel uit vrienden, familieleden en kennissen van de patiënte als collega's van de vroedvrouw (personeel van het ziekenhuis). Alle vier schakelen ze die hulp in om te vertalen, wat strookt met de uitkomsten van de enquêtes. Kinderen komen soms ook mee om te vertalen, maar dan geven de vroedvrouwen aan dat ze de communicatie aanpassen.

*“Kinderen worden ingezet, maar dan moet je natuurlijk alles op kinderniveau brengen. [...] En ja, dat lukt dan ook wel.”*

Niet-professionele tolken zijn een snelle oplossing wanneer ze fysiek aanwezig zijn. Als dat niet het geval is, bellen de patiënten ze op, eventueel op vraag van de vroedvrouw zelf. Dat ervaren de vroedvrouwen als tijdrovend en het is ook niet altijd haalbaar wanneer ze snel moeten handelen. Bovendien is het niet altijd evident om collega's op te roepen om te vertalen, omdat zij ook aan het werk zijn.

Zoals hiervoor al aangehaald, twijfelen de vroedvrouwen aan de correctheid van de vertalingen door niet-professionele tolken. De kans bestaat dat er informatie verloren gaat of dat die niet juist is vertaald. Vroedvrouw C zegt dat niet-professionele tolken voor- en nadelen hebben. Enerzijds is het positief dat er iemand is die kan vertalen, anderzijds kunnen sommige onderwerpen zoals seksualiteit voor gênante situaties zorgen. Zij kwam al in een situatie terecht waarin de schoonzus van de patiënte moest vragen aan het koppel of ze geslachtsgemeenschap hebben gehad tijdens de zwangerschap (omdat de vrouw premature contracties had). De schoonzus weigerde eerst om de vertaling te doen (taboe in sommige gemeenschappen), wat niet zou voorkomen bij professionele tolken. Er is dus altijd een kans dat familieleden gegeneerd zijn om bepaalde zaken openlijk te durven vragen.

Slechts één van de geïnterviewde vroedvrouwen deed ooit al beroep op een professionele tolk van Ba-bel. Haar ervaringen waren positief, omdat de patiënten dan het gevoel hebben dat er iemand is die hen verstaat.

Bovendien moedigt dat de patiënten ook aan om zelf vragen te stellen, wat de zorgverlening ten goede komt. Het nadeel van de dienst is dat ze enkel tijdens de kantooruren bereikbaar is. Dat is een eerste reden waarom de vroedvrouwen er minder of geen gebruik van maken dan van niet-professionele tolken. Een tweede reden is dat ze nog nooit in een situatie terecht kwamen waarin professionele tolken noodzakelijk waren voor een correcte hulpverlening. Daarenboven speelt de tijdsdruk ook een rol: het kost veel tijd om iemand van Ba-bel te laten vertalen, wat niet altijd haalbaar is op een kraamafdeling.

*“Het is hier vaak een hoge werklust, dus dan heb je niet echt tijd om te wachten tot die kan komen.”*

### **Cultuurbarrière**

De beleving van de zwangerschap en de geboorte is zeer cultuurgebonden. De taalbarrière beschouwen de vroedvrouwen als de grootste hindernis, maar toch ervaren ze in hun dagelijkse routine ook cultuurverschillen. Elke cultuur heeft zijn eigen gebruiken, maar de vroedvrouwen zijn zich ervan bewust dat ze in een ziekenhuis werken in een grootstad waar veel culturen aanwezig zijn. Zo weten ze onder andere dat Moslims, Joden en Aziaten (veel vertegenwoordigd op de kraamafdeling) hun eigen gewoontes hebben en daar passen de vroedvrouwen zich aan in de mate van het mogelijke. Chinese vrouwen mogen zich bijvoorbeeld de eerste dagen na de bevalling niet wassen, terwijl dat wel een onderdeel is van de Westerse zorg. Het ziekenhuis respecteert dergelijke gebruiken, omdat die niet levensbedreigend zijn.

Vroedvrouw D zegt dat het kan voorkomen dat de verwachtingen van allochtone patiënten te hoog liggen. Zij wijt dat aan een cultuurverschil. In bepaalde culturen verwachten vrouwen dat alles voor hen gedaan wordt. In de Westerse cultuur daarentegen is het de bedoeling om mensen te stimuleren om zelf voor hun kind te zorgen. In andere culturen, voornamelijk de Marokkaanse en Turkse gemeenschap, is mantelzorg heel gebruikelijk. De vrouwen kunnen rekenen op een sterk netwerk (moeders, tantes, nichten, ...) voor ondersteuning en hulp in het huishouden. In de Westerse cultuur is dat veel minder voorkomend.

De mantelzorg heeft als gevolg dat allochtone vrouwen minder nood hebben aan gezondheidsvoorlichting en opvoeding. Ze respecteren de raad van hun familie en de gemeenschap meer dan die van de vroedvrouwen. In de enquêtes haalden de vroedvrouwen ook al aan dat de raadgevingen van andere culturele gemeenschappen niet altijd stroken met die van de Westerse cultuur, wat de communicatie ook bemoeilijkt.

*“Dat is soms meer een nadeel, omdat die zich heel vaak moeien en, omdat als je een hele uitleg hebt gedaan, over waarom het belangrijk is dat je frequent borstvoeding moet geven, dat die toch komen met hun eigen verhalen en ervaringen en dat die patiënt dan de neiging heeft om naar hen te luisteren en niet naar ons. Dat maakt het soms wel vervelend.”*

Uit de literatuur is gebleken dat taboes een vlotte communicatie in de weg kunnen staan. Dat bleek niet uit de interviews van deze casestudy. Geen van de vier vroedvrouwen kende tot nu toe problemen door taboes, omdat ze aangeven dat ze de dingen altijd benoemen zoals ze zijn. Tot op heden kreeg geen enkele vroedvrouw geschokte reacties, hoogstens een gênante situatie zoals het eerder gegeven voorbeeld.

Kortom, de geïnterviewde vroedvrouwen ervaren de cultuurbarrière niet als hinderlijk. Dat verklaart waarom slechts zes van de ondervraagde vroedvrouwen in de enquêtes aangaven dat ze al beroep deden op een interculturele bemiddelaar. Ze weten dus (in de meeste gevallen) hoe ze moeten omgaan met cultuurverschillen.

### **Persoonlijke ervaringen**

Hoe de vroedvrouwen het communicatieproces met allochtone patiënten ervaren, is zeer persoonsgebonden. Voor de ene vroedvrouw vormt die communicatie geen moeilijkheid, maar is het eerder een verrijking. Voor een andere vroedvrouw is het niet altijd evident. Veel is ook afhankelijk van het karakter van de vroedvrouw. Vroedvrouw A geeft aan dat ze van nature alles zeer plastisch uitlegt, ook in haar dagelijks leven. Vandaar dat zij zich goed kan redden met lichaamstaal. Volgens vroedvrouw B leidt ook een positieve en open houding tot verstaanbare communicatie. Omdat er geen éénduidig beleid is vanuit het ziekenhuis, gaat elke vroedvrouw om met de barrières op haar eigen manier.

Drie van de vier vroedvrouwen vinden het soms frustrerend wanneer de communicatie met allochtone patiënten stroef verloopt. Het komt vaak voor dat de vroedvrouw een uitleg al verschillende keren deed, maar dat de patiënte toch aangeeft aan een collega dat ze van niets weet.

*“[...] Dat ze zogezegd beweren dat ze daar geen uitleg over gekregen hebben bijvoorbeeld, terwijl je weet, ik was erbij, ik heb het echt wel uitgelegd.”*

Soms denken de vroedvrouwen dat de boodschap wel begrepen werd, terwijl dat niet het geval was. Als de vroedvrouwen de uitleg verschillende keren moeten herhalen en de patiënten knikken, beseffen ze zelf dat de boodschap daarom niet altijd aankomt. Dat blijkt uit twee van de vier interviews.

De herhaling van de uitleg draagt volgens hen bij tot een grotere werklast voor een allochtone patiënte.

Vroedvrouw B ervaart helemaal geen frustraties. Zij probeert alles positief te benaderen, omdat ze het een deel van haar job vindt. Volgens haar is een persoon zo van karakter of niet. Daarmee wijkt haar mening af van de algemene opvattingen uit de interviews en enquêtes.

Het is voornamelijk de taalbarrière die zorgt voor een hogere werklast voor allochtonen, onder andere omdat de vroedvrouwen hun uitleg vaak moeten herhalen. Bovendien geeft vroedvrouw A aan dat het vermoeiender is en meer tijd in beslag neemt om gezondheidsvoorlichting en opvoeding te geven wanneer beide partijen geen gemeenschappelijke taal hebben. Een ander voorbeeld is dat vroedvrouw C vaker op controle gaat bij allochtone patiënten, omdat die minder geneigd zijn om zelf hulp in te roepen.

