

UNIVERSITEIT ANTWERPEN

FACULTEIT POLITIEKE EN SOCIALE WETENSCHAPPEN  
FACULTEIT TOEGEPASTE ECONOMISCHE WETENSCHAPPEN

# **De praktijk van interculturele bemiddeling in Vlaamse ziekenhuizen**

Een inhoudelijke evaluatie van haar werking  
vanuit socio-economisch oogpunt

Pieter Vermeyen

Masterproef voorgedragen tot het bekomen  
van de graad van:

Master in de Sociaal-Economische Wetenschappen

Promotor: Prof. dr. Edwin Wouters

Medebeoordelaar: Raf Van Gestel



UNIVERSITEIT ANTWERPEN

FACULTEIT POLITIEKE EN SOCIALE WETENSCHAPPEN  
FACULTEIT TOEGEPASTE ECONOMISCHE WETENSCHAPPEN

# **De praktijk van interculturele bemiddeling in Vlaamse ziekenhuizen**

Een inhoudelijke evaluatie van haar werking  
vanuit socio-economisch oogpunt

Pieter Vermeyen

Masterproef voorgedragen tot het bekomen  
van de graad van:

Master in de Sociaal-Economische Wetenschappen

Promotor: Prof. dr. Edwin Wouters

Medebeoordelaar: Raf Van Gestel

## Voorwoord

Deze masterproef is mogelijk gemaakt door het promotorschap van Prof. dr. Edwin Wouters en met enige raad van Prof. dr. Diana De Graeve, waarvoor dank. Ook Hans Verrept en Joris Michielsen dien ik te bedanken voor hun bijzonder geapprecieerde medewerking en inhoudelijke informatieverstrekking.

Overigens wil ik de volgende medewerkers uit de betreffende zorginstellingen bedanken voor hun bijzonder gewaardeerde en oprechte medewerking, al dan niet onder de vorm van een interview: Tom Baert (AZ Nikolaas), Koen Cortebeeck (GZA), Joeri De Munck (ZNA), Sofie Goderis (AZ Sint-Lucas Gent), Nihal Hakay (Jessaziekenhuis Hasselt), Naïma Alou Izza (UZA), Raf Jacobs (Jessaziekenhuis Hasselt), Fatma Keten (AZ Sint-Lucas Gent), Larisa Khlopkova (ZNA), Ewout Laureyns (AZ Sint-Jan Brugge), Gabriël Liberato (GZA Sint-Augustinus), Leen Mallet (AZ Sint-Lucas Gent), Els Peeters (ZOL Genk), Mosé Piazza (ZOL Genk), Lora Smirnova (RZ Tienen), Serif Tezerdi (ZNA), Nadège Tilmant (RZ Tienen), Miranda Van De Wiele (UZA), Ine Van Looveren (ZNA), Dr. Jens Van Praet (AZ Sint-Jan Brugge), Nele Vandingelen (UZ Leuven), Karen Vereycken (GZA Sint-Augustinus) en Patricia Vranken (ZOL Genk). In het bijzonder wil ik tot slot de twee voormalige patiënten, waaronder Tatiana Liovothkina, die ik mocht interviewen bedanken voor hun bereidwillige medewerking en engagement.

In het empirische luik van deze masterproef worden de betreffende respondenten benoemd als zijnde een letter van het alfabet, dit ten oorzaak van de vraag vanuit de betreffende instellingen om met de nodige voorzichtigheid en anonimiteit om te gaan met de verkregen informatie. De letters zijn derhalve op toevallige basis toegewezen. Daarenboven zijn omwille van dezelfde reden de transcripties van de interviews niet in bijlage opgenomen. Deze kunnen niettemin steeds opgevraagd worden, evenals de betreffende audiobestanden, mits goedkeuring van de betreffende respondent(en).



# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	4
Lijst met afkortingen .....	7
Figurenlijst .....	8
Abstract .....	9
Inleiding: probleemstelling en conceptueel kader .....	10
1. Theoretische en maatschappelijke omkadering .....	12
1.1. Sociaal-demografische achtergrond en relevantie .....	12
1.2. Barrières tot kwalitatieve en efficiënte zorgverlening .....	13
1.3. 'Patient-centered care' en haar interdependentie .....	15
1.4. Communicatieve discordantie .....	15
1.5. Financiële en budgettaire afweging .....	16
2. Theoretisch ideaaltype van interculturele bemiddeling met inclusie van de knelpunten .....	18
2.1. Overheidsbeleid en het centrale bestuursorgaan .....	18
2.2. Beleidsmatige verankering in de Vlaamse ziekenhuizen .....	20
2.3. Competentieprofiel van interculturele bemiddelaars en coördinatoren .....	22
2.4. Takenpakket van een intercultureel bemiddelaar .....	24
2.4.1. Triadisch opheffen van de taalbarrière .....	25
2.4.2. Cultural brokerage .....	29
2.4.3. Concrete hulp aan patiënten .....	31
2.4.4. Emotionele ondersteuning .....	32
2.4.5. Bemiddelen in conflicten .....	33
2.4.6. Pleitbezorging .....	34
2.4.7. Zelfstandig en pro actief op zoek gaan naar problemen .....	35
2.4.8. Voorlichting aan allochtonen en zorgverleners .....	35
2.4.9. Signaleren van vastgestelde knelpunten .....	36
2.5. Visuele synthese van het theoretische ideaaltype .....	38
3. Empirische onderzoekopstelling en methodologie .....	41
4. Empirische toetsing van het ideaaltype en de knelpunten in praktijk .....	44
4.1. Overheidsbeleid en het centrale bestuursorgaan .....	44
4.1.1. Opvolging en evaluatie .....	44
4.1.2. Vorming en supervisie .....	46
4.1.3. Ruimere vorming en top-down sensibilisering .....	48
4.1.4. Bottom-up openheid en aanspreekpunt .....	48
4.2. Beleidsmatige verankering in de Vlaamse ziekenhuizen .....	49
4.2.1. Ondersteunende organisatiestructuur .....	49

4.2.2. Ondersteunende organisatiecultuur .....	51
4.2.3. Ondersteunen beleid en samenwerking .....	52
4.3. Competentieprofiel van interculturele bemiddelaars en coördinatoren .....	54
4.4. Takenpakket van een intercultureel bemiddelaar .....	56
4.4.1. Triadisch opheffen van de taalbarrière .....	56
4.4.1.1. Interculturele bemiddelaars .....	57
4.4.1.2. Tolken via videoconferentie .....	59
4.4.1.3. Sociale tolken .....	61
4.4.1.4. Telefonisch tolken (Ba-bel) .....	63
4.4.1.5. Informele taalbijstand .....	64
4.4.1.6. Familiale taalbijstand .....	67
4.4.1.7. Onvindbare taalbijstand .....	69
4.4.1.8. Triadische gespreksvorm .....	70
4.4.1.9. Auditief gehandicapte patiënten .....	71
4.4.2. Cultural brokerage .....	73
4.4.3. Concrete hulp aan patiënten .....	76
4.4.4. Emotionele ondersteuning .....	78
4.4.5. Bemiddelen in conflicten .....	81
4.4.6. Pleitbezorging .....	85
4.4.7. Zelfstandig en pro actief op zoek gaan naar problemen .....	86
4.4.8. Voorlichting aan allochtonen en zorgverleners .....	88
4.4.9. Signaleren van vastgestelde knelpunten .....	90
4.5. Visuele synthese van de empirische toetsing van het ideaaltype .....	91
4.6. Kwalitatieve reflectie van de financieel-budgettaire begrenzingen .....	94
4.6.1. Subjectieve kosten-batenanalyse van het ziekenhuis .....	94
4.6.2. Maatschappelijke kosten-batenanalyse .....	96
4.6.3. Efficiëntie van de huidige budgetverdeling van de overheid .....	97
5. Conclusie en discussie .....	99
6. Bijlagen empirische analyse .....	102
6.1. Bijlage A: details diepte-interviews .....	102
6.2. Bijlage B: voor- en nadelen van diverse vormen voor taalbijstand .....	104
6.3. Bijlage C: dimensies en inhoud van de culturele barrière .....	106
6.4. Bijlage D: dimensies en inhoud van diverse toegangsbarrières .....	111
6.5. Bijlage E: voorbeeldcasussen van conflictbemiddeling en pleitbezorging .....	116
6.6. Bijlage F: voorbeeld van sensibilisering door een affiche .....	118
6.7. Bijlage G: budgetverdeling van de overheid in de steekproef .....	119
Bibliografie .....	120

## Lijst met gebruikte afkortingen

AZ	Algemeen Ziekenhuis
bv.	bijvoorbeeld
CAB	Vlaams Communicatie Assistentie Bureau
enz.	enzoverder
FOD	federale overheidsdienst
FTO	farmacotherapeutisch overleg
GZA	GasthuisZusters Antwerpen
ICB	interculturele bemiddeling
ICB'er	intercultureel bemiddelaar
i.s.m.	in samenwerking met
m.b.v.	met behulp van
MFH	migrant-friendly hospitals
o.b.v.	op basis van
o.m.	onder meer
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
RZ	Regionaal Ziekenhuis
TOFHLA	Test for Functional Health Literacy in Adults
UZ	Universitair Ziekenhuis
UZA	Universitair Ziekenhuis Antwerpen
VTE	voltijds equivalenten
WHO	World Health Organization
ZNA	Ziekenhuis Netwerk Antwerpen
ZOL	Ziekenhuis Oost-Limburg

## Figurenlijst

Figuur 1: Visuele voorstelling van het conceptueel kader.....	11
Figuur 2: Theoretisch ideaaltype (partim I).....	18
Figuur 3: Theoretisch ideaaltype (partim II).....	20
Figuur 4: 'Inverse care law'.....	22
Figuur 5: Theoretisch ideaaltype (partim III).....	22
Figuur 6: Theoretisch ideaaltype (partim IV).....	24
Figuur 7: 'Multiple identity'.....	36
Figuur 8: Geografische onderzoekopstelling.....	41
Figuur 9: Socio-demografische kenmerken van de respondenten.....	42
Figuur 10: Subjectieve kosten-batenanalyse van het ziekenhuis.....	94

## Abstract

*Keywords: allochtonen - anderstaligen - cross-culturele communicatie - gelijke kansen  
interculturele bemiddeling - praktijk - sociaal beleid - socio-economisch - Vlaanderen  
ziekenhuizen - zorgsector*

De achterstelling van allochtonen in de zorgsector is in zowat alle Westerse landen een vooraanstaande problematiek. Taalkundige, sociaal-culturele en diverse barrières gaan ten koste van een efficiënte en kwalitatieve zorgverlening en dialoog. Het is op basis daarvan dat het Koninklijke Besluit aangaande de subsidiëring van interculturele bemiddeling in ziekenhuizen tot stand gekomen is en sinds 1999 in praktijk is gebracht.

In deze masterscriptie wordt getracht op basis van 24 diepte-interviews (met respectievelijk interculturele bemiddelaars, de betreffende coördinatoren, zorgverleners die regelmatig met zulke bemiddelaars in aanraking komen en twee patiënten) overheen 10 Vlaamse ziekenhuizen de praktische uitwerking hiervan na te gaan en haar socio-economische determinanten in kaart te brengen. Dit wordt gedaan met behulp van de opstelling en toetsing van een theoretisch ideaaltype en de betreffende knelpunten in praktijk.

Hierbij wordt de mate dat theorie en praktijk momenteel nog haaks op elkaar staan door een beperking in tijd en budget in detail ontrafeld. Er wordt dan ook besloten dat de praktijk van interculturele bemiddeling in Vlaamse ziekenhuizen vanuit socio-economisch oogpunt nog heel wat voeten in de aarde heeft. De praktijk anno 2014 blijkt nood te hebben aan een meer formele, robuuste keuzehiërarchie die geënt is op behoeftigheid en haar meerduidige jobinhoud en rekening houdt met haar bredere sociale diversiteitsproblematiek.

## Inleiding: probleemstelling en conceptueel kader

*“An English-speaking middle-aged woman from an ethnic minority group present to her internist for follow-up of her chronic medical problems (...). Although she sees her physician regularly, her medical conditions are not optimally controlled. At one of the visits, her physician gives her a list of her medications and, while reviewing it, explains – not for the first time – the importance of taking all of them as prescribed. The patient looks at the paper for a while, then cautiously tells the physician, ‘but I can’t read.’”*  
(Misra-Hebert & Isaacson, 2012, p. 127)

Een goede en transparante communicatie en gang van zaken tussen de zorginstelling en haar patiënten is noodzakelijk om een voldoende kwalitatieve en efficiënte werking van zorg te verzekeren. Bovenstaand citaat illustreert dat dit in praktijk niet steeds het geval is. Uit veelvuldig divers onderzoek is gebleken dat deze veel vaker gebrekkig is wanneer het de communicatie met allochtone patiënten en familieleden betreft (Smedley, Stith, Nelson, 2003, p. 35-36; Suurmond & Seeleman, 2006; Verrept, 2012; Williams, 1999).

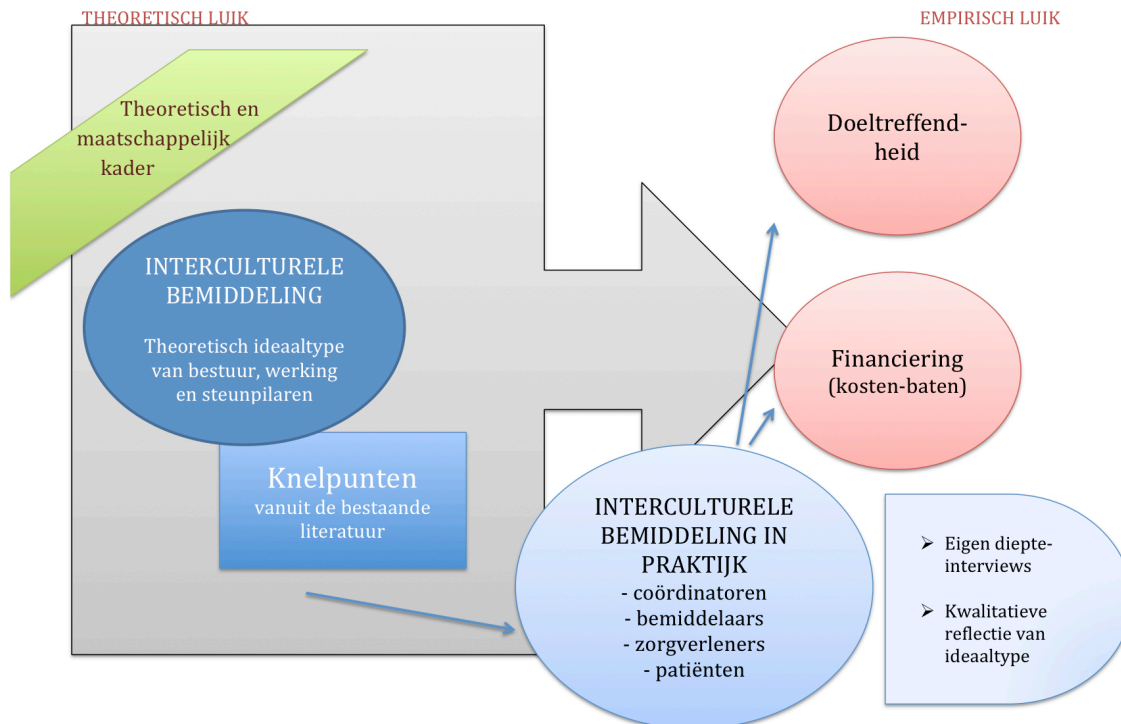
Het is op basis daarvan dat recent het Koninklijke Besluit aangaande de subsidiëring van interculturele bemiddeling, of kortweg ICB, tot stand gekomen is (Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002, Art 80, §2, 13). Een desbetreffende overheidsfinanciering kan sinds 1999 bij de overheid worden aangevraagd (Verrept, 2002). Van de huidige 57 algemene niet-categorale ziekenhuizen op het Vlaamse grondgebied (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2013) verkrijgen er momenteel 15 enige vorm van subsidies rondom ICB (FOD Volksgezondheid, 2013a). In een daarbij aansluitend artikel beschrijft Hans Verrept (2002), hoofd van de coördinatiecel ICB, impliciet een ideaaltype van wat de functie ‘intercultureel bemiddelaar’ (ICB’er) of ‘coördinator ICB’ inhoudt en waarom de subsidiëring ervan noodzakelijk geacht dient te worden met betrekking tot kwaliteit en efficiëntie van interculturele zorg. De idee van ICB blijkt daarin verder te gaan dan een loutere stimulans tot betere meertalige dienstenverlening binnen het ziekenhuis die afgestemd is op haar omgeving (Brach, Fraser, Paez, 2005; Maltby 1999). ICB is namelijk een meer concrete en geïnstitutionaliseerde uitwerking van taalkundige en cross-culturele ‘interpreters’ binnen de zorgsector, zoals uitvoering bestudeerd is in heel wat wetenschappelijk onderzoek, zo blijkt uit een recente literatuurstudie van Brisset, Leanza en Laforest (2013). Opvallend is dat de bestaande literatuur omtrent ICB overwegend theoretisch en woordelijk is en er tot nu toe weinig onderzoek is verricht naar de werking en het takenpakket van ICB in de dagdagelijkse realiteit van het Vlaamse zorgveld. Deze masterproef doelt hiervan een tipje van de sluier op te lichten.

Hierbij zal vooreerst een theoretisch ideaaltype van de werking worden opgesteld, mits de nodige theoretische en maatschappelijke omkadering en onderbouw en vernoeming van de knelpunten. Dit zal gebaseerd worden op het oeuvre van Hans Verrept (2002; 2004; 2012), met een aanvulling van diverse literatuur vanuit een socio-economisch perspectief. De reeds gevoerde empirische onderzoeken omtrent ‘allochtonen in de gezondheidszorg’ zullen hier in kaart gebracht zullen worden, en de relevantie van het topic zal derhalve worden geduïd.

Vervolgens zal dit ideaaltype empirisch getoetst worden op basis van 24 diepte-interviews (met respectievelijk ICB’ers, coördinatoren ICB, verplegers die regelmatig met ICB in

aanraking komen, twee patiënten en Hans Verrept zelf) overheen 10 Vlaamse ziekenhuizen de praktische uitwerking ervan na te gaan en deze te kaderen binnen haar socio-economische context. De resultaten worden gerapporteerd onder de vorm van gerichte citaten en een synthese van de bevindingen uit de interviews. Een afsluitende sectie evalueert tot slot de financiële begrenzings van de invulling van ICB in realiteit.

Het onderzoeksopzet van deze scriptie kan visueel als volgt worden voorgesteld:



Figuur 1: Visuele voorstelling van het conceptueel kader

Het opzet van deze masterproef is voor alle duidelijk dus niet de aftoetsing van de performantie van Vlaamse ziekenhuizen inzake pluriculturele zorgverlening. Hiervoor zouden andere, meer kwantitatieve onderzoeksmethoden meer gepast zijn en naar alle waarschijnlijkheid tot betere conclusies leiden. Bovendien kunnen de geïnterviewde ziekenhuizen niet met zekerheid als representatief beschouwd worden voor de Vlaamse zorgsector in haar geheel, o.m. doordat geen enkel interview afgelegd is in een ziekenhuis waar geen subsidies uitgereikt worden.

Wel is het opzet van deze scriptie een theoretisch, ideaaltypische werking van ICB op te stellen aan de hand een uitgebreide literatuurstudie, en na te gaan in hoeverre deze strookt met de realiteit en waarom dit zo is. Hoewel de coördinatriceel interculturele bemiddeling bevoegd is voor zowel Vlaanderen als voor het Brussels Hoofdstedelijke Gewest en Wallonië (FOD Volksgezondheid, 2013a), wordt in deze scriptie uitsluitend gefocust op het Vlaamse grondgebied teneinde een voldoende afgebakende onderzoekopstelling te bekomen. Daarnaast zal in deze verhandeling uitsluitend geconcentreerd worden op de algemene zorginstellingen en zal de inzet van interculturele bemiddeling in psychiatrische ziekenhuizen eerder achterwege gelaten worden, niettemin dit laatste evenzeer een bijzondere maatschappelijke relevantie onderkent (Hsu & Tseng, 1972; Qureshi, Ramos, Collazos, 2007).

# 1. Theoretische en maatschappelijke omkadering

*"Inequality in health is the worst inequality of all. There is no more serious inequality than knowing that you'll die sooner because you're badly off."*

*(Local Government Chronicle, 1997)*

*Citaat van Frank Dobson, voormalig Secretary of State for Health van het Verenigd Koninkrijk*

## 1.1 Sociaal-demografische achtergrond en relevantie

Zowel het multicultureel samenleven in Vlaanderen als het daarop geënt sociaal overheidsbeleid zijn actuele topics die momenteel veel media-, politieke en beleidsmatige aandacht naar zich toe trekken. Veelvuldige media-aandacht aan thema's zoals het hoofddoekendebat en het asielbeleid duiden dit op sprekende wijze. Ook literatuurstudies zoals die van Vertovec (2012) bewijzen de wetenschappelijke 'hype' rond migratie, transnationalisme en haar bijzonder sterke impact op de samenleving. De welvaartsstaat van onder andere België anno 2014 en haar principe van geïnstitutionaliseerde solidariteit heeft dan ook drastische veranderingen ondergaan, o.m. als reactie op maatschappelijke tendensen zoals de sterk toegenomen culturele diversiteit, en botst nog steeds op dergelijke problematiek sedert haar ontstaan (Mau & Burkhardt, 2009; Van der Waal, Achterberg, Van Oorschot, 2011). Door haar bewogen migratiegeschiedenis is België namelijk de laatste decennia verworpen tot een cultureel erg pluritaire samenleving met een eigen typerend sociaal-demografisch en regionaal gedifferentieerd karakter (Derluyn e.a., 2011, p. 13-14; Timmerman, Vanderwaeren, Crui, 2003; Vause, 2013). Een historische evolutie naar een etnisch-culturele superdiversiteit is in heel wat Westerse landen waarneembaar (Chiarenza, 2013), waaronder België, en dus ook Vlaanderen, zeker toebehoort.

Ook de Vlaamse zorgsector is sterk geëvolueerd ten gevolge van deze sociaal-culturele maatschappelijke veranderingen en de desbetreffende beleidsimplicaties (Van de Geuchte e.a., 2007), een fenomeen dat in zowat alle West-Europese landen mits cross-nationale verschillen waarneembaar is (Chimenti, 2009). De zorgsector betreft immers een faciliteit waar elk individu doorheen zijn of haar leven onvermijdelijk met in aanraking komt. Daardoor, en temeer omdat het gezondheid en 'wel-zijn' betreft, is de achterstelling van allochtonen in de zorgsector een maatschappelijk relevante en vooraanstaande kwestie die van cruciaal belang is wat de achterstelling van allochtonen in de samenleving in haar geheel betreft (Smedley, Stith, Nelson, 2003, p. 36-38; Williams, 1999).

*"Equity in health, after all, is as much about ensuring health for many as for the few"*  
*(Carballo, Divino, Zeric, 1997, p. 90).*

Deze achterstelling blijft niettemin zowel in de VS en Canada als in zowat alle West-Europese landen nog steeds een heikel punt en is verbonden aan sociaal-demografische factoren en stigmatisering, waardoor de allochtonenpopulatie als een maatschappelijk kwetsbare groep beschouwd dient te worden (American College of Physicians, 2010; Derose, Escarce, Lurie, 2007; Nagy, 2011; Mladovsky e.a., 2009, p. 120-133; Williams, 1999). Dit laatste wordt binnen bepaalde onderzoeksdomeinen ook wel eens 'statistische discriminatie' genoemd (Arrow, 1971). De toewijzing van maatschappelijke verschijnselen zoals de achterstelling van allochtonen aan etnisch-culturele factoren is hierdoor een precair gegeven.



## 1.2 Barrières tot kwalitatieve en efficiënte zorgverlening

Het in de literatuur meest benoemde, welomschreven en quasi-unaniem aanvaarde verklaringspatroon voor het bovengenoemde achterstellingsverschijnsel is en blijft de taalbarrière (Bischoff & Denhaerynck, 2010; David & Rhee, 1998; Schyve, 2007; Suurmond & Seeleman, 2006; Timmins, 2002; Verrept, 2002) met daarbij aansluitend het gedachtegoed van een verschil in 'health literacy' (Baker e.a., 1999; Davis e.a., 1993; Misra-Herbert & Isaacson, 2012; Kutner e.a., 2006; Singleton & Krause, 2009; Weiss e.a., 2005; Weiss, 2012).

De taalbarrière werd door Pottie et al. (2008) zelfs bevonden als zijnde dé factor die ongelijkheid in gezondheid het allermeele determineert. In de wetenschappelijke literatuur wordt bij anderstalige patiënten daarmee samenhangend dan ook gewezen op een verhoudingsgewijze slechtere diagnose (Divi e.a., 2007), het minder therapietrouw zijn en naar de volgende afspraak komen (David & Rhee, 1998; Sarver & Baker, 2000; Weech-Maldonado e.a., 2003), proportioneel meer medische complicaties (Gandhi e.a., 2000), langere hospitalisaties (John-Baptiste e.a., 2004) en een gemiddelde lagere patiëntentevredenheid (Weech-Maldonado e.a., 2004). Deze betreffen niettemin allemaal empirisch materiaal in de Verenigde Staten. Verdere en meer specifieke conclusies omtrent de taalbarrière in de Europese Unie en de daaruit volgende achterstelling van allochtonen in de zorgsector benodigt de vergaring van meer accurate en vergelijkbare data, vermits die momenteel erg beperkt en imperfect is (Chiarenza, 2013; Rechel, Mladovsky, Devillé, 2012). Maar de bouwstenen van de zorgsector, met name de gelijkheid van zorg en het patiëntenrecht op 'zorg in een verstaanbare taal', zijn omwille van deze barrière nagenoeg zichtbaar aangetast in beide contreien (FOD Volksgezondheid, 2013b). Zo wordt bevonden dat de visie dat allochtonen 'hard kunnen overdrijven' toewijsbaar is aan een gebrekkige kennis en communicatie door deze taalbarrière (Van der Meer, 1984; Van Dijk, 1989).

Met betrekking tot het citaat van Misra-Herbert & Isaacson (2012, p. 127) op pagina 8 van deze scriptie zou de vraag gesteld daarom moeten worden wat de maatschappelijk oorzakelijke factoren zijn dat de betreffende medicus het probleem niet eerder vastgesteld heeft en waarom de patiënt zo lang gewacht heeft het als dusdanig woordelijk uit te spreken. En misschien belangrijker, aan welk van die factoren kan beleidsmatig en in praktijk iets gedaan worden op lange, maar ook op korte termijn? De maatschappelijke problematiek van 'health literacy' en de taalbarrière komt hier zodus sprekend tot uiting, ondanks het feit dat hij de nationale taal verbaal wel machtig is. De relevantie van dit citaat blijkt evenwel uit het feit dat 36% van de Amerikaanse bevolking over een veruit onvoldoende leesvaardigheid beschikt en dat deze individuele leesvaardigheid bijzonder sterk gecorreleerd is met gezondheid (Kutner e.a., 2006). Dit temeer is een reden om etnische minderheden in een samenleving als een kwetsbare groep te beschouwen en de taalbarrière als maatschappelijk probleem voldoende ernstig te nemen.

Toch blijken nevens de taalbarrière ook diverse barrières waarneembaar te zijn die de achterstelling van allochtone patiënten in de zorgsector mede in de hand werken. Deze verklaren naderhand waarom er in de deze scriptie gesproken wordt over 'allochtone' en niet louter over 'anderstalige' patiënten.

Zo beschreven Schouten & Meeuwesen (2006) op basis van menig wetenschappelijk onderzoek binnen het kader van ICB de culturele barrière als het summa van een verschil in culturele verklaringsschemata voor medische verschijnselen, een divergentie in culturele waarden en normen, een decalage van voorkeuren inzake de dokter-patiënt relatie en de mogelijke aanwezigheid of subjectieve ervaring van racisme. Ook het verschil in attitude ten opzichte van de voorbestemdheid van de levensloop, de onvermijdbaarheid van 'lijden', de oorzaak van ziekte, de ervaring van ziekte, het geloof in Westerse geneeskunde en een verschil in religie en traditie wordt in diverse literatuur benoemd als zijnde een culturele barrière (Kleinman, Eisenberg, Good, 1978; Hoang & Erickson, 1985; Mull, 1993; Pavlish, Noor, Brandt, 2010; Uba, 1992; Verrept, 2004). Een studie van Peeters (1986) wees er bovendien op dat ook binnen de Marokkaanse gemeenschap in Antwerpen zulke barrières bestaan. Kleinman, Eisenberg en Good (1978) ontworpen binnen deze denktrant een conceptueel raamwerk en spraken van de 'culturele constructie van de klinische realiteit'.

'Health literacy', een term die staat voor de kennis van medisch taalgebruik en begrip van communicatie in het ziekenhuis, wordt in menig onderzoek beschouwd als zijnde een synthese en beleidsmatige proxy voor bovengenoemde twee barrières (MFH, 2004; Misra-Herbert & Isaacson, 2012; Singleton & Krause, 2009). Hoewel dit begrip meer en meer centraal staat binnen het betreffende onderzoeksdomein, vooral in de Verenigde Staten, is het van belang dat de werkelijke taalkundige en culturele determinanten niet uit het oog worden verloren en is de representativiteit van 'health literacy' voor de gehele achterstellingsproblematiek relatief beperkt (Andrulis & Brach, 2007; Singleton & Krause, 2009). Daarom zal geopteerd worden in deze scriptie niet enkel te focussen op 'health literacy', maar het bredere raamwerk en het kluwen van barrières, zoals hierboven beschreven, als theoretisch uitgangspunt te hanteren. Binnen deze gedachtegang noemde The Joint Commission een lage 'health literacy', de taalbarrière en de culturele verschillen dan ook de 'triple threat' (Schyve, 2007), in plaats van deze louter te beschouwen als een proxy.

De oprichting van een subsidie voor interculturele bemiddeling in ziekenhuizen is ingebed en dient begrepen te worden binnen deze maatschappelijke omkadering. Taalkundige, maar ook organisatorische en sociaal-culturele barrières gaan zodus ten koste van een efficiënte en kwalitatieve zorgverlening omwille van een verstoorde informatie-uitwisseling en dialoog, met negatieve gevolgen ten aanzien van het 'wel-zijn' van de reeds kwetsbare allochtonenpopulatie tot gevolg, zoals tevens in menig literatuur als dusdanig beschreven (Brach, Fraser, Paez, 2005, p. 424-425; Chiarenza, 2013; Suurmond & Seeleman, 2006; Verrept, 2012). Opmerkelijk is dat een zulke statistische associatie zeer recent zelfs empirisch waargenomen werd wanneer het geen immigranten, maar slechts een taalkundige minderheid Franssprekende Canadezen betrof (Drolet e.a., 2014).

Toch dient deze problematiek niet louter als een eenduidige causale relatie geïnterpreteerd te worden, maar als één element binnen het bredere sociaal-economische kader waarbij de achterstelling ook deels toegeschreven kan worden aan diverse mediërende sociaal-demografische variabelen zoals scholingsgraad, tewerkstelling en sociale integratie (Adler & Newman, 2002; Diderichsen e.a., 2012). Zo werd 'statistische discriminatie' reeds voorgaand beschreven. Dit impliceert overigens niet dat een focus op deze kwetsbare groep ten onrechte is.

Integendeel, net doordat het een zulke kwetsbare groep betreft en de gezondheidssector in dient te staan voor alle inwoners, is een gerichte beleids- en ondersteuningsstrategie zoals ICB temeer gegrond.

### **1.3 'Patient-centered care' en haar interdependentie**

Ook moet de oprichting van ICB begrepen worden binnen de beleidsmatige evolutie naar een 'patient-centered care' (Verrept, 2004) met de nadruk op 'shared decision-making' en samenwerking, en een verhoogde institutionele gevoeligheid voor kwetsbare groepen zoals allochtone en anderstalige patiënten (Epstein e.a., 2010). Onderzoek in de Verenigde Staten toonde zo reeds aan dat deze meer dan proportioneel de zorgverlening voor allochtonen verbetert en zodoende de ongelijkheid inzake gezondheid inperkt (Beach e.a., 2007).

Toch blijkt uit sociologisch onderzoek dat de mate dat in praktijk een arts zich in een consultatie ook als dusdanig 'patient-centered' opstelt, afhankelijk te zijn van de mate dat de patiënt beschouwd wordt als een goede communicator, als zijnde tevreden met de behandeling en als iemand die zich aan de afspraken houdt en niet afhaakt (Street, Gordon, Haidet, 2007). Zoals op intuïtieve basis vermoed kan worden, blijkt uit ditzelfde onderzoek dan ook dat artsen in de Verenigde Staten zich ten opzichte van patiënten met een donkere huidskleur meer ruziechtig opstellen ter oorzaak van hun minder effectieve communicatie en lagere graad van tevredenheid. Onderzoek van Schouten et al. (2007) wees bovendien op het feit dat niet-Westerse immigranten zich bij een arts minder participatief opstellen dan Nederlandse immigranten, met alle gevolgen van dien. Het belang van taal en de drastische invloed van miscommunicatie wordt daarmee opnieuw benadrukt.

Hoewel de evolutie naar een 'patient-centered care' zodus ongetwijfeld een positieve impact heeft op de sensibilisering en initiatieven ter preventie van de problematiek, en deze een relevant kader van de oprichting van ICB betreft, dienen de positieve gevolgen gerelativeerd te worden omwille van haar selectiviteit. Er is sprake van een zekere vicieuze cirkel inzake de attitude en participatie van de patiënt en de arts en de mate dat deze elkaar gedragsmatig in een neer- of opwaartse spiraal ten opzichte van elkaar beïnvloeden (Schouten e.a., 2007; Street, Gordon, Haidet, 2007).

### **1.4 Communicatieve discordantie**

De relevantie van dit topic gaat overigens verder dat het loutere domein van interculturele verschillen in de multiculturele samenleving. In zekere zin kan een arts-patiënt relatie immers altijd als een cross-culturele relatie beschouwd worden, ongeacht etnisch origine, omwille van de autoriteit en het aanzien van een arts of andere medicus in de samenleving en het feit dat de zorgsector over het algemeen gekenmerkt wordt door een singuliere 'sociale cultuur' met eigen normen en verwachtingen (Misra-Hebert & Isaacson, 2012).

Zo beschouwde de socioloog Talcott Parsons (1951, p. 428-479) in zijn structureel functionalistische beschrijving van een arts-patiënt relatie deze dominantie reeds als het cruciaal uitgangspunt en elementair kenmerk ervan. Hoewel deze theorie fel bekritiseerd is en er ondertussen modellen uitgewerkt zijn zonder enige dominantie (Bury, 1982; Straus, 1984) blijkt deze dominantie-barrière zodus niet beperkt te zijn tot allochtone patiënten.

Ook recent empirisch onderzoek van Olson & Windish (2010) toonde deze verstoorde communicatieve setting en dominantie aan, door te bevinden dat de impressie van de artsen over de informatiestroom en diagnose van een patiënt steeds tot veel betere resultaten leidt dan wanneer dit vanuit het perspectief van de patiënt bevroegd wordt. Zo stelden medici in een bepaalde setting dat in 77% van de gevallen de patiënt alle nodige informatie goed had begrepen, hoewel dit in feite slechts voor 57% effectief het geval was. Opmerkelijk was dat deze communicatieve verstoring zich niet tot de taalbarrières beperkte in de zin dat het evenwel respondenten betrof met de lokale taal als moedertaal.

Vanuit een gelijkende opinie erkent de 'Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Healthcare' in hun ideaaltypische beschrijving van 'standards for equity in health care' heel wat meer barrières dan louter de taal- en culturele barrières (Chiarenza, 2012). Ook vanuit de overheid werd onder leiding van Hans Verrept het voorbije jaar het meer algemene pilootproject 'gelijkheid en diversiteit in het ziekenhuis' gelanceerd ter benadrukking van het belang van de ruimere maatschappelijke context van achterstelling van kwetsbare groepen in de zorgsector (FOD Volksgezondheid, 2013c). De communicatieve discordantie tussen zorgverlener en patiënt in al haar variëteit onderkent weliswaar een ruimere maatschappelijke verwikkeling dan de loutere etnisch-culturele dimensie.

Toch dient de universaliteit van deze communicatieve barrière gerelativeerd te worden. Zo blijkt uit een literatuuranalyse van Beck, Daughtridge & Sloan (2002) dat er heel wat individuele verschillen zijn tussen medici wat betreft empathie, het geven van uitleg en de duiding van oriëntatie van de patiënt in zijn of haar situatie, de mate dat deze zich dominant of passief opstelt, de wijze van het stellen van vragen, vriendelijkheid enzoverder. Er blijken namelijk ook artsen te zijn die deze communicatieve discordantie wél weten te overbruggen bij de meerderheid van de patiënten. Educatie en sensibilisering staat daarbij centraal. De meest recente beleidsadviezen benoemen dit dan ook als aandachtspunt voor de achterstelling van maatschappelijke kwetsbare groepen zoals allochtone patiënten (Ballard, 2003; Chiarenza, 2012; Derluyn e.a., 2011; Gijón-Sánchez e.a., 2010; WHO Regional Office for Europe, 2010), derhalve uit literatuuronderzoek bleek dat accurate educatie en sensibilisering slechts in sporadisch onderzoek werd bevonden (Hulsman e.a., 1999)

### **1.5 Financiële en budgettaire afweging**

Binnen de huidige context van budgettaire overheidsbesparingen en de politiek-maatschappelijke deining omtrent de begrotingsbalans blijken kosten-baten afwegingen in initiatieven zoals ICB tot slot onontbeerlijk te zijn, met een toegenomen nadruk op de financiële dimensie van een dergelijk sociaal beleid als resultante. De praktijk van ICB in Vlaamse ziekenhuizen wordt dan ook onvermijdelijk gekenmerkt door een afweging tussen een kwalitatieve zorgverlening met voeling voor de sociaal-culturele kenmerken van haar samenleving en het verzekeren van het financieel welbehagen van de instellingen in het huidige economische klimaat, met oog op efficiëntie van kosten en baten (Derluyn e.a., 2011). Doordat de betreffende overheidssubsidiëring verre van alle kosten dekt, blijkt een kosten-baten analyse van het voorzien van ICB in een ziekenhuis op eerste zicht negatief uit te vallen, waardoor het economische voordeel daarenboven sterk te betwijfelen is (Vandoninck, 2003, p. 119-132).

Niettemin werd in wetenschappelijke literatuur reeds meermaals gewezen op de economische kosten van ineffectieve en inefficiënte communicatie en behandeling van allochtone patiënten (Bischoff & Denhaerynck, 2010; LaVeist, Gaskin, Richard, 2011; Smedley, Stith, Nelson, 2003, p. 36) en de economische kosten van ongelijkheid in gezondheid naar sociaal-economische individuele factoren zoals scholingsgraad in het algemeen (Mackenbach, Meerding, Kunst, 2011). Binnen deze context wordt er ook wel eens gesproken over “language barrier premiums”, om de inefficiënte gevolgtrekkingen ervan te benadrukken (Hampers & McNulty, 2002). Immers, “failing to capture health improvements that may follow from reduction of inequality may mean that policies look more expensive to implement than they are if one takes health spending into account” (Adler & Newman, 2002, p. 71).

Deze moeizame conclusies om te zetten afweging blijkt een van de fundamenteën te zijn waarop Vlaamse ziekenhuizen in praktijk ICB structureel uitgebouwd en financieel begrensd hebben. Zoals in het empirische luik nog gestaafd zal worden, blijkt de bereidheid van de directie van zorginstellingen tot een zekere eigen financiële bijdrage hieromtrent namelijk doorslaggevend teneinde gesubsidieerd te worden voor ICB. Maar ook het perspectief van het beschikbare overheidsbudget voor ICB en hoe daar mee omgesprongen wordt, is bijzonder relevant. Dit vormt namelijk de bouwstenen van wat mogelijk is in het Vlaamse zorgveld jegens de problematiek van interculturele zorgverlening. De probleemstelling, alsook de relevantie van dit onderzoek dient daarmee binnen dit budgettaire-economisch kader begrepen te worden.

Hoewel dit niet in de opstelling van het theoretisch ideaaltype betrokken wordt, is deze dimensie bij de respondenten van de interviews wel bevraagd en zal dit in het empirisch luik zodus wél besproken worden. Door rekening te houden met het financiële en budgettaire oogpunt van de zaak, wordt theorie (het theoretisch ideaaltype) zodoende van de praktijk (de dagdagelijkse werking) gescheiden.

## 2. Theoretisch ideaaltype van interculturele bemiddeling met inclusie van de knelpunten

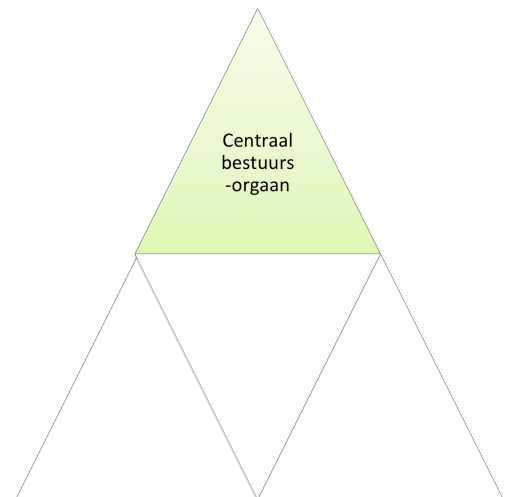
In dit theoretisch luik zal uitgaande van de voorheen beschreven omkadering en op basis van diverse literatuur een ideaaltypische voorstelling uiteengezet worden van wat ICB concreet inhoudt, hoe deze beleidsmatig vormgegeven dient te worden en hoe haar doelstelling om de achterstelling van allochtonen in de zorgsector te beteugelen gerealiseerd kan worden. Steeds zullen de mogelijke knelpunten hierin worden genoemd. Hoewel vanuit de betreffende FOD, vertegenwoordigd door Hans Verrept, hieromtrent heel wat geschreven is, zal er toch verscheidene internationale literatuur bij betrokken worden teneinde de studie zo politiek neutraal mogelijk te maken en met voldoende divers materiaal te funderen. Een tweede bemerking betreft het feit dat de financiële dimensie van ICB in dit theoretische luik voorlopig achterwege gelaten zal worden, wat maakt dat deze ideaaltypische werking in praktijk allicht nooit perfect gerealiseerd kan worden binnen de budgettaire mogelijkheden van een ziekenhuis. Dit financiële luik zal echter wel getoetst worden in de empirie van deze scriptie, zoals reeds op de vorige pagina geduid werd.

### 2.1 Overheidsbeleid en het centrale bestuursorgaan

In deze fractie zal nagegaan worden hoe ICB door de overheid idealiter beleidsmatig vormgegeven dient te worden. Teneinde ICB in ziekenhuizen op te richten, is in eerste instantie namelijk een centraal, sturend overheidsorgaan nodig. Het bestaan van een centrale overheidscel duidt overigens op het onderscheid tussen een ICB'er en een 'interpreter' (Brisset, Leanza, Laforest, 2013).

Deze zogenaamde 'coördinatiecél interculturele bemiddeling' staat in voor de administratieve en inhoudelijke opvolging en evaluatie van de werking in de verschillende ziekenhuizen, gebruik makend van een kwaliteitsprogramma dat geënt is op internationale standaarden (Chiarenza, 2012; Verrept, 2002). Zodoende wordt de evaluatie van de werking en performantie van ICB, zoals geadviseerd in de Europese richtlijnen, op hoge organisatieniveau geëffectueerd (Chiarenza, 2013). Dit is en blijft de kerntaak van het orgaan.

Hans Verrept (2002) duidt daarnaast op het belang van de centrale organisatie van vorming, zowel voor ICB'ers als voor de hulpverleners in de betreffende zorgcentra. De vorming van de ICB'ers zal echter in sectie 2.3 besproken worden, vermits dit eerder valt onder 'competentieprofiel van de bemiddelaars'. Maar ook de vorming ten aanzien van de hulpverleners dient zodus door het overheidsorgaan georganiseerd en gepromoot te worden. Deze vorming moet professioneel zijn en zowel de erkenning van de maatschappelijke (etnische) diversiteit bevatten als gericht zijn op het ontwikkelen van culturele en communicatieve competenties en de nodige kennis rondom de betreffende



Figuur 2: Theoretisch ideaaltype (partim I)

toegangsbarrières en haar contextgevoeligheid (Derluyn e.a., 2011; Gijón-Sánchez e.a., 2010; Gushulak, Pace, Weekers, 2010; Kale & Syed, 2010; Meeuwesen e.a., 2010; MFH, 2004; WHO Regional Office for Europe, 2010). De koppeling ervan aan systemen zoals accreditering moeten werknemers en artsen overigens overtuigd krijgen deel te nemen aan de betreffende vormingen, vermits het van belang is dat werkelijk alle zorgverleners gesensibiliseerd worden (Derluyn e.a., 2011; Gijón-Sánchez e.a., 2010). Een mogelijk knelpunt hierin blijkt de sensibilisering van de medische professionals zoals artsen te zijn (Derluyn e.a., 2011), desondanks onderzoek wijst op het belang ervan (Schinkel e.a., 2013).

Temeer dient de betreffende vorming mits steun van het bestuurlijk overheidsorgaan, geïmplementeerd te worden in menig curriculum van medische opleidingen, ongeacht de specialisatie of sociaal-demografische regio, teneinde de achterstelling van etnische minderheden in de zorgsector en haar oorzaken te laten verworden tot algemene basiskennis binnen het medische veld (Gijón-Sánchez e.a., 2010; MFH, 2004; WHO Regional Office for Europe, 2010). Samenwerking tussen de cel interculturele bemiddeling en universiteiten, hogescholen en diverse educatieve centra is daarom onontbeerlijk. Dit schiet tot nu toe echter tekort, met het risico tot gevolg dat artsen en zorgverleners terugvallen op stereotypen (Derluyn e.a., 2011). De International Organization for Migration (2009) en Casillas et al. (2014) beschrijven de vorming in haar geheel zelfs als ontoereikend en als zijnde een knelpunt waarin nog veel ruimte voor verbetering is.

Voorts is de openlijke sensibilisering voor het topic bij politici en beleidsmakers en bij de bevolking essentieel, teneinde voldoende maatschappelijke draagkracht voor de uitbouw van ICB in het Vlaamse zorgveld te verwerven en de betreffende politieke figuren en instellingen over de brug te krijgen om op termijn meer financiële en praktische mogelijkheden te voorzien indien nodig (Karl-Trummer & Krajic, 2007; Padilla e.a., 2009; World Health Organization, 2008). Binnen het ruimere kader van allochtonen als zijnde een kwetsbare groep, is bovendien de betrokkenheid van de cel ICB in het meer algemene sociale beleid ter bescherming van de kwetsbare groepen via nauwe samenwerking tussen de verscheidene bestuursentiteiten elementair (Gushulak, Pace, Weekers, 2010).

Toch mag niet uit het oog verloren worden evenwel in voldoende mate het 'bottom-up' principe te volgen en gehoor te hebben naar de feedback vanuit het werkveld en de dagdagelijkse praktijk, en beleidsmatige hernieuwing door te voeren indien dit nodig blijkt (Padilla e.a., 2009). Zodoende, en ook meer algemeen, moet het bestuursorgaan het vertrouwen van allochtonen in het gezondheidssysteem, en de zekerheid dat ze steeds met respect en op kwalitatieve wijze behandeld worden, bewaken en alarmeren, en aanzetten tot overleg indien nodig (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Nieuwe initiatieven rondom deze problematiek dienen door de cel ICB eveneens in goede banen geleid, gepromoot en opgevolgd te worden (Chiarenza, 2012). Zodoende dient het orgaan in de mate van het mogelijke deel te nemen aan Europese initiatieven ten aanzien van de oprichting van een uniform sociaal beleid, zoals dat van 'migrant-friendly hospitals' (MFH), teneinde ook op internationaal niveau de achterstellingsproblematiek onder de aandacht brengen en beleidsmatig aan te pakken (Cuadra & Cattacin, 2007; MFH, 2004).

In feite dient de cel in te staan voor de vertegenwoordiging van alle overheidsinitiatieven rondom de achterstelling van allochtonen in de zorgsector. Een mogelijk knelpunt hierbij is echter de federale overheidsstructuur van België waarbij vijf verschillende beleidsentiteiten bevoegd zijn voor verscheidene zaken rondom gezondheid (Gerkens & Merkur, 2010).

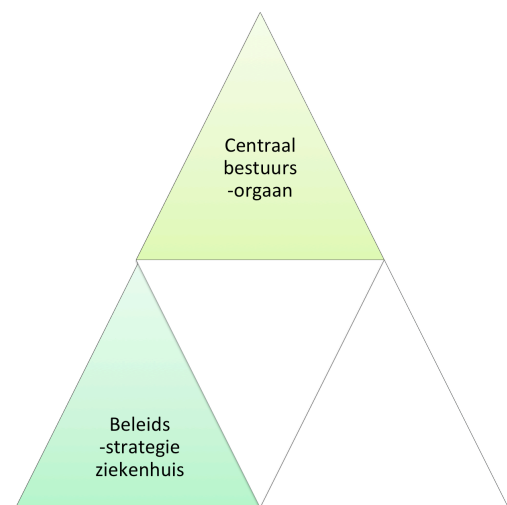
Desalniettemin mag niet uit het oog verloren worden wat, zoals in het begin van deze sectie beschreven werd, de kerntaak van de cel interculturele bemiddeling is en blijft: de opvolging en evaluatie van de dagdagelijkse praktijk van de door het orgaan bezoldigde ICB'ers en coördinatoren, en het beschermen van een voldoende aanbod aan taalbijstand in alle zorgcentra in Vlaanderen. Toch is ook haar ruime betrokkenheid bij de vorming rond het thema, het meer algemene sociale beleid en zijn ook verscheidene nieuwe beleidsinitiatieven rondom de problematiek ten zeerste van belang.

## 2.2 Beleidsmatige verankering in de Vlaamse ziekenhuizen

Daarnevens speelt ook de situering van ICB in het organisatorische, beleidsmatige kader van een ziekenhuis een cruciale rol. De verankering van het overheidsbeleid, gestuurd door de cel ICB, in de ziekenhuisorganisaties is binnen dit ideaaltype één van twee noodzakelijke steunpilaren van een kwalitatieve en doeltreffende werking van ICB (Chiarenza, 2013).

De directies en diverse bestuursentiteiten dienen over een ondersteunende beleidsstrategie met erkenning voor de achterstellingsproblematiek en met een zekere gerichtheid op de toegankelijkheid en gelijkheid binnen ziekenhuizen te beschikken. Hiervoor moeten procedures gecreëerd worden om de impact van een situatie of maatregelen op de gelijkheid binnen een ziekenhuis te meten (Chiarenza, 2012; Krajic e.a., 2005; WHO Regional Office for Europe, 2010). Ook moeten interne problemen hieromtrent en de oorzaken daarvan worden opgespoord om hierop in te kunnen spelen en moet het kader beschikken over de nodige tijd om zich met gelijkheid binnen het ziekenhuis bezig te kunnen houden (Chiarenza, 2012; Krajic e.a., 2005). Doordachte en gefundeerde modellen van kwaliteitsmanagement zoals de Shewhart-cirkel (Plan-Do-Check-Act) van William Deming (1952) zijn bijzonder nuttig in het effectueren en vormgeven van een zulk beleid en bijgevolg ten zeerste aan te raden, zoals krachtig gestaafd in een artikel van Karl-Trummer & Krajic (2007).

Dit moet de nodige ondersteuning geven voor de werking van ICB in het ziekenhuis en haar engagement en openheid tot 'bottom-up' signalering tonen. Zodoende moeten medewerkers van een dienst ICB een stem hebben binnen de organisatie zodat ze knelpunten of structurele problemen met betrekking tot patiënten of zorgverleners kunnen signaleren indien nodig (Verrept, 2002). De persoons- en patiëntgerichtheid van zorg staat hierin centraal (MFH, 2004). Wel moet erop toegekeken worden dat het beleid niet vervalt in stereotyperingen of de onterechte culturalisering van diverse fenomenen op de werkvloer (Karl-Trummer & Krajic, 2007; Van Dijk, 1989; Williamson & Harrison, 2010).



Figuur 3: Theoretisch ideaaltype (partim II)



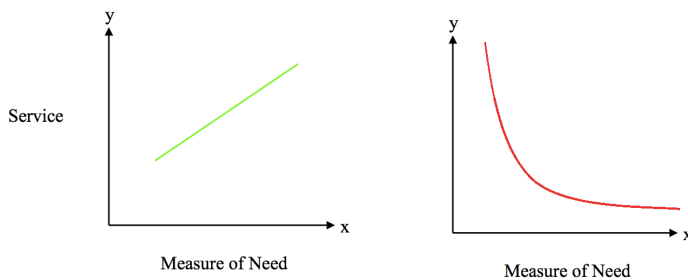
Hier kan overigens verwezen worden naar de mogelijks foutieve perceptie dat ‘allochtonen nogal kunnen overdrijven’ (Van der Meer, 1984; Van Dijk, 1989 - zie infra) als potentieel knelpunt. “Binnen de cultuursensitieve zorg zoeken ze nu ook naar een weg tussen universalisme en culturalisme.” (Weckhuyzen, 2012a, p. 5). In een ideale wereld zou daarmee een van de performantie-indicatoren van een ziekenhuis de (on)gelijkheid moeten zijn (Chiarenza, 2012), en zou de etnisch-culturele dimensie geïmplementeerd moeten worden in alle initiatieven daaromtrent (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Van bijzonder belang hierbij is de opstelling van specifieke criteria die benoemen wat de missie, visie en het streefdoel van het betreffende ziekenhuis zijn aangaande deze achterstellingsproblematiek (Karl-Trummer & Krajic, 2007). Het Europese MFH project is hieromtrent een bijzonder solide initiatief en geeft aanleiding tot menig toekomstperspectief met een internationaal erkend prestige (MFH, 2014). Daarmee is een nauwe, constructieve samenwerking en contact tussen de ziekenhuizen en de cel ICB een vereiste. Omwille van het feit dat zoals vermeld slechts 15 ziekenhuizen op het Vlaamse grondgebied bij ICB betrokken worden, betreft dit laatste echter een mogelijk knelpunt. Ook meer algemeen blijkt de implementatie ervan in organisationele routines geen eenvoudige taak en kan het ‘te weinig betrekken van de allochtonen zelf bij de betreffende implementatie en organisationele adaptie’ als een knelpunt beschouwd worden (Chiarenza, 2013).

Met betrekking tot ICB in Vlaanderen moet de dienst in elk ziekenhuis zodoende erkent en gepromoot worden en moet haar doelgroep accuraat worden omschreven, opdat de zorgverleners in praktijk weten wanneer ze kunnen en/of moeten doorverwijzen naar de ICB’ers en/of coördinatoren. De doelgroep zijn in dit geval patiënten die een taalkundig-culturele minderheid vormen, wat in wezen neerkomt op allochtonen, maar ook op auditief gehandicapten, vermits deze vergelijkende communicatieve en culturele drempels ondervinden (Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002, Art 80, §2, 13; Verrept, 2002). Dit moet als dusdanig benadrukt worden vanuit de bestuurlijke entiteiten van het ziekenhuis. Voorts is de transparante aanduiding van een plaats van ICB binnen het organigram en de toewijzing van het takenpakket aan specifiek aangeduide medewerkers al even elementair (Chiarenza, 2013; Verrept, 2002). Het aanbieden van de mogelijkheid tot begeleiding van een psycholoog van de bemiddelaars is eveneens aangewezen, weliswaar in de mate van het mogelijke. Dit door haar verhoogd risico op een burn-out ter oorzaak van de veelvuldige emotionele situaties waarin zij in betrokken is en feit dat ze in het ziekenhuis in zekere zin een ‘vreemde eend’ is (Verrept, 2002; Weckhuyzen, 2012).

Ook bij de vorming omtrent interculturele zorgverlening moet het bestuur van ziekenhuisorganisaties actief betrokken zijn en ondersteuning bieden aan de dienst ICB opdat deze over de mogelijkheid beschikt om initiatieven te nemen rond de sensibilisering van zorgverleners en enthousiasmering voor het volgen van deze vormingen (Casillas e.a., 2014; Gijón-Sánchez e.a., 2010; MFH, 2004). Hoewel binnen dit ideaaltype initiatieven omtrent de inhoud van de vorming in eerste instantie door de overheid en de dienst ICB aangestuurd dienen te worden, is het van belang dat de ziekenhuisorganisatie hier eveneens een zekere betrokkenheid in onderkent (Chiarenza, 2012; Kale & Syed, 2010; Krajic e.a., 2005).

Ideaaltypisch zou deze beleidsmatige ondersteuning van het ziekenhuis vanuit het economische kennisveld moeten leiden tot een positieve statistische associatie tussen de 'hoeveelheid dienstverlening' en de 'mate van behoefte' mits gelijkheid tussen individuen met verschillende kenmerken (Department of Health, 2003). Toch moet er op toegekeken worden dat de correlatie niet negatief uitdraait. Uitgaande van de economische 'inverse care law', uiteengezet door Hart (1971), is dit in essentie immers een aannemelijke situatie voor de zorgsector doordat deze in zekere zin gemeenschappelijke kenmerken toont met die van luxegoederen. Dit wordt geïllustreerd in onderstaande figuur.



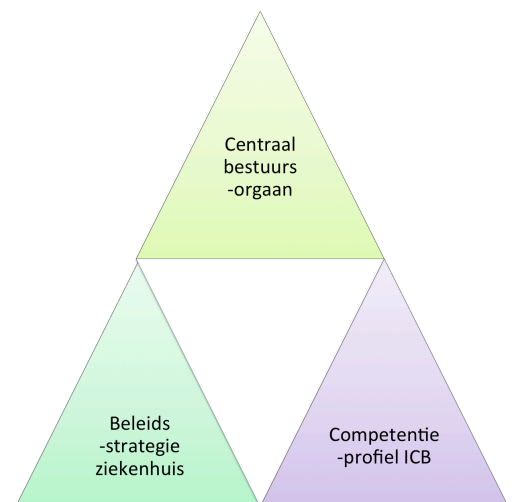
Figuur 4: 'Inverse care law' (Department of Health, 2003, p. 12)

Hoewel het realiteitsgehalte van dit theorema in twijfel kan worden getrokken, gaat de kerngedachte terug naar het fundamentele gevaar dat de meest begoeden, en zodus diegenen die de nood aan gezondheidszorg het minst ervaren, net diegenen zijn die over de meeste financiële ruimte beschikken en op het minste toegangsbarrières botsen, waardoor deze verhoudingsgewijs meer consumeren in de gezondheidszorg. Dit vormt in feite de essentie van de achterstellingproblematiek waarop het beleid van de ziekenhuizen in al haar gedaanten rekening mee moet houden, ter ondersteuning van een doeltreffende werking van de door de overheid gesteunde ICB.

### 2.3 Competentieprofiel van interculturele bemiddelaars en coördinatoren

De tweede steunpilaar van interculturele bemiddeling betreft de vorming, knowhow, vaardigheden en ervaring van de ICB'ers en coördinatoren. Zij zijn per slot van de rekening diegenen die op het werkveld de achterstellingsproblematiek moeten aanpakken en de beleidsmatig door het ziekenhuis ondersteunde en vanuit de overheidscel aangestuurde principes in de praktijk dienen toe te passen. De ideaaltypische competenties en vooropleiding zal daarom aangekaart worden.

Zo doet een amalgaan aan opleidingen omwille van de naamgeving op eerste zicht het vermoeden ontstaan dat deze geschikt zijn, zoals de opleiding 'interculturele medewerker' of 'intercultureel werk' onder de vorm van (volwassenen-) onderwijs op hoger technisch secundair niveau (Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, 2014), de hogeschoolopleidingen 'maatschappelijk werk' of 'sociaal-cultureel werk', het postgraduaat interculturele bemiddeling (CIMIC, 2013) of zelfs de 'Master of Intercultural Mediation: Identities, Mobilities, Conflicts' (KU Leuven, 2012).



Figuur 5: Theoretisch ideaaltype (partim III)

Maar daarnaast zou evengoed gestaafd kunnen worden dat een vooropleiding als vertaler-tolk bijzonder relevant is, omdat vertalen nog steeds de essentie van de jobinhoud betreft. Bovendien kan zelfs de opleiding 'sociaal verpleegkundige' aangekaart worden als zijnde het meest gepast, doordat enige kennis van het medische vakgebied en vorming omtrent het in aanraking komen met ziekte en lijden eveneens elementair is.

Hamida Chikhi, coördinatrice ICB in Brussel langsom de vereniging Foyer, benoemt niettegenstaande van al deze opleidingen enkel 'intercultureel werk, optie gezondheidszorg' als een bekwame vooropleiding en beschouwt zelfs 'intercultureel werk, optie socio-cultureel werk' als niet gepast (Weckhuyzen, 2012b). Ook Hans Verrept (2002) beschreef 'intercultureel werk' als de meest voorkomende vooropleiding, maar benoemde verpleegkundige en vertaler-tolk wel als diverse reële vooropleidingen van toenmalige ICB'ers. Niettemin laat de wetgeving, mits verschillen inzake bezoldiging, zowat alle opleidingsniveaus en -types toe en kunnen indien nodig zelfs extra afwijkingen aangevraagd worden (Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002, Art 80, §2). Wel dienen zonder uitzondering alle bemiddelaars specifieke competenties te vergaren op basis van centrale supervisie- en vormingsbijeenkomsten, georganiseerd door de cel ICB, waarvan zij minimaal 75 procent van moeten hebben bijgewoond (Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002, Art 80, §2).