Bij de werklast maakt vroedvrouw D een onderscheid tussen een taal- en cultuurbarrière. Volgens haar zorgt een cultuurverschil eerder voor een verlaging van de werklast bij sommige culturen wanneer er geen taalbarrière is:

*“Dus als het gewoon een andere cultuur is, en geen taalprobleem, dan is vaak die zorg lager.”*

Hiermee doelt ze op de mantelzorg die hierboven al beschreven werd en het kraamhotel voor de Joodse gemeenschap. Joodse vrouwen verlaten het ziekenhuis soms sneller, omdat ze terecht kunnen in het kraamhotel. Dat is een soort verblijf waar moeders met hun pasgeboren baby terecht kunnen voor de nazorg en om uit te rusten. Vandaar dat de zorgverlening in het Sint-Vincentiusziekenhuis voor Joden minder uitgebreid is dan voor andere culturele gemeenschappen. Als er wel een taalbarrière is, dan vindt ze dat het voor zich spreekt dat de zorgverlening veel meer tijd vraagt.

Verder is het niet vanzelfsprekend om het vertrouwen van de patiënte te winnen als er een taal- en/of cultuurbarrière is. De vroedvrouwen gebruiken hier non-verbale communicatie voor. Een open houding, laten zien dat ze moeite doen, tijd voor hen nemen en attent zijn, zijn manieren die ze gebruiken om het vertrouwen van allochtone patiënten te winnen. Humor is bovendien ook iets dat bijdraagt tot een goede onderlinge verstandhouding. De vroedvrouwen krijgen bijkomend ook bevestiging van de patiënten via non-verbale communicatie. Een schouderklopje, een dankgebaar met de handen of het geven van een hand zijn hier voorbeelden van.

### **Aanbevelingen voor het ziekenhuis**

Als er een taalbarrière is, dan vinden de vroedvrouwen het zeer moeilijk om de patiënten correct en volledig te informeren. Daarom halen drie van de vier vroedvrouwen aan dat bijkomende ondersteuning welkom zou zijn. Een eerste belangrijk punt is dat de informatie die prenataal gegeven wordt, uitgebreider moet zijn. Vroedvrouw D haalt aan dat de patiënten niet altijd voldoende geïnformeerd zijn over de impact van een taalbarrière. Ze vindt dat de gynaecoloog de mensen moet wijzen op het belang van de aanwezigheid van iemand die de communicatie kan voeren (een niet-professionele tolk).

Ook stelt ze voor om pictogrammen, afbeeldingen of symbolen te ontwikkelen waarnaar ze kan wijzen. Concreet bedoelt ze een document dat ze kan meenemen op haar verzorgingskar. Daarop staat dan bijvoorbeeld een klokje voor het uur, een symbool voor het toilet, een symbool om de baby te wegen, een pictogram voor medicatie, ... Zij sprak ook over een vertaal-app: ze zou het handig vinden om een gsm op de dienst ter beschikking te hebben die een dergelijke app bevat.

Vroedvrouw A heeft het idee om de tv's in de kamers te benutten als informatiekanalen. Ze stelt voor om de belangrijkste punten van de zorg van de baby in beeld en tekst weer te geven op de schermen in verschillende talen waaruit de patiënte kan kiezen. Beelden zijn volgens haar heel belangrijk.

Tot slot haalt vroedvrouw C aan dat er niet echt een beleid is om moeizame communicatie met allochtone patiënten te bevorderen. Ze wil graag meer steunpunten om te weten of ze de situatie goed aanpakt.

*“Er komt, ik zeg nu maar zoiets, een Nepalees koppel binnen en ze spreken allebei geen Nederlands. [...] Hoe moet ik nu verder?”*

### **Aanbevelingen voor de opleiding vroedkunde**

De vier ondervraagde vroedvrouwen zijn unaniem dat diversiteit aan bod moet komen in de opleiding vroedkunde. Vroedvrouw A stelt voor om brainstormsessies te organiseren onder de studenten. Zo kunnen studenten reflecteren over een mogelijke aanpak in situaties waar taal- en cultuurbarrières voorkomen. Zij vindt ook dat praktische voorbeelden aanhalen noodzakelijk is, en alleen maar voordelen kan opleveren.

Vroedvrouw B vindt ook dat studenten zich er van bewust moeten zijn dat er in het Antwerpse niet enkel Nederlandstalige en/of Franstalige patiënten zijn. Ook lijken gastcolleges van sprekers die hun ervaring komen delen, relevant.

Volgens vroedvrouw C moet paramedisch en medisch personeel gevormd worden om te kunnen omgaan met patiënten van verschillende culturen. Ze vindt het dus essentieel dat studenten worden ingelicht tijdens hun opleiding over de verschillende culturele gebruiken.

*“Je ziet die daar met bepaalde gewoonten en je hebt zoiets van, dat hadden ze ons op school ook wel eens kunnen vertellen. Bijvoorbeeld de pruik, waarom een pruik?”*  
(verwijzend naar Joodse vrouwen die pruiken dragen)

Vroedvrouw D zegt dat de cultuurverschillen al deels aan bod kwamen tijdens haar opleiding, maar dat de docenten er nog dieper op mogen ingaan. Net zoals vroedvrouw B vindt ze ook dat er geen apart opleidingsonderdeel voor moet zijn.

Unaniem vinden de ondervraagde vroedvrouwen dat diversiteit en interculturele communicatie meer geïntegreerd moet zijn in de opleiding vroedkunde. Dat is ook zo gebleken uit de enquêtes: de vroedvrouwen gaven aan dat ze zich onvoldoende voorbereid voelen vanuit de opleiding vroedkunde om met taal- en cultuurbarrières om te gaan op de werkvloer.

## 2.4. Interviews met medewerkers van Karel De Grote-Hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen

### Huidige opleiding

#### Taalvakken

Beide hogescholen bieden geen taalvakken aan in het curriculum van vroedkunde. De reden hiervoor is dat het curriculum al eivol zit en dat de hogescholen de focus willen leggen op de vroedkundige vaardigheden die te maken hebben met zorgverlening.

Op dit moment krijgen de studenten van KDG wel de mogelijkheid om medisch Engels en/of medisch Frans optioneel te volgen via modules. Studenten doen voornamelijk aan zelfstudie tijdens die modules en komen op afgesproken avonden naar de campus om samen met een docent opdrachten te maken (*blended learning*). Die taalmodules vallen echter buiten het curriculum, wat wil zeggen dat er geen studiepunten tegenover staan, omdat ze er geen voor kunnen vrijmaken. Het opleidingshoofd van KDG vermeldde ook dat bijvoorbeeld het medisch Frans afgelopen jaar niet doorging wegens te weinig interesse.

AP biedt dergelijke mogelijkheid niet aan. Als studenten hun taalvaardigheden willen aanscherpen, bijvoorbeeld ter voorbereiding op hun buitenlandse stage, kunnen ze dat doen op eigen initiatief bij onder andere Linguapolis.

Zowel KDG als AP integreren Engels door colleges in het Engels te geven. Op KDG is er een keuzevak 'crossing borders', waarbij Belgische studenten samen met buitenlandse studenten les volgen. Ook AP biedt iets gelijkaardigs aan wanneer ze gastdocenten via hun Erasmusovereenkomst les laten geven. De opleiding vroedkunde schiet volgens AP wel wat te kort op vlak van talen. Niet alle vooropleidingen bieden dezelfde basis qua taal, waardoor de studenten soms onvoldoende basis hebben om de taalbarrière te overbruggen.

#### Diversiteit

Onder diversiteit verstaan beide hogescholen meer dan enkel culturele diversiteit. Diversiteit is voor hen veel ruimer en verwijst ook naar niet-traditionele gezinnen (holebi's, samengestelde gezinnen, alleenstaande moeders, ...), gezinnen in armoede, ... Dit type van diversiteit is geïntegreerd, zowel in de theorie als in de praktijk, in verschillende opleidingsonderdelen van beide hogescholen.

Bij KDG wordt culturele diversiteit geïntegreerd in onder andere de volgende deelopleidingsonderdelen:

- vroedvrouw en maatschappij
- interprofessionele samenwerking of internationale trends in de verloskunde
- maatschappelijk verantwoordelijke zorg
- het gezin in relatie

Volgens KDG verwerven studenten ook interculturele competenties tijdens hun stages, via casussen aangehaald tijdens hun lessen en tijdens het project 'crossing borders' (waarbij rond specifieke thema's zoals seksualiteit, migratie en interculturaliteit wordt gewerkt). KDG moedigt de studenten ook aan in het kader van 'maatschappelijk verantwoordelijke zorg' om bijvoorbeeld borstvoedingslessen te gaan geven in een asielcentrum.

Ook bij AP wordt culturele diversiteit aangehaald in casuïstiek door de verschillende opleidingsonderdelen heen. Volgens het opleidingsprofiel van vroedkunde moeten afgestudeerde vroedvrouwen ook in staat zijn om doelmatig te communiceren met anderstaligen. Alleen kunnen ze niet specifiek aanduiden of benoemen in welke vakken die competenties precies verworven worden.

*"Dus wij vinden dat dat daar eigenlijk heel hard in zit, maar als je de vinger moet leggen waar dat nu juist zit, dan wordt het veel moeilijker."*

Verder nodigt AP regelmatig gastsprekers uit met verschillende culturele achtergronden, zoals een medewerker uit de Islamitische gemeenschap van de Volle Maan<sup>6</sup> in Brussel.