Het postgraduaat noch de masteropleiding blijkt echter voor te komen of benoemd te worden als vooropleiding, waarschijnlijk omwille van het eerder praktisch gerichte, begeleidende takenpakket van een ICB'er (zie infra). Temeer dient bemerkt te worden dat uit onderzoek van De Vries (2000) bevonden is dat een te grote socio-economische afstand tussen ziekenhuismedewerker en patiënt de hulpverlening bemoeilijkt en er zodus over gewaakt moet worden dat de ICB'ers ook niet overdadig hoog opgeleid zijn, de reeds beschreven statistische discriminatie van allochtonen in rekening houdende. Daarmede zou verondersteld kunnen worden dat bovengenoemde hogere opleidingen meer gepast zijn voor beleidsmatige of coördinerende functies. Omtrent de vooropleiding van een coördinator ICB is echter geen literatuur terug te vinden, waardoor dit in het ideaaltypen niet verder gespecificeerd zal worden. In het empirische luik wordt dit wel in kaart gebracht.

Ook diverse competenties fungeren als steunpilaar in de werking van ICB. Zo is het belangrijk dat de ICB'er zelf over een vreemde origine beschikt, hetzij in eerste, tweede of derde generatie, en deze zowel het Nederlands als de moedertaal van het land van origine voldoende machtig is opdat deze vlot kan tolken en medische termen naar behoren kan omzetten (Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002, Art 80, §2; Verrept, 2002). Uitzondering hierin wordt gemaakt voor de coördinatoren ICB en voor de ICB'ers voor auditief gehandicapten, waar een afdoende kennis van gebarentaal volstaat (Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002, Art 80, §2). De bemiddelaars dienen bovendien een zekere culturele representativiteit van het betreffende origine uit te stralen en over de sociale vaardigheden te beschikken om deze verbaal uit te kunnen drukken en te kunnen extrapoleren in concrete cross-culturele situaties (Verrept, 2002). Desondanks kan deze representativiteit in twijfel getrokken worden, uitgaande van onderzoek rondom interne culturele diversiteit vanuit etnologisch-antropologisch (Pelto & Pelto, 1975) en sociologisch (Light e.a., 1993) perspectief, respectievelijk onder de noemers 'intra-cultural diversity' en 'internal ethnicity'.

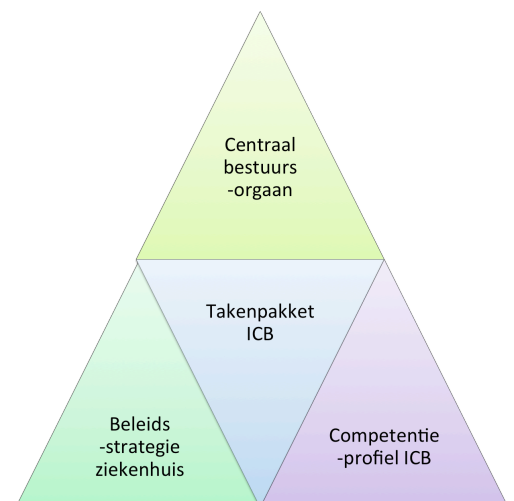
Deze benadering ontkracht namelijk de aanwezigheid van significant door taal gediversifieerde etnische subgroepen. De vraag kan bijgevolg gesteld worden of een ICB'er omwille van het feit dat een hij/zij eenzelfde taal spreekt effectief het sociaal-culturele interpretatiekader van alle inwoners met hun intellectuele en geografische diversiteit kan kaderen of niet. Een dergelijke alloctonengemeenschap is daarenboven ook socio-economisch een diverse groep die bestaat uit economische migranten, asielzoekers, vluchtelingen, illegale migranten, studenten, migranten binnen het kader van gezinshereniging enzovoort (Chiarenza, 2013; Malheiros, Nunes, Possidónio, 2009), waardoor de representativiteit eens te meer in vraag gesteld kan worden. Niettemin het begrijpelijk is dat zij nog steeds dicht bij het interpretatiekader van een alloctone patiënt staat dan andere zorgverleners, kan deze interne heterogeniteit dus een mogelijk knelpunt vormen.

Omtrent het geslacht is het tot slot eveneens opvallend dat vrouwelijke bemiddelaars de overgrote meerderheid vormen. In Vlaanderen zijn nagenoeg slechts 4 mannelijke interculturele bemiddelaars tewerkgesteld, waarvan 1 voor Italiaanse, 2 voor Turkse en 1 voor auditief gehandicapte patiënten (FOD Volksgezondheid, 2013a). Hamidi Chikhi duidt hieromtrent dat het in bepaalde culturen gevoeliger ligt als een mannelijke bemiddelaar in een medische verwikkeling betrokken geraakt dan een vrouw, temeer omdat ze via het netwerk van de etnisch-culturele gemeenschap doorgaans enige connectie met elkaar hebben (Weckhuyzen, 2012b). Bovendien is de verhouding man-vrouw in diverse niet-westerse culturen nog geheel ongelijk, waardoor bij een interventie van een vrouwelijke bemiddelaar bij vrouwelijke patiënten er veel minder dominantie en zodus een meer gelijkgerechtigd en vlotter contact tussen de twee opgezet kan worden (Verrept, 2002). Dit blijkt overigens ook uit het volgende, markante voorbeeld.

*“We hadden een Albanese bemiddelaar, en je zag echt dat de vrouwen zeiden van ‘Liever niet. Onze eigen mannen kennen onze problemen nog niet, laat staan een andere man.’ Het is ook bijna altijd iemand uit hun sociale kring. Ze hebben schrik dat hij zaken gaat rondvertellen. De bemiddelaars zijn nochtans gebonden aan het deontologisch beroepsgeheim. Maar de vrouwen schamen zich ook nog over gezondheidsproblemen, vooral op het vlak van gynaecologie. We merkten dus dat die mannelijke bemiddelaar veel te weinig vragen kreeg. Toen we dan een Albanese bemiddelaarster hadden, gingen onze vragen met 80 procent omhoog.” (Weckhuyzen, 2012b, p. 15).*

## 2.4 Takenpakket van een dienst interculturele bemiddeling

De jobinhoud van een ICB'er is net als haar bestaansreden pluritair en gaat uit van haar maatschappelijke achtergrond en problematiek. Bijgevolg is ook het takenpakket onderhevig aan vele sociaal-demografische en etnisch-culturele factoren. Dit blijkt eveneens uit de betreffende wetgeving die stelt dat een aanstelling van één of meerdere ICB'ers, een coördinator ICB of beiden, afhankelijk is van het aantal alloctone patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen en het aantal kwalitatief hoogstaande interventies (Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002, Art 80, §2). Idealiter wordt zodoende het aanbod fijngevoelig afgestemd op de sociaal-demografische vraag.



Figuur 6: Theoretisch ideaaltyp (partim IV)

Een mogelijk knelpunt hierin vormt echter het feit dat aanbod in zekere zin ook vraag creëert. Een economische 'rationele keuze' benadering op basis van Feldstein (2012) illustreert dit: als de opportuiniteitskosten (transport, tijd, ...) van 'naar een ander ziekenhuis te gaan' strikt kleiner zijn dan de baten van 'de aanwezigheid van een dienst ICB', zal het betreffende individu opteren om naar het andere ziekenhuis te gaan. Doordat de dienst ICB voor de patiënt kosteloos is (Verrept, 2002), zal dit echter snel het geval zijn. Bijgevolg kan verwacht worden dat ziekenhuizen, met ICB'ers van bepaalde origines, proportioneel meer patiënten van die origines aantrekken, hoewel hieromtrent nog geen empirisch onderzoek verricht is en de doorverwijsfunctie van de arts hier even buiten beschouwing wordt gelaten.

Dit terzijde zal in wat volgt toch getracht worden een universeel ideaaltipe van het takenpakket van ICB op te stellen. Uitgaande van haar twee steunpilaren en haar centrale sturing, zal zodoende de inhoud van ICB 'an sich' worden gedeut. De oplijsting van Hans Verrept (2002) van de taken van een ICB'er zal hierbij als leidraad gehanteerd worden en derhalve worden uitgebreid tot 'de taken van een dienst ICB'. Zodoende wordt ook het werk van de coördinatoren en het gebruik van diverse wijzen van taalbijstand in het ideaaltipe betrokken en niet al te nauw gekeken naar het loutere werk van de bemiddelaars.

#### 2.4.1 Triadisch opheffen van de taalbarrière

Zoals in de omkadering van de scriptie reeds uitvoerig besproken werd, kan de opheffing van de taalbarrière beschouwd worden als de methode bij uitstek om de asymmetrische kwaliteit van zorg bij alloctonen gelijk te trekken (Chiarenza, 2013). Alzo is het voorzien van de nodige taalbijstand om het aangetaste basisrecht van 'zorgverlening in een begrijpbare taal' te herstellen de meest fundamentele opdracht van een dienst ICB. Ook Hans Verrept (2002; 2013) beschouwde dit vroeger en beschouwt dit nog steeds als de meest substantiële taak en benoemt binnen diezelfde denktrant de ICB'ers als zijnde in eerste plaats een 'brugfiguur'.

Als het een coördinator betreft, zal deze steeds tolken regelen, hetzij via de verscheidene provinciale en stedelijke tolkendiensten (Kruispunt Migratie-Integratie, 2014), hetzij via de gesubsidieerde Vlaamse Tolkentelefoon Ba-bel (2014). Beiden leveren een kwalitatieve, professionele tolkprestatie met het verschil dat de ene lijfelijk aanwezig is, maar op voorhand afgesproken en vastgelegd moet worden, en dat de tweede dan enkel telefonische ondersteuning biedt, maar bijzonder nuttig is in niet al te gecompliceerde of bijzonder urgente situaties vanwege haar directe oproepbaarheid (Verrept, 2013). Urgentie vormt immers een reëel knelpunt in het regelen van professionele taalbijstand (Kale & Syed, 2010). Van deze laatste mogen geregistreeerde zorginstellingen dan ook steeds gratis gebruik maken (Vlaamse Tolkentelefoon Ba-bel, 2014). Bij de tolkendiensten is het afhankelijk van de betreffende regio of stad (Kruispunt Migratie-Integratie, 2014). Hans Verrept (2013) stelt dan ook dat Ba-bel in de Vlaamse sector ondergeconsumeerd wordt. Niettemin is het voorbijee decennium het gebruik ervan verviervoudigd en komt 6 procent van de totale vraag bij Ba-bel van Vlaamse ziekenhuizen (Emmerechts, 2012).

Een ICB'er wordt verondersteld zelf te vertalen en, indien haar dat expliciet is toegewezen, taalbijstand te voorzien voor de anderen (Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002, Art 80, §2).

De methodiek en kwaliteit van het vertalen door een ICB'er wordt geacht gelijk te zijn aan die van een sociale tolk (Weckhuyzen, 2012b). Ook Verrept (2002, p. 7) beschrijft het als "accuraat en volledig vertalen van de boodschappen van de verschillende gesprekspartners". Een mogelijk knelpunt hierin is merkbaar omwille van het feit dat deze slechts sporadisch een vooropleiding 'vertaler-tolk' hebben genoten en mogelijk minder kwalitatief tolken. Hieromtrent dient temeer bemerkt te worden dat deze beperkte competentie-gerelateerde steunpilaar slechts ten dele opgevangen kan worden door de vorming georganiseerd vanuit de FOD. Zo wijst Flores et al. (2012) op het belang van minimum 100 uur training als vertaler-tolk en krijgen ze volgens Verrept (2002) slechts 50 uur training. Toch mag ook de ervaring van de ICB' van kinds af aan niet onderschat worden en blijkt een ICB'er wel steeds over een zekere neutraliteit en professionaliteit te beschikken (Weckhuyzen, 2012b). Ze bezitten daarnaast de nodige competenties, ervaring en vertrouwen met het ziekenhuis om het complexe proces van taalbijstand te begrijpen en te duiden indien nodig (Verrept, 2002).

Bijgevolg kunnen zowat alle bovengenoemde tolkwijzen binnen het ideaaltype beschouwd worden als solide en adequate vormen van vertalen-tolken (Verrept, 2013). Een zulke professionele taalbijstand is en blijft dan ook de optimale keuze inzake de kwaliteit en doeltreffendheid van tolken (Chiarenza, 2013; Flores e.a., 2012; Giordano, 2007; Lehna, 2005; MacFarlane, 2009; Romero, 2004). Deze weerspiegelt alzo de voorkeuren van de patiënt (Kale & Syed, 2010). Ook uit empirisch gerandomiseerd onderzoek blijkt overigens dat de inzet van zulke professionele taalbijstand de satisfactie van zowel de betreffende patiënten als het medisch personeel significant verbetert (Bagchi e.a., 2011).

In schril contrast hiermee staat het vertalen met behulp van familieleden en onopgeleide 'interne' of 'informele' tolken. Deze laatsten zijn medewerkers in het ziekenhuis die ook een vreemde taal spreken en opgeroepen kunnen worden als er taalbijstand in die betreffende taal benodigd is (Verrept, 2002). Dit is goedkoper en de aanwezigheid ervan geeft de ICB'er de ruimte om zich meer op andere taken te focussen dan het voortdurend moeten regelen van taalbijstand. Ook Meeuwesen et al. (2010) duiden op de voordelen van informele tolken mits goede voorbereiding voorafgaand aan de consultatie. Bovendien kan tolken met behulp van familieleden, zoals kinderen, een voordeel vormen bij specifieke dialecten of talen waar nagenoeg geen passende professionele taalbijstand voor te vinden is (Giordano, 2007).

Toch zijn er verscheidene knelpunten omtrent het gebruik van interne tolken of familieleden waarneembaar. Zo blijkt uit empirisch onderzoek dat de patiënt informele taalbijstand vaak als inadequaet en problematisch beschouwd met extra zorgen en frustratie voor de patiënt tot gevolg (MacFarlane, 2009). De taalbarrière wordt nagenoeg slechts ten dele opgehoften. Zo kunnen ze mogelijk niet de volledige betekenis vertalen omwille van hun onprofessionele meertaligheid waardoor de patiënt niet alle nodige informatie verkrijgt (MacFarlane, 2009; Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Dit blijkt eveneens uit een studie van Flores et al. (2012) waarin bevonden wordt dat zulke tolken significant heel wat meer 'van-belang-zijnde' vertaalfouten maken dan professionelen. Temeer is het niet omdat iemand een bepaalde taal machtig is, dat deze ook over de nodige kennis beschikt om het (culturele) interpretatiekader van de patiënt te begrijpen en over de competenties beschikt om daarop in te spelen (Lehna, 2005; Misra-Hebert & Isaacson, 2012).

Daarnevens is een familiale of interne tolk niet gebonden door een deontologische code of beroepsgeheim, waardoor de informatie gemanipuleerd kan worden (Verrept, 2013). De zogenaamde 'role reversal' in het gezin ter oorzaak van een kind dat als tolk fungeert kan bijvoorbeeld problematisch zijn (Giordano, 2007; Lehna, 2005), maar ook het vertalen van een slecht nieuws-gesprek blijkt hierin bijzonder moeilijk (Free e.a., 2003). Ze zijn zelf immers erg emotioneel betrokken bij de gehele situatie (Lehna, 2005). Hetzelfde geldt overigens voor de interne tolken (Leanza, Boivoin, Rosenberg, 2010; Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Familiale en informele tolken blijken moeite te hebben met het behouden van een strikt neutrale rol en hebben de neiging pro actiever te werk te gaan, hoewel ze hier niet de competenties toe bezitten (Hsieh, 2005; Leanza, Boivoin, Rosenberg, 2010). Het statement van de US Office of Minority Health (1999) ging zelfs zo ver door te stellen dat het 'informele' tolken een loutere verslechtering van de situatie teweegbrengt. De invloed van wie de derde vertalende is, is dan ook zeker niet te onderschatten. Dit blijkt eveneens uit volgend citaat.

*"The interactional space devoted to the patient in this initial phase of the medical visit is limited by the interpreter, who allocates a short number of turns to the foreign speaker and provides fragmented, incomplete and diverse renditions of his utterances. (...) The third voice substitutes the patient's voice with her own."* Ticca (2006, p. 56)

De afwezigheid van de nodige competenties, ervaring en professionaliteit, heeft vanuit de literatuur ergo een overwegend negatieve houding ten opzichte van de inzet van familiale en interne tolken tot gevolg. Toch blijkt er geen evolutie in het vooruitzicht dat het gebruik van zulke informele of familiale tolken zal verdwijnen, waardoor dit knelpunt beter wel in het ideaaltypen betrokken wordt teneinde de kwalitatieve werking ervan in de mate van het mogelijke alsnog te stimuleren via organisationele steun en vorming (Leanza, Boivoin, Rosenberg, 2010). Ook Verrept (2013) wijst paradoxaal genoeg op het belang van een goede aansturing en het geven van goede richtlijnen aan informele tolken, afgezien van haar gebrektheid.

Een tweede knelpunt betreft de performantie van het vertalen zelf. Het is namelijk bijzonder moeilijk om dit te kunnen evalueren (Chiarenza, 2013). Bovendien kan de vraag gesteld worden in hoeverre er nog echt gesproken kan worden over 'tolken'. Recent onderzoek toonde immers aan dat het conventionele onderscheid tussen verschillende talen in praktijk niet altijd meer even relevant is, omwille van de ruime verscheidenheid aan tussentalen en 'polylinguaging' in samenlevingen die gekenmerkt worden door culturele en linguïstische superdiversiteit (Jørgensen e.a., 2011). Ook omheen de multiculturele context in Vlaanderen blijkt omwille van de globalisering en media bijvoorbeeld de 'ver-engelsing' van het Nederlands een wetenschappelijk bevonden feit (Zenner, 2013). Bijgevolg kan binnen een zulke context 'tolken' niet meer echt begrepen worden als het objectief converteren van inhoud in een andere taal zonder betekenisverlies, maar eerder als het trachten verstaanbaar te maken van de boodschap binnen het taalkundige kennisveld van de patiënt. Dit bemoeilijkt de evaluatie van een tolkprestatie des te meer, hoewel het realiteitsgehalte van deze 'polylinguaging' en dit knelpunt in vraag gesteld worden.

De beperking in aanbod van taalbijstand vormt overigens een derde knelpunt. De aanstelling van ICB'ers is immers beperkt tot een aantal veel voorkomende talen (Verrept, 2002) en ook de tolkdiensten beschikken geenszins over alle talen (Kruispunt Migratie-Integratie, 2014).

Zelfs de tolkentelefoon Ba-bel kan slechts op 90% van de aanvragen een ogenblikkelijk positief antwoord bieden (Emmerechts, 2012). Ingeval de aanvraag tot het voorzien van een professionele taalbijstand vaak negatief wordt beantwoord, zullen zorgverleners logischerwijs meer geneigd zijn te werken met interne tolken, familieleden of zelfs gewoon 'hun plan proberen te trekken', met alle gevolgen van dien. De vraag dient hieromtrent gesteld te worden hoe ver een ziekenhuisorganisatie moet gaan in haar zoektocht naar taalbijstand teneinde het basisrecht van 'zorg in een verstaanbare taal' te behouden.

Maar ook langs de vraagzijde is omtrent het doorprikken van de taalbarrière een knelpunt waarneembaar. Verrept (2002) stelt dat medisch personeel in Vlaanderen de Nederlandse taalkennis vaak te hoog inschatten en de gevolgen op kwaliteit van zorg te laag inschatten. Voorgaand in deze scriptie werd reeds gewezen op de communicatieve discordantie tussen medici en patiënten en de vaststelling dat medici de mate van opgedane kennis uit een consultatie vaak overschatten. Indien door deze discordantie de medicus het oordeel velde dat taalbijstand niet benodigd is, en de patiënt niet over de nodige assertiviteit bezit om er zelf achter te vragen, kan de barrière zodoende persistent aanwezig blijven.

Ook omtrent de geletterdheid, of 'health literacy' (zie supra), doet zich kenbaar een gelijkaardig fenomeen voor. Diverse testen zijn namelijk nauwgezet ontwikkeld om dit bij een patiënt na te gaan, waaronder 'REALM' (Davis e.a., 1993) en 'TOFHLA' (Baker e.a., 1999). Deze testen zijn echter tijdrovend, bijzonder uitgebreid en moeilijk implementeerbaar in de dagelijkse procedures en praktijk in ziekenhuizen (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Maar ondanks dat recent ook kortere, bondigere tests hiervoor zijn uitgewerkt (Weiss e.a., 2005), blijkt de meest gangbare test nog steeds het mondeling bevragen achter 'hoeveel iemand je helpt bij het lezen en/of invullen van de nodige formulieren' (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Vaak wordt er zelfs gewoonweg niet naar gevraagd en betreft laaggeletterdheid een zeker taboe in de samenleving (Weckhuyzen, 2012c). Er zijn dan ook nergens verhandelingen of verslagen te vinden over een implementatie van een werkelijke test in een ziekenhuis in Vlaanderen. Niettegenstaande zijn er heel wat laaggeletterde of in woordenschat beperkte allochtonen, meer dan autochtonen (Kutner e.a., 2006; Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2013). Met het citaat op pagina 8 in het achterhoofd, kan bijgevolg gesteld worden dat ook hierin een ICB'er van belang is, hoewel deze haar rol slechts volledig kan vervullen als ze bij alle casussen aanwezig is, wat nagenoeg niet strookt met de realiteit (Verrept, 2002).

Ideaaltypisch moet tot slot, ongeacht wat voor een soort tolk het betreft en alle andere knelpunten even terzijde, taalbijstand steeds in een triadische gespreksvorm worden vervaardigd (Baraldi & Gavioli, 2007). Dit betekent in het bijzijn van zowel de patiënt als de hulpverlener. Dit is echter relatief tijdsintensief om plaats te laten vinden in vergelijking met bijvoorbeeld het louter doorgeven van boodschappen langsom een tolk. In 2002 was dan ook ruwweg één derde van de interventies in Vlaanderen niet triadisch, hoewel dit wordt afgeraden in de mate van het mogelijke (Verrept, 2002). Een uitzondering hierin wordt gemaakt voor de one-on-one contacten ter opsporing van mogelijke knelpunten, als concrete steun aan de patiënt of ter ondersteuning van de zorgverleners (Verrept, 2013). Voorts benadrukt Verrept dat triadisch contact preventief werkt ten opzichte van conflicten en ook daarmee hieraan de voorkeur gegeven moet worden.



Een zulke triadische gespreksvorm maakt tot slot idealiter gebruik van een 'teach-back' methode mogelijk bij anderstalige patiënten, waarbij nagevraagd wordt hoe de patiënt de gekregen instructies zou navertellen als hij thuis is of hoe hij het bijvoorbeeld tegen zijn vrouw zou vertellen (Misra-Hebert & Isaacson, 2012; Weiss, 2012).

Ter conclusie kan gesteld worden dat de meest kernachtige taak van een ICB'er of coördinator ICB al meteen heel wat vragen oproept. Op basis van menig literatuur zijn de betreffende knelpunten hierboven dan ook uitvoerig besproken teneinde de praktijk anno 2014 ervan in het empirisch luik te kunnen aftoetsen. In wat volgt zal vooreerst een overzicht gegeven worden van de andere taken in het takenpakket en hun betreffende knelpunten.

#### 2.4.2 Cultural brokerage

Het verschil tussen een telefonische of sociale tolk en een ICB'er is dat de tweede ook omtrent de culturele barrière een brugfiguur is en de anderen dat niet zijn. Dit onderscheidt ICB van loutere meertaligheid (zie supra) en beschrijft o.m. haar uniciteit en meerwaarde voor de kwaliteit van zorg en de mate dat zorg 'migrantenvriendelijk' is (Chiarenza, 2012). De sociologen Kaufert & Koolage (1984) beschreven dit gedachtegoed eminent en benoemden het als 'cultural brokerage', een term die door Hans Verrept (2002; 2004; 2012) werd overgenomen. De inhoud van principes zoals 'shared brokering' (Labun, 1999) stemmen hier echter grotendeels met overeen.

De kerngedachte van cultural brokerage is dat een accurate vertaling niet noodzakelijk resulteert in een wederzijds begrip en dit te wijden is aan verschil in cultuur – met name levensstijl, traditie, religieuze symboliek, rituelen, emotionele beleving, non-verbaal gedrag zoals oogcontact, persoonlijke ruimte tijdens een interactie, tijdsbewustheid enzoverder (Ballard, 2003; Kaufert & Koolage, 1984; Misra-Hebert & Isaacson, 2012; Verrept, 2002). Cultural brokerage vormt zodoende de facto een praktische oplossing voor het feit dat de werknemers in het ziekenhuis niet representatief zijn voor de etnisch-culturele samenstelling van de patiënten die het ziekenhuis bezoeken. Een intercultureel bemiddelaar dient zodoende "in sommige gevallen op culturele factoren [te] wijzen die relevant zijn voor de interactie met de patiënt: bijvoorbeeld dat bepaalde thema's moeilijk rechtstreeks of onmiddellijk besproken kunnen worden, of dat sommige vragen niet in aanwezigheid van personen van de andere sekse gesteld kunnen worden." (Verrept, 2002, p. 8). De ICB'er wordt zodus verondersteld de hulpverlener hier objectieve informatie rond te verschaffen (Kaufert & Koolage, 1984; Van Nunen, 2010). Ook recent onderzoek van wees op het belang hiervan (Meeuwesen e.a., 2007).

Binnen ditzelfde gedachtegoed wordt ook wel eens gesproken van een verschil in 'explanatory frameworks' of socio-culturele 'interpretatiekaders', een term die reeds voorgaand in deze scriptie vernoemd is geweest. Kleinman, Eisenberg & Good (1978) stelden een vragenlijst op die het interpretatiekader van een patiënt diende te achterhalen:

- Wat heeft volgens u het probleem veroorzaakt?
- Waarom denk u dat het probleem zich heeft voorgedaan?
- Wat zijn naar volgens u de gevolgen van de ziekte voor u? Hoe gaat dat in zijn werk?

- Hoe ernstig is uw ziekte?
- Zal de ziekte een kort of lang verloop hebben?
- Welke behandeling denkt u dat u zou moeten krijgen?
- Wat zijn de meest belangrijke resultaten dat u hoopt te krijgen?
- Wat zijn de belangrijkste problemen die uw ziekte bij u hebben veroorzaakt?
- Waar hebt u het meeste angst voor?

Omwille van haar gebruiksvriendelijkheid en tijdsefficiëntie wordt deze vragenlijst in recente literatuur aangekaart als een accurate wijze om het interpretatiekader van de patiënt met betrekking tot de aandoening te achterhalen, afgezien van haar gedateerde oorsprong (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Vermits uit het voorgaande reeds gebleken is dat het kwalitatiever is als deze informatie bevroegd wordt door een ICB'er, in plaats van door de medicus zelf, of door een familiale of informele tolk, is het ideaaltypisch zijn/haar taak om deze informatie te achterhalen indien nodig. In feite is dit immers evenzeer cultural brokerage, hetzij onder een andere naam en in een meer concrete versie.

Eén vraag in bovenstaande lijst is echter opmerkelijk, met name de laatste omtrent angst. Uit een recente empirische studie van Olson & Windish (2010) blijkt dan ook dat medici hier slechts sporadisch naar vragen. Niettemin is de vraag cruciaal en verre van onlogisch. Indien hier niet expliciet naar gevraagd wordt, is het mogelijk dat een medische behandeling zonder enige communicatie daarover door de patiënt als ineffectief of 'niet gericht op de juiste oorzaak' beschouwd wordt (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Ook de literatuurstudies van Kravitz (2001) en Crow et al. (2002) wijzen erop dat een focus van medici op de verwachtingen van de patiënt de satisfactie van patiënten gevoelig kan verhogen. Dit betreft zodus enige vorm van 'expectation-management', waarin ideaaltypisch een taak voor de ICB'er weggelegd is teneinde zulke misverstanden te vermijden (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Hoewel in het algemeen ook zorgverleners hier een zekere nadruk op moeten leggen in hun communicatieve functies, vermits het een significant kwaliteitsbevorderend effect voor de zorg teweegbrengt (Bowling e.a., 2012), blijkt de kennis van zorgverleners over de verwachtingen van de patiënten uit empirisch onderzoek nagenoeg gebrekkig (O'Connor, Trinh, Shewchuk, 2000). De bemiddelaar kan dit gebrek opvullen met betrekking tot allochtone patiënten, een groep waar door de taalkundige en culturele barrière de communicatie sowieso al moeilijker en brozer is (Van Nunen, 2010).

Afgezien van deze meerwaarde en de doeltreffende overbrugging van de culturele discrepantie zijn aangaande cultural brokerage enkele knelpunten vermeldenswaardig. Een eerste hieromtrent is reeds ten dele beschreven als een knelpunt van het competentieprofiel van een ICB'er. Deze betreft namelijk de gebrekkige culturele representativiteit van de bemiddelaar ten gevolge van de interne diversiteit binnen een zulke taalgemeenschap. Voorts vormt ook het culturaliseren van sociale problematiek bij allochtone patiënten, waardoor de betreffende verantwoordelijkheid ten onrechte wordt doorgeschoven naar de bemiddelaar, een mogelijk knelpunt (Verrept, 2002). Net zoals de ziekenrol van Talcott Parsons (1951) geënt was op het waardensysteem van de middenklasse, is de norm van 'normaal gedrag' in ziekenhuizen immers nog steeds 'het gedrag van autochtonen uit de middenklasse', deels omwille van het feit dat zorgverleners hun eigen waarden en normen onbewust op de patiënt weerspiegelen (Ballard, 2003).

Dientengevolge zal deviantie al te vaak ten onrechte toegewezen worden aan ICB, desondanks een ICB'er geen sociaal werker is (Van Dijk, 1989; Williamson & Harrison, 2010). Williamson & Harrison (2010) benoemen ditzelfde knelpunt in een breder kader, zijnde het feit dat de cognitieve aspecten van cultuur al te vaak als algemeen geldende waarheden worden aangenomen en een flexibeler raamwerk benodigd is. Een voorbeeld dat Verrept (2002) hieromtrent aanhaalt is de onterechte toewijzing van psychische problemen bij jonge Marokkaanse vrouwen aan de onmacht om zelf een partner te kiezen binnen de uithuwelijingscultuur. Hierbij wordt emancipatie als de meest convenabele remedie beschouwd en daarmee de ICB'er opgeroepen, hoewel in feite diverse hulp benodigd is.

Een derde, eerder beleidsmatig, knelpunt betreft de afwezigheid van cultural brokerage voor etnische minderheden die niet vertegenwoordigd worden door ICB'ers. Zo bestaan in het Vlaamse zorgveld louter bemiddelaars voor de auditief gehandicapte, Berberse, Bulgaarse, Italiaanse, Maghrebijns-Arabische, Poolse, Russische, Servo-Kroatische, Spaanse en de Turkse taalgroepen (FOD Volksgezondheid, 2013a), hoewel heel wat meer taalgemeenschappen in Vlaanderen gevestigd zijn. Een schrijnend voorbeeld hieromtrent betreft de Roma in het Waasland waarin de achterstelling desastreus is en er momenteel slechts erg beperkt taalkundige of culturele bijstand aan geboden kan worden, zo blijkt uit een recent onderzoeksrapport (Decoodt & De Reu, 2009).