#### Docenten

De opleidingsonderdelen van vroedkunde waar diversiteit in geïntegreerd is, worden in beide hogescholen gedoceerd door vroedvrouwen met praktijkervaring. KDG geeft aan dat er naast de vroedvrouwen ook een sociologe les geeft die veel expertise heeft rond diversiteit. AP specificeert dat ze ook bijscholingen/opleidingen rond onder andere multiculturaliteit en diversiteit voorziet voor de praktijklectoren.

#### **Toekomstige aanpassingen van het curriculum**

Zowel KDG als AP zullen hun curricula aanpassen aan de toenemende culturele diversiteit. Bij KDG gaat het nieuwe curriculum volgend academiejaar van start, bij AP gebeurt dat in het academiejaar 2017 – 2018.

---

<sup>6</sup> Expertisecentrum Kraamzorg dat instaat voor de verstrekking van informatie en documentatie rond zwangerschap, bevalling en kraamperiode, erkend door Kind en Gezin.



Op vlak van taal voeren beide hogescholen geen aanpassingen door in het curriculum.

Omdat beide hogescholen het curriculum aanpassen op hun eigen manier, worden de resultaten hieronder opgesplitst.

#### Karel De Grote-Hogeschool Antwerpen

In het huidige curriculum zit diversiteit verspreid over de opleidingsonderdelen. In het nieuwe curriculum wil KDG alles bundelen en specifiek benoemen. Zo voorziet de hogeschool in het derde jaar het opleidingsonderdeel 'vroedvrouw in een diverse samenleving' voor vijf studiepunten. Hieronder valt sowieso het deelopleidingsonderdeel 'begeleiden in diversiteit' (drie studiepunten). Voor de overige twee studiepunten kunnen de studenten kiezen uit één van de volgende keuzevakken:

- Interprofessionele samenwerking: ipsig
- Internationale trends in de verloskunde
- Crossing borders

*"Dus het is niet dat we dat nieuw bedacht hebben, we hebben dat gewoon specifiek benoemd, en alles wat we daarrond deden ondergebracht in een opleidingsonderdeel."*

Wat betreft diversiteit in de ruime context, voorziet KDG vanaf september 2016 het 'Buddy bij de wieg project'. Tijdens dat project ondersteunen studenten vroedkunde kwetsbare gezinnen (waaronder allochtonen) door hen te begeleiden bij hun zwangerschap als deel van hun stage. Ze zullen hiervoor samenwerken met studenten orthopedagogie en verpleegkunde.

#### Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen

In het nieuwe curriculum zal diversiteit specifiek aan bod komen. De hogeschool plant om in het eerste en tweede jaar vroedkunde een diversiteitsweek in te lassen. In het eerste jaar zal die week plaatsvinden aan het einde van het tweede semester, in het tweede jaar aan het begin van het eerste semester. Tijdens die week willen ze alle aspecten van diversiteit bundelen en daar de studenten mee aan de slag te laten gaan. De diversiteitsweek is nog in volle ontwikkeling, maar volgende aspecten wil de trajectbegeleidster integreren.

Voor de week in het eerste jaar is het de bedoeling dat diversiteit in het algemeen, zowel op cultureel, religieus, als op andere vlakken, zoveel mogelijk aan bod komt. Tijdens de eerste twee dagen plannen ze allereerst theorie om de kennis van studenten over diversiteit te verruimen. Dat houdt bijvoorbeeld in: kwetsbare gezinnen in de maatschappij, wat is cultuur (theoretisch gezien), diversiteit met betrekking tot opvattingen rond relatievorming, seksualiteit, zwangerschap, bevalling, sterfte, fertiliteit, arbeid, vrouwenbesnijdenis en religie. Hierbij willen ze ook gastsprekers uit een

andere culturele gemeenschap aan het woord laten komen. De trajectbegeleidster dacht hierbij aan mensen uit de moslim en/of de Joodse gemeenschap. Bijkomend wil ze ook sprekers uit de katholieke gemeenschap en aanhangers van de reformistische kerk (voor het Nederlandse publiek) aan het woord laten.

Om de studenten zelf initiatief te laten nemen om zich te verdiepen in culturele en religieuze verschillen, zullen ze informatiestanden bemannen tijdens de diversiteitsweek. In die standen informeren ze hun medestudenten (ook uit andere opleidingen) over hun eigen cultuur, hun eigenheid en hun eigen religie. De studentenpopulatie is zelf immers heel divers. Op het einde van de week krijgen de studenten een reflectieopdracht, waarin ze moeten aangeven wat hun pijnpunten en ervaringen zijn.

In het tweede jaar wil AP sterfte en rouw behandelen tijdens de diversiteitsweek. Voor eerstejaarsstudenten lijkt het hen een te confronterend onderwerp. Vandaar dat die thema's pas in het tweede jaar aan bod komen. Ook alternatieve geneeswijzen en andere visies (over bijvoorbeeld vaccineren) zullen een thema vormen tijdens die week.

## Conclusie

---

Uit dit onderzoek is gebleken dat er communicatieproblemen kunnen zijn tussen vroedvrouwen van het Sint-Vincentiusziekenhuis en allochtone patiënten. De cijfers uit de beschreven literatuur over migratie tonen duidelijk aan dat het aandeel van personen met een buitenlandse herkomst toeneemt. Ook de vroedvrouwen merken die toename op hun kraamafdeling.

De deelnemers van de buitenlandse onderzoeken uit de beschreven literatuur gaven aan dat ze wel eens een taal- en/of cultuurbarrière ervaren bij de zorgverlening aan allochtone patiënten. Dat geldt ook voor de vroedvrouwen van deze casestudy.

Zo ervaren de deelnemers van dit onderzoek de taalbarrière als grootste uitdaging. Wanneer er geen gemeenschappelijke taal is, dan vinden de vroedvrouwen het niet evident om de gewenste informatie over te brengen. Bovendien zijn ze ook niet altijd zeker dat de boodschap goed begrepen werd. Wanneer ze de taalbarrière zelf proberen te overbruggen, proberen ze eerst andere talen dan het Nederlands. Lukt dat toch niet, dan doen ze beroep op lichaamstaal en/of schriftelijke communicatie. Toch is ook lichaamstaal niet altijd voldoende wanneer er specifieke, medische begrippen aan te pas komen.

Tolken worden ingezet op de kraamafdeling wanneer hulp vereist is bij de communicatie met allochtone patiënten. In eerste instantie vragen de vroedvrouwen aan niet-professionele tolken om te vertalen, zoals collega's van de eigen of een andere afdeling. Ook familieleden, vrienden en kennissen van de patiënten worden ingeroepen. Het is een snelle oplossing, maar ze zijn nooit zeker of alles correct vertaald is. Kinderen van de patiënten moeten soms ook vertalen, maar hiervoor dienen de vroedvrouwen hun boodschap op kinderniveau te brengen. Ook kunnen ze dan niet alle onderwerpen bespreken. Die bevinding komt overeen met wat in de literatuur besproken wordt, over het betrekken van kinderen in het communicatieproces.

De deelnemers maken weinig gebruik van professionele tolken (vertaaldienst van Ba-bel) door gebrek aan tijd en door hun beperkte beschikbaarheid (enkel tijdens de kantooruren). Nochtans is uit dit onderzoek gebleken dat de ervaringen met professionele tolken positief zijn. Zo hebben de patiënten iemand die hen verstaat en zijn ze zelf ook meer geneigd om vragen te stellen. Dat heeft een positief effect op de zorgverlening. Dit onderzoek bevestigde de bevindingen van buitenlandse onderzoeken over het thema.

Net zoals in de literatuur, ervaren de vroedvrouwen soms een cultuurbarrière tijdens de communicatie met allochtone patiënten. In de interviews geven de vroedvrouwen aan dat die barrière hen niet hindert in de zorgverlening,

omdat ze zich bewust zijn van het feit dat Antwerpen een multiculturele stad is. Als er geen taalbarrière is, kunnen ze met de gemeenschappelijke taal cultuurverschillen verduidelijken (zoals bij Joodse patiënten). Ook taboes vormen niet de grootste uitdaging voor hen. Slechts een vijfde van de ondervraagde vroedvrouwen riep ooit al de hulp in van een interculturele bemiddelaar, voor onder andere een doodgeboorte.

Verder is ook uit de enquêtes van dit onderzoek gebleken dat taal- en cultuurbarrières een negatieve impact kunnen hebben op de kwaliteit van de zorgverlening. Dat stemt overeen met de literatuur, maar de interviews bevestigen dat niet.

Hoe de vroedvrouwen hun job percipiëren, is persoonsgebonden. De meerderheid vindt de werklust van de behandeling voor een allochtone patiënte hoger dan voor een autochtone patiënte. De voornaamste reden hiervoor is dat de vroedvrouwen meer tijd nodig hebben om de zorg uit te voeren. Uit een andere vraag is gebleken dat sommige vroedvrouwen communicatie met allochtone patiënten als frustrerend ervaren, bijvoorbeeld omdat ze vaak hun uitleg moeten herhalen. Andere vroedvrouwen vinden communiceren met allochtone patiënten dan weer een uitdaging.