Een laatste mogelijk knelpunt betreft het feit dat, zoals door Verrept (2013) beschreven, cultural brokerage enkel plaats vindt als er vertaald moet worden, of als er een conflict plaats vindt (zie infra). Een allochtone patiënt die de taal machtig is, ruimt thans niet noodzakelijk alle barrières uit de weg (Chiarenza, 2012). De interdependentie-hypothese van Cummins (2000) uit het domein van de onderwijspsychologie brengt dit aan het licht., Deze stelt dat het aanleren van een secundaire taal gekaderd wordt en sterk gepaard gaat met de kennis en kunde van de moedertaal. 'Mis'-communicatie wordt daarmee vaak veroorzaakt door een foute interpretatie van de Nederlandse taal, afgezien van het feit dat ze de woordenschat begrijpen. Omwille van het feit dat ze een tussentaal hanteren tussen het Nederlands, het Vlaams dialect met heel wat Engelse leenwoorden, mits implementatie van hun eigen cultureel-linguïstische woordenschat als ze bijvoorbeeld niet op het Nederlandse woord komen, zijn miscommunicaties snel gebeurd. Bovendien zijn ook de sociaal-culturele interpretatiekaders niet noodzakelijk 'geacclimatiseerd' vanwege een loutere kennis van de Nederlandse taal. In de multiculturele samenleving blijkt dit immers een fantasma (zie supra).

#### 2.4.3 Concrete hulp aan patiënten

Een bemiddelaar dient de patiënt in bepaalde situaties ook concrete hulp te verstrekken (Verrept, 2002). De relevantie daarvan blijkt o.m. uit onderstaand citaat.

*"I had some papers, but I didn't know they were prescriptions and I walked around for a week without my medication. I was ashamed to go back to the doctor, but a woman saw the papers I had and told me they were prescriptions. It's bad to not know how to read. After getting my medicine I had to come back and ask how to take them because I was urinating too much. They told me I was taking double the medication I was supposed to. I had two bottles and I was taking one from each bottle, but it turned out they were the same medication."*

(AHEC Clear Health Communication Program, 2006)

Dergelijke concrete hulp kan verscheidene zaken betreffen, zoals het verstrekken van informatie, hulp bij het begrip en bij het invullen van de nodige brochures en formulieren, wegwijzen in een ziekenhuis, hulp bij inname van de benodigde medicijnen, enzoverder (AHEC Clear Health Communication Program, 2006; Verrept, 2002; 2012). Dit wordt vooral geëffectueerd bij patiënten die er zelf niet uit geraken, overwegend patiënten met een lage 'health literacy' (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Dergelijke hulp dient alsof gezien te worden als een vraaggestuurde vorm van trajectbegeleiding voor behoeftige allochtone patiënten (Verrept, 2002; 2012) ter opheffing van diverse toegangsbarrières die in het voorgaande nog niet expliciet beschreven werden en zich eerder sporadisch voordoen (Chiarena, 2012).

Omwille van het feit dat in de literatuur relatief weinig geschreven is over een ideaaltypische invulling van deze concrete hulp, zal in het empirische luik in eerste instantie nagegaan worden wat hiervan momenteel in praktijk gedaan wordt. Ook hun visie ten opzichte van deze concrete hulp en hoe ze dit binnen de beschikbare tijd begrenzen, zal worden bevraagd.

#### 2.4.4 Emotionele ondersteuning

Emotionele ondersteuning en een emotioneel ondersteunende houding bij de bemiddelaars wordt vanuit de wetenschappelijke literatuur veelvuldig aangekaart als een vooraanstaande determinant van kwaliteit in het zorgveld bij zowel allochtone als auditief gehandicapte patiënten (Brunson & Lawrence, 2002; Burlison, 2003; Hsieh & Hong, 2010; Norris e.a., 2005). Dit behoort daarmee tot het takenpakket van de ICB'er, voornamelijk bij een risico op sociaal isolement (Verrept, 2002). Toch kan ook meer algemeen een one-to-one gesprek voor en/of na het triadische gesprek met de zorgverlener(s) bijzonder ondersteunend en relevant zijn (Misra-Hebert & Isaacson, 2012; Verrept, 2013). Zodoende ontstaat namelijk een vertrouwensrelatie tussen patiënt en bemiddelaar, wat globaal gezien de verhouding tussen bemiddelaar en patiënt en de mate dat de ICB'er kan inspelen op de situatie van de patiënt, positief bekrachtigt (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Ook specifiek bij een overlijden wordt de raadgeving aan hulpverleners over de meest gepaste wijze van emotionele steun bieden en het zelf emotioneel ondersteunen van de betrokkenen door een ICB'er geadviseerd (Norris e.a., 2005). In principe werkt zelfs de loutere aanwezigheid van een interculturele bemiddelaar bij een gesprek al emotioneel ondersteunend, zo blijkt uit onderstaand citaat. Niettemin benodigen sommige patiënten zodus meer expliciete ondersteuning (Verrept, 2002).

*"Many providers emphasized that interpreters' emotional support is implied by their simple presence. A patient can be comforted by having an interpreter there. [...] It's much easier to relate to someone who speaks your own language and maybe make you feel more comfortable. And anytime you can have a patient feel more comfortable and more relaxed, I think it's a good thing."* (Hsieh & Hong, 2010, p. 194)

Een mogelijk knelpunt hierin is dat het kan escaleren tot enige vorm van psychologisch werk, desondanks een ICB'er hier niet de competenties toe bezit (Verrept, 2002), en dit wel een behoorlijke impact heeft op de behandeling (Hsieh & Hong, 2010). De vraag kan bijgevolg gesteld worden of 'emotionele ondersteuning' dan wel een specifieke taak van een ICB'er moet zijn, of het eerder een algemene empathische attitude met een communicatieve

openheid voor het verbaal bespreken van de emoties van een patiënt binnen het ziekenhuis moet betreffen, zoals beschreven door o.m. Burlerson (2003) en Morse et al. (2006). Hsieh & Hong (2010) nemen dan ook een positieve samenhang waar tussen de respectievelijke aanwezigheid van een emotionele ondersteunende houding bij bemiddelaars én bij zorgverleners. Zodus zou zelfs afgevraagd kunnen worden of zulke emotionele ondersteuning niet beter multidisciplinair gedragen worden door verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen, om reden dat deze beschikken over het nodig specialisme en de vereiste knowhow.

Een tweede mogelijk knelpunt betreft het feit dat sommige patiënten aanklampend kunnen reageren op zulke emotionele ondersteuning en de in het ziekenhuis fundamentele attitude van een 'koele nabijheid' (Peeters, 2008, p. 94) tussen patiënt en bemiddelaar bijgevolg sneller doorbroken wordt (Hsieh & Hong, 2010). De professionaliteit en neutraliteit van ICB kan derhalve in praktijk een heikel punt vormen.

#### 2.4.5 Bemiddelen in conflicten

Interculturele conflicten komen zowat overal op regelmatige basis voor, waarbij culturalisering en stereotypering vaak de oorzaak blijkt (Culhane-Pera & Vawter, 1998). Zelfs een goedschikse medicus die zich intellectueel heeft getracht te verdiepen in verscheidene culturele achtergronden en verklaringspatronen, kan na enige tijd en ervaring met allochtone patiënten vervallen in het stereotyperen van de etnische groepen (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Maar ook de patiënt kan door voorgaande onaangename ervaringen met zorginstellingen of –verleners terugvallen op stereotypen (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Situaties, zoals diegene op pagina 8 van deze scriptie, kunnen zodoende ondanks de goede intenties langs beide kanten toch uitdraaien tot werkelijke conflicten. De rol van de ICB'er hierbij is de oorzaak van het misverstand op te sporen, dit aan beide partijen te duiden en dit in samenspraak uit te klaren in de mate van het mogelijke (Verrept, 2002).

Vanuit het gedachtegoed dat "cultural competence is viewed as an expansion of patient-centered care" (Campinha-Bacote, 2011, p. 1), draagt zodoende een ICB'er bij aan de kwaliteit van zorg door ook op individueel niveau de oorzaak van misverstanden te duiden. Het feit dat een bemiddelaar eveneens bemiddelt in conflicten en hieromtrent niet louter doorverwijst naar de ombudsdienst, wijst namelijk op het feit dat de patiënt en niet het organogram centraal staat. Dit maakt mogelijk dat een conflict opgelost wordt zonder neerlegging van een formele klacht omwille van een cultuursensitieve empathie, zoals o.m. geadviseerd in een literatuuranalyse van Anderson et al. (2003).

De vooropleiding als steunpilaar voor deze taakvervulling kan overigens een knelpunt vormen, doordat niet alle ICB'ers hiertoe de nodige opleiding hebben genoten (Verrept, 2002). Hans Verrept (2002) stipuleert hieromtrent dat deze naderhand hiervoor dienen samen te werken met de ombudsman of -vrouw binnen de mate van het mogelijke. Maar is dit dan nog steeds mogelijk zonder formele klachtneerlegging? Dit zal echter worden afgetoetst in de diepte-interviews, aangezien geen bestaande literatuur hier momenteel soelaas rond kan bieden.

#### 2.4.6 Pleitbezorging

Vermits de resterende vier taken binnen de functieomschrijving van een ICB'er, zoals benoemd door Hans Verrept (2002; 2012), grotendeels overlappen met wat in de vorige secties van het ideaaltype reeds beschreven is, zullen deze eerder kort en bondig worden beschreven en aangevuld waar nodig. Het is allicht bevorderlijk voor de volledigheid van dit ideaaltype deze taken alsnog expliciet te vernoemen.

Zo wordt door Verrept (2002) het opkomen voor de rechten en belangen van de patiënten, met andere woorden een zekere pleitbezorging, als taak van de bemiddelaar benoemt. Omwille van de reeds beschreven communicatieve discordantie is het vaak namelijk moeilijk voor de patiënt om voor zijn eigen belangen op te komen, waardoor de steun van een bemiddelaar die hem daarin stimuleert en zijn belangen verdedigt, bijzonder nuttig kan zijn (Chiarenza, 2012). De bemiddelaar dient indien nodig bijvoorbeeld te wijzen op de stereotype interpretatiestructuren van medici en zorgverleners en op het feit dat niet alles veroorzaakt wordt door het verschil in cultuur, waarden en normen (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Davidson (2000) ging zelfs zo ver door onderstaand citaat te stellen, wat tevens bevestigd wordt door het onderzoek van Ticca (2006).

*“Success in interpreting should not be evaluated in terms of accuracy in translation but rather in terms of how the third voice allows speakers to negotiate and achieve their goals for the communicative event in question.”*  
(Ticca, 2006, p. 56)

Toch is het in praktijk niet zo simpel omdat de ICB'er eveneens enige neutraliteit dient te behouden en door de zorgverleners positief benaderd moet blijven. Dit laatste kan bijgevolg mogelijks een knelpunt vormen. Daarmede zal een zulke pleitbezorging in praktijk ook bijna uitsluitend plaatsvinden bij werkelijk discriminerende of racistische situaties ten nadele van de patiënt, of diverse ernstige situaties waar dit broodnodig is (Verrept, 2002). Discriminatie en racisme in ziekenhuizen is immers nog steeds realiteit.

Merckx en Hellemans (2004) wijzen er binnen deze denktrant op dat zelfs het overgrote deel van de achterstellingsproblematiek mogelijks toe te wijzen is aan de aanwezigheid van discriminatie en racisme. Vanuit deze zogenaamde destinatiebenadering stellen zij dat die gedachte te weinig wordt benoemd omwille van de loutere reden dat “mensen niet graag toegeven dat zij zich schuldig maken aan discriminatie en het ook niet in het belang is van de dominante meerderheid, de machthebbers, om dat toe te geven”. (Merckx & Hellemans, 2004, p. 22) Deze visie is echter redelijk nauw en o.m. Agyemang et al. (2007) relativeerde het reeds door te wijzen op de grote impact van statistische discriminatie op de achterstelling. Toch duidt deze theoretische benadering in congruentie met de empirische bevindingen van o.m. Johnstone & Kanitsaki (2008) en Shavers & Shavers (2006) op de niet te onderschatten aanwezigheid en het belang van racisme en discriminatie in een ziekenhuis. En doordat uit onderzoek is gebleken dat een perceptie van racisme een kwaliteits-reducerende impact heeft op de zorg (Adegbembo, Tomar, Logan, 2006; Benkert e.a., 2006), is in zulke gevallen de inclusie van pleitbezorging in het takenpakket van een ICB'er zeker ten gronde.

#### 2.4.7 Zelfstandig en pro actief op zoek gaan naar problemen

Niettemin ook deze taak zodus enigszins overlapt met enkele voorgaande taakbeschrijvingen, wordt het zelfstandig op zoek gaan naar problemen in de wandelgangen van het ziekenhuis nogmaals expliciet als taak van de ICB'er benoemd teneinde het extra in de schijnwerpers te zetten. Zoals uit het voorgaande reeds is gebleken, mag er immers niet vanuit gegaan worden dat de patiënt steeds voldoende assertief en kundig is om op eigen initiatief contact op te nemen met de dienst ICB ingeval een probleem zich aandient, noch dat de zorgverleners steeds accuraat kunnen inschatten of de assistentie van een bemiddelaar al dan niet benodigd is. Ook de overdadige inzet van informele en/of familiale tolken, zoals reeds voorheen besproken, illustreert dit nagenoeg op sprekende wijze.

Hans Verrept (2002; 2012) wijst daarom op het feit dat de bemiddelaars in de mate van het mogelijke op regelmatige basis kamerbezoeken dienen uit te voeren waarbij ze de aanwezigheid van enige problemen en/of onduidelijkheden moeten aftoetsen en trachten te achterhalen hoe ze de betreffende patiënt daarbij kunnen helpen. Indien nodig dient deze tevens de betreffende zorgverlener(s) over de nodige zaken inlichten. Dit kan zowel concrete zaken, als taalkundige zaken, als emotionele zaken of etnisch-culturele zaken zoals het verkrijgen van vegetarische maaltijden betreffen.

#### 2.4.8 Voorlichting aan allochtonen en zorgverleners

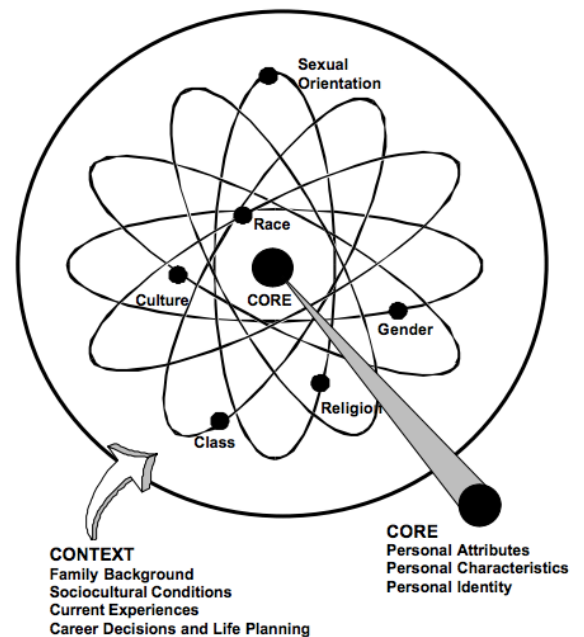
Hans Verrept (2002) beschrijft overigens het organiseren en geven van voorlichtingsmomenten aan allochtonen als een taak voor de interculturele bemiddelaars indien deze over de gepaste medische competenties en vooropleiding beschikt. Indien dit niet het geval is, is de aanwezigheid van een zorgverlener met het gepaste competentieprofiel wel cruciaal. Echter, "goede voorlichting is maatwerk" (FTO-Casusboek, 2013, p. 9) en hierbij dient rekening gehouden te worden met taal, cultuur, 'health literacy', taboe, geloof, angst, traditie, wijze van communicatie, ... in feite zowat alle interculturele elementen die in dit ideaaltypen reeds naar voren zijn gekomen. Een ICB'er of coördinator is dan ook hét individu bij uitstek die daar het meeste mee vertrouwd is binnen een ziekenhuis en wordt hier ideaaltypisch bij betrokken.

Dat terzijde dient een ICB'er ook betrokken te worden bij de voorlichting aan zorgverleners, niettegenstaande dat bemiddelaars dit in feite sowieso al doen tijdens triadische interventies, bij cultural brokerage, bij conflictbemiddeling, enzoverder. Maar als er georganiseerde vormingen in het ziekenhuis plaatsvinden, zoals ideaaltypisch moet gebeuren op initiatief van de dienst ICB of het diensthoofd en de cel ICB mits enige betrokkenheid van de ziekenhuisdirectie (zie supra), moet alle ICB'ers er ontegensprekelijk pro actief bij betrokken worden, omwille van gelijkende redenen als hierboven (Chiarenza, 2013).

Toch dient bij dit laatste een mogelijk knelpunt vernoemd te worden, dat nauw verband houdt met het gevaar voor culturalisering en stereotypering. Door enkel voorlichtingen en vormingen aan te reiken die gericht zijn op het creëren van een individuele culturele competentie, blijft de doeltreffendheid echter vrijwel gelimiteerd. De betreffende opleidingen spitsen immers zich voornamelijk toe op het vergaren van informatie over culturele groepen, maar een samenleving is meer dan een culturele optelsom.

Vanuit de gedachte van een sociaal geconstrueerde 'multiple identity', een term die overigens erg accuraat vanuit respectievelijk psychologisch en sociologisch perspectief is uitgewerkt door Jones & McEwen (2000) en Fong (2000), blijkt een zulke culturele competentie slechts één dimensie van eenieders identiteit te benaderen zonder aandacht aan de diverse sociaal-economische factoren die de betreffende achterstelling ervan in de hand werken. De statistische discriminatie, zoals beschreven, wordt naderhand volledig genegeerd. De verschillende dimensies van een identiteit zijn volgens dit theorema niettegenstaande diepgaand met elkaar vervlecht en onderkennen een complexe samenhang, wat maakt dat dit ontwarren en isoleren niet mogelijk is.

Dit wordt visueel geïllustreerd aan de hand van bovenstaande figuur. Een loutere focus op één dimensie doet ergo een vertekend beeld ontstaan van de verschillen tussen individuen met alle gevolgen van dien (Fong, 2004; Jones & McEwen, 2000). Dit kan overigens evenwel beschouwd worden als een algemeen knelpunt van het werken met ICB: ze zijn doorgaans in eerste instantie gericht op één taalgroep, wat een ééndimensionele rationale erg stimuleert.



Figuur 7: 'Multiple identity' (Jones & McEwen, 2000, p. 409)

#### 2.4.9 Signaleren van vastgestelde knelpunten

Hoewel de mogelijkheid tot signalering reeds als noodzakelijke factor in de beleidsmatige steunpilaar van een migrantenvriendelijk beleid in het ziekenhuis beschreven werd, is het van belang dat de bemiddelaars deze signalisatie ook concreet effectueren en beschouwen als zijnde een onderdeel van hun takenpakket (Verrept, 2002). Zoals reeds voorgaand beschreven dienen deze bijvoorbeeld al continu de culturele sensibilisering van werknemers en het gevaar van culturalisering en stereotypering als aandachtspunt naar voren te brengen. Maar ook andere bovengenoemde (mogelijke) knelpunten of diverse structurele problemen waar een coördinator of bemiddelaar in praktijk op botst, dienen door hem of haar onder de aandacht gebracht te worden.

Ideaaltypisch leidt alles dit tot een 'shame-free environment' cultuur, waarbij een 'door alle medewerkers gedragen' institutionele gevoeligheid voor problemen omtrent lezen, begrijpen en miscommuniceren aanwezig is en waar men globaal openstaat voor allerhande vragen: vanuit de patiënt, vanuit de bemiddelaars en vanuit de zorgverleners (AHEC Clear Health Communication Program, 2006; Misra-Hebert & Isaacson, 2012; Weiss, 2012).



Het is immers niet realistisch dat de ICB'er werkelijk overal zelf de concrete hulp en emotionele ondersteuning moet bieden en onderbouwen. Dit moet institutioneel ondersteund en gedragen worden. In een zulke cultuur is het echter wel belangrijk dat er aanspreekpunten zijn, ingeval er toch bepaalde structurele problemen opduiken die niet direct bespreekbaar of oplosbaar zijn (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Het aanspreekpunt met betrekking tot interculturele zorgverlening hierin is ideaaltypisch de dienst ICB, die het verder naar de directie toe signaleert indien dit nodig blijkt.

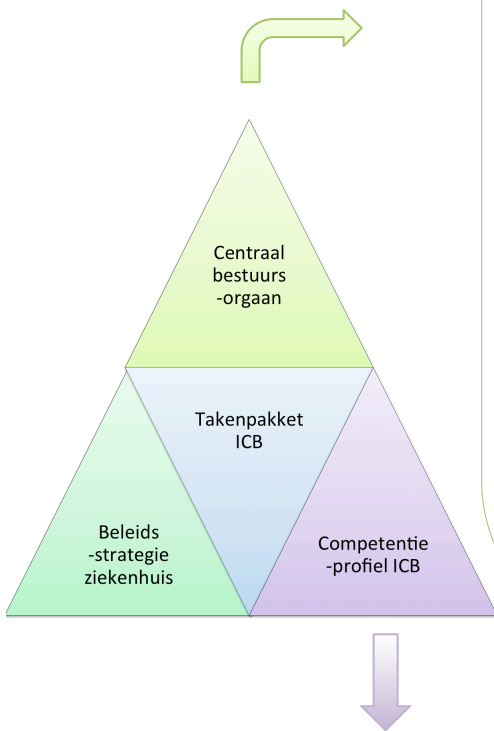
In feite kan een zulke 'shame-free environment' cultuur beschouwd worden als het ideaaltypische sluitstuk van ziekenhuizen die staan voor 'gelijke zorg voor elke patiënt, ongeacht socio-demografische achtergrond' en dit implementeren in al haar doen en laten. Zo dient binnen dit kader ook op praktisch vlak initiatieven genomen te worden. Voorbeelden hieromtrent zijn: een wegaanduiding voorzien die door iedereen kan worden begrepen, invulformulieren en brochures opstellen die gemakkelijk geschreven zijn, instructies aan patiënten geven zonder gebruik te maken van jargon, enzoverder (Misra-Hebert & Isaacson, 2012). Het AHEC Clear Health Communication Program (2006) en Weiss (2012) ontwikkelden zelfs een heuse checklist om een zulke organisatiecultuur op te richten en na te streven binnen het ziekenhuis.

De ICB'er zou hierbij zeker betrokken moeten worden, vermits allochtonen vaak een groot segment van de doelgroep van een zulk 'shame-free environment' initiatief betreffen en de bemiddelaar of coördinator haar knowhow hier zeker een meerwaarde in kan brengen. Ideaaltypisch zou zelfs gesteld kunnen worden dat de bemiddelaar de evaluatie van de werking van het ziekenhuis en signalisatie van problemen steeds vanuit een dergelijk 'shame-free' perspectief dient te benaderen.

Echter, zoals Verrept (2002) stelt en reeds voorgaand is beschreven, is om een zulke pro actieve signalisatie en organisatiecultuur te verwezenlijken de nodige structureel-organisatorische omkadering nodig waarbij het gerespecteerd wordt dat de bemiddelaar of coördinator bepaalde dingen in vraag trekt. Mogelijks situeert zich hier een knelpunt.

## 2.5 Visuele synthese van het theoretische ideaaltype

In de laatste sectie van dit theoretisch luik zullen de voorgaande bevindingen omtrent de ideaaltypische vormgeving van ICB in een Vlaams ziekenhuis visueel voorgesteld worden. Tevens zullen de betreffende knelpunten die vanuit de literatuur daaromtrent naar voren zijn gekomen hier in kaart worden gebracht.



### KERNTAAK

- Administratieve opvolging en evaluatie
- Inhoudelijke opvolging en evaluatie
  - o.b.v. internationaal kwaliteitsprogramma

### VORMING

- Vorming en supervisie ICB
- Organisatie en promoten van professionele vorming zorgverleners
  - diversiteit, culturele competenties, toegangsbarrières, contextgevoeligheid, ...
  - koppeling aan accreditering *Knelpunt: sensibilisering medische professionals*
- Steun aan implementatie in medische opleidingen → 'algemene basiskennis'
  - samenwerking met universiteiten, hogescholen, ... *Knelpunt: schiet tot nu toe tekort*

### SENSIBILISERING (Top-down)

- Openlijke sensibilisering bij politici, beleidsmakers, bevolking
  - voldoende maatschappelijke draagkracht voor ICB
  - meer financiële en praktische mogelijkheden voor ICB indien nodig
- Betrokkenheid in ruimere sociale beleidsstrategieën ter bescherming van de zwakkeren mits nauwe samenwerking

### VERTROUWEN VANUIT HET WERKVELD (Bottom-up)

- Openheid naar feedback vanuit dagdagelijkse praktijk mits gevolgeving indien nodig
- Kwalitatieve, respectvolle behandeling voor allochtone patiënten garanderen
  - bewaken, alarmeren en aanzetten tot overleg indien nodig

### AANSPREEKPUNT

- Internationale initiatieven (bv. 'migrant-friendly hospitals')
- Nationale initiatieven

*Knelpunt: federale overheidsstructuur*

### VOOROPLEIDING BEMIDDELAAR

- Hoger technisch secundair onderwijs 'Intercultureel werk (optie gezondheidszorg)'
- Evt. verpleegkundige of vertaler-tolk
- Niet te hooggeschoold (postgraduaat, master) want te grote socio-economisch afstand bemoeilijkt hulpverlening

*Knelpunt: kennis over ideale vooropleiding coördinator*

### TAAL- EN CULTURELE KENNIS

- Nederlands voldoende machtig (mits basis medische woordenschat)
- Vreemde origine, hetzij eerste-, tweede- of derdegeneratie
  - andere taal machtig (mits basis medische woordenschat)
  - culturele representativiteit en nodige sociale vaardigheden

Uitz.: doventolken en coördinatoren

*Knelpunt: intraculturele en socio-economische diversiteit*

BIJKOMENDE KENNIS VIA VORMING minimaal 75 procent volgen (zie supra)

### GESLACHT

- Vrouw in bepaalde culturen of situaties effectiever, niet altijd

*Knelpunt: ongelijkheid man-vrouw in bepaalde culturen*

#### ONDERSTEUNEND BELEID

- '(On)gelijkheid' als performantie-indicator
  - specifieke criteria als streefdoel
  - Procedures om impact van situatie of maatregel op '(on)gelijkheid' te meten
  - Interne problemen en de oorzaken daarvan opsporen
- Promotie en bekenmaking van ICB
- Actieve betrokkenheid, sensibilisering en enthousiasmering rond vorming (zie supra)
- Kader beschikt over nodige tijd om zich met '(on)gelijkheid' bezig te houden
- Kwaliteitsmanagementmodellen zoals Shewhart-cirkel (Plan-Do-Check-Act)

*Algemeen knelpunt: 'inverse care law'*

*Knelpunt: implementatie in organisationele routines*

*Knelpunt: te weinig allochtonen zelf bij betrokken*

#### ONDERSTEUNENDE ORGANISATIECULTUUR

- Engagement en openheid tot 'bottom-up' signalering
- Persoons- en patiëntgericht
- Cultuursensitieve zorg in een weg tussen universalisme en culturalisme
  - Toekijken op gevaar van stereotypering, culturalisering en interveniëren indien nodig

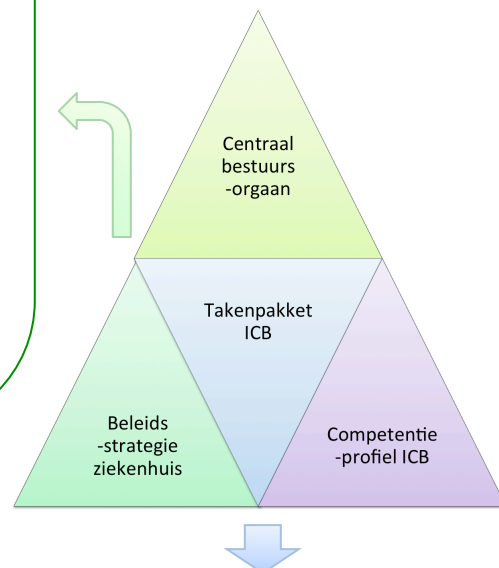
*Knelpunt: "allochtone patiënten kunnen overdrijven"*

#### ONDERSTEUNENDE ORGANISATIESTRUCTUUR

- ICB'ers stem binnen ziekenhuis → signaleren knelpunten
- Transparante toewijzing van ICB binnen het organigram, mits afgelijnde verantwoordelijkheid en takenpakket
- Psychologische ondersteuning voor ICB indien nodig

#### NAUWE SAMENWERKING MET OVERHEID

*Knelpunt: slechts weinigen worden gesubsidieerd*



#### PLURITAIR EN AFHANKELIJK VAN SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE ACHTERGROND

- Aantal allochtone patiënten
- Aantal kwalitatief hoogstaande interventies
  - fijngevoelige afstemming van aanbod op vraag

*knelpunt: 'aanbod creëert vraag'*

#### TRIADISCH OPHEFFEN VAN TAALBARRIERE

- ICB = 'Brugfiguur'
- Professionele taalbijstand + objectief, neutraliteit, beroepsgeheim *knelpunt: objectief tolken ⇔ linguïstische superdiversiteit?*
  - Zelf vertalen (indien bemiddelaar) + duiding, vertrouwen, lijfelijk aanwezig *knelpunt: beperkte vooropleiding en training*
  - Provinciale en stedelijke tolkdiensten + lijfelijk aanwezig *knelpunt: urgentie*
  - Vlaamse Tolkentelefoon Ba-Bel + urgentie en directie oproepbaarheid *knelpunt: onderconsumptie Ba-bel*  
*knelpunt: beperkt professioneel taalaanbod*  
*knelpunt: beperkte vraag door overinschatting*  
*knelpunt: taboe en niet testen 'health literacy'*
- Informeel of familiale taalbijstand + goedkoper, ICB meer tijd *knelpunt: te veel gebruik*
  - bij specifieke dialecten of talen waar geen professionele taalbijstand voor te vinden is
  - overigens af te raden: *knelpunt: geen vorming, inadequaat, problematisch, onvolledig, vertaalfouten, manipulatie*  
*geen beroepsgeheim, 'role reversal', te emotioneel betrokken, te pro actief, ...*
  - toch goede aansturing en richtlijnen + organisationele steun
- Triadische gespreksvorm in principe altijd *knelpunt: tijdsintensief, te weinig in praktijk*
  - louter doorgeven van boodschappen afgeraden (uitz.: 'one-on-one contacten')
  - implementatie van 'teach-back' methode

#### CULTURAL BROKERAGE

- ICB = 'brugfiguur' + 'objectieve informatieverstrekker'
  - levensstijl, traditie, religieuze symboliek, rituelen, emotionele beleving, geslacht, non-verbaal gedrag, persoonlijke ruimte, tijdsbewustheid, gevoelige thema's, ...*knelpunt: gebrekkig representatief (zie supra)*  
*knelpunt: gevaar van culturaliseren (middenklasse = normaal en de rest is cultuur)*
- Vragenlijst om 'socio-culturele interpretatiekader' te achterhalen m.b.v. ICB
- 'Expectation-management' m.b.v. ICB  
*knelpunt: niet voor minderheden zonder ICB'er*  
*knelpunt: niet als ICB niet moet vertalen (⇔ interdependentiehypothese)*

### CONCRETE HULP AAN PATIËNTEN

- Vraaggestuurde vorm van trajectbegeleiding voor behoeftige allochtone patiënten
  - Ter opheffing van diverse toegangsbarrières
  - Overwegend patiënten met lage 'health literacy'
- Verscheidene zaken
  - Vertrekken van informatie en hulp bij het begrip en invullen van brochures en formulieren
  - Wegwijs raken in een ziekenhuizen
  - Hulp bij inname van de benodigde medicijnen, ...

### EMOTIONELE ONDERSTEUNING

- In principe loutere aanwezigheid van ICB'er al ondersteunend, maar soms meer expliciete ondersteuning nodig
- Vooral indien risico op sociaal isolement *Knelpunt: mogelijke escalatie tot psychologisch werk*
- Opbouw vertrouwensrelatie tussen patiënt en ICB'er
- One-to-one gesprek voor en/of na triadisch gesprek
- Bij overleden: steun + advisering aan zorgverleners over steun *Knelpunt: specifieke taak ICB of algemene attitude in ziekenhuis? bij tweede immers gedragen door knowhow, bij eerste niet Knelpunt: aanklampend ⇔ 'koele nabijheid' en professionaliteit*

### BEMIDDELEN IN CONFLICTEN

- Conflicten door culturalisering en stereotypering bij beide partijen
- ICB: opsporing van oorzaak in het misverstand op individueel niveau
  - preventie van formele klacht (patiënt > organogram) *Knelpunt: beperkte vooropleiding en training ⇔ samenwerking met ombudsdienst*

### PLEITBEZORGING

- Opkomen rechten en belangen van de patiënt en wijzen op stereotyperingen *Knelpunt: Pleitbezorging ⇔ neutraliteit, professionaliteit*
  - oplossen van communicatieve discordantie, taal- en culturele barrières
- Daarmede: vooral bij werkelijke discriminatie of racisme (want nog steeds bestaand en van belang)
  - preventie van perceptie van racisme en interveniëren wanneer nodig

### ZELFSTANDIG EN PRO-ACTIEF OP ZOEK GAAN NAAR PROBLEMEN

- Niet alle patiënten steeds voldoende assertief en kundig om contact op eigen initiatief te nemen
- Zorgverleners niet steeds accuraat inschatten of assistentie ICB nodig is
  - ICB zelfstandig door de wandelgangen en kamerbezoeken in de mate van het mogelijke
  - Zorgverleners inlichten indien nodig

### VOORLICHTING

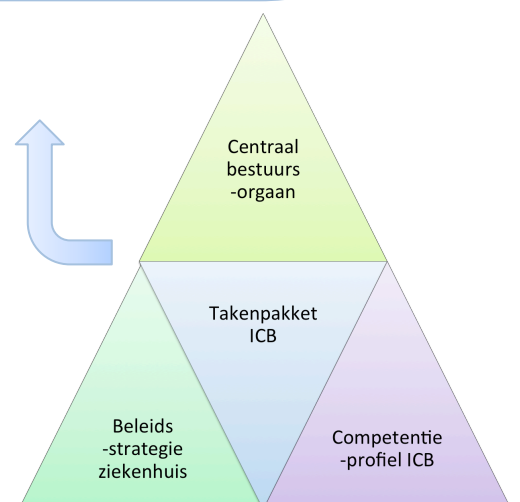
- Bij allochtonen
  - Geven indien over medische competenties en vooropleiding
  - Indien niet: betrokkenheid mits aanwezigheid van bekwame zorgverlener
  - 'Maatwerk' waarbij rekening gehouden met taal, cultuur, 'health literacy', taboe, geloof, angst, traditie, wijze van communicatie, ...
- Bij zorgverleners
  - betrokkenheid omwille van gelijkende redenen *Knelpunt: culturele competenties vs. multiple identity*

### SIGNALEREN VAN VASTGESTELDE KNELPUNTEN

- Continu wijzen op het belang van bv. het gevaar van culturalisering en stereotypering (zie ook alle knelpunten supra)
- signaleren van vastgestelde structurele problemen *Knelpunt: openheid voor zulke signalisatie in directie*
- Kritische visie op de organisatie vanuit 'shame-free environment' perspectief waar vanuit de organisatie open voor wordt gestaan

### SHAME-FREE ENVIRONMENT' ORGANISATIECULTUUR als ideaaltypisch sluitstuk

- *Gelijke zorg voor elke patiënt, ongeacht socio-demografische achtergrond*
- *Door alle medewerkers gedragen institutionele gevoeligheid voor o.m. interculturele zorg en 'health literacy'*
- *ICB als aanspreekpunt voor structurele of niet direct oplosbare problemen rondom interculturele zorg*
- *Begrijpbare invulformulieren en brochures, instructies zonder jargon, ...*



### 3. Empirische onderzoekopstelling en methodologie

In het empirische luik van deze masterproef zal het opgestelde theoretische ideaaltype getoetst worden naar haar realiteitsgehalte en haalbaarheid op basis van 24 diepte-interviews met respectievelijk ICB'ers, de coördinatoren, zorgverleners die regelmatig met ICB in aanraking komen, twee patiënten en Hans Verrept zelf. Het betreft een explorerend onderzoek, waarbij de bevindingen rond elk item van het ideaaltype gestructureerd in kaart wordt gebracht. De hypothese is dat het ideaaltype strookt met de dagdagelijkse praktijk en financiële realiteit.

23 interviews zijn derhalve afgelegd tussen 3 maart en 26 maart 2014 in 10 ziekenhuizen, met name in AZ Nikolaas, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Sint-Lucas Gent, Jessaziekenhuis Hasselt, GasthuisZusters Antwerpen (GZA), RZ Tienen, UZA, UZ Gent, Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) en Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA). Deze steekproef is een bewuste keuze. Zoals in onderstaande figuur geïllustreerd wordt, is hierbij namelijk gepoogd een zo breed mogelijke geografische variatie te bereiken. Als leidraad is hierbij aanvankelijk gepoogd een ziekenhuis te bereiken in elke provinciale hoofdstad, waarna deze vervolgens is aangevuld met enkele diverse relevante ziekenhuizen. Zo bevindt zich in Sint-Niklaas een vrij omvangrijke Roma-gemeenschap (Decoodt & De Reu, 2009), is het ZOL gelegen in een bijzonder multiculturele regio rondom Genk ter oorzaak van haar historische achtergrond (Vause, 2013) en is RZ Tienen een van de weinige voor ICB gesubsidieerde regionale ziekenhuizen (FOD Volksgezondheid, 2013a). Ter aanvulling is zodus nog één supplementair telefonisch interview gevoerd met Hans Verrept, waar enkele gerichte vragen gesteld zijn.



Figuur 8: Geografische onderzoekopstelling (m.b.v. <http://d-maps.com>)

Aangaande de gehanteerde methodologie, werd geopteerd het gebruik van statistische computersoftware achterwege te laten, daar het een explorerend onderzoek betreft waarin de bevindingen omtrent het ideaaltype stapsgewijs overlopen wordt en dit in wezen reeds vrij gestructureerd is. Bovendien leek een handmatige analyse meer gepast, de door St. John en Johnson (2000) beschreven nadelen van kwalitatieve software in rekening houdende. Deze beschrijft immers een focus op 'quantity' in plaats van de 'meaning', evenals enige rigiditeit en inflexibiliteit in de wijze waarop software met dergelijke informatie omgaat.

Ook de bemerking van Dimitri Mortelmans (2011, p. 41-42) hieromtrent dat in sommige gevallen een manueel onderzoek de rijkheid aan informatie meer ten goede komt, was doorslaggevend. De gestelde vragen aan de respondenten zijn dan ook variabel, afhankelijk van waar de betreffende respondent veel informatie over kon geven of niet. Hoewel vooralsnog elk interview is aangevangen met eenzelfde vragenlijst, was het door de bijzonder wijde variëteit daarmede niet mogelijk om in alle interviews exact dezelfde zwaartepunten te leggen.

Onderstaande tabel geeft voorts de individuele socio-demografische kenmerken van de geïnterviewden weer. In de mate van het mogelijke is derhalve getracht de variëteit van de betreffende onderzoekspopulatie inzake opleidingsniveau, -type, geslacht en functie, met deze steekproef van respondenten te benaderen. Eén interview is hier echter niet in deze tabel opgenomen, namelijk het interview Hans Verrept, doordat deze een andere inhoud onderkent en zijn professionele functie niet ressorteert tussen de anderen.

Figuur 9: Socio-demografische kenmerken van de respondenten

		Coördinator	ICB'er	Zorgverlener	Patiënt	Totaal
Geslacht	Man	3	1	3	0	7
	Vrouw	5	6	3	2	16
Provincie	Antwerpen	1	3	3	1	8
	Limburg	2	2	1		5
	Oost-Vlaanderen	2	1	1		4
	Vlaams Brabant	2	1		1	4
	West-Vlaanderen	1		1		2
Opleidingsniveau	Universiteit	1	2	1	(n.v.t.)	4
	Hoger onderwijs	7	3	4		14
	Techn. secundair	0	2	1		3
Opleidings-type	Verpleging	1	2	(n.v.t.)	(n.v.t.)	3
	Verpleging+manag.	2	0			2
	Sociale verpleging	1	1			2
	Sociaal-maatsch.	3	0			3
	Sociaal+manag.	1	0			1
	Intercultureel	0	3			3
	Vertaler-tolk	0	1			1
<b>Totaal</b>		<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>23</b>

Met betrekking tot deze tabel dienen tot slot enkele bemerkingen gemaakt te worden.

- De noemer 'coördinator' is dual. Sommige coördinatoren zijn immers gesubsidieerd en, hetzij deels, tewerkgesteld om ICB in een ziekenhuis zelf te verwezenlijken door taalbijstand te voorzien enzoverder. Anderen zijn het hoofd van de sociale dienst en geven algemeen leiding over de ICB'er(s). Van elk zijn er derhalve vier geïnterviewd. Ter vereenvoudiging zal in wat volgt de eerste groep 'gesubsidieerde coördinatoren' en de tweede groep 'niet-gesubsidieerde coördinatoren' genoemd worden.
- Twee respondenten zijn zowel coördinator als ICB'er, thans deze in onderstaande tabel louter als bemiddelaar zijn opgenomen omwille van overzichtelijkheid.
- De geïnterviewde bemiddelaars betreffende respectievelijk één Arabisch, één Italiaans, twee Russisch en drie Turks sprekende individuen.

- De geïnterviewde zorgverleners betreffen respectievelijk een diëtiste, een sociaal werker, een ergotherapeut/liaison geriatrie, een dokter in de algemene interne ziekten specialisatie infectieziekten, een wondzorgverpleegkundige en een interne tolk die werkzaam is in de technische dienst.
- De twee geïnterviewde interne tolken zijn Italiaans en Russisch sprekend. Deze interne tolken zijn respectievelijk een zorgverlener en een patiënt, en werden in onderstaande tabel dan ook als dusdanig opgenomen.
- De niet erkende diploma's zijn ter vereenvoudiging in bovenstaande tabel wel opgenomen als zijnde een geldige opleiding. Dit is slechts eenmalig waargenomen.

## 4. Empirische toetsing van het ideaaltype en de knelpunten in de praktijk

In het theoretisch ideaaltype werd op visuele wijze verscheidene dimensies van ICB en haar bouwstenen in kaart gebracht. Dit zal in wat volgt op die manier onderscheiden en empirisch getoetst worden teneinde de nodige overzichtelijkheid te bewaren. Doch dient bemerkt te worden dat dit door de respondenten niet als dusdanig ontrafeld werd en dit louter om analytische redenen is gedaan.

### 4.1 Overheidsbeleid en het centrale bestuursorgaan

#### 4.1.1 Opvolging en evaluatie

De kerntaak van de overheidscel ICB werd theoretisch beschreven als de administratieve en inhoudelijke opvolging en evaluatie op basis van een internationaal kwaliteitsprogramma. Zoals eenduidig beschreven wordt door de respondenten, moeten de ziekenhuizen waar ICB wordt gesubsidieerd inderdaad jaarlijks een activiteitenverslag doorsturen naar deze cel, waarbij gedurende dertig dagen alle activiteiten rondom ICB en taalbijstand geregistreerd en gestaafd dienen te worden, aangevuld met een oplistings van de relevante verscheidene initiatieven die dat jaar gedaan zijn. Dit vindt steeds in de maand november plaats. Zodoende worden jaarlijks zowel de interventies van ICB'ers, sociale tolken, telefonische tolken en soms interne tolken gerapporteerd als de gemaakte afspraken met patiënten, de gegeven en gevolgde vormingen, enzoverder. Of de vraag naar ICB komt van een patiënt of een zorgverlener wordt hier doorgaans niet in geregistreerd.

Hierbij werd door verscheidene respondenten aangegeven dat dit werkelijk een stimulans vormt om alles te registreren in november maar dit in de andere maanden heel wat moeilijker en beperkter is, waardoor een gebrekkig overzicht over de activiteiten van ICB in de andere elf maanden in zekere zin een knelpunt vormt. De ondermatige kennisgeving vanuit de zorgverleners aan de dienst ICB speelt hier overigens een belangrijke rol in. De mate dat registratie mogelijk is, blijkt bovendien interdependent aan de werkdruk te zijn. Ook de ambiguïteit van de wijze van 'interventies meten' werd hierbij door één coördinator als een substantieel knelpunt benoemd.

*"Normaal gezien willen wij echt dat de diensten naar ons bellen zodat wij het kunnen registreren. Maar het gebeurt wel dat als ze er iemand bijhalen, ze soms vergeten te bellen. Wat we ook zien, is dat als er op een afdeling iemand werkt die kan vertalen, dat we vaak niet gebeld worden."* (Bemiddelaar A)

*"Ik registreer alles, en ben een periode ziek geweest, en dan is er een periode niets geregistreerd geweest. We hadden ook al eens plots wat extra werkdruk waardoor dat ook een tijdje niet gelukt is"* (Coördinator A)

*"Ik denk dat er een onderscore is, omdat vaak – en ik merk dat ook – een aantal het systematisch registreren en bijvoorbeeld 5 interventies beschrijven als ze 5 keer iets hebben moeten doen rond een interculturele patiënt, terwijl anderen maar één keer een interventie registreren, maar gedurende die opname wel een aantal interventies gedaan hebben"* (Coördinator B)



Ten aanzien van de ICB'ers wordt door Hans Verrept verwacht dat deze gemiddeld 8 interventies per dag doen, bij coördinatoren wordt verwacht dat die voor een halftijdse functie maandelijks 20 maal aanvragen tot externe taalbijstand bewerkstelligen. Dit strookt echter niet steeds met de realiteit.

*“Ik vind wel, als ik terug verwijs naar die 4,79 interventies gemiddeld, terwijl er van Hans uit en van ons uit een stuk of 8 per dag verwacht wordt, dat iedereen er nog wel een 3 à 4 kan bijnemen per dag.”* (Coördinator C)

*“Voor externe tolken doe ik de registratie en de cijfers. En voor een halftijdse functie moeten dat er normaal gezien volgens Hans 20 zijn. Ik krijg per maand meer dan 60 aanvragen.”* (Bemiddelaar C)

Nevens het activiteitenverslag moet jaarlijks een aanvraag tot subsidiëring van het daaropvolgende jaar gedaan worden. Deze aanvraag wordt, met uitzondering van één ziekenhuis, steeds opgesteld door de gesubsidieerde coördinator, indien die er is, en anders ofwel door een niet-gesubsidieerde coördinator (het diensthoofd) ofwel door de ICB'er(s) zelf. Velen gaven daarbij aan dat hun aanvraag tot nu toe steeds aanvaard is geweest. Toch gaven ook verscheidene geïnterviewden aan dat ze het gevoel hebben dat deze subsidiëring geen vanzelfsprekendheid is, maar effectief jaarlijks herzien wordt en indien nodig in twijfel wordt getrokken. Eén geïnterviewde stelde zelfs dat ze al jaarlijks meer subsidiëring aanvragen zonder resultaat. De onbereidheid van de ziekenhuisdirectie om hierin zelf een financiële insteek in te geven, werd hierbij als doorslaggevend beschouwd. Ook de politieke gevoeligheid van ICB werd door één coördinator beschreven, evenals het gevoel van een andere geïnterviewde dat inzake de financiering momenteel enige onevenwichtigheid heerst.

*“Elk jaar wordt dat herzien, moeten wij opnieuw een aanvraag doen, moeten wij opnieuw een jaarverslag maken, moeten wij opnieuw kunnen bewijzen dat we effectief die (x) VTE mogen hebben. [...] Dat is iedere keer gelukt omdat we iedere keer meer dan voldoende cijfers hadden om dat te bewijzen”* (Coördinator A)

*“Het is ongeveer elk jaar hetzelfde bedrag dat we krijgen en we zijn daar ook vrij zeker van dat we dat gaan krijgen. Maar het nadeel is dat het project ICB een politiek gevoelig thema is. En met onze huidige minister hebben we daar heel wat geluk mee. [...] Maar er zijn in mei verkiezingen. Het is nog maar de vraag hoe dat dat erna er gaat uitzien. [...] Dus het zou wel eens kunnen, mochten ze ons ziekenhuis in detail gaan bekijken, dat er in de toekomst een verschuiving inzake van een aantal mensen [...] waarbij ze stellen we met de helft perfect zouden kunnen doen wat er binnen ons ziekenhuis verwacht wordt aan interventies.”* (Coördinator C)

*“Wat dat ik zie, is dat Hans Verrept heel vaak met ziekenhuizen iets uitbreidt die vaak zelf heel gul zijn [...] Al de kleine instellingen [...], krijgen bijlange niet zo veel als die anderen. Dat heeft puur te maken met het feit wat het ziekenhuis zelf erin wilt investeren en dan kan bewijzen om daar iets voor te krijgen.”* (Bemiddelaar A)

*“Ik vind Hans een heel sympathieke man, maar zijn ideeën zijn soms een beetje idealistisch.”* (Coördinator D)

De financiële dimensie van bovenstaande bedenkingen, zal in het laatste deel van dit luik meer in detail benaderd worden. Van belang voor deze fractie is voornamelijk dat de ideaaltypische kerntaak van het overheidsorgaan in praktijk inderdaad gerealiseerd blijkt te worden. Eén coördinator beschreef dat hierin een opmerkelijke positieve evolutie in waarneembaar is, en dat de cel haar sturende en ondersteunende functie meer en meer begint uit te oefenen. Hans Verrept implementeert hierbij overigens pertinent internationale standaarden en geeft deze expliciet door aan de ICB'ers en coördinatoren.

*“Ik heb het gevoel dat het inderdaad eerst vooral over het geven van de centen ging, maar dat er wel meer en meer aandacht wordt besteed aan topics zoals de rol van de ICB'er, hun takenpakket en dergelijke. [...] Er is dus wel een evolutie waarneembaar op dat vlak.”* (Coördinator C)

#### 4.1.2 Vorming en supervisie

Naast deze kerntaak werd vanuit de theorie ook vorming en supervisie als een taak van het centraal bestuursorgaan benoemd. In het interview met hem beantwoorde hij de vraag waaromtrent deze vormen in het verleden gegaan zijn als volgt.

*“Rond tolktechnieken zijn er een aantal geweest. Dan rond wat wij cultural brokering noemen, hebben zij gehad. Rond werken in de GGZ, sommigen wel sommigen niet, dat hangt er vanaf wanneer zij zijn beginnen werken. Rond de rol van de ICB’er. Rond standaarden van het werk van de ICB’er, dat hebben we nogal veel gehad. En dan hebben we ook een aantal supervisiesessies die georganiseerd zijn en nog georganiseerd worden, maar dat is maar twee keer per jaar. En dan rond werken via internet hebben ze ook een aantal dingen gehad. Dat zijn zowat de belangrijkste geweest de laatste tijd.” (Hans Verrept)*

Opmerkelijk hierbij is dat hij bovengenoemde internationale standaarden zodus eveneens in zijn vorming betreft. Ook de inhoudelijke opvolging, onder de vorm van supervisies, wordt als dusdanig in zijn antwoord beschreven. Op de vraag waar hij plant zich in de toekomst mee bezig te houden somde hij de volgende zaken op.

*“Supervisie zal zeker doorgaan, omdat daar veel vraag is van de ICB’er. En er zal zeker ook in de toekomst nog dingen komen rond tolktechnieken en standaard van het werk van de ICB’er. En ook rond het werken via internettolken zullen nog wat vormen zijn.” (Hans Verrept)*

Zodoende blijkt dit eveneens één van de zaken te zijn waar het overheidsorgaan vrij pro actief met bezig is. Dit blijkt ook zo uit de interviews met de bemiddelaars. Deze beschrijven dat ze zowat op maandelijkse basis wel eens uitgenodigd worden in Brussel, waar de cel ICB gezeteld is, hoewel ook verscheidene respondenten aangaven dat hier weinig regelmaat in zit en dit moeilijk in te schatten is. De meerderheid van deze sessies betreffen volgens hen opleidingen rondom vertalen-tolken en terminologie. De supervisies betreffen hiervan twee, maximum drie samenkomsten per jaar. Ook wat betreft de inhoud van de samenkomsten blijken de opinies van de respondenten zodus overeen te stemmen met bovenstaand citaat van Verrept. Velen beschreven dit overigens als iets bijzonder positief omdat ze toch wel wat ‘einzegängers’ zijn binnen het ziekenhuis, zoniet omdat ze de communicatie overheen de verscheidene ziekenhuizen als iets bijzonder nuttig achten. Zo bleek er in december nog een studiedag plaats gevonden te hebben met verscheidene internationale sprekers.

*“Je leert er toch wel dingen bij he. [...] Die laatste vorming was rond ICB en iedereen moest een casus insturen en de moeilijkheden daaromtrent beschrijven en zo. En elke bemiddelaar noemde dan zijn specifieke situatie op en daar werd je dan bij geholpen.” (Bemiddelaar D)*

Niettegenstaande benoemden twee bemiddelaars ook enige bedenkingen hieromtrent.

*“Supervisie komt niet zo veel voor. Dat zou beter wat meer mogen zijn. Maar de terminologie-opleiding is toch wel elke maand.” (Bemiddelaar A)*

*“Soms zijn die titels heel zwaar beladen en kom je daar en denk je: ‘Is het dat?’. Het is niet altijd heel efficiënt of soms is het ook meer herhaling van wat je al weet. Daarom dat we de laatste tijd ook proberen goed te kijken van het efficiënt vormen te gaan volgen.” (Bemiddelaar F)*

Uit de interviews met de gesubsidieerde coördinatoren, bleek dat de vorming en opvolging hiervoor heel wat beperkter was, en enkele jaren geleden zelfs onbestaande. Ook deze coördinatoren blijken het nochtans bijzonder nuttig te achten om in communicatie met elkaar te treden en op de hoogte gehouden te worden van de innovaties binnen het veld. Voorheen werden bijeenkomsten voor hen georganiseerd samen met de bemiddelaars, maar dit is recent gescheiden, wat door sommigen als zijnde jammer beschouwd wordt.

Bovendien blijken deze bijeenkomsten eerder praktisch gericht te zijn, hoewel er vraag is naar meer inhoudelijke opleiding. Ofschoon in het verleden wel reeds praktische richtlijnen zijn opgesteld en doorgegeven aan de coördinatoren rondom het tolken, cultural brokerage en 'de werking van ICB in praktijk', blijkt dit nu dus op een te sporadische basis plaats te vinden.

*"Ik vond dat eigenlijk juist interessant om eens met die bemiddelaars ook samen te kunnen gaan zitten, omdat je dan eens de praktijk hoort van hen en anderzijds zagen zij onze visie, die dan soms wat meer beleidsmatig de zaken bekijkt. En dat was wel een interessante mix."* (Coördinator B)

*"Dit zijn niet echt bijscholingen, maar eerder infomomenten waar besproken wordt wat er bestaat in de lokale geografische omgeving, welke organisaties er interessant zijn om met samen te werken en dergelijke."* (Coördinator F)

*"Er wordt daar wel wat informatie gegeven, bijvoorbeeld rond de Vlaamse gebarentaal die op het internetsysteem ging komen, dat wisten wij op die manier vrij snel en vrij vlug. Dan kan je ook wel eens navraag gaan doen en zie je eens collega's uit andere ziekenhuizen waar je anders toch niet vaak met in contact komt. [...] Dus ja, op zich vind ik dat wel nuttig."* (Coördinator A)

*"Dat is eigenlijk niet zo veel. Bij ICB'ers is dat frequenter. Voor ons coördinatoren heeft dat heel lang niet bestaan en is dat eigenlijk maar sinds een paar jaar dat dat bestaat, maar ook in heel beperkte mate. Ik ben zeker vragende partij, ik zou dat graag uitgebreid zien. Ik zou dat ook graag inhoudelijk een beetje anders zien. De laatste jaren heeft dat eigenlijk vooral gegaan over het project 'ICB via internet'. [...] En op dit moment gaat dat eigenlijk vooral over het nieuwe project rond 'equity'. [...] Dus ja, heel veel inhoudelijke andere dingen is naar mijn aanvoelen eerder beperkt geweest."* (Coördinator D)

De niet-gesubsidieerde coördinatoren worden eveneens op centrale vormingen uitgenodigd, hoewel daar de opinie minder unaniem toejuichend is. Twee van hen gaven immers aan dat naar hun mening deze vormingen louter voor de bemiddelaar en niet voor hun is bestemd. Twee geïnterviewden benoemden daarenboven de laattijdige kennisgeving van de vormingen als een knelpunt van de centrale organisatie.

*"Ik probeer, als het kan voor mijn agenda altijd te gaan. Er wordt vanuit de FOD daar inderdaad vrij veel aandacht aan besteed. Die vergaderingen zijn over het algemeen ook echt wel nuttig. [...] Het enige nadeel betreft dikwijls de timing. Hans Verrept is soms een beetje laat met de data van de bijeenkomsten door te sturen waardoor het niet altijd mogelijk van dan nog te gaan."* (Coördinator C)

*"Ikzelf ga daar niet naartoe, omdat ik ook niet het gevoel heb dat het voor de coördinatoren is. Ik heb het gevoel dat de supervisie er is voor de bemiddelaars. De grotere vormingen die voor de coördinatoren bestemd zijn, daar ga ik wel naar toe."* (Coördinator E)

Deze centrale bijeenkomsten blijken overigens verplicht te zijn voor alle bemiddelaars en gesubsidieerde coördinatoren, hoewel een afwezigheid met gegronde reden in zekere mate wordt gedoogd. In twee ziekenhuizen werd zelfs aangegeven dat ze hun aanwezigheid bij de bijeenkomsten verdelen tussen de bemiddelaars, uitgezonderd een studiedag waar de dienst gesloten wordt, maar dat doorgaans de continuïteit van de dienst ICB wel primeert. Toch is in geen enkel interview hieromtrent enige wrijving tussen het ziekenhuis en de overheidscel waargenomen, hoewel twee geïnterviewden er wel op wezen dat het soms in praktijk niet altijd evident is om 'te mogen gaan' van het betreffende ziekenhuis. Dit laatste blijkt erg te variëren tussen de ziekenhuizen.

*"Ik vind [...] degene die hen betaalt, heeft ook het recht om te zeggen wat ze moeten volgen"* (Coördinator E)

*"Ik denk dat niet dat er daar echt wrijvingen zijn geweest tussen het ziekenhuis en Hans Verrept omdat ze niet mogen of zo. [...] Het is allemaal bespreekbaar bij Hans."* (Bemiddelaar E)

*"Ze geven niet meer zo gemakkelijk goedkeuringen. Ze zijn wat strenger, er zijn besparingen, ..."* (Bemiddelaar F)

#### 4.1.3 Ruimere vorming en top-down sensibilisering

Omtrent de organisatie en het promoten van professionele vorming voor zorgverleners, blijkt de betrokkenheid van het centraal bestuursorgaan echter relatief beperkt te zijn. Zo is het opmerkelijk dat in alle interviews voornamelijk uitgebreid ingegaan wordt op de rol van Hans Verrept in de vorming van bemiddelaars en coördinatoren, maar deze bij de sensibilisering van de werknemers nauwelijks vernoemd wordt. Eén coördinator heeft hier slechts een voorbeeld van gegeven met betrekking tot de informele tolken, hoewel vooralsnog een geïnterviewde informele tolk in een ander ziekenhuis ook op dit tekort wees.

*“Hans Verrept is één keer naar hier gekomen om echt ‘tips and tricks’ te geven aan interne tolken, maar dat is al lang geleden. En hoewel dat toen heel kwalitatief was, vrees ik dat dat effect op lange termijn een beetje teniet gedaan gaat worden en er niet meer verder met gegaan zal worden.”* (Coördinator A)

*“Hier intern hebben we opleiding gekregen, maar nooit extern. Onlangs hebben we gevraagd of dat toch enigszins eens zou kunnen, maar daar zijn ze nog niet op ingegaan.”* (Zorgverlener A)

Bovendien is opmerkelijk dat, zo bleek uit interviews in ziekenhuizen waar de bemiddelaars wel vorming geven, dit in praktijk vanuit de FOD slechts beperkt aangemoedigd wordt.

*“Ik weet dat Hans dat niet graag heeft, dat ze vormingssessies geven aan scholen, universiteiten, verpleegscholen [...] omdat dat geen intercultureel patiëntencontact betreft.”* (Coördinator G)

Ook ruimer gezien rondom de implementatie in medische opleidingen en openlijke top-down sensibilisering kwam uit de interviews weinig realisering in praktijk naar voren. Hoewel ICB'ers soms wel betrokken worden in opleidingen of sociale aangelegenheden (zie infra), gebeurt dit eerder op initiatief vanuit de ziekenhuisorganisatie zelf. Het is temeer opmerkelijk dat op basis van deze interviews de indruk bestaat dat Hans Verrept als éénmanscel slechts beperkt is in de mate dat deze politici of bevolking kan sensibiliseren of betrokken is in de ruimere sociale beleidsstrategieën, zoals ideaaltypisch wordt geopperd. Hoewel logischerwijs de andere taken prioritair zijn, betreft dit bijgevolg een substantieel knelpunt. Tijdsdruk blijkt hierin peremptoir te zijn.

#### 4.1.4 Bottom-up openheid en aanspreekpunt

Wel blijkt Hans Verrept werkelijk beschouwd te worden als de referentie bij uitstek en internationaal aanspreekpunt met betrekking tot interculturele zorg. Zo beschreven verscheidene respondenten het recente initiatief van hem om deel te nemen aan de Europese demarche rondom ‘equity standaarden’ en ‘migrant-friendly hospitals’. Met deze projecten bewijst hij zich expliciet bewust te zijn van het bredere kader en de ruimere sociale problematiek rondom interculturele zorg.

*“Naar mijn beleving is het wel een goede hefboom om hier in het ziekenhuis niet alleen op vlak van onze dienst, maar ook op andere niveaus een aantal dingen in kaart te brengen.”* (Coördinator C)

*“Toevallig gaan wij wel in een project stappen dat nu gelanceerd is rond equity standaarden die vanuit Europa naar voor zijn gebracht [...] Maar eigenlijk zie ik dat een beetje los van intercultureel werk en ik doe dat nu eigenlijk omdat wij daar nu over geïnformeerd geweest zijn. Maar dat had even goed iemand van HRM of zo kunnen geweest zijn.”* (Coördinator G)

Alle nationale initiatieven vanuit de overheid rondom interculturele zorg wordt dan ook vanuit deze cel georganiseerd, waardoor het beschreven knelpunt van de federale overheidsstructuur in praktijk niet direct van toepassing blijkt te zijn. Verrept is bovendien immers bevoegd voor het gehele Belgische grondgebied.