Op dit moment lijkt er een kloof te zijn tussen de opleiding vroedkunde en het werkveld op vlak van interculturele communicatie. Uit de gesprekken met medewerkers van Karel De Grote-Hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen valt af te leiden dat diversiteit in de ruime zin verspreid zit over het curriculum. Alle vroedvrouwen die de opleiding vroedkunde tot op heden hebben gevolgd aan die scholen, kregen nooit een specifieke focus op culturele diversiteit en hoe ze daar concreet mee kunnen omgaan.

Beide hogescholen nemen initiatieven om de opleiding aan te passen aan de toenemende diversiteit. Zo zal KDG in hun nieuw curriculum in het derde jaar een apart opleidingsonderdeel voorzien waarin alles rond diversiteit gebundeld is. AP voorziet in het eerste en tweede jaar een diversiteitsweek om studenten vroedkunde voor te bereiden op de diverse samenleving.

Qua aanbod van talen is er een verschil tussen KDG en AP. KDG geeft de studenten de mogelijkheid om medisch Engels en/of Frans optioneel te volgen, terwijl AP dat niet aanbiedt. Uit dit onderzoek is echter gebleken dat de taalbarrière het moeilijkste aspect is in communicatie met allochtone patiënten. Beide hogescholen zijn niet van plan om aanpassingen te doen op gebied van taalvakken. Het is nu al een uitdaging om alle eindtermen te behalen in drie jaar. KDG en AP zijn vragende partij voor een vierde jaar. De opleiding verpleegkunde wordt vanaf volgend jaar met één jaar verlengd,

omdat die niet meer voldeed aan de Europese richtlijnen<sup>7</sup>. De opleiding vroedkunde voldoet hier nog wel aan, daarom wordt die niet gewijzigd.

Toch is het aangeraden voor de hogescholen om taalvakken, en dan in het bijzonder Frans, te integreren in het curriculum van vroedkunde. Enerzijds omdat vroedvrouwen de taalbarrière het moeilijkst vinden, anderzijds omdat Frans vaak door Marokkaanse en Turkse patiënten relatief goed beheerst wordt (meest genoemde culturele gemeenschappen waarmee vroedvrouwen taalbarrières ervaren).

---

<sup>7</sup> [www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1016326/verslag/1021826](http://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1016326/verslag/1021826)

## Discussie

---

Het doel van deze scriptie was om het communicatieproces tussen vroedvrouwen en allochtone patiënten op de kraamafdeling van het Sint-Vincentiusziekenhuis in beeld te brengen, vanuit het perspectief van de vroedvrouwen. Bijkomend gingen we na of de vroedvrouwen zich vanuit hun opleiding vroedkunde voldoende voorbereid voelen om taal- en/of cultuurbarrières te overbruggen.

Een absolute sterkte van ons onderzoek is de combinatie van een kwalitatieve en een kwantitatieve methode om tot onze dataverzameling te komen. In de literatuur wordt dat ook triangulatie genoemd, of concreet voor ons onderzoek: methodische triangulatie. Het gebruik van die triangulatie verhoogt de interne validiteit van ons onderzoek doordat we meerdere methodes gebruikten om tot onze dataverzameling te komen. Dit in tegenstelling wanneer we slechts één methode zouden gebruiken die mogelijk een bias kon opleveren.

Bijkomend verhogen we de externe validiteit van ons onderzoek doordat de respondenten de beoogde populatie representeerden. Zeker bij de enquêtes is dat het geval: 30 van de 47 vroedvrouwen vulden de enquête in. Zo was het mogelijk om de onderzoeksresultaten te genereren naar onze beoogde populatie, namelijk alle 47 vroedvrouwen van de kraamafdeling van het Sint-Vincentiusziekenhuis.

Verder gingen we kritisch om met de data van de hogescholen. Zo beseften we dat het eerste gesprek met een medewerker van de opleiding vroedkunde van AP niet voldoende was om een goed beeld te krijgen van het curriculum vroedkunde. Daarom opteerden we voor een bijkomend interview, hoewel dat niet voorzien was.

Ons onderzoek kent ook enkele zwaktes. Allereerst hadden we geen controle over de invulling van de enquêtes. Sommigen gaven een uitgebreid antwoord op de open vragen, anderen vulden slechts één of enkele woorden in. Het kwam ook voor dat mensen bereid waren tot een interview, maar hun gegevens vergaten in te vullen bij de desbetreffende vraag, zodat we hen niet konden contacteren. Bij de papieren versies van de enquêtes gebeurde het dat sommigen een antwoord gaven, maar enkele woorden ter verduidelijking erbij schreven. Bij de elektronische versie konden de respondenten dat niet.

Vervolgens interviewden we een beperkt aantal vroedvrouwen, namelijk 4 van de 47 vroedvrouwen. Hierdoor is het moeilijk om de gegevens van de interviews te generaliseren voor de volledige kraamafdeling van het

ziekenhuis. Bovendien kan er tijdens de afname van de interviews sprake zijn geweest van sociale wenselijkheid, wat afdoet aan de interne validiteit van ons onderzoek. Vooral bij gevoelige onderwerpen, zoals bij de vragen over de kwaliteit van de zorg, kan dat het geval geweest zijn.

Het onderzoek is beschrijvend van aard: we hebben in kaart gebracht hoe de vroedvrouwen communiceren met allochtonen en hoe ze dat ervaren. We ondervraagden de vroedvrouwen, dus we bekeken alles vanuit hun perspectief. Een suggestie voor vervolgonderzoek is om de situatie vanuit de invalshoek van de allochtone patiënten te bestuderen. We weten nu onder andere dat de vroedvrouwen niet de informatie kunnen verstrekken die ze willen geven door taal- en cultuurbarrières. Interessant zou zijn om te onderzoeken of de patiënten zich bijgevolg ook minder geïnformeerd voelen, hoe zij de kwaliteit van de zorg beoordelen enzovoort.

Ook zou het goed zijn om de studie uit te breiden naar andere ziekenhuizen. We hebben nu immers een beeld over het communicatieproces tussen allochtone patiënten en vroedvrouwen in één ziekenhuis. Dat betekent niet noodzakelijk dat het er in andere Belgische ziekenhuizen hetzelfde aan toe gaat. In het Sint-Vincentiusziekenhuis zijn er niet echt richtlijnen die de vroedvrouwen sturen of ondersteunen in communicatie met allochtonen, misschien is dat in andere ziekenhuizen wel het geval.

Bijkomend zou er ook geopteerd kunnen worden voor een andere methode, zoals focusgesprekken met de opleidingshoofden van de opleiding vroedkunde en vroedvrouwen uit het werkveld. Het lijkt ons een meerwaarde om focusgesprekken te organiseren, zodat de vroedvrouwen hun ervaringen kunnen delen, wat discussie kan uitlokken.

Verder zal het curriculum van de opleiding aan Karel de Grote-Hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool wijzigen. De diversiteit in de samenleving zal explicieter aan bod komen om de vroedvrouwen beter voor te bereiden (bijvoorbeeld tijdens het 'Buddy bij de wieg' project). Over drie à vier jaar zou het dan nuttig zijn om te onderzoeken of de aanpassing van de opleiding zijn vruchten heeft afgeworpen en of de interculturele competenties van de vroedvrouwen zijn aangescherpt.

## Literatuur

---

- Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, doi: 10.1186/1475-9276-11-47
- Allochtoon. (2016). In *Dikke Van Dale Online*. Geraadpleegd op 13 maart 2016, van <http://www.vandale.be/opzoeken?pattern=allochtoon&lang=nn#.VuVcIuLhDIU>
- Atlas. (2016). *Taal in Vlaanderen, feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 10 maart 2016, van <http://www.overaltaal.be/nl/taal-in-vlaanderen>
- Blommaert, J. (2013). *Convivialiteit en superdiversiteit*. Geraadpleegd op 24 januari 2016, van <https://jmeblommaert.wordpress.com/2013/04/17/convivialiteit-en-superdiversiteit/>
- Boerleider et al. (2013). A mixture of positive and negative feelings': a qualitative study of primary care midwives' experiences with non-western clients living in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (12), 1658-1666. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.04.009
- Bowe, H., & Martin, K. (2007). *Communication across cultures*. New York: Cambridge University Press.
- Brorsson, A., Troein, M., & Wachtler, C. (2006). Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Family practice*, 23 (1), 111-115. doi: 10.1093/fampra/cmi086
- CLB. (2015). *Vroedkunde – Professionele bachelor*. Geraadpleegd op 5 december 2015, van [http://www.onderwijskiezer.be/v2/hoger/hoger\\_detail.php?richting=52](http://www.onderwijskiezer.be/v2/hoger/hoger_detail.php?richting=52)
- Devito, J.A. (2002). *Human Communication: The Basic Course*. Boston: Pearson Education inc.
- Eppink, A. (1981). *Cultuurverschillen en communicatie: problemen bij hulpverlening aan migranten in Nederland*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom uitgeverij.