Een laatste bemerking betreft de bottom-up openheid waarover deze cel beschikt met betrekking de dagdagelijkse praktijk. In de interviews werd de substantiële lage drempel om Hans Verrept persoonlijk te contacteren ondanks zijn drukke agenda echter als bijzonder positief beschreven. Hij werd ook steeds door iedereen met zijn voornaam genoemd en er blijkt een nauwe samenwerking en regelmatig contact te bestaan tussen hem en de diensten ICB in het ziekenhuis. Ook uit het interview met hem zelf bleek dat hij goed op de hoogte was van de gang van zaken in praktijk en waar de knelpunten zich momenteel situeren. Vanuit het subjectief oogpunt van de ICB'ers en coördinatoren blijkt tevens de garantie van een kwalitatieve interculturele zorgverlening door deze overheidscel duidelijk te allen tijde pro actief nagestreefd te worden.

*“Als er iets is, dan bel ik hem op. Ook als er vragen zijn van een collega of zo.” (Bemiddelaar B)*

*“Als er iets is, heb ik wel het gevoel dat we kunnen bellen, dat we kunnen dingen aankaarten, ... Het duurt soms wel wat langer. Ik denk dat zij ook heel erg overbevraagd zijn.” (Coördinator D)*

## **4.2 Beleidsmatige verankering in de Vlaamse ziekenhuizen**

### 4.2.1 Ondersteunende organisatiestructuur

Met betrekking tot het de ziekenhuisorganisaties zelf, werd in het ideaaltype een ondersteunende structuur, cultuur en ondersteunend beleid in het ziekenhuis uiteengezet. Aangaande de organisatiestructuur moet ICB zodoende ideaaltypisch een transparante situering zijn toegewezen binnen het ziekenhuis mits een afgelijnde verantwoordelijkheid. Dit bleek in alle ziekenhuizen het geval te zijn. Alle diensten ICB bleken behoudens toezicht over heel wat vrijheid te beschikken om hun takenpakket in te vullen, waarbij bepaalde verantwoordelijkheden hen specifiek werd toegewezen. Zo wisten ze allemaal heel duidelijk wat onder hun takenpakket viel en wat niet, en wat uitzonderlijke situaties waren waarbij ze hun takenpakket te buiten konden gaan.

Betreffende het organigram, werden ruwweg twee wijzen van organisatie waargenomen. In zeven ziekenhuizen bleek ICB zich binnen de sociale dienst te bevinden die, hetzij langsom de koepel 'patiëntenbegeleiding', hetzij direct onder de directie valt. Eén coördinator benoemde hierbij het voordeel dat als er iemand wegvalt door o.m. ziekte, er weinig back-up is bij kleine diensten ICB, maar dit zo wel door de sociale dienst kan worden opgevangen. In de drie andere ziekenhuizen bevindt ICB zich naast de sociale dienst onder de dienst patiëntenbegeleiding, waar vaak ook diensten zoals de pastorale dienst, liaison, vrijwilligers, enzoverder onder ressorteren. Opmerkelijk is dat de organisatie niet gerelateerd is met de omvang van de dienst ICB.

Rondom de organisatiestructuur werd vanuit de theorie voorts het belang van een mogelijkheid tot signalisatie binnen het ziekenhuis benadrukt. Hierin blijkt uit alle interviews een positieve evolutie waarneembaar, waarbij er vanuit de directie meer en meer open voor gestaan wordt. In sommige ziekenhuizen bleek dit weliswaar nog in zijn kinderschoenen te staan. ICB'ers blijken temeer niet terughoudend te zijn om zaken te signaleren ingeval zij dit nodig achten, hetzij naar de directie toe, hetzij direct jegens de diensten. De hiërarchische weg blijkt derhalve doorgaans gerespecteerd te worden. Samenwerking en/of aftoetsing met andere diensten is ergo van belang om een knelpunt met voldoende kracht aan te kunnen kaarten, zoals bijvoorbeeld met een pastorale dienst als het over een gebedsruimte gaat, of met bepaalde diensthoofden als het verscheidene diensten betreft. Dit blijkt noodzakelijk om iets door te kunnen voeren. De directie blijkt, mits variatie in gradatie tussen de ziekenhuizen, er wel enigszins open voor te staan, hoewel terughoudendheid en (over)voorzichtigheid ten aanzien van ICB meerdere malen werd vernoemd. Hierbij dient overigens bemerkt te worden dat het wel mogelijk is dat de ziekenhuizen die momenteel gesubsidieerd worden voor ICB doorgaans de instellingen zijn waarvan er vanuit de directie reeds enigszins voor open gestaan wordt, en deze vaststelling niet zonder meer kan worden geëxtrapoleerd tot het gehele Vlaamse zorgveld.

Krachtens o.m. deze signalisatie in praktijk te vorm te geven zijn, vinden in vijf ziekenhuizen regelmatige overlegmomenten plaats tussen ICB en het diensthoofd. Deze regelmaat varieert tussen een wekelijkse follow-up en een maandelijks teamvergadering. Toch blijkt signalisatie bij de directie niet meteen de eerste optie te zijn in praktijk. Een drempel blijft waarneembaar. ICB'ers dienen immers steeds via een tussenpersoon te signaleren, waardoor de vertegenwoordiging door sommigen als gebrekkig wordt gepercipieerd. Dit was niet overal waarneembaar, sommigen gaven immers ook aan direct naar de directie te kunnen stappen.

*"Ik denk dat we daar een vlotte samenwerking met hebben en ook die zaken kan ik vrijwel rechtstreeks aan de directie doorgeven of daaromtrent opmerkingen geven"* (Coördinator B)

*"We gaan niet direct naar de directie of zo, we kunnen dat allemaal zelf oplossen ondertussen met de hulpverleners, ... Dan melden wij dat en dan wordt dat opgelost."* (Bemiddelaar C)

*"Er zijn ook tegenwerkingen, niet alles is haalbaar. Er zijn dingen die ik wil en wil dat het mogelijk moet zijn, maar er zijn struikelblokken. En ik vind dat wij binnen het beleid een beetje onvertegenwoordigd zijn. "* (Bemiddelaar E)

*"De directie heeft heel wat werk en dat is dan meestal het geen dat ze nog even laten liggen of dat ze er jammer genoeg niet bij kunnen nemen."* (Coördinator A)

Ideaaltypisch bestaat er binnen de organisatiestructuur overigens de mogelijkheid tot psychologische ondersteuning voor ICB'ers. Zoals unaniem in de interviews beaamd, is hun takenpakket met momenten namelijk psychologisch zwaar. Het al dan niet beschikken over een medische vooropleiding zoals verpleegkundige, blijkt hierin ten dele determinerend.

*"Je bent de eerste persoon die de patiënt slecht nieuws geeft, want hij verstaat niet wat de dokter zegt. Ik vertaal wat de dokter zegt, maar hij hoort dat als eerste uit uw mond. En de emoties laten je niet koud he. Je probeert zo neutraal mogelijk te blijven, maar achteraf is dat soms wel emotioneel zwaar. En dan is het wel belangrijk dat je met je collega's daarover kunt spreken. [...] Het wordt soms wel onderschat vind ik, ons beroep."* (Bemiddelaar B)

Thans bestaat slechts in één ziekenhuis hiertoe de mogelijkheid. In dit ziekenhuis wordt het om de 6 weken door de instelling zelf georganiseerd voor elke ICB'er. Doorgaans wordt dit tekort in de andere ziekenhuizen opgevangen via ventilatie bij collega's, bij het diensthoofd of gedurende de supervisiemomenten van Hans Verrept. Zelfs in het éne ziekenhuis waar wel psychologische opvang is, werd gesteld dat er soms nog urgenter nood is aan ventilatie en deze alternatieven derhalve nog steeds worden gebruikt. Eén coördinator stelde omtrent supervisie ergo dat daar steeds zaken naar boven komen waarvan zij niet op de hoogte was.

*"Ik denk dat die ondersteuning er zodus wel is, maar dat ze inderdaad beter kan. Nu, los daarvan, het is niet dat voor een andere medewerker in het ziekenhuis er daar wel mogelijkheden voor zijn. In feite zijn die mogelijkheden binnen het ziekenhuis een stuk beperkt. Moest het nu echt een zeer ernstige situatie betreffen en er blijkt nood te zijn aan psychologische opvang, gaan wij natuurlijk wel proberen om daar iets met te doen. Maar om te zeggen dat we vanuit het ziekenhuis het standaard voorzien, dat is niet geval."* (Coördinator C)

#### 4.2.2 Ondersteunende organisatiecultuur

Nevens de organisatiestructuur wordt ook de -cultuur in het ideaaltype besproken. De praktijk rondom openheid en engagement tot 'bottom-up' signalering werd reeds voorgaand geduid. Een tweede bemerking in het ideaaltype betreft het gevaar van culturalisering en stereotypering. De mate dat dit in praktijk een reëel probleem is, werd door ettelijke geïnterviewden dan ook benadrukt. Dit blijkt voornamelijk bij conflicten en niet-Europese allochtonen een significante rol te spelen. Niettegenstaande blijken ze er wel allen alert op te zijn en delen ze de problematiek zelf als dusdanig mee, zowel impliciet als expliciet. Het is en blijft een moeilijk gegeven om 'culturele bemiddeling' van 'culturaliseren' en 'positieve discriminatie' te onderscheiden en dit werd enkele malen benoemd als een problematiek die intern in de rationale van ICB aanwezig is. Daardoor blijft ICB in sommige ziekenhuizen voor het overgrote deel vooral als loutere taalbijstand gezien worden. Werkgroepen die meer werken rond het brede kader van 'diversiteit', kunnen hierin soelaas brengen, hoewel hun huidige performantie hierin bijzonder beperkt is (zie infra).

*"Ik denk dat ze in het ziekenhuis het vooral bekijken als een taalprobleem. Dan gaan ze wel kijken naar ICB. Ze bekijken het niet als 'allochtoon is gelijk aan ICB inschakelen'. Dat wordt niet gedaan."* (Bemiddelaar F)

*"Ik vind de gedachte van een ICB'er interessant, maar inderdaad, je gaat daar ook weer zo het risico hebben van te overculturaliseren. En uiteindelijk, ik heb bijvoorbeeld rond bepaalde thema's nu al zo veel verschillende meningen gehoord van zoveel verschillende ervaringsdeskundigen dat ik op de duur denk: 'wat is het nu eigenlijk?'. Iedereen beleeft zijn cultuur, zijn godsdienst, zijn tradities op zijn eigen manier en op de duur weten de mensen zelf vaak niet weer wat nu godsdienst is en wat nu traditie is. En dat zijn dingen waar ik dan wel soms denk: 'ICB'ers? Interessant, maar ...' ". (Coördinator D)*

*"Het blijft een spanningsveld en het opzet van ICB als zijnde breder dan tolken wordt vaak gezien als positieve discriminatie. Als mijn ouders bij wijze van spreken 85 zijn, dan moet ik daar verlov voor nemen om mee te gaan, want zij snappen het niet. Ze weten niet wat er gezegd wordt. Bij de ICB hier, is het een beetje een verwen-syndroom, dat zeggen mensen van 'ja, mijn ouders komen, de ICB'er moet daar bij zijn, want ik ga daar geen verlov voor nemen en dan bellen we wel, horen we het wel achteraf'. [...] En ja, dat is gewoonweg zo, als je met minderheden werkt, krijgen die vaak ook zichtbaar voordeel en dan kan dat wel eens voor wrevel zorgen."* (Coördinator E)

Vanuit de theorie werd de perceptie van de 'patiënt die overdrijft' als knelpunt benoemd. Dit blijkt een stelling te zijn die strookt met de realiteit. Eén bemiddelaar nam deze stelling zelfs zelf aan als waarheid. Binnen de beleidsmatige verankering in ziekenhuizen zou dit pijnpunt dan ook nog meer in de verf gezet moeten worden.

*“Soms de patiënt kan zelf overdrijven, weet u. [...] Als wij erbij zijn, gebeurt dat niet veel.” (Bemiddelaar G)*

Wat alsook een frappante vaststelling uit de interviews is, is de mate dat sommige zorgverleners en medici pertinent weigeren om ICB in te zetten of toe te laten bij communicatie met een patiënt. In één ziekenhuis bleken deze zich te beroepen op de ‘wet van de privacy’ om ICB enkel in te schakelen als zij het echt als uitzonderlijk nodig achten. In de andere ziekenhuizen weigeren sommige medici het gewoon zonder meer duiding. Hierin is het, zo blijkt, altijd wat schipperen tussen ‘tegen deze destructieve opinie in te gaan’ en ‘de zorgverlener te vriend te houden’ teneinde ICB te kunnen inzetten als het dan toch echt heel erg nodig is. In de meerderheid van de ziekenhuizen blijkt hierin onderhand wel een positieve evolutie merkbaar te zijn.

*“We hebben twee diensten waar de artsen heel duidelijk weigeren [...] Het gaat nog verder. Er zijn franke artsen, waar dat ik soms heel boos op ben, die echt de patiënt confronteren met het feit enerzijds waarom die niemand bij heeft en anderzijds dat ze hier al zo lang wonen en de taal nog niet verstaan.” (Bemiddelaar A)*

*“Er zijn artsen die weigeren om met een tolk te werken. Sommige artsen hebben zo iets van ‘het is mijn consultatie en ik doe het op mijn manier. En ik gebruik mijn handen en voeten en zal een tolk bellen als ik iemand nodig heb.’ En dan vragen de artsen met gebarentaal bijvoorbeeld ‘alles oké?’ en dan schudden ze ‘ja’, maar kan de patiënt geen vragen stellen natuurlijk.” (Bemiddelaar F)*

*“Sommige dokters weigeren toch om tolken te vragen. Zij stellen ‘als je toch van plan bent om in België te komen wonen, moet je de taal maar kunnen spreken’. Hierbij kom ik van mijn kant dan de uitleg doen met de boodschap dat deze de kans vaak niet krijgen, in een netwerk opgesloten zitten, vaak geen Nederlands nodig hebben en dergelijke zaken. Daar stoot ik vaak op.” (Coördinator F)*

Tevens blijken bepaalde afdelingen in de ziekenhuizen significant meer samenwerking met ICB te bewerkstelligen dan anderen, omwille het feit dat hun werking eenvoudiger te harmoniseren is met ICB en deze meer allochtone patiënten ondervinden. De diensten materniteit, gynaecologie, pediatrie, infectieziekten (o.m. HIV en aids), spoed en psychiatrie zijn het meeste vernoemd. Ook oncologie en meer algemeen de verscheidene afdelingen waar met consultaties gewerkt wordt, blijken relatief meer gebruik te maken van ICB dan bijvoorbeeld een dienst intensieve zorgen. Urgentie blijkt hierin een knelpunt, doordat een aanwezigheid van ICB of diverse taalbijstand in de regel op voorhand moet worden vastgelegd (zie infra). Afdelingen die meer met ICB in aanraking komen, worden er meer met vertrouwd, waardoor de organisatiecultuur in dergelijke afdelingen veeleer (aan)gepast is.

Toch blijkt naast de organisatiecultuur ook het beleid hierin een determinerende rol te spelen. In één ziekenhuis werd de kost om externe tolken in te zetten bijvoorbeeld op het fonds van de artsen verhaald. Veel artsen vinden, zoals beschreven door de betreffende bemiddelaar, dat dat niet kan met alle gevolgen van dien. Dit is echter bijzonder delicaat.

#### 4.2.3 Ondersteunend beleid en samenwerking

Zodoende kan naar de derde pijler van de ideaaltypische verankering in het ziekenhuis verwezen worden, namelijk een ondersteunend beleid met het bredere kader van (on)gelijkheid als performantie-indicator. Hierin blijkt nog heel wat werk te zijn. De nadrukkelijke implementering of hantering van procedures of kwaliteitsmodellen omtrent ‘interculturele zorg’ en/of het bredere ‘diversiteit’ op bestuursniveau blijft echter overwegend afwezig, waarbij onbewuste vooroordelen, angsten, budgettaire en tijdsdimensionele beperkingen hardnekkig de kop op blijven steken.



Eén coördinator besprak bijvoorbeeld de angst vanuit de directie om een islamitische gebedsruimte op te richten in het ziekenhuis, niettegenstaande er reeds een katholieke en joodse ruimte bestond, hoewel dit na effectuering door veelvuldig lobbywerk in feite totaal geen problemen met zich meebracht. Een ander pijnpunt zijn bijvoorbeeld de initiatieven met betrekking tot de integratie van gemeenschappen zoals Roma's waarbij de vooroordelen aan beide kanten hardnekkig aanwezig blijven, en de huidige inspanningen veruit tekort komen. De ideaaltypische nauwe samenwerking tussen het bestuur van een ziekenhuis en de cel ICB blijkt bovendien niet te stroken met de realiteit en voor het merendeel langzaam de dienst ICB te gebeuren.

Wel blijkt tussen de dienst ICB en het beleidsorgaan van een ziekenhuis doorgaans een constructieve houding en dialoog ten opzichte van elkaar te bestaan, uitgezonderd in één ziekenhuis. Hoewel het bestuur doorgaans zelf niet actief betrokken is bij de sensibilisering en enthousiasmering rond ICB en betreffende vorming, wordt het topic wel veelal opgevolgd en gesteund door de directie. Dit blijkt uit de interviews dan ook cruciaal. Zeker waar de dienst ICB eerder klein is, wordt steun vanuit de directie als determinerende factor benoemd van het slagen van een nieuw initiatief. Een goed voorbeeld hiervan is de bereidheid van de directie om meertalige zorgverleners vrij te maken voor informele taalbijstand te bieden wanneer dit nodig is. Het vrij krijgen van zorgverleners opdat ze interculturele vorming kunnen volgen werd overigens als problematisch vernoemd, en kan dan ook als een knelpunt beschouwd worden. Slechts één ziekenhuis blijkt bovendien mits accreditering de artsen te hebben kunnen aantrekken voor een avondseminarie over ICB.

Binnen het ondersteunend beleid werd vanuit de literatuur het 'te weinig betrekken van allochtonen zelf' als een knelpunt benoemd. Desalniettemin blijkt uit de interviews dat er hierin een positieve evolutie merkbaar is. Eén ziekenhuis stelde zelfs hier expliciet heel hard op te hebben ingezet. Evenveel respondenten gaven hierbij aan dat de allochtonen voornamelijk in de lager geschoolde functies tewerkgesteld zijn zoals de poetsdienst, technische dienst, keuken en dergelijke, als dat de verdeling allochtonen overheen de verscheidene functies gelijklopend is. Wel werd bemerkt dat het in hogere functies vaker tweede- of derde-generatiemigranten betreffen die Nederlands spreken en waarvan het allochtone origine slechts nauwelijks in het oog springt. De mate dat een ziekenhuis over allochtone werknemers beschikt, blijkt temeer gerelateerd te zijn aan haar regio-specifieke socio-demografische historiek. De betreffende werknemers zijn doch in het algemeen voornamelijk Turks, Marokkaans of Russisch en eerder sporadisch bijvoorbeeld Bulgaars of Roma. Naarmate een allochtone medewerker een hogere functie op de hiërarchische ladder bekleedt, blijkt deze bovendien meer en meer over een Europese allochtone origine te beschikken. Eén respondent bemerkte daarbij dat de problematiek zich ook langs de aanbodzijde van de arbeidsmarkt bevindt: verhoudingsgewijs minder allochtonen blijken te kiezen voor een opleiding als verpleegkundige, arts of dergelijke.

*"Ik denk dat het een vaststelling mag zijn dat er toch nog weinig Turken, Marokkanen het verpleegkundig beroep kiezen. Niet zozeer dan dat wij zouden zeggen, 'jij bent Turks en jij kan hier niet beginnen'. Wij zouden het heel graag hebben."* (Coördinator G)

*"Het ziekenhuis heeft heel hard anderstaligen en andere culturen in het personeel willen aantrekken. [...] En op dit moment is die mix wel goed, zo blijkt uit de gegevens van de personeelsdienst."* (Coördinator F)

*“Ik denk bij ons dat dat bijna gelijklopend is. Ik denk niet dat die verhouding bij ons groter is in de poetsdienst dan in de verpleging” (Coördinator B)*

*“Er werken hier ook wel alloctonen. Jammer genoeg werken deze mensen heel vaak in de logistieke jobs. Ik denk [...] dat dat een beetje een normaal iets is in deze maatschappij.” (Zorgverlener B)*

Opmerkelijk is tot slot de betrokkenheid van coördinatoren in bepaalde werk- of stuurgroepen in het ziekenhuis. Zo zetelde één gesubsidieerde coördinator in de werkgroep ‘klantgerichtheid’ waar hij rechtstreeks bepaalde knelpunten rond ICB kon aanbrengen. Twee andere gesubsidieerde coördinatoren waren respectievelijk betrokken in de facultaire werkgroep ‘diversiteit’ van de nabij gelegen universiteit en in de stedelijke stuurgroep voor inburgering. Eén niet-gesubsidieerde coördinator maakte zelfs deel uit van de interne werkgroep diversiteit die gaat voor accreditering van het ziekenhuis en oog heeft voor de ruimere werkpunten rondom bijvoorbeeld analfabetisme en netwerking. ICB’ers bleken hier nooit in betrokken te zijn. Dit blijkt niettemin bijzonder bevorderend te zijn voor de verankering en doeltreffendheid van ICB, de statistische discriminatie van alloctonen in rekening houdende. Toch blijkt het in deze overlegorganen niet altijd even eenvoudig te zijn om intenties om te zetten in reële gevolgtrekkingen, zo blijkt o.m. uit onderstaand citaat.

*“Wij hebben drie jaar terug heel hard moeten ijveren om een werkgroep diversiteit te krijgen. We zijn één keer samengekomen en daarna schoten er nog drie mensen over, één ICB’er, één iemand van de pastorale dienst en ik. [...] Nu hebben we een nieuwe en daar is dan ook een manager bij, dus ik hoop dat we dat kunnen handhaven en dat we dat dan wat meer op de kaart kunnen zetten. Maar dat is knokken hoor. Maar ik denk ook heel vaak omdat mensen het probleem niet zien. Men is daar niet mee bezig.” (Coördinator G)*

### **4.3 Competentieprofiel van interculturele bemiddelaars en coördinatoren**

In het opgestelde theoretische ideaaltype fungeert het competentieprofiel van de ICB’ers en coördinatoren als tweede steunpilaar van haar werking. Hierbij werd als eerste de vooropleiding benoemd. In het interview met Hans Verrept beantwoorde hij de vraag wat hij als meest gepaste vooropleiding beschouwde als volgt.

*“Mijn ervaring is dat voor een ICB’er de beste vooropleiding verpleegkundige is. Dat is echt wel heel erg goed. Of in ieder geval minstens een bachelorniveau, vind ik. Het is mijn persoonlijke ervaring dat, onafhankelijk van wat het is, dat niveau toch wel helpt om het werk goed te doen.” (Hans Verrept)*

Dit is in tegenstrijdigheid wat hij in voorgenoemde literatuur neergepend heeft, waar hij ‘intercultureel werk’ als de meest voorname vooropleiding benoemde. Een verschuiving van voorkeur naar een meer medische en geschoolde achtergrond is zodus waarneembaar. Figuur 9 bracht de vooropleidingen van de ICB’ers en de coördinatoren reeds in kaart. Van de zeven geïnterviewde bemiddelaars, bleken er drie een vooropleiding verpleging te hebben gehaald mits werkervaring als verpleegkundige, waarvan één daaropvolgend nog een master medische-sociale wetenschappen heeft gestudeerd. Drie andere ICB’ers hebben wel de opleiding intercultureel werk gestudeerd, waarvan twee daarbovenop respectievelijk graduaat socio-cultureel werk en gezinswetenschappen hebben behaald. Hun werkervaring was geheel verschillend, gaande van gezinsondersteuner tot integratiemedewerker. Het aantal jaar dat ze tewerkgesteld zijn als ICB’er varieert overigens tussen vier maanden en negentien jaar. Eén bemiddelaar bleek echter ‘een vreemde eend’, doordat deze over een universitair diploma lerares Frans beschikt en voorheen als lerares gewerkt heeft. Doch stelt deze dat filologie haar taak is, dat ze dat gestudeerd heeft en dus temeer geschikt is.

Inzake de vooropleiding en voorgaande werkervaring van de ICB'er is dus niet direct een éénduidigheid perceptibel, hoewel 'verpleegkunde en 'intercultureel werk (optie gezondheidszorg)' de meest talrijke vooropleidingen zijn.

Aangaande de vooropleiding van de coördinatoren werd vanuit de literatuur geen advies bevonden. Van de acht geïnterviewde coördinatoren bleken vier coördinatoren sociaal-maatschappelijk werk te hebben gestudeerd, waarvan drie gesubsidieerd zijn. Eén daarvan heeft een kaderopleiding gevolgd. De overige gesubsidieerde coördinator beschikt over een diploma sociaal verpleegkundige. Dit diploma is tevens bij twee niet-gesubsidieerde coördinatoren terug te vinden, dewelke nog respectievelijk een kaderopleiding hoofdverpleegkundige en een master gezondheidswetenschappen volgden. De laatste niet-gesubsidieerde coördinator heeft daarnevens een vooropleiding (hoofd)verpleegkundige. Al deze coördinatoren hebben werkervaring als hetzij sociaal werkers, hetzij verplegers, uitgezonderd twee respondenten. Deze hebben respectievelijk geen werkervaring en voorgaand gewerkt in een kinderdagverblijf. Uit deze veelheid aan competenties blijkt daarmede een achtergrond als sociaal werker, (hoofd)verpleegkundige of sociaal verpleegkundige de standaard te zijn mits de nodige vooropleiding.

Zodoende wordt een universitair diploma slechts sporadisch waargenomen en blijkt, in overeenstemming met wat Hans Verrept in zijn interview stelt, een bachelorniveau met een sociale en/of medische achtergrond de middenmoot. Ook de vraag hoe de respondenten stonden ten opzichte van de master in de 'intercultural mediation' van de KU Leuven, resulteerde steeds in antwoorden in termen van 'onderzoek', 'maatschappelijke aandacht' of 'beleid' en niet in termen van een gepaste competentie voor het praktijkveld van ICB. Toch wijst onderstaand citaat ook op de perceptie van het belang van deze studierichting.

*"Ik vind het fantastisch dat er meer aandacht aan wordt geschonken en dat er meer onderzoek naar verricht zal worden. Want mijn kennis over ICB heb ik uit ervaring moeten leren. Ik ben dingen tegengekomen, hebben daarover wat rond gehoord en kennissen aangesproken, maar heb het allemaal zelf moeten vinden. Terwijl als die kennis gecentraliseerd zou kunnen worden, als is het maar deels, dat dit wel interessant is." (Coördinator F)*

De bijkomende nodige kennis, taalkundig en cultureel, zou daarnevens vergaard moeten worden aan de hand van vormingen, georganiseerd door de cel ICB. Door dit diverse spectrum aan competenties van ICB'ers en coördinatoren, heeft de oprichting van een gepaste vorming onvermijdelijk heel wat voeten in de aarde. Niettemin bleek uit het voorgaande reeds dat hier door Hans Verrept bijzonder pro actief op wordt ingezet, hetzij iets beperkter voor de coördinatoren. Met betrekking tot de vraag of de respondenten bepaalde relevante opleidingen voor ICB hebben gevolgd, beschreven ze dan ook unaniem de vorming, opleidingen en studiedagen van Hans Verrept, uitgezonderd één niet-gesubsidieerde coördinator die hier nooit aan blijkt deel te nemen. Vier coördinatoren vermeldden daarnevens nog diverse vormingen of studiedagen. Eén ziekenhuis blijkt zelfs op eigen initiatief vormingen voor haar ICB'ers te organiseren.

Een laatste bemerking dient gemaakt te worden over het geslacht. Slechts één van de zeven geïnterviewde ICB'ers bleek echter een man te zijn. Doordat deze een Italiaan was, werd dit door hem niet problematisch gevonden. Soms speelt het echter wel een rol (zie infra). Bij de coördinatoren waren er drie mannen. Hier blijkt het geslacht niet dermate een rol te spelen.

#### 4.4 Takenpakket van een intercultureel bemiddelaar

In wat volgt zullen de verscheidene taken van een ICB'er en een coördinator worden afgegaan, ofschoon gesteld moet worden dat deze in praktijk bijzonder afhankelijk is van de socio-demografische achtergrond van haar regio. Dit blijkt uit het verschil in omvang van een dienst ICB, de keuze om met een coördinator of ICB'er(s) te werken en de betreffende taalgroepen, die het takenpakket blijken te determineren. Het in de theorie beschreven knelpunt dat 'aanbod vraag creëert' blijkt temeer te stroken met de realiteit, zeker ingeval deze de enigen zijn die over een bemiddelaar in die taal beschikken in de regio. Dit blijkt overigens ook uit de interviews met de twee patiënten. Het ideaaltypische 'fijnegevoelig afstemmen van aanbod op de vraag' kan bijgevolg als een heikel punt worden beschouwd. Dit wordt in de budgettaire reflectie ter afsluiting van dit luik nog naderhand besproken.

*"We merken dat we de laatste jaren het enorm druk hebben, doordat patiënten ook onderling reclame maken. [...] Er wordt ook letterlijk gezegd 'wij komen naar hier voor de tolk'." (Bemiddelaar B)*

*"[Er] is mond-aan-mondreclame he, dat is zeker. Er zijn mensen naar (stad) of (stad) verhuisd die naar mij blijven komen. Dat is omdat ze mij gewoon zijn en omdat ze weten dat ik hier ben." (Bemiddelaar G)*

*"Ik zie wel dat er heel veel patiënten van (taalgroep) origine komen. Ze komen zelfs afgezakt van (stad) en van (stad) naar hier om dat ze toch zeggen dat ze vinden dat ze hier betere verzorging krijgen. Ik kan u dat niet verifiëren, ik kan dat niet nagaan, maar dat heb ik van de patiënten zelf opgevangen." (Bemiddelaar D)*

*"We hebben hier vroeger heel veel (taalgroep) patiënten gehad, omdat er een (taalgroep) arts-specialist was die vrij hoog aangeschreven stond binnen de gemeenschap, dus alle mensen gingen naar die arts waardoor er een gigantische toevloed ontstond" (Coördinator E)*

Vanuit het theoretisch ideaaltype werd overigens het knelpunt van 'linguïstische superdiversiteit' beschreven. Dit bleek door de respondenten niet in praktijk ervaren te worden, waardoor deze nagenoeg weinig blijkt te stroken met de realiteit en het 'objectief tolken' heden ten dage nog steeds het streefdoel blijkt inzake de verschaffing van taalbijstand. Door ervaring blijken bemiddelaars en tolken deze diversiteit doorgaans immers probleemloos te kunnen overbruggen. Slechts één respondent kon hier echter een voorbeeld van geven en was zich hier concreet bewust van.