Foulger, D. (2004). *Models of the Communication Process*. Geraadpleegd op 30 maart 2016, van [https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwj7t82t2-jLAhUHKcWkHcz0DdoQFgg4MAM&url=http%3A%2F%2Finfocuib.laborales.unam.mx%2F~mt12s01j%2Farchivos%2Fdata%2F2%2F40.pdf&usg=AFQjCNGUVMfB7fgC2kz1\\_sF3gLqIhh8GEA&sig2=nFxupN0X019x0QbU\\_N7psQ&cad=rja](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwj7t82t2-jLAhUHKcWkHcz0DdoQFgg4MAM&url=http%3A%2F%2Finfocuib.laborales.unam.mx%2F~mt12s01j%2Farchivos%2Fdata%2F2%2F40.pdf&usg=AFQjCNGUVMfB7fgC2kz1_sF3gLqIhh8GEA&sig2=nFxupN0X019x0QbU_N7psQ&cad=rja)

Fransen et al. (2012). Midwives unable to overcome language barriers in prenatal care. *Italian Journal of Public Health*, 9 (3). doi: 10.2427/7531

Geldof, D. (2013). *Superdiversiteit als realiteit van de 21<sup>e</sup> eeuw*. Geraadpleegd op 6 april 2016, van [https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0ahUKEwixiYzS\\_vnLAhUC9w4KHcCsBLoQFgg-MAY&url=http%3A%2F%2Fwww.oikos.be%2Farchieff-oikos%2Fjaargang-2013%2Foikos-67-4-2013%2F890-67-02-geldof-superdiversiteit%2Ffile&usg=AFQjCNHXB\\_zGSsm6vuXvCmO3z05nV37Ylw&sig2=eAg1yhAVbQNYDccen8gvCQ&bvm=bv.118443451,d.ZWU&cad=rja](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0ahUKEwixiYzS_vnLAhUC9w4KHcCsBLoQFgg-MAY&url=http%3A%2F%2Fwww.oikos.be%2Farchieff-oikos%2Fjaargang-2013%2Foikos-67-4-2013%2F890-67-02-geldof-superdiversiteit%2Ffile&usg=AFQjCNHXB_zGSsm6vuXvCmO3z05nV37Ylw&sig2=eAg1yhAVbQNYDccen8gvCQ&bvm=bv.118443451,d.ZWU&cad=rja)

Hahn, L., Lippert, L. & Paynton, S. (2014). *Survey of Communication Study*. Geraadpleegd op 2 april 2016, van [https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjH5rCRzO\\_LAhVG6Q4KHQE4BZMQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.csus.edu%2Ffindiv%2Fs%2Fstonerm%2FComS5SurveyOfCommunicationTextbook.pdf&usg=AFQjCNEG\\_HD4ZWnBAcQLMkw4a29EBEOIUQ&sig2=yXPx3P\\_tPEDni3pfTsDa8Q&bvm=bv.118443451,d.d2s&cad=rja](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjH5rCRzO_LAhVG6Q4KHQE4BZMQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.csus.edu%2Ffindiv%2Fs%2Fstonerm%2FComS5SurveyOfCommunicationTextbook.pdf&usg=AFQjCNEG_HD4ZWnBAcQLMkw4a29EBEOIUQ&sig2=yXPx3P_tPEDni3pfTsDa8Q&bvm=bv.118443451,d.d2s&cad=rja)

Hanseeuw, L. (2012). *België, immigratienatie: statistieken en evoluties*. Geraadpleegd op 10 maart 2016, van [http://statbel.fgov.be/nl/binaries/1678\\_nl%20Belgi%C3%AB,%20immigratienatie.%20Statistieken%20en%20evoluties\\_tcm325-179500.pdf](http://statbel.fgov.be/nl/binaries/1678_nl%20Belgi%C3%AB,%20immigratienatie.%20Statistieken%20en%20evoluties_tcm325-179500.pdf)

Higginbottom et al. (2015). An ethnographic study of communication studies in maternity care for immigrant women in rural Alberta. *Midwifery*, 31 (2), 297-304. doi: 10.1016/j.midw.2014.09.009

Hofstede, G. (z.d.). *Culture*. Geraadpleegd op 24 januari 2016, van <http://geerthofstede.nl/culture>

Index Mundi. (2014). *Wereld Geboortecijfer*. Geraadpleegd op 10 april 2016, van <http://www.indexmundi.com/nl/wereld/geboortecijfer.html>

Janssen, A. (2004). *Gezondheid voor Allochtonen. Wie is er vreemd voor wie?* In: Levecque, K., Lodewyckx, I. & van den Eeden, S. (2006). *Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 6 april 2016, van [https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjL8LvPrLAhWGgw8KHdaHCFsQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.pigmentzorg.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Ffiles%2Fgezondheidszorg%2520kifkif.pdf&usg=AFQjCNG\\_1ziVJoma8pG\\_unOOlQyt9LlfeQ&sig2=bk1aVCuLC8knet4MZE5jPg&bvm=bv.118443451,d.ZWU&cad=rja](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjL8LvPrLAhWGgw8KHdaHCFsQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.pigmentzorg.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Ffiles%2Fgezondheidszorg%2520kifkif.pdf&usg=AFQjCNG_1ziVJoma8pG_unOOlQyt9LlfeQ&sig2=bk1aVCuLC8knet4MZE5jPg&bvm=bv.118443451,d.ZWU&cad=rja)

Keyton, J. (2011). *Communication and organizational culture: A key to understanding work experience*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Knapp, M. & Hall, J. (2007). *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Geraadpleegd op 30 maart 2016, van [https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjL0filjOnLAhUFDQ8KHUx7C48QFggmMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.cengagebrain.com%2Fcontent%2Fknapp68694\\_0495568694\\_02.01\\_chapter01.pdf&usg=AFQjCNFjxo4w6fsaE0T2ht2jnzwrwgn1Xg&sig2=lh6oDw99pnHYOBTp44pVrA&bvm=bv.117868183,d.ZWU&cad=rja](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjL0filjOnLAhUFDQ8KHUx7C48QFggmMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.cengagebrain.com%2Fcontent%2Fknapp68694_0495568694_02.01_chapter01.pdf&usg=AFQjCNFjxo4w6fsaE0T2ht2jnzwrwgn1Xg&sig2=lh6oDw99pnHYOBTp44pVrA&bvm=bv.117868183,d.ZWU&cad=rja)

Malak, Z., Papis, O., & Rosenberg, E. (2012). Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs. *Patient Education and Counseling*, 86 (2), 205-209. doi: 10.1016/j.pec.2011.05.015

Meeuwesen, L., & Schouten, B. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient education and Counseling*, 64 (1-3), 21-34. doi: 10.1016/j.pec.2005.11.014

Mosaic. (z.d.). *Communication Theory*. Geraadpleegd op 30 maart 2016, van [www.mosaicprojects.com.au/WhitePapers/WP1066\\_Communication\\_Theory.pdf](http://www.mosaicprojects.com.au/WhitePapers/WP1066_Communication_Theory.pdf)

Non-verbaal. (2016). In *Dikke Van Dale Online*. Geraadpleegd op 2 april 2016, van [http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=non-verbaal&lang=nn#.VwPOj3qf5\\_c](http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=non-verbaal&lang=nn#.VwPOj3qf5_c)

Shadid, W. (1998). *Interculturele communicatie*. Geraadpleegd op 13 maart 2016, van <http://www.interculturelecommunicatie.com/download/interculturele.html>

- Stad Antwerpen. (2014). Samenleven, diversiteit en sociaal beleid. In *Omgevingsanalyse: bij de opmaak van het meerjarenplan 2014 - 2019* (hoofdstuk 9). Geraadpleegd op 22 januari 2016, van [https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj7yo2ojPLAhUBXw8KHWvmDZMQFggbMAA&url=https%3A%2F%2Fassets.antwerpen.be%2Fsrv%2Fassets%2Fapi%2Fdownload%2F1f3781bb-666b-452d-9457-88748e2c33b1%2FMJP20142019\\_Omgevingsanalyse2\\_Deel1.pdf&usg=AFQjCNHKcfi\\_S-i42e3NIEIOA22Bp\\_vCag&sig2=J-8L1RIGngPS86PK\\_xAW7A&bvm=bv.118443451,d.ZWU&cad=rja](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj7yo2ojPLAhUBXw8KHWvmDZMQFggbMAA&url=https%3A%2F%2Fassets.antwerpen.be%2Fsrv%2Fassets%2Fapi%2Fdownload%2F1f3781bb-666b-452d-9457-88748e2c33b1%2FMJP20142019_Omgevingsanalyse2_Deel1.pdf&usg=AFQjCNHKcfi_S-i42e3NIEIOA22Bp_vCag&sig2=J-8L1RIGngPS86PK_xAW7A&bvm=bv.118443451,d.ZWU&cad=rja)
- Stad Antwerpen. (2015). *Demografie in alle postzones*. Geraadpleegd op 22 januari 2016, van [http://antwerpen.buurtmonitor.be/quickstep/QsReportBasic.aspx?sel\\_code=demografie\\_quickstep&report=demografie\\_quickstep&frompresel=true&rnd=1453450414224](http://antwerpen.buurtmonitor.be/quickstep/QsReportBasic.aspx?sel_code=demografie_quickstep&report=demografie_quickstep&frompresel=true&rnd=1453450414224)
- Tolk. (2016). In *Dikke Van Dale Online*. Geraadpleegd op 13 maart 2016, van <http://www.vandale.be/opzoeken?pattern=tolk&lang=nn#.VuVhYuLhDIU>
- Van Broeckhoven, K., & Vanderputte, L. (2011). *Welke invloeden hebben interculturele communicatieproblemen tussen Marokkaanse patiënten en autochtone artsen op de (gepercipieerde) kwaliteit van de zorg* (Masterscriptie). Universiteit Antwerpen, Antwerpen.
- Van den Broucke, S. et al. (2015). *Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2015*. Geraadpleegd op 13 maart 2016, van <https://hiva.kuleuven.be/nl/nieuws/docs-bij-nieuwsitems/Vlaamse-Migratie-en-Integratiemonitor-2015>
- Van Marwijk, F. (2015). *Communicatie van mens tot mens*. Geraadpleegd op 30 maart 2016, van <http://www.lichaamstaal.be/communicatie.html?tagver=2>
- Verrept, H. (2002). *Interculturele bemiddeling in ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 13 maart 2016, van [http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/875843\\_fr.pdf](http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/875843_fr.pdf)
- Vlaamse Overheid. (2015). *Lokale inburgerings- en integratiemonitor*. Geraadpleegd op 24 januari 2016, van <http://aps.vlaanderen.be/lokaal/pdf/integratiemonitor/Antwerpen.pdf>

## Bijlagen

---

### I. E-mail rondvraag hogescholen

Geachte heer,  
Geachte mevrouw,

In het kader van onze thesis (Master Meertalige Professionele Communicatie) doen ik, Sofie Michielsens, en Emmelie Muylaert, een onderzoek naar communicatie op de kraamafdeling. Concreet voeren we een beschrijvend onderzoek uit (vanaf februari 2016) over hoe vroedvrouwen aan interculturele communicatie doen op de kraamafdeling. In onze scriptie moeten wij ook aanbevelingen opnemen, bijvoorbeeld voor hogescholen die de opleiding vroedkunde aanbieden. Daarom hebben we enkele vragen over de opleiding vroedkunde:

- Bevat de bacheloropleiding een opleidingsonderdeel waar interculturele communicatie aan bod komt? En is dit dan een keuzevak of een verplicht vak?
- Zijn er taalvakken opgenomen in het curriculum?
- Als er geen interculturele communicatie of taalvakken aangeboden worden, wat is hier dan de reden voor?

Alvast bedankt en met vriendelijke groeten,

Sofie Michielsens  
Emmelie Muylaert  
Master Meertalige Professionele Communicatie

## II. Enquête onderzoek

Beste

Wij zijn twee studenten van de universiteit van Antwerpen die onderzoek voeren naar de communicatie op de kraamafdeling van het GZA – Campus Sint - Vincentius. Het invullen van de enquête duurt ongeveer 15 minuten. Gelieve de vragenlijst zo waarheidsgetrouw mogelijk in te vullen. De resultaten van de enquête worden anoniem verwerkt. Alvast bedankt voor uw tijd.

1. Leeftijd:

.....

2. Hoeveel jaar bent u werkzaam als vroedvrouw:

.....

3. Welke opleiding volgde u? (Hoger onderwijs)

.....

4. Waar volgde u deze opleiding?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen | <input type="radio"/> Katholieke Hogeschool VIVES |
| <input type="radio"/> Arteveldehogeschool                   | <input type="radio"/> Odisee                      |
| <input type="radio"/> Erasmushogeschool Brussel             | <input type="radio"/> Thomas More                 |
| <input type="radio"/> Hogeschool PXL                        | <input type="radio"/> UC Leuven-Limburg           |
| <input type="radio"/> Karel de Grote-Hogeschool             | <input type="radio"/> Ander: <input type="text"/> |

5. Dient u op de werkvloer communicatieproblemen op te lossen die veroorzaakt worden door cultuurverschillen met patiënten van een andere culturele gemeenschap?

- Ja
- Nee

6. Zo ja, duid hieronder de mogelijke oorzaken aan (meerdere antwoorden zijn mogelijk).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gewoontes (een dagelijks gebruik zonder specifieke betekenis)           | <input type="checkbox"/> Gebrek aan medische kennis   |
| <input type="checkbox"/> Rituelen (een specifieke, symbolische handeling)                        | <input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Invloed van de omgeving die niet strookt met de richtlijnen van de zorg |   |

7. Deed u al beroep op een interculturele bemiddelaar om een communicatieprobleem op te lossen?

- Ja
- Nee

8. Zo ja, beschrijf hier in welke situatie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Wordt u geconfronteerd met een taalbarrière wanneer u communiceert met patiënten?

- Ja
- Nee

10. Zo ja, kan u aanduiden bij welke gemeenschap u deze taalproblemen ondervindt (meerdere antwoorden mogelijk):

Joodse gemeenschap

Vluchtelingen

Marokkaanse gemeenschap

Andere:

Turkse gemeenschap

11. Wanneer u die ervaart, doet u dan beroep op een tolk?

- Ja
- Nee

12. Merkt u een toename in het aantal patiënten van andere culturele gemeenschappen in de laatste vijf jaar?

- Ja
- Nee

13. Hoe groot zou u deze toename beschrijven?

- < 20%
- 20% - 50%
- 51% - 80%
- > 80%

14. Geef aan op de schaal hoe u staat tegenover de vijf stellingen.

	Helemaal mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal mee eens
Ik voel me vanuit mijn opleiding voldoende voorbereid om communicatieproblemen met personen van andere culturele gemeenschappen op te lossen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me bekwaam om cultuurbarrières in communicatie met patiënten van een andere culturele gemeenschap te overbruggen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me bekwaam om taalbarrières in communicatie in patiënten van een andere culturele gemeenschap te overbruggen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een cultuurbarrière met een patiënt kan een negatieve impact hebben op de kwaliteit van de zorg die ik verleen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een taalbarrière met een patiënt kan een negatieve impact hebben op de kwaliteit van de zorg die ik verleen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Stel, u wordt geconfronteerd met een communicatieprobleem met een patiënt van een andere cultuur. U slaagt er niet in om de barrière te overbruggen. Op wie doet u dan beroep?

.....

.....

.....

.....



16. Wat is volgens u het moeilijkste aspect aan communicatie met patiënten van een andere culturele gemeenschap?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. Als ik een patiënt van een andere culturele gemeenschap behandel en er is een communicatieprobleem (door cultuur- of taalbarrière), dan vind ik dit:

Een boeiende uitdaging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Een frustratie
Verrijkend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vervelend
Iets wat bijdraagt tot mijn jobtevredenheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Iets wat mijn jobtevredenheid doet dalen

18. Bent u bereid om met ons een mondeling interview te doen om dieper in te gaan op het thema?

- Ja
- Nee

19. Zo ja, kan u dan hier alstublieft uw naam achterlaten:

.....

**Hartelijk bedankt voor uw deelname  
aan ons onderzoek.  
Sofie Michielsen en Emmelie Muylaert**



### III. Begeleidende brief

Geachte mevrouw,

Wij zijn Sofie Michiels en Emmelie Muylaert en studeren Meertalige Professionele Communicatie aan de Universiteit Antwerpen. Onze thesis gaat over interculturele communicatie op de kraamafdeling. Er is nog niet veel onderzoek gedaan over de (mogelijke) problemen die vroedvrouwen ervaren op de werkvloer als ze communiceren met patiënten van andere herkomst. Toch begrijpen wij uit verkennende gesprekken dat het beroep van vroedvrouw niet meer hetzelfde is als tientallen jaren geleden door de instroom van migranten.

Daarom zijn wij op zoek naar vroedvrouwen die bereid zijn om vijftien minuutjes vrij te maken om onze enquête in te vullen en ons zo te helpen om het probleem in kaart te brengen. Ons onderzoek is beschrijvend: dat wil zeggen dat we peilen naar de problemen die jullie ervaren en hoe jullie ermee omgaan. Bovendien koppelen we onze resultaten terug naar de diverse opleidingen vroedkunde. De hogescholen in Vlaanderen die de opleiding organiseren, bevragen we namelijk ook.

Onze thesis is verkennend van aard, maar het is de bedoeling dat er de komende jaren verder onderzoek naar interculturele communicatie op de kraamafdeling zal gedaan worden. Met ons onderzoek leggen we dus de basis voor de toekomst.