*"Ja, soms gebruik ik wel een gemengd taaltje opdat de patiënt het zou begrijpen. Zoals het woord 'scanner'. In het (taal) is daar een ander, equivalent woord voor. Maar ik weet niet of de patiënt dat gaat begrijpen als ik dat zeg, dus ik zeg ook 'scanner'. Of bijvoorbeeld 'kinesitherapie', in het (taal) is dat 'fysiotherapie', maar ik zeg ook nog eens 'kinesist' of 'kinesitherapie' erbij, omdat ze dat vaak al gehoord hebben." (Bemiddelaar D)*

##### 4.4.1 Triadisch opheffen van de taalbarrière

Het voorzien van taalbijstand bleek door alle respondenten, inclusief de zorgverleners, patiënten en Hans Verrept, unaniem en ontegensprekelijk als de meest kernachtige en substantiële taak van ICB beschouwd te worden. Uit de interviews blijkt dat ook de ICB'ers zelf vertalen-tolken als hun meest fundamentele opdracht beschouwen. De ruime variëteit aan vormen van taalbijstand die door ICB voorzien kan worden en de mate dat dit in praktijk vervaardigd wordt, is in de diepte-interviews voorts uitgebreid nagevraagd. De geaggregeerde visie die uit deze interviews naar voren kwam omtrent de voor- en nadelen van deze verscheidene vormen van taalbijstand was weliswaar meer genuanceerd dan diegene die in het theoretisch ideaaltype beschreven is. Teneinde dit laatste extra in de verf te zetten is in bijlage B een synthetiserende tabel toegevoegd.

Het kluwen dat bepaalt wanneer welke vorm van taalbijstand geboden wordt in welke situatie is dan ook aan velerlei factoren onderhevig, waaronder de afdeling, de voorkeur van de dokter, de puzzel van voor- en nadelen en de enigszins 'ad hoc' keuzecriteria van de dienst ICB, zo blijkt uit de interviews. In verscheidene ziekenhuizen zijn hieromtrent wel procedures ontwikkeld, maar in realiteit blijken deze slechts ten dele nagevolgd te worden. Dit wordt beschreven als kenmerkend voor het praktijkveld van de zorgsector.

*"Wij vinden het stuk 'taalbijstand', dus het stuk tolken eigenlijk het meest belangrijk. Omdat het meest is aangetoond dat het oplossen van de taalbarrière het meeste zorgt voor toegankelijkheid en kwaliteit van zorg."* (Hans Verrept)

*"Wat het 'beste' is, hangt eigenlijk heel veel factoren af. Het hangt af van wat er voor handen is in eerste instantie. En eigenlijk ook een stuk naar wat mogelijk is en wat deze situatie vraagt."* (Coördinator D)

*"Je moet als ICB wel een beetje inschatten wat kan via telefoontolken, via videotolken en wat kan met lijfelijke taalbijstand. Dat is wel belangrijk."* (Bemiddelaar B)

#### 4.4.1.1 Interculturele bemiddelaars

Indien een ICB'er beschikbaar is in de benodigde taal, blijkt deze in alle ziekenhuizen de meest geprefereerde wijze van taalbijstand te zijn. Deze wordt dan ook ten groten dele daarvoor gesubsidieerd door de overheid. Ook de twee geïnterviewde patiënten spraken zich lovend uit over hun ervaringen met een ICB'er in vergelijking met diverse ervaringen. Meer dan sociale tolken blijken ze immers in interactie te gaan met zowel de patiënt als de zorgverlener en een warmere wijze van triadisch communiceren op te richten. Ze scheppen temeer een gevoel van vertrouwen bij beide actoren, o.m. doordat ze gekend zijn binnen het ziekenhuis en patiënten zodoende telkens door eenzelfde persoon ondersteund worden. Ook de informele gesprekken die sommige bemiddelaars voorgaand aan de triadische interventie voeren blijken hiertoe bij te dragen, hoewel dit eveneens enkele neveneffecten met zich meebrengt (zie infra). De implementatie van een 'teach-back technique' werd hier slechts erg sporadisch bij beschreven.

*"Als ze naast mij is, voel ik me gerust. Ik denk dat het heel belangrijk is dat ziekenhuizen zo'n persoon hebben."* (Patiënt A)

*"Ik denk dat zij ook gewoon wat betreft medische en sociaal-emotionele achtergrond veel meer weten dan gewone tolken. Het gewone tolken is veel koeler. Die komen aan, die stellen zich voor, men stelt de vraag, die vraag wordt vertaald enzoverder. Terwijl dat bij die ICB'ers een warm contact is. [...] En als er dan gezegd wordt, 'ik kom morgen met bijvoorbeeld (naam van een ICB'er)', dan reageren de patiënten vaak met 'Ah ja die ken ik, dat is goed'. Dan is dat vertrouwen onmiddellijk gewonnen."* (Zorgverlener C)

*"Het grootste verschil denk ik, is dat een externe tolk heel duidelijk schetst: 'Ik ben een externe tolk uit die organisatie en ik geef nu duidelijk weer dat het mijn opdracht is om alles letterlijk te vertalen'. Terwijl een ICB'er dat minder gaat duidelijk weergeven. Die doet dat ook wel, maar gaan dat minder benadrukken of aankaarten. En ik denk dat ICB'ers, [...] soms ook dichter bij de patiënt staan."* (Zorgverlener D)

Hoewel slechts enkele ICB'er oproepbaar zijn op momenten dat ze niet werken en hun beschikbaarheid onderhevig is aan een sterk veranderlijke werkdruk, blijkt het inplannen van hen door geen enkele zorgverlener beschouwd te worden als omslachtig, noch overbodig. Temeer omdat ze dit kunnen combineren met de vraag aan de ICB'er voor diverse hulp zoals het regelen van een volgende afspraak met de patiënt. De ICB'er is dan ook zelf het aanspreekpunt als diverse taalbijstand benodigd zou blijken, waardoor het doorgaan een vlot contact behelst. Desalniettemin beschreven respondenten wel diverse medici die hier momenteel nog geheel niet voor open staan, zoals ook reeds voorgaand beschreven.

*“Wij zijn in principe het aanspreekpunt. Dus in principe vragen ze eerst hulp aan ons. En dan pas, als wij niet kunnen helpen, verwijzen wij naar bepaalde diensten, bepaalde personen.”* (Bemiddelaar C)

Ze vertalen bovendien niet alles letterlijk zoals dit van diverse taalbijstand verwacht wordt. Dit gaat immers gepaard met het warmere en meer vertrouwde contact dat een ICB'er tracht te bewerkstelligen. Zo werd veelvuldig beschreven door zowel de ICB'ers zelf als door coördinatoren, zorgverleners en patiënten dat de ICB'er in een triadisch gesprek zelf ook aan de dokter extra duiding vraagt wanneer zij dit nodig acht of hij/zij vermoedt dat de patiënt de boodschap niet begrepen heeft. Algemeen wordt immers waargenomen dat de medici er wel op letten om hun taalgebruik aan te passen, o.m. met betrekking tot medische terminologie, maar dat het soms toch niet lukt en bemiddeling hierin een meerwaarde biedt. Ze passen bovendien hun taalgebruik pro actief aan aan het niveau van de patiënt. Enkel in de psychiatrie wordt dit niet gedaan en wordt derhalve steeds letterlijk vertaald. Eén bemiddelaar beschreef een mooie synthese van dit alles.

*“Wij als bemiddelaar tolken op twee manieren. Wij houden rekening met het opleidingsniveau van de patiënt, omdat wij heel vaak met analfabeten en laaggeschoolden werken. We geven heel veel duiding. En ons doel is om de boodschap over te brengen op een zo correct mogelijke manier en vaak heel letterlijk. Maar soms gaat dat niet. Soms moet je meer uitleg geven over een woordje. Wanneer de hulpverlener zijn taal niet aangepast is aan de patiënt, proberen wij dat te doen. En als wij het niet om kunnen zetten, vragen wij aan de dokter ‘wil je het alstublieft op een simpelere manier uitleggen? Want ik krijg het niet omgezet’, zeker voor een vrouw die analfabeet is. Of met tekeningen werken. Ze proberen er wel rekening mee te houden.”* (Bemiddelaar F)

Toch blijkt dit bijzonder te variëren tussen de bemiddelaars en is dit ook cultureel bepaald. Bemiddelaars van een meer zuiders origine blijken meer duiding te geven dan bijvoorbeeld Russische ICB'ers. Zo stelde één ICB'er dat deze nooit zelf tussenkomt in een triadisch gesprek en louter vertaalt en dat de patiënt, als die bepaalde zaken niet begrijpt, het zelf wel zal vragen. Een andere bemiddelaar beschreef dan weer dat deze nooit per zin vertaald, maar de gehele consultatie in 3 of 4 delen zodat de arts zich in die tijd met diverse zaken kan bezig houden 'omdat het anders voor die arts erg tijdsintensief en vermoeiend is'. Maar ook de patiënten verschillen hier in. Zo werd meermaals beschreven hoe patiënten van een zuiders origine vaak aan de hand van een verhaal of via een omweg tot hun boodschap komen en bepaalde Oost-Europese patiënten eerder 'kort van stof' zijn. Toch blijken wel alle ICB'ers enigszins te trachten de communicatieve dominantie vanuit de arts op te heffen en zijn ze zich unaniem bewust van deze problematiek.

*“Er zijn personen die het letterlijk gaan nemen en gewoon gaan weergeven wat ik meegeef. Er zijn een aantal personen, en dat hangt soms mee ook van mij af, waarvan ik weet dat die elkaar al beter kennen, waarbij we al regelmatig gesprekken hebben gehad met drie, waarbij ik durf zeggen van: ‘ik zal een samenvatting geven en ik zou graag op ‘dat’ en ‘dat’ en ‘dat’ een antwoord willen hebben. En hoe je dat nu aanbrengt, dat doet er mij niet zo veel toe, als ik het antwoord maar krijg’. Terwijl ik bij anderen eerder vraag per vraag zal werken en ook vraag of ze letterlijk willen vertalen.”* (Zorgverlener D)

*“Toch moet ik het telkens weer eerst zelf in het Nederlands zeggen hoor. Omdat ze, denk ik, wel vooral vertalen. Want zij doen gesprekken op verschillende diensten en uiteindelijk moeten zij zich concentreren op het vertalen, niet altijd op de boodschap zelf. Dus denk ik niet dat ze altijd concreet weten wat de inhoud is. Hoewel, sommigen waar ik al lang met samenwerk, beginnen het wel al echt te kennen hoor.”* (Zorgverlener E)

*“Als de patiënt vragen heeft, dan moet jij ze stellen op dat moment. Maar moest er een scherm zijn, moet je achter het scherm moeten kunnen zitten. Dat doe ik ook dikwijls. Als er een patiënt lichamelijk moet onderzocht worden, vooral bij gynaecologen of bij het andere geslacht. Ik vraag of ik naar buiten moet gaan of probeer achter het scherm te zitten zodat de patiënt mijn aanwezigheid niet echt zo fysiek ervaart. Dan ben ik de stem van de patiënt, zeg maar, die vertaalt aan de dokter. Op het moment dat de consultatie begint is het puur tolken.”* (Bemiddelaar G)

Toch blijken ze eveneens objectief te tolken wanneer hier expliciet achter gevraagd wordt. De geïnterviewde ergotherapeute beschrijft zo hoe zij vraagt aan de ICB'ers dat ze letterlijk, exact vertalen bij het voeren van objectieve testen en dit steeds naadloos wordt opgevolgd. De voordelen van een ICB'er ten opzichte van bijvoorbeeld een sociale tolk blijken dan ook steeds onderhevig te zijn aan de situatie. Bovendien spreken ICB'ers soms nog diverse talen, maar beperken ze zich, mits één uitzondering, steeds tot hun eigen taal waarvoor ze aangenomen teneinde de kwaliteit van de taalbijstand te bewaren. Ze trachten dan ook expliciet hun professionaliteit te beklemtonen en verzekeren.

*“ik spreek een mondje Frans. Er wordt soms gevraagd om Frans te tolken. Dat weiger ik.”* (Bemiddelaar F)

Toch werden in de interviews ook enkele nadelen beschreven die verbonden zijn aan het doorprikken van de taalbarrière met behulp van een ICB'er. Zo is het dan wel bijzonder kwalitatief, maar zijn bemiddelaars verbonden aan een erg hoge aanwervingskost en is het voor de overheid niet realiseerbaar om voor elke taal een ICB'er in elk ziekenhuis aan te werven. Doordat ze uitsluitend taalbijstand kunnen bieden voor één taalgroep en ze niet kunnen inspelen op een variabele werkdruk vanwege hun vaste contractvorm, is het dan ook slechts gerechtigd is om een bemiddelaar in te schakelen in ziekenhuizen die van een beperkt aantal taalgroepen permanent veelvuldig patiënten ontvangen (zie ook infra). Daarenboven blijken ze niet steeds goed te kunnen inspelen op urgente situaties, bijvoorbeeld doordat ze op dat moment reeds elders bijstand aan het bieden zijn. Ten derde blijken ze slechts in heel erg uitzonderlijke gevallen buiten de werkuren oproepbaar te zijn, waardoor diverse vormen van taalbijstand nevens hun aanwerving toch nog vaak nodig zijn.

Een laatste bemerking die uit de interviews enkele malen naar voren kwam, betreft het feit dat de bemiddelaars in hun privésituatie vaak zelf in de betreffende taalgemeenschap gevestigd zijn, wat bepaalde zaken soms bemoeilijkt en een risico op positieve discriminatie doet ontstaan. Meer dan bij diverse professionele taalbijstand, blijkt een afweging tussen belangenbehartiging en een neutrale opstelling bij ICB'ers soms moeilijk te zijn. Dit blijkt, o.m. uit onderstaand citaat, eveneens van toepassing te zijn met betrekking tot bijvoorbeeld het verkrijgen van een afspraak.

*“Vroeger werd in het Nederlands gebeld naar de ICB'er van ‘mijn mama moet komen’. En de ICB'er kon zelf de tijdsplanningen van de artsen invullen. [...] Maar daardoor kreeg je eigenlijk positieve discriminatie en kregen sommige mensen via die ICB'er in sommige gevallen drie maanden eerder een afspraak dan een Belg. En dat vind ik niet meer ICB.”* (Coördinator E)

#### 4.4.1.2 Tolken via videoconferentie

Een vorm van taalbijstand die niet in het theoretisch ideaaltype bevonden werd, maar recent wel meer en meer aangewend wordt, is het verschaffen van taalbijstand met behulp van een ICB'er via een videoconferentiesysteem, dat gelijk op programma's zoals 'Skype'. Dit programma wordt gratis ter beschikking gesteld door de overheid en maakt mogelijk dat bemiddelaars uit andere ziekenhuizen, die op bepaalde momenten een permanentie houden, interveniëren in instellingen waar geen bemiddelaars zijn, maar bijvoorbeeld uitsluitend coördinatoren. Het wordt eveneens gestuurd vanuit de overheidscel ICB en het systeem wordt gescheiden tussen Vlaanderen en Wallonië. In één ziekenhuis is een bemiddelaar voor 0,3 VTE expliciet aangesteld om dit intern te coördineren, elders wordt dit geïmplementeerd in het takenpakket van een gesubsidieerde coördinator of bemiddelaar.

De ziekenhuizen dienen echter zelf het benodigde materiaal zoals laptops en webcams te voorzien. In 2 slechts ziekenhuizen zijn overigens permanentielokalen voorzien. De zorgverleners zijn nooit zelf betrokken bij het opzetten van een zulke triadische interventie, dit wordt steeds geregeld vanuit de dienst ICB, uitgezonderd in twee ziekenhuizen waar het vanuit de gehele sociale dienst wordt georganiseerd.

*“De computer staat dan op de bureau en er zit een camera in. Als de patiënt dat wilt, staat die camera in het midden gericht zodat zowel de patiënt als ik zichtbaar in beeld zijn. Er wordt luidop gesproken en dus alles wat ik zeg of wat de patiënt zegt, wordt luidop vertaald. Twee minuten voordat de patiënt binnenkomt, komt de sociale dienst met de computer, belt in op het systeem en zegt dat de patiënt gaat binnenkomen. En dan begint de consultatie.”* (Zorgverlener B)

Vele respondenten beschreven dat het hanteren van een zulke taalbijstand nog in de pijlpijn ligt, o.m. door haar recente genese. Ook bleken slechts twee geïnterviewde zorgverleners hiermee ervaring gehad te hebben. In feite bleek het slechts in 2 ziekenhuizen reeds op regelmatige basis gebruikt te worden. Toch wordt het in de meeste ziekenhuizen beschouwd als de eerste keuze ingeval geen lijfelijke aanwezigheid van een ICB'er mogelijk is, hetzij op termijn. Andere ziekenhuizen prefereerden niettegenstaande de lijfelijke aanwezigheid van gecertificeerde sociale tolken, een visie die eveneens uit het interview met Hans Verrept tot uiting kwam. In één ziekenhuis bleek echter zelfs het telefonisch tolken geprefereerd te worden boven het videotolken, zoals beschreven in onderstaand citaat.

*“Mensen hebben soms geen nood aan een gezicht zien. Ze zijn soms blij dat ze verstaan hebben wat er is en dat ze dan terug weg kunnen. Terwijl zo een webcam soms voor sommige mensen heel vervelend is.”* (Bemiddelaar A)

Toch beschreef de ervaring van de zorgverlener die wel reeds hiermee gewerkt had gelijkende voordelen inzake de taalbijstand als bij lijfelijke ICB'ers en droeg deze de lijfelijke aanwezigheid niet zo hoog in de vaandel omwille van de diverse voordelen van het systeem. Dit werd overigens door verscheidene coördinatoren en bemiddelaars dito beschreven.

*“Dat is het lastige aan dat tolken. Je weet niet wat ze vertellen en dat is natuurlijk nooit qua timing de letterlijke verwoording van wat ik gezegd heb. Maar het is in ieder geval wel al gebeurd dat ze dingen zeiden tegen mij als aanvulling, dus niet letterlijk zomaar vertalen. Ik heb dus altijd wel het gevoel dat wat ik zeg ook wel is wat overgebracht wordt. Maar ze doet wel aanvullingen, het is niet letterlijk tolken. Het is ‘breder gaan’, zal ik maar zeggen.”* (Zorgverlener B)

Daarenboven werd het feit dat bemiddelaars zich niet moeten verplaatsen, hetzij tussen campussen, hetzij tussen verschillende ziekenhuizen, eveneens als een voordeel beschreven. Ook werd als substantiële voordelen omschreven: het feit dat geen afspraak noodzakelijk is en men gewoon kan inbellen op het moment zelf, de kwalitatievere interactie dan bij bijvoorbeeld telefoontolken, de kostenefficiëntie, de praktische surplus en de elegantie van het systeem. Voorts kan men zodoende toch een ICB'er inschakelen, al heeft men die niet in huis, en kan de anonimiteit indien nodig steeds verzekerd worden.

*“Als je telkens ofwel een externe tolk moet laten komen ofwel telefoontolken, dat gaat allemaal wel he, maar ik vind het op zich wel een elegant systeem dat je met een computer werkt en dat je kan beginnen. Het duurt nog altijd veel langer dan een gewone consultatie [...] maar het is op zich een systeem dat werkt.”* (Zorgverlener B)

*“Het videotolken geeft inzake interactie toch nog iets meer mogelijkheden dan het telefoontolken, waarbij je niet weet wie je aan de andere kant van de lijn hebt.”* (Zorgverlener D)

*“In het begin waren we daar echt geen voorstanders van omdat men inderdaad schrik heeft van met de webcam te tolken. [...] Maar uiteindelijk valt dat heel goed mee. De patiënten hebben er ook heel veel positieve ervaringen mee.”* (Bemiddelaar B)



Toch werden in de interviews tevens enkele nadelen en beperkingen van het werken met dit videoconferentiesysteem benoemd. Zo blijkt het systeem gevoelig te zijn voor storingen en zijn Vlaamse tolken enkel beschikbaar in de voormiddag, waardoor het een moeilijke opstart en inburgering in menig ziekenhuis berokkent. Er blijft bovendien een zekere gêne van een laptop te gebruiken persistent waarneembaar, afhankelijk van de afdeling, situatie, inhoud van de boodschap en leeftijd van de patiënt. Videotolken wordt bijvoorbeeld al heel wat minder als adequaat gepercipieerd voor taalbijstand in een psychiatrische afdeling of bij een doodgeboorte of sterfgeval. Temeer blijkt het problematisch te zijn als de boodschap niet enkel tekst betreft, maar ook beeldende zaken. Sommige patiënten blijken ook zelf moeite te hebben met het systeem, hetzij omwille van anonimiteit, doordat ze in beeld komen en het gesprek in principe opgenomen kan worden. De nodige uitleg over het systeem voorafgaand aan een zulk gesprek is dan ook benodigd, maar kan niet steeds verzekerd worden. Bovendien is er een problematiek van wachttijden: als een moment wordt afgesproken dat de tolksessie aanvangt, maar de voorgaande consultaties uitlopen, kan dit een probleem vormen. Mensen met een tolk voorrang geven blijft daarbij echter een heikel punt in de praktijk, verbonden met de perceptie van positieve discriminatie. Op drukke consultaties is dit daarmee problematisch. In het algemeen blijkt het wel heel goed te werken op bijvoorbeeld hospitalisatie-afdelingen, hoewel de meeste aanvragen consultaties betreffen. Het regelen en in goede banen leiden van een triadische interventie met behulp van videotolken blijkt tot slot nog steeds erg arbeidsintensief te zijn voor een dienst ICB.

*“Ik heb dat ooit geprobeerd, maar dat was allesbehalve praktisch. Ik had dan bepaalde beeldjes die ik moest gebruiken en die moest ik dan voor de webcam houden. Dat was niet te doen. Ik denk dat dat voor verplegers eenzelfde probleem moet zijn eerlijk gezegd.” (Zorgverlener E)*

*“Ik krijg dat hier eigenlijk heel moeilijk geïntroduceerd dat mensen die met een tolk komen, voorrang moeten krijgen. Dat is moeilijk. Je kan wel zeggen dat je de wachttijd probeert te beperken, maar om dan te zeggen dat die voorrang moet krijgen, dan krijg toch wel heel veel tegenwind vanuit de verpleging die zeggen ‘dat kan je toch eigenlijk niet maken naar andere patiënten toe’. Dus ik zit daar wel wat mee.” (Coördinator D)*

Wederom is omtrent het videotolken het initieel enthousiasme in verscheidene ziekenhuizen veeleer afgebrokkeld of staat de realisatie ervan nog in haar kinderschoenen. Hoewel verscheidene respondenten ervan overtuigd zijn dat het systeem over menig potentieel beschikt, dienen bovengenoemde knelpunten zeker nog in beschouwing genomen te worden teneinde haar werking te optimaliseren.

*“Er zijn een aantal ziekenhuizen die daar al langer mee bezig zijn, maar ook zij ervaren de nodige knelpunten.” (Coördinator B)*

*“Je moet iemand hebben die de laptop op dat moment brengt en soms zijn we allemaal aan het bemiddelen, dus lukt dat niet altijd. Praktisch moet je de laptop meenemen naar de afdeling, opstarten, iemand inbellen, ... Het is nog niet zo ingeburgerd, het staat nog in zijn kinderschoenen.” (Bemiddelaar F)*

#### 4.4.1.3 Sociale tolken

Sociale tolken zijn gecertificeerde vertalers die door de provinciale of stedelijke tolkdiensten, hetzij gratis, hetzij tegen laagdrempelige prijzen gevraagd worden om taalbijstand te voorzien. Zij vertalen professioneel en objectief en zijn lijfelijk aanwezig, maar mogen niet bemiddelen, noch tweegesprekken met de patiënt hebben, zo blijkt uit de interviews. Ze wachten op een aparte locatie en zijn enkel gedurende het triadisch gesprek bij de patiënt en vangen aan met zich voor te stellen en hun deontologische code te duiden.

*“Een tolk is geen hulpverlener, een tolk mag eigenlijk alleen maar vertalen en niet apart met de patiënt gaan zitten. Een ICB’er zou dat wel mogen. Dat heeft zo zijn voordelen, dat gaat misschien iets sneller.”* (Coördinator D)

De aanvragen blijken steeds gedaan te worden door de gesubsidieerde coördinator, en als die er niet zijn door de bemiddelaars, uitgezonderd twee ziekenhuizen zonder bemiddelaars waar dit door alle sociale werkers gedaan wordt. In één ziekenhuis wordt het eveneens door de anderen van de dienst patiëntenbegeleiding gedaan, maar enkel als de ICB’er niet aanwezig is.

Het gebruik ervan blijkt onderhevig te zijn aan de betreffende prijs en beschikbaarheid. Het varieert ruwweg tussen een 60 en 1300 interventies per jaar. Het is de geprefereerde vorm van taalbijstand in één ziekenhuis, de andere prefereren respectievelijk ICB’ers of videotolken. Sommige ziekenhuizen prefereren sociale tolken boven videotolken, maar doorgaans is de keuzehiërarchie omgekeerd. Situationele factoren die de keuze om gebruik te maken van sociale tolken stimuleren, zijn ‘dat de benodigde taal niet beschikbaar is bij de ICB’er, noch videotolken zoals Pools, Chinees en Fazi’, ‘dat het een moeilijker gesprek is dat niet telefonisch gedaan kan worden’ en ‘dat het op voorhand geweten is dat een tolk op dat exacte tijdstip benodigd is’. Ze worden overigens ook ingezet in ziekenhuizen met veel bemiddelaars indien deze of uitzonderlijk allemaal volgeboekt of op vakantie zijn.

Er blijken dan ook verscheidene voordelen aan verbonden te zijn. De meeste voorname is reeds vernoemd, namelijk de lijfelijke aanwezigheid van een ‘derde’ in een triadisch gesprek. Eén ziekenhuis beschrijft zelfs expliciet dat dit de meest voorname factor is die de keuzehiërarchie tussen de verscheidene vormen van tolken bepaalt. Veel artsen blijken hier in verschillende ziekenhuizen eveneens de voorkeur aan te geven. Bovendien blijkt het subjectief als bijzonder professioneel vertaalwerk ervaren te worden en blijkt dezen hun werk heel correct te doen. Ze zijn derhalve gebonden aan de hun opgelegde regels en code.

Toch werd o.m. reeds voorgaand in een citaat de ‘koelte’ van sociale tolken beschreven. In meerdere interviews werd dan ook een grotere afstand tussen de patiënt en wie zij zijn als persoon, in vergelijking met bijvoorbeeld een ICB’er, gekenschetst. Zij geven meer formeel aan dat ze letterlijk gaan tolken en zeker niet ‘buiten de lijntjes gaan kleuren’ en gaan interveniëren in het gesprek zelf, zoals een ICB’er wel eens doet. Een tweede nadeel dat meermaals benoemd werd, was de geringe mogelijkheid om hierop beroep te doen in urgentie situaties of momenten buiten de werkuren. Temeer werd door de respondenten de financiële kost en tijdsintensiviteit van het regelen van zulke tolken als heikel punt genoemd. Ze moeten dan ook direct voor één uur aangevraagd worden, waardoor ze niet direct een solide vorm van taalbijstand voor korte boodschappen blijkt te zijn.

Bovendien blijkt de communicatieve discordantie door de inzet van een sociale tolk niet per se volledig te worden opgehoften, zo bleek uit menig interview. Het ‘opheffen’ van de taalbarrière blijkt hier dus eerder relatief, in tegenstelling tot bij een triadische interventie met een ICB’er als vertaler. De patiënt-interne tolk gaf hieromtrent een sprekend voorbeeld van een ervaring in een andere zorgcentrum dan waar ze geïnterviewd is.

*“Van dit gezin was het kindje één jaar naar (naam zorgcentrum) geweest. [...] De dokter probeert andere medicatie op te starten. En toen de moeder hoorde welke medicatie, zei ze ‘dokter, ik smeeek je, alstublieft niet die medicatie’. En die dokter luisterde precies niet, die zei ‘nee, ik wil toch starten met deze medicatie’. En nadien heeft ze zelf gemerkt dat het met dit kind heel slecht ging. Dus ik begreep het gewoon niet, omdat ik het gevoel gekregen heb dat het kindje één jaar een proefkonijn is geweest [...] Ik was er ook bij en er was ook een professionele tolk. En zij heeft alle brieven gezien en zo. Maar de moeder kan niets zeggen. Dus de tolk heeft geprobeerd, ik heb geprobeerd, we hebben de brieven gegeven, maar de dokter heeft zelf de beslissing genomen. [...] Maar als de tolk de informatie goed aan de moeder had gegeven en de moeder juiste informatie aan de tolk en de tolk dit verder juist aan de dokter had gezegd, dan was zoiets misschien niet gebeurd. Omdat, als de tolk zei ‘nee, ik heb gezegd nee. Ik geef niet toe dat de dokter met de medicatie mag starten’ ... Zo moet dat gebeuren. Dat was niet gebeurd.” (Patiënt B)*

#### 4.4.1.4 Telefonisch tolken

Het telefonisch tolken, in Vlaanderen steeds langsom Ba-bel, werd in het ideaaltype reeds beschreven als een bijzonder handig instrument om taalbijstand te verzekeren in urgente situaties of diverse situaties waarbij directe oproepbaarheid benodigd is. In het interview met Hans Verrept is zijn visie hieromtrent expliciet bevraagd. Hij beschouwde het overigens als de vierde keuze, na respectievelijk ICB’er, sociale tolken en videotolken.

*“Ik sta daar heel positief over. Ik vind telefoontolken een zeer goed systeem. Je mist natuurlijk het non-verbale en dat is wel een groot probleem. Maar het heeft als voordeel ‘het heel snel beschikbaar zijn’. En aan de Vlaamse kant is Ba-bel, de Vlaamse tolkentelefoon, kwalitatief goed en het heeft een beproefde technologie, dus ik vind dat dat zeker zijn plaats heeft.” (Hans Verrept)*

Dit blijkt ook een goede synthese te zijn van de visies van de andere respondenten. Hoewel verscheidene geïnterviewde zorgverleners het nog nooit hebben gebruikt, blijkt het in alle ziekenhuizen gehanteerd te worden, mits variatie in frequentie. In één ziekenhuis blijkt dit zo de meest gebruikte vorm van taalbijstand te zijn voor alle talen die niet de taal van de (enige) ICB’er betreft, hoewel het in andere ziekenhuizen werkelijk een laatste optie betreft.

*“Telefonisch tolken als laatste, want de patiënt prefereert de lijfelijke aanwezigheid van de tolk” (Bemiddelaar B)*

In een ander ziekenhuis blijkt het voorts in eerste instantie gebruikt te worden voor niet te moeilijke, noch emotioneel beladen boodschappen zoals onderzoeken of diverse korte berichtgevingen. In nog een ander ziekenhuis fungeert het als oplossing voor de afwezigheid van ICB op bepaalde momenten. Ook is er zelfs een ziekenhuis die het beschouwt als de gebruikelijke weg bij acute situaties waarbij op voorhand geen sociale tolk geregeld kon worden en er geen interne tolk beschikbaar is. Hier blijkt informeel tolken zelfs boven Ba-bel geprefereerd te worden. Overal geldt echter het principe ‘nood breekt wet’ in de zin dat telefonisch tolken soms toch plaatsvindt, ofschoon het niet ideaal is. Zo wordt er veelvuldig gebruik van gemaakt voor talen waar geen video- of sociale tolk voor gevonden kan worden.