Uw deelname aan ons onderzoek is dus van belang. We zijn op zoek naar zoveel mogelijk respondenten omdat we zo betrouwbare resultaten kunnen bekomen. Daarom zijn wij u zeer dankbaar als u even de tijd neemt om onze enquête in te vullen. In de loop van maart willen we met enkele vroedvrouwen een interview doen om bepaalde aspecten van interculturele communicatie dieper uit te werken. Die interviews duren 15 tot 30 minuten en zullen plaatsvinden tijdens de shiftwissel tussen 14u30 en 15u. Als u bereid bent om hier ook aan mee te werken, mag u dit aan het einde van de enquête aangeven.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Sofie Michiels  
Emmelie Muylaert

#### IV. Vragenlijst interview vroedvrouwen

1. Uit de enquêtes is gebleken dat vroedvrouwen geconfronteerd worden met een cultuur- en taalbarrière. Kan u ons enkele voorbeelden geven van situaties waarin u dat ervaren heeft?
2. Wat vindt u de grootste hindernis in heldere communicatie met allochtonen: een cultuurbarrière of een taalbarrière? Waarom? Hoe pakt u een situatie aan als u geconfronteerd wordt met een cultuur- of taalbarrière?
3. Gebruikt u wel eens schriftelijke communicatie (pictogrammen, folders, prenten) om patiënten te informeren? Zo ja, kan u enkele voorbeelden geven?
4. Hoe wint u het vertrouwen van de allochtone, anderstalige patiënte? Heeft u hier een specifieke manier voor?
5. Hoe communiceert u met allochtone patiënten over taboes zoals seksualiteit na de bevalling en geboortebeporing?
6. Heeft u al eens een situatie meegemaakt waarin u er miscommunicatie optrad met de allochtone patiënt? Ervaren u een impact op de kwaliteit van de zorg voor deze patiënt?
7. Wat was de impact op de patiënt tijdens de prenatale fase, de bevalling en de postnatale fase? En was er een gevolg voor de pasgeborene? Geef enkele voorbeelden of anekdotes, eventueel aanbevelingen.
8. Is de verkorte lichttijd volgens u een probleem? Zijn er bepaalde culturele gemeenschappen die geen gebruik maken van de gebruikelijke vier dagen? Zou verlenging van de lichttijd een oplossing zijn?
9. Uit de enquêtes is gebleken dat vroedvrouwen wel eens frustraties ervaren bij de zorg voor allochtone patiënten. Zet u zelf al eens in zo'n situatie? Kan u een voorbeeld geven?
10. Wat zijn uw ervaringen in verband met het gebruik van niet-professionele tolken (collega's, familieleden van de patiënt)? Wat zijn uw meningen, gevoelens, gedachten hieromtrent?
11. Wat zijn uw ervaringen in verband met het gebruik van professionele tolken? Wat zijn uw meningen, gevoelens, gedachten hieromtrent?
12. Als u de werklust van de behandeling van een allochtone met een autochtone patiënt zou beoordelen, hoe zou u die dan vergelijken ten opzichte van elkaar?
13. Denkt u dat een wijziging in de opleiding vroedkunde een impact zou hebben op de kwaliteit van de zorg verleend aan patiënten van een andere culturele gemeenschap?
14. Vindt u dat er een opleidingsonderdeel voor interculturele communicatie moet worden voorzien in de opleiding vroedkunde?
15. Wat zou volgens u een goede aanbeveling zijn naar het beleid van ziekenhuizen (en hogescholen?) toe om de communicatieproblemen aan te pakken?

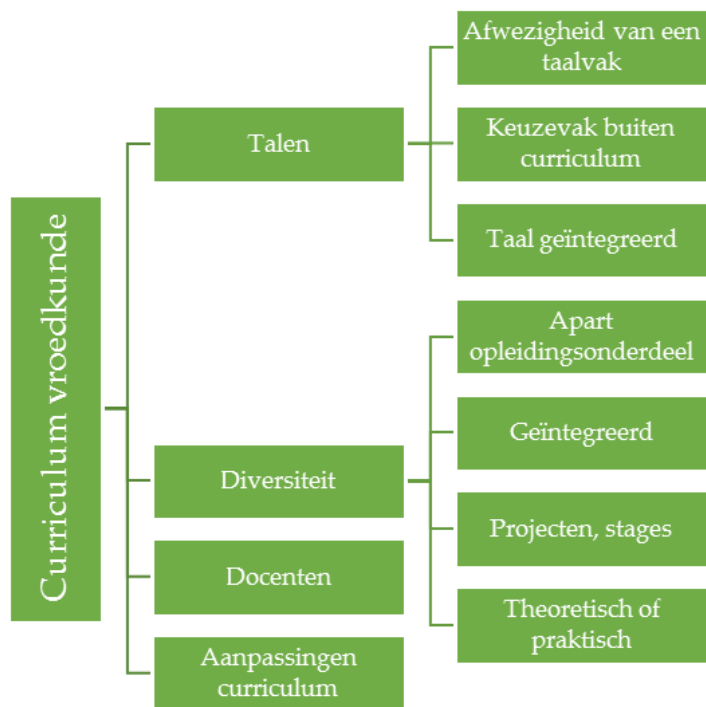
## V. Vragenlijst interview hogescholen (Karel De Grote-Hogeschool en Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen)

1. Is er een specifieke reden waarom taalvakken zoals Engels en Frans niet zijn opgenomen in het curriculum van vroedkunde? Worden er specifieke medische termen aangeleerd in het Frans of Engels?
2. Hoe wordt studenten vroedkunde voorbereid op de diversiteit die in hun job voorkomt? Komt dit via een vak of een onderdeel aan bod? Is dat vak theoretisch of praktijkgericht?
3. Krijgen studenten tijdens hun theorie- en/of praktijklessen specifieke casussen of situaties van allochtone patiënten die ze moeten oplossen? Bijvoorbeeld hoe lost u een situatie op waarin er geen gemeenschappelijke taal aanwezig is? (pictogrammen, gebarentaal, ...)
4. Wat is de achtergrond van de docenten die de lessen geven waar interculturele communicatie aan bod komt? Welke opleiding hebben zij genoten? Zijn dit mensen met een paramedische achtergrond, ervaring in vroedkunde of nog een andere achtergrond? Uit welke sector komen ze?
5. Vindt u dat de toenemende diversiteit een aanpassing van het curriculum vroedkunde zou rechtvaardigen? Deze diversiteit is zeker aanwezig in stadsziekenhuizen zoals Sint-Vincentius.

## VI. Codeboom Nvivo van interviews met de vroedvrouwen



## VII. Codeboom Nvivo van de interviews met de hogescholen



## VIII. Borstvoedingsfolder in het Arabisch

**إرضاع الثدي**  
**أفضل طريقة**  
**بداية**  
**لرضيعتك**

أفضل طريقة يتبعها بواسطة رضيعك هي رضاعة الثدي، لأن حليب الأم يحمي من الأمراض. لذلك لا يحتاج رضيعك للذهاب كثيرا إلى الطبيب. إضافة إلى ذلك، فإن رضاعة الثدي هي أفضل لصحتك. كما أنها ممتعة وسهلة ولا تكلفك أية مصاريف. زيادة على أن رضيعك يحصل على أفضل وأند حليب موجود.

**Borstvoeding**  
**de beste start**  
**voor uw baby**

Uw baby groeit het beste met borstvoeding. Moedermelk beschermt tegen ziekten. Uw baby hoeft daarom niet zo vaak naar de dokter. Borstvoeding geven is ook beter voor uw eigen gezondheid. Het is leuk en gemakkelijk. Bovendien kost moedermelk niets. En uw baby krijgt de beste en de lekkerste melk die er bestaat.

هل لديك أسئلة؟ أو تتكفي في ما إذا كانت الرضاعة تمر على أحسن وجه؟  
تتحدث مع امرأة أخرى التي تبني كثيرا رضاعة الثدي.  
اطلب الإرشادات من المولدة أو من المتقنة بفراش الولادة.  
انضمي إلى مكتب الاستشارة الطبية.  
Heeft u vragen?  
Twijfelt u of het goed gaat?  
Praat eens met een andere vrouw die graag borstvoeding geeft.  
Vraag de verloskundige en de kraamverzorgster om raad.  
Ga naar het consultatiebureau.

**Borstvoeding**  
**de beste start**

WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative  
Stichting Zorg voor Borstvoeding  
Postbus 2047  
2930 AA Krimpen aan de Lek

Deze uitgave werd mogelijk gemaakt door ondersteuning van

VSB FONDS

WHO/UNICEF  
Baby Friendly Hospital Initiative  
Stichting Zorg  
voor Borstvoeding

1997 Arabisch-Nederlandse uitgave.  
Ook beschikbaar in  
Tunke-Nederlands en  
Engels-Frans

**WHO**

**unicef**

**ضاعة الثدي، متعة للأم ورضيعها**  
**Borstvoeding is genieten voor moeder en kin**

يطلب أن يحتاج رضيعك خلال الأشهر الأولى إلى الرضاعة حتى في الليل. أعطيه الثدي لأنه في حاجة له.

De eerste tijd vraagt uw baby ook 's nachts borstvoeding. Geef hem de borst. Hij heeft het nodig.

يكون لديك المزيد من الحليب عن طريق إرضاع رضيعك كثيرا. اتركه كل مرة يرضع من الثديين.

U maakt méér melk voor uw baby door hem vaker te voeden. Laat hem telkens aan beide borsten drinken.

يحتاج رضيعك خلال نصف السنة الأولى إلى رضاعة الثدي فقط، وهي أفضل غذاء لصحته. بعد ذلك يحصل على مواد غذائية أخرى، في الوقت الذي ما زال يحصل فيه على رضاعة الثدي.

Het eerste half jaar heeft uw baby alleen borstvoeding nodig. Dat is het beste voor zijn gezondheid. Daarna krijgt hij ook ander eten. Hij krijgt nog steeds borstvoeding.

اعتني بنفسك جيدا. اشربي بما فيه الكفاية واكثري المواد الغذائية المغذية لصحتك.

Zorg goed voor uzelf: drink genoeg en eet gezond.

عندما تذهبن للعمل من جديد، يمكن أن تتعلمي كيف تخرجين الغذاء من ثديك (حلب ثديك بواسطة جهاز خاص).

Als u weer gaat werken, kunt u leren hoe u de voeding uit de borsten haalt (afkolven).

**إرضاع الثدي**  
**أفضل طريقة**  
**بداية**  
**لرضيعتك**

أفضل طريقة يتبعها بواسطة رضيعك هي رضاعة الثدي، لأن حليب الأم يحمي من الأمراض. لذلك لا يحتاج رضيعك للذهاب كثيرا إلى الطبيب. إضافة إلى ذلك، فإن رضاعة الثدي هي أفضل لصحتك. كما أنها ممتعة وسهلة ولا تكلفك أية مصاريف. زيادة على أن رضيعك يحصل على أفضل وأند حليب موجود.

**Borstvoeding**  
**de beste start**  
**voor uw baby**

Uw baby groeit het beste met borstvoeding. Moedermelk beschermt tegen ziekten. Uw baby hoeft daarom niet zo vaak naar de dokter. Borstvoeding geven is ook beter voor uw eigen gezondheid. Het is leuk en gemakkelijk. Bovendien kost moedermelk niets. En uw baby krijgt de beste en de lekkerste melk die er bestaat.

هل لديك أسئلة؟ أو تتكفي في ما إذا كانت الرضاعة تمر على أحسن وجه؟  
تتحدث مع امرأة أخرى التي تبني كثيرا رضاعة الثدي.  
اطلب الإرشادات من المولدة أو من المتقنة بفراش الولادة.  
انضمي إلى مكتب الاستشارة الطبية.  
Heeft u vragen?  
Twijfelt u of het goed gaat?  
Praat eens met een andere vrouw die graag borstvoeding geeft.  
Vraag de verloskundige en de kraamverzorgster om raad.  
Ga naar het consultatiebureau.

**Borstvoeding**  
**de beste start**

WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative  
Stichting Zorg voor Borstvoeding  
Postbus 2047  
2930 AA Krimpen aan de Lek

Deze uitgave werd mogelijk gemaakt door ondersteuning van

VSB FONDS

WHO/UNICEF  
Baby Friendly Hospital Initiative  
Stichting Zorg  
voor Borstvoeding

1997 Arabisch-Nederlandse uitgave.  
Ook beschikbaar in  
Tunke-Nederlands en  
Engels-Frans

**WHO**

**unicef**

**ضاعة الثدي، متعة للأم ورضيعها**  
**Borstvoeding is genieten voor moeder en kin**

**إرضاع الثدي**  
**أفضل طريقة**  
**بداية**  
**لرضيعتك**

أفضل طريقة يتبعها بواسطة رضيعك هي رضاعة الثدي، لأن حليب الأم يحمي من الأمراض. لذلك لا يحتاج رضيعك للذهاب كثيرا إلى الطبيب. إضافة إلى ذلك، فإن رضاعة الثدي هي أفضل لصحتك. كما أنها ممتعة وسهلة ولا تكلفك أية مصاريف. زيادة على أن رضيعك يحصل على أفضل وأند حليب موجود.

**Borstvoeding**  
**de beste start**  
**voor uw baby**

Uw baby groeit het beste met borstvoeding. Moedermelk beschermt tegen ziekten. Uw baby hoeft daarom niet zo vaak naar de dokter. Borstvoeding geven is ook beter voor uw eigen gezondheid. Het is leuk en gemakkelijk. Bovendien kost moedermelk niets. En uw baby krijgt de beste en de lekkerste melk die er bestaat.

هل لديك أسئلة؟ أو تتكفي في ما إذا كانت الرضاعة تمر على أحسن وجه؟  
تتحدث مع امرأة أخرى التي تبني كثيرا رضاعة الثدي.  
اطلب الإرشادات من المولدة أو من المتقنة بفراش الولادة.  
انضمي إلى مكتب الاستشارة الطبية.  
Heeft u vragen?  
Twijfelt u of het goed gaat?  
Praat eens met een andere vrouw die graag borstvoeding geeft.  
Vraag de verloskundige en de kraamverzorgster om raad.  
Ga naar het consultatiebureau.

**Borstvoeding**  
**de beste start**

WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative  
Stichting Zorg voor Borstvoeding  
Postbus 2047  
2930 AA Krimpen aan de Lek

Deze uitgave werd mogelijk gemaakt door ondersteuning van

VSB FONDS

WHO/UNICEF  
Baby Friendly Hospital Initiative  
Stichting Zorg  
voor Borstvoeding

1997 Arabisch-Nederlandse uitgave.  
Ook beschikbaar in  
Tunke-Nederlands en  
Engels-Frans

**WHO**

**unicef**

**ضاعة الثدي، متعة للأم ورضيعها**  
**Borstvoeding is genieten voor moeder en kin**



## كيف تعطي رضاعة الثدي؟ Hoe geeft u borstvoeding?

يجب أن يكون ثقب الرضيد على الثدي. رضاعة الثدي تمليك إحصاسا متعنا. إذا احسست بالألم، ابدي من جديد.

4 tet kinnetje ligt tegen de borst aan. Borstvoeding geven voelt prettig aan. Is het pijn doet, begint u opnieuw.

هكذا  
Zo.

5 ليس هكذا  
Niet zo.



1 ضمي رضيدك في وضع تكون بطنه على جسمك. سانديه جيدا.  
Leg uw baby met zijn builje tegen u aan.  
Ondersteun hem goed.



2 اسهري على أن تكوني جالسة أو مستلقية بشكل مريح هناك طرق مختلفة.

3 استعملي الوسادات  
Zorg ervoor dat u zelf ook lekker zit of ligt. Er zijn verschillende manieren.  
Gebruik kussens.



5 اعطي الثدي لرضيدك مرات عديدة. كل مرة تظنين فيها إجهان. إذا شبع الرضيع، ستوقف بنفسه عن الرضاعة. اعطي uw baby vaak de borst: telkens als u denkt dat hij honger heeft. Als uw baby genoeg heeft, stopt hij vanzelf met drinken.

داعمي شفتيه وانظري حتى يفتح فمه جيدا. اجتديه جيدا اليك. هكذا يمكنه أن يضع فمه على الثدي بشكل جيد.

2 ساندني الثديي  
Kietel de lipjes en wacht tot hij zijn mondje wijd open doet. Trek hem dan nog dichter naar u toe. Zo kan hij de borst goed pakken.  
Ondersteun de borst.





## Overzicht deelname aan onderzoek van derden: Emmelie Muylaert

	<b>Datum</b>	<b>Thema onderzoek</b>	<b>Experiment / enquête</b>	<b>Duur</b>
1.	25/03/2014	SPSS – experiment	Experiment	1 uur
2.	31/08/2015	Does core stability has an influence on the performance of plyometric scapular exercises and does correction of care and scapular alignment affect the scapular muscle EMG in healthy overhead athletes? A randomized control study.	Experiment	2 uur
3.	27/10/2015	MPC tweedetaalverwerking 2015 -2016	Experiment	1u30
4.	15/02/2016	Keuzes maken	Experiment	20 minuten
5.	22/02/2016	Economisch spel	Experiment	30 minuten
6.	24/02/2016	Hoe ziet jouw digitale leeromgeving eruit?	Enquête	15 minuten
7.	4/03/2016	Enquête S.M.A.K.	Enquête	15 minuten
8.	22/03/2016	MPC tweedetaalverwerking 2015 – 2016 (vervolg Frans)	Experiment	1u30
9.	24/03/2016	Masterthesis over persoonlijkheidskenmerken gelinkt aan sexting	Enquête	10 minuten
			<b>Totaal :</b>	<b>7u30</b>

### Overzicht deelname aan onderzoek van derden: Sofie Michiels

	<b>Datum</b>	<b>Thema onderzoek</b>	<b>Type</b>	<b>Duur</b>
1.	25/03/2015	Leren via instructievideo's (SPSS experiment) (onderzoek van Sarah Gistelinck en Gerd Van De Vel)	experiment	1,5 uur
2.	31/03/2015	Leren via Youtube (onderzoek van Sigi Berben en Yvan Bister)	experiment	2 uur
3.	23/10/2015	Brand placement in books (onderzoek aan Marketing afdeling UA, uitgevoerd door Yana Avramova)	experiment	0,5 uur
4.	27/10/2015	Tweedetaalverwerving van MPC-studenten (onderzoek van Mariëlle Leijten)	experiment	2 uur
5.	15/02/2016	Keuze maken (onderzoek van Kim Guilliams)	experiment	15 minuten
6.	22/03/2016	Emoties en schrijven (onderzoek van Alieke Es en Matthias Geysen)	experiment	1 uur
7.	22/03/2016	CSA (onderzoek van Sarah-Alexandra van Laere en Valerie Grimonprez)	enquête	15 minuten
8.	11/04/2016	Tweedetaalverwerving van MPC-studenten (onderzoek van Mariëlle Leijten)	experiment	2 uur
9.	25/04/2016	Career expectations and aspirations (onderzoek van Kris Hardies)	enquête	15 minuten

**Totaal: 9u45**