In de interviews werden dan ook verscheidene voordelen benoemd die verbonden zijn aan het telefonisch tolken. Zo werd Ba-bel ondanks haar beperking inzake non-verbale communicatie en lijfelijke aanwezigheid unaniem beschouwd als een heel handige, snelle en gebruiksvriendelijke vorm van taalbijstand die bijzonder interessant is voor urgente situaties en diensten zoals spoed en intensieve zorgen. Temeer werd haar beproefde technologie en het surplus van anonimiteit benoemd. Bovendien verlicht het de tijdsdruk voor de coördinator en/of ICB’er en is het erg interessant voor kleine ziekenhuizen en ziekenhuizen die met velerei taalgroepen te maken hebben. De performantie van het vertalen-tolken ‘an sich’ blijkt per slot van rekening unaniem evenwaardig te zijn aan die van sociale tolken.

*“Ik werk heel graag met Ba-bel, ik vind dat dat zeer goed werkt. Ik heb hier en daar nog maar eens een minder goeie ervaring daarmee gehad. Maar eigenlijk ben ik daar heel tevreden van. Ik vind dat een zeer, zeer goede organisatie.” (Coördinator D)*

Er blijven niettemin ontegensprekelijk nadelen verbonden aan telefonisch tolken, zelfs nevens haar deficiëntie aan non-verbale communicatie en lijfelijke aanwezigheid. De interactie in het algemeen is immers beperkter, evenals de wijze dat de communicatieve discordantie opgehoften wordt. Een zekere barrière blijft aanwezig. Daarenboven geschiedt het dat een patiënt met behulp van deze taalbijstand de boodschap nog steeds niet geheel begrepen heeft en wordt de inzet van Ba-bel bij een slechtnieuwsgesprek overwegend als ongeschikt beschouwd.

*“Ik heb het evengoed al gedaan, zowel met mijn telefoon doorgeven als met de luidspreker op, maar dat blijft een barrière. Je kan daar inderdaad mee door, want je geeft informatie door en dat wordt vertaald, maar die interactie is er minder” (Zorgverlener D)*

#### 4.4.1.5 Informele taalbijstand

Uitgezonderd één ziekenhuis, hebben alle ziekenhuizen op intranet een lijst met interne medewerkers raadpleegbaar staan die bereid zijn om informele taalbijstand te bieden indien dit benodigd is. Het varieert in hoeverre sommigen zich er (nog) pro actief op inzetten en in hoeverre deze is geüpdatet. Twee ziekenhuizen zetten hier vandaag de dag erg bewust op in terwijl de anderen het veeleer als een onvermijdelijk parallelcircuit beschouwen. Het aanvragen van zulke informele taalbijstand gaat niet steeds langsom de dienst ICB maar vaak ook direct tussen zorgverleners onderling, wat het overzicht en de coaching van zulke taalbijstand bemoeilijkt. Dit wordt ook bevestigd door de twee geïnterviewde interne tolken.

*“Vroeger werd er voorstel gedaan om de lijsten elk jaar up-to-date te maken, maar dat is niet gegaan omdat dat heel moeilijk is. Enerzijds omdat de mensen ook tegelijkertijd hun werk moeten doen en dat het ook raar is voor collega’s dat die van de dienst vertrekt om te gaan tolken, en anderzijds omdat het informele tolken zijn.” (Bemiddelaar G)*

Elk ziekenhuis bleek hieromtrent een unieke visie en strategie hieromtrent te hebben, hetzij mits slechts kleine nuanceverschillen.

- *Ziekenhuis 1: Als het urgent is, is de eerste keuze telefonisch tolken, hoewel informeel tolken in realiteit nog vaak plaatsvindt in zulke gevallen.*
- *Ziekenhuis 2: Als er geen professionele tolken beschikbaar zijn, zal hierop ingezet worden. Eerst wordt er gekeken naar mogelijke artsen of verpleegkundigen die kunnen vertalen, dan pas naar het logistiek personeel.*
- *Ziekenhuis 3: We stimuleren het niet, maar soms wordt er wel eens ‘snel’ gebruik van gemaakt*
- *Ziekenhuis 4: Het is ‘just in case’, voor in het weekend, voor ‘s avonds laat of voor als het echt nodig is.*
- *Ziekenhuis 5: Absolute voorkeur gaat naar professionele taalbijstand, ongeacht welke vorm en situatie.*
- *Ziekenhuis 6: Als de bemiddelaars er niet zijn of de verpleging de moeite niet doet om de dienst ICB op te bellen, wordt hier gebruik van gemaakt. Het is in praktijk de eerste keuze na een bemiddelaar.*
- *Ziekenhuis 7: Het is een laatste redmiddel, maar als het via ons gaat zullen we toch steeds tolken voorzien, ongeacht de situatie.*
- *Ziekenhuis 8: Het is nuttig in noodgevallen, als het dringend is of voor bijvoorbeeld ‘s nachts. De dag erna moet die patiënt wel opgevangen worden door een professionele tolk. Meer algemeen is het ook voor praktische boodschappen bruikbaar.*
- *Ziekenhuis 9: Vroeger werd er enkel met interne tolken gewerkt omwille van de minieme financiële kost. Nu wordt er stapsgewijs meer en meer op professionele taalbijstand ingezet en staat het ook zo in het interne stappenplan.*
- *Ziekenhuis 10: Vroeger werd het vaker gedaan, maar er is een beetje van teruggekomen omdat het merkbaar was dat er niet altijd even correct vertaald werd.*

Er kan bijgevolg weinig coherentie waargenomen worden, met uitzondering van het feit dat ze allen zich meer bewust van de problematiek rondom interne tolken zijn geworden. Een evolutie naar meer professionele taalbijstand kan onmiskenbaar worden waargenomen, dan wel behoudens verschillende snelheden. De recente oprichting van procedures in vele ziekenhuizen rondom het verkrijgen van taalbijstand blijkt hier o.m. toe bijgedragen te hebben, evenals de richtlijnen van Hans Verrept. De frequentie, als deze door de respondenten al ingeschat kon worden, varieert vandaag de dag thans nog steeds tussen 'erg sporadisch en enkel in noodgevallen' tot 'de meest gebruikte vorm van taalbijstand'. Talen zoals Frans, Engels en Duits wordt bovendien doorgaans door de zorgverlener zelf vertaald omwille van tijds- en budgettaire preferenties.

*"Sinds we de nieuwe procedure hebben, gebeurt het eigenlijk veel minder, omdat dankzij die procedure de mensen toch iets bewuster zijn geworden om op tijd een tolk aan te vragen voor consultaties. En ook op de afdelingen proberen we toch echt een professionele tolk te laten komen."* (Bemiddelaar F)

Er zijn dan ook verscheidene voordelen aan het werken met informele tolken verbonden. Zo verschaffen ze een rijk spectrum aan talen die beschikbaar zijn, bewerkstelligen ze een te verwaarlozen financiële kost, zijn ze vertrouwd met het ziekenhuis en haar zorgverleners en is het weinig tijdsintensief om ze te regelen. Bij informele tolken is het temeer geen beletsel dat de vraag naar taalbijstand tijdsvariabel is en zeldzame talen betreft. De geïnterviewde interne tolken wezen er dito op dat het aantal keer dat ze vertalen varieert tussen een paar keer per week tot ééns om de zoveel maanden, afhankelijk van de periode. Voorts dient informele taalbijstand niet noodzakelijk op voorhand aangevraagd te worden en is haar beschikbaarheid niet noodzakelijk beperkt tot bepaalde werkuren. Tot slot is het ook eenmalig vernoemd dat het een ideale wijze is om het familiale taalbijstand te vermijden (zie infra) of het werken met 'google translate', net door de flexibiliteit. Het biedt naderhand een opportuniteit om te 'roeien met de riemen die je hebt', want soms kan het niet anders.

*"Ik denk niet dat dat slechter is. Ik weet niet hoe het op een ander werkt met die bemiddelaars, maar als je mensen hebt die hier vertrouwd zijn met de verpleegkundigen, en als je dan een vertaling gaat doen, dan denk ik dat ze alle twee meer op hun gemak zijn dan als er daar een volledige vreemde komt. Op die manier denk ik dat je bevooroordeeld bent dat je hier werkt. Dan denk ik dat je een meer vertrouwelijke band scheidt."* (Zorgverlener A)

Afgezien daarvan blijkt in congruentie met het theoretische ideaaltype het ruime spectrum aan pijnpunten met betrekking tot deze informele taalbijstand wel te stroken met de realiteit. Informele tolken blijken zo inderdaad niet steeds correct, noch professioneel te vertalen en over onvoldoende opleiding en vorming te beschikken om haar vertaalfunctie naar behoren te vervullen. Dit werd eveneens gestipuleerd door de geïnterviewde interne tolken zelf. Enkele malen werd hierbij wederom een te hoge emotionele betrokkenheid van de informele tolk en een te beperkte terugkoppeling ervan in het alledaagse werkveld van het ziekenhuis vernoemd. Doorgaans wordt er nagenoeg weinig erkenning toebedeeld aan de nood aan ondersteuning van informele tolken die daarmee gepaard gaat. Dit komt onder meer tot uiting in het beperkte overzicht dat coördinatoren noch bemiddelaars hebben in de ziekenhuizen inzake 'wie de actieve informele tolken zijn', 'hoeveel interventies ze doen', 'de conditionaliteit waarmee deze gevraagd worden', enzoverder. Het enige wat omtrent dit laatste meermaals in de interviews vernoemd werd, was derhalve de onderhevigheid hiervan aan de goodwill en de 'toelating' van de betreffende diensthoofden en directie om de dienst even te verlaten.

*“Ze zijn geen tolken, ze zijn geen ICB’ers. Deze lijst hebben wij voor hulpverleners gemaakt voor als iets dringend getolkt moet worden. Stel dat iemand ‘s nachts binnen komt en niemand spreekt zijn taal, dan kan die even die patiënt ondervragen, even helpen. Maar de bedoeling is dat de volgende dag een professionele tolk wordt opgeroepen.” (Bemiddelaar C)*

*“Wat het nadeel daar aan is, is dat die niet dagdagelijks met die problematiek in aanraking komen waar wij mee in aanraking komen, en dat die zelf al eens emotioneel zijn geworden, afhankelijk van welke soort gesprekken. En dan is dat eigenlijk een niet zo goed alternatief. Gaat dat over een slechtnieuwsgesprek, dan ligt dat veel moeilijker en werk ik persoonlijk liever met professionelen.” (Zorgverlener D)*

*“Wij zien dat collega’s zo iets hebben van ‘voor mij is dit te emotioneel, ik wil dit niet meer doen’. Zo hebben wij bijvoorbeeld lang geleden zeven Turkse informele tolken gehad intern waarvan we nu nog maar één iemand hebben, die toen allemaal hebben afgehaakt door het feit dat ze gesprekken te zwaar of te emotioneel vinden of de situatie niet aankunnen. Anderzijds heeft het ook veel te maken met de tijdsbeperking die er is en de eis die er van artsen is om op dat moment ter plaatse zijn, of de manier dat ze soms behandeld worden. Men gaat ervan uit dat het professionele tolken zijn, terwijl dat eigenlijk medewerkers zijn die die taal alleen maar kennen omdat ze bijvoorbeeld Turks zijn.” (Bemiddelaar A)*

In het theoretisch ideaaltype wordt afgezien van haar knelpunten toch een organisationele ondersteuning van de informele tolken mits een goede aansturing en het geven van praktische richtlijnen aanbeveeld. Informele taalbijstand kent dan wel menig ‘bottlenecks’, doordat hun voordoen in praktijk slechts gebrekkig vermeden kan worden, is het van belang dat de dienst ICB ook dit circuit in ogenschouw neemt. Desalniettemin is er momenteel slechts één ziekenhuis waarin aangegeven werd dat regelmatig samenkomsten met de informele tolken plaatsvinden en hier pro actief op wordt ingezet, omzeggens het ziekenhuis waar momenteel het minst met professionele taalbijstand gewerkt wordt. Een afweging is waarneembaar tussen de inzet op professionele vertalers en de begeleiding van het informele circuit. In menig ziekenhuis werd dit dan ook als dusdanig expliciet benoemd, mits beschrijving van diverse problemen zoals het feit dat vele interne tolken niet (mogen) komen naar de samenkomsten door tijdsgebrek en de snelle verwatering van zulke initiatieven in het praktijkveld vandaag de dag. Hoewel enkele ziekenhuizen dit bewust afbouwen, blijkt de oorzaak van de gebrekkige begeleiding ook vaak te zijn dat ‘dit door tijdgebrek oneindig wordt uitgesteld en het er niet van komt’. Doch is dit noodzakelijk doordat net als bij de ICB’er, ook interne tolken de nood hebben om te ventileren en zaken te bespreken. Een geïnterviewde interne tolk gaf hieromtrent een voorbeeld.

*“Ik heb hier ooit een vertaling moeten maken van een chirurg wiens patiënt was geopereerd in Italië en ze hadden een stuk darm afgenomen en daar waren dus resultaten in het Italiaans die wezen op de aanwezigheid van kanker. Maar hoe moet ik dat in godsnaam gaan uitleggen? Dat zijn bovendien termen die ik zelfs in het Nederlands nog niet begrijp, laat staan dat je die moet gaan vertalen.” (Zorgverlener A)*

Een zelfde fenomeen is overigens waarneembaar omtrent het geven van richtlijnen aan de informele tolken over de ‘how-to-do’ in praktijk. Hoewel in ditzelfde ziekenhuis hier ook werkelijk pro actief op ingezet wordt, wordt dit in de overige ziekenhuizen doorgaans beperkt tot een soort ‘intake’-gesprek bij registratie of is deze begeleiding zelfs geheel onbestaande. In één ander ziekenhuis werd echter wel aangegeven dat er vaak iemand van de sociale dienst bij een triadische interventie aanwezig is om instructies te geven. In een ander ziekenhuis worden de tolken ook wel gescreend naar hun kennis van het Nederlands, diverse taalkennis en referenties en krijgen ze bij aanvang uitgebreid uitleg over de gedragsregels, het beroepsgeheim, de deontologie, verwachtingen, wat ‘niet kan’ zoals zelfstandig contact met de patiënt, enzoverder. Maar een continue inzet op praktische richtlijnen bleek ook hier niet reëel.

Opmerkelijk is dat in ziekenhuizen waar bemiddelaars zijn tewerkgesteld hier bewust weinig op ingezet wordt ter onderdrukking van dit circuit, terwijl in de andere ziekenhuizen tijdsgebrek vaker een determinerende rol leek speelt.

Eén interne tolk heeft zelf zulke richtlijnen gekregen en beschrijft dit. Hij benadrukt hierbij het cruciaal belang van een goede begeleiding en stelt dat hij ook veel door de jaren heen heeft geleerd en zichzelf nu wel als een goede hulp beschouwd. Tevens wijst ook hij op de verwikkeling van de afwezigheid van enige medische opleiding.

*“Ik kan de andere taal niet beoordelen, dus dat is een beetje een mankement. Maar goed, ik kijk een beetje naar wat de referenties zijn, naar waar ze ervaring hebben, .. Ik heb ooit bijvoorbeeld één mevrouw geweigerd omdat die niet of bijna niet kon schrijven, omdat ik dat toch ergens wel een minimumvereiste vond.” (Coördinator D)*

*“Er wordt geleerd hoe dat je een zekere afstand moet houden tussen patiënt en hulpverlener. En dat het altijd in functie van het ziekenhuis is dat je spreekt en niet uit jezelf he. [...] Want sommige dingen moeten wij gaan uitleggen. En hoe moet je dat dan uitleggen? Dat is niet altijd prettig nieuws dat die mensen dan krijgen he. Eigenlijk zijn wij daar niet voor opgeleid om zoiets te gaan vertellen.” (Zorgverlener A)*

Het knelpunt dat vernoemd werd in het theoretisch ideaaltype dat Ba-bel met onderconsumptie te kampen heeft blijkt per slot van rekening te kunnen stroken met de realiteit in de zin dat de informele parallelcircuits nog bijzonder veel ingeschakeld blijken te worden op momenten dat telefonisch tolken eveneens een optie zou zijn. De oorzaak hiervan blijkt gepaard te gaan met de knelpunten van het telefonisch tolken, zoals reeds eerder beschreven (zie supra).

#### 4.4.1.6 Familiale taalbijstand

Een heikel punt omtrent deze kwestie is taalbijstand door familieleden of naasten van een patiënt. Door alle bemiddelaars en coördinatoren wordt beschreven dat ze dit trachten te vermijden in de mate van het mogelijke en dit slechts een allerlaatste optie betreft omwille van de in het theoretisch ideaaltype vernoemde knelpunten, dewelke deswege geheel blijken te stroken met de dagdagelijkse realiteit. Doch beschreven ze unaniem dat het nog steeds bijzonder frequent voorkomt, doordat veel mensen ze d’office zelf mee naar het ziekenhuis brengen en er weinig coördinatie over (mogelijk) is vanuit de dienst ICB. In praktijk blijkt dit bovendien erg dienstafhankelijk zijn, en onder invloed van de visie van de betreffende arts (zie ook supra). Op bepaalde momenten, bijvoorbeeld ‘s avonds of ‘s nachts, werd wel door alle ICB’er en coördinatoren beschreven dat het soms ‘niet anders kan’ dan te werken met familieleden. Een andere situatie die meermaals benoemd werd, betrof de onwil van de patiënt zelf om met een professionele tolk te werken. Slechts sporadisch werd dit in zulke gevallen dan toch doorgedruwd een tolk te regelen. In menig ziekenhuis wordt immers de visie gedeeld dat een tolk ‘zich niet mag opdringen’.

*“Die mensen doen dan iets, dat wel uit goede wil is, maar zijn op dat moment eigenlijk niet de gepaste persoon om een zulke tolkende rol op zich te nemen. Maar ik ga niet zeggen dat het in de praktijk helemaal niet gebeurt. Ik denk, omwille van tijdsgebrek of onwetendheid of ‘een keer dat snel door iemand te laten vertalen’, dat het nog steeds gebeurt in praktijk, maar we stimuleren het niet.” (Coördinator C)*

*“Een tolk wordt altijd gevraagd ofwel als de patiënt het wilt, ofwel als de arts het nodig vindt mits goedkeuring van de patiënt. Als je de taal niet begrijpt, kan je moeilijk vragen of de patiënt het goed vindt als we een tolk regelen. Het gebeurt wel regelmatig dat we dan effectief een tolk regelen en als de mensen dan echt geen tolk willen, gaan ze dat op dat moment dan zeggen. En daar stopt het dan. De mensen hebben altijd recht om dat te weigeren.” (Coördinator A)*

*“Dat zal afhangen van welke arts. Je hebt artsen die, gelukkig eigenlijk, door het feit dat ze veel van die mensen krijgen, doorhebben dat familie niet altijd correct vertaald. [...] En dan zien we wel dat ze toch erop staan dat er een tolk is. En dan doe ik dat.” (Bemiddelaar A)*

Door de geïnterviewde zorgverleners wordt doorgaans aanvaard om met familie te werken mits bepaalde conditionaliteiten. Familieleden blijken het meeste ingezet en aanvaard te worden bij praktische, eenvoudige zaken, onder voorbehoud dat het familielid dit goed doet, niettegenstaande unaniem beaamd wordt dat de communicatie hierdoor soms ‘jammer genoeg’ gebrekkig is. Wel beschreven de meesten dat, ofschoon familie er bij is, ze toch trachten een tolk te regelen bij o.m. medische zaken, medicatiedoorgaven, gênante kwesties, kinderen als tolk, slechtnieuwsgesprekken of een intake op de verpleegafdeling waar zaken zoals allergieën of dergelijke besproken worden. Dit werd door de meeste coördinatoren en ICB’er evenwel als een aanvaardbare ‘middellijke’ schikking beschouwd.

*“Stel dat het heel acuut is en de dokter doet een aanvraag. En het gaat erover dat die patiënt bijvoorbeeld vandaag wordt opgenomen en die is zo in de war dat ze die morgen al in een gesloten afdeling willen en de tolk kan op geen moment, dan durf ik wel vragen aan de dokter of het goed is dat de dochter of de zoon vertaalt in die situatie. Maar als het niet echt nodig is, doen we het niet.” (Zorgverlener C)*

*“Dat proberen we eigenlijk te vermijden, tenzij het gaat over ‘hoe werkt het belletje’, ‘wanneer moet je de verpleegkundige roepen’, ‘wanneer zeg je dat je naar het toilet moet gaan of niet’ en dergelijke zaken. Dat kan je door familieleden laten doen, daar zijn geen gevoelige zaken aan he.” (Coördinator A)*

*“Ik probeer door te geven van dat niet te doen. Het is natuurlijk te zien welke problematiek. Als het is van ‘wij moeten thuiszorg gaan regelen voor iemand’, kan dat perfect via familie. Als het toch een bepaald gevoelig thema betreft, is het belangrijk te proberen een onafhankelijke tolk in het gesprek te hebben. Maar in praktijk moet ik zeggen dat er toch nog heel veel via familieleden wordt gewerkt. Natuurlijk, in de weekenden en ‘s avonds zijn wij er niet, noch de tolkdiensten. Dus dan moet je het bijna op die manier doen.” (Coördinator B)*

Familiale tolken brengen toch heel wat voordelen met zich mee, zo blijkt uit de interviews. Zo is het heel makkelijk als je het tijdstip van ‘communicatie met de betreffende patiënt’ niet op voorhand kan inschatten en is het vooralsnog een betere werkwijze dan ‘google translate’. Ook bij zeer sporadisch voorkomende dialecten of talen is het een erg efficiënte en effectieve wijze van taalbijstand. Het wordt overigens onverdeeld door zorgverleners bevestigd dat het een accurate wijze van snelle, korte, praktische informatieoverdracht is. Een regeling via ICB wordt dan ook algeheel als tijdrovender beschouwd dan deze vorm van communicatie. Eén zorgverlener beschrijft zodoende hoe hij tot nu toe louter en alleen met familiale taalbijstand gewerkt heeft door zijn specifieke jobinhoud en beschouwt dit als een bijzonder adequate wijze van werken, mits vermelding van enkele additionele voordelen.

*“De moment dat ik bij de patiënten kom, wordt dikwijls voorzien dat er daar iemand van familie aanwezig is. En die doen eigenlijk meestal het tolkenwerk [...] Eigenlijk gaat dat redelijk vlot. Plus dat is familie voor hun, dat is een vertrouwde omgeving [...]. En dat is allemaal redelijk indrukwekkend, ook voor die mensen. Die krijgen van alle indrukken, er gebeurt van alles. En dan is iemand uit hun vertrouwde omgeving ook wel positief. Als ik op een goeie manier aan die familie kan uitleggen wat we dat met hun familielid gaan doen, kan dat dikwijls ook wel geruststellend werken naar de patiënt zelf toe. Omdat dat iemand is uit hun vertrouwde omgeving die zegt wat er gaat gebeuren, wat de gevolgen zijn, hoe lang dat kan duren, ... En op die manier denk ik dat dat eigenlijk vrij goed lukt op het moment. [...] Het kan zijn dat ik op een moment wel iemand van nodig ga hebben om te tolken, maar ik ben het tot nu toe nog niet tegen gekomen. Ik weet dat er tolken zijn en een interne lijst in het ziekenhuis. Maar voor dat er iets moet gebeuren, moet ik dat eigenlijk op die moment kunnen uitleggen. En dikwijls gaat dat eigenlijk en lukt dat eigenlijk vrij goed, zowel telefonisch via familie als via familie aanwezig is.” (Zorgverlener F)*

Toch ervoeren de meeste respondenten dat de nadelen van familiale taalbijstand zwaarder doorwegen dan haar voordelen. Dit werd ook door één patiënt als dusdanig beschreven.



Het blijkt vooral problematisch zijn wanneer informatie rond geld of overlijden of gênante informatie moet worden doorgegeven, evenals wanneer kinderen dienen te vertalen. Conflicten ontstaan daarbij ook veel frequenter. In bepaalde culturen is het temeer niet gangbaar dat alle zaken worden uitgesproken, waardoor niet alle informatie altijd zonder meer naar de patiënt doorstroomt. Een voorbeeld dat hieromtrent gegeven werd was het 'melden hoe lang iemand nog te leven heeft' in bepaalde culturen. Ook blijkt de communicatieve discordantie niet te kunnen worden opgehoften, omwille van het feit dat niet alle familiale tolken over de nodige assertiviteit beschikken om het aan de betreffende zorgverlener te melden als ze iets niet hebben begrepen. Zorgverleners blijken in zulke situaties dan ook slechts sporadisch op eigen initiatief naar feedback te vragen of de boodschap wel degelijk begrepen is, temeer indien familieleden de taalbijstand verzorgen.

*"Het is heel handig en heel gemakkelijk, maar verre van altijd correct. Bijvoorbeeld, we hebben hier een kindje van 11 jaar dat tolkt voor een moeder die bevallen is. Hierdoor moest dat klein kindje tegen zijn mama zeggen dat ze zoveel duizenden euro's moet betalen voor de bevalling en dat ze middelen zoals maandverband moest meebrengen. Het is eigenlijk niet aan de orde dat een elfjarig kind zulke informatie aan de moeder geeft. [...] De familie staat er overigens niet altijd voor open om iemand extern aan te vragen en dit om verschillende redenen. Het is een moeilijke zaak." (Coördinator F)*

*"Toen ik pas aankwam, ging ik eens naar (ziekenhuis). En dat was heel heel moeilijk, omdat als je iemand van een vriend of vriendin moet opbellen, die nemen niet altijd op, of ze zijn niet thuis, of ze zijn bezet op dat moment." (Patiënt A)*

#### 4.4.1.7 Onvindbare taalbijstand

In het theoretische ideaaltipe werd een beperkt (professioneel) taalaanbod als knelpunt beschreven. Dit bleek in praktijk erg zelden voor te komen, ofschoon het bij sommige talen wel echt een probleem bleek te zijn om tolken, zelfs een informele, te kunnen vinden. Hierbij werden talen vernoemd zoals Armeens, Chinees, Dari (Oostelijk Perzisch), Japans, Macedonisch, Koerdisch, Koreaans, Macedonisch, Portugees, Somalisch, Swahili, Tamil en diverse dialecten uit Aziatische en de Arabische landen. Opmerkelijk hierbij was dat de oorzaak van de problematiek rond bijvoorbeeld Armeens, Koerdisch en Macedonisch zich situeert in het feit dat deze vrijwel steeds respectievelijk Turks, Russisch of Italiaans kunnen spreken. Als er dan eens een anderstalige patiënt over de vloer komt die dit niet als tweede taal spreekt, blijken de stedelijke en provinciale noch de telefonische tolkendienst hiertoe over een alternatief te beschikken. Het werd bovendien beschreven door respondenten dat het soms een kwestie van 'geluk' is om op de juiste moment de juiste taalbijstand in de wacht te kunnen slepen.

*"Het is ook soms een kwestie van geluk. Bijvoorbeeld, door het feit dat Russisch veel gevraagd wordt de laatste tijd, zijn alle Russische tolken vaak reeds bezet als het te laat aangevraagd wordt." (Coördinator F)*

Een dilemma die zich hieromtrent soms voordoet is overigens de vraag 'tot hoever je als coördinator of bemiddelaar kan gaan om taalbijstand te vinden'. Dit blijkt ook uit het volgende citaat.

*"Je hebt altijd je grenzen tot waar je kan gaan. Ik herinner me bijvoorbeeld nog heel goed ... een vrouw bij een of andere hoge piet bij een of ander Koreaans automerk ging op consultatie komen. En ik had alles geprobeerd, zelfs bij de ambassade, maar tevergeefs. En dan had ik zo iets van 'sorry; hier stopt het'. Iemand zei tegen mij, 'Er is een Koreaans restaurant in (stad), je kan misschien daar eens informeren' en toen dacht ik van 'nee, dat is een brug te ver'. (Coördinator D)*

Een oplossing die hieromtrent overigens enkele keren beschreven is ter opheffing van de taalbarrière, is het werken met een familielid die de taal wel spreekt en eveneens een andere taal machtig is, waar wel professionele taalbijstand voor gevonden kan worden. Zo werd door een respondent het voorbeeld aangehaald van een patiënt die enkel Koerdisch sprak, wiens echtgenoot tolkte naar het Turks, waarna de bemiddelaar dit vertaalde naar het Nederlands, en vice versa. Dit blijken echter wel erg uitzonderlijke situaties te betreffen.

#### 4.4.1.8 Triadische gespreksvorm

Aan het opheffen van de taalbarrière met behulp van een triadische interventie wordt, ongeacht de vorm van taalbijstand, unaniem de voorkeur gegeven. Hoewel een zulk gesprek meer tijd in beslag neemt dan gewoonlijk, blijkt het subjectief door zowel coördinatoren en bemiddelaars als door de zorgverleners als efficiënter en een bijzonder doelmatige wijze van informatieoverdracht beschouwd te worden. Eén ICB'er illustreert dit sprekend.

*“Dat is wel langer. Maar dat de patiënt alles begrijpt is wel belangrijk. Als je de juiste informatie geeft en die dat begrijpt, is de behandeling beter en ook de opvolging. Dus eigenlijk ga je veel meer inbrengen, ook al duurt het 10 of 20 minuten langer. Het heeft veel meer effect. Want als de patiënt het niet begrijpt, als je die inboekt voor een operatie en die komt niet opdagen, is de kost voor het ziekenhuis. Of als je zegt tegen de patiënt dat die nuchter moet komen en dat je zegt ‘ahja, die is niet nuchter, kan niet worden geopereerd, we gaan het uitstellen’. Maar ondertussen heb je de O.K. wel gereserveerd. Ik geef maar een voorbeeld. Maar dus daarom is die 10 minuten dat je tijdens een consultatie toch een beetje langer werkt, wel een meerwaarde vind ik.” (Bemiddelaar B)*

Eén coördinator beschreef niettemin expliciet dat omtrent de ICB'ers de richtlijnen en de praktijk hierin haaks op elkaar staan. Bemiddelaars leven nu eenmaal ook in hun privéleven in een culturele gemeenschap en patiënten kan je hoe dan ook niet africhten. Niet-triadische communicatie gebeurt onvermijdelijk, zowel in de werk- als in de privésfeer, en soms is dat schipperen tussen ‘je houden aan de regelen’ en ‘een werkbare situatie bewerkstelligen’. Dit werd impliciet ook door verscheidene andere respondenten bevestigd, zo blijkt o.m. uit onderstaande citaten.

*“Het is de bedoeling om zulke gesprekken steeds in triadisch contact te laten verlopen. Soms loopt het in praktijk anders, maar ik denk dat dat in elk ziekenhuis wel het geval is.” (Coördinator F)*

*“Soms is dat niet altijd even gemakkelijk. Om maar een voorbeeld te geven, we hebben ook patiënten die hier op dialyse komen en die soms voor langere tijd tijdens de zomervakantie naar hun eigen land van herkomst teruggaan, bijvoorbeeld Turkije, maar die dan wel daar moeten worden gedialyseerd. Normaal gezien is het de maatschappelijk werker die dat regelt, maar die spreekt de taal niet om contact op te nemen met het ziekenhuis in het land van herkomst. Vroeger gebeurde die interventie langsom de maatschappelijk werker die vroeg aan de ICB'er of die wilt bellen naar het betreffende ziekenhuis om afspraken voor dialyse te maken. In feite is dat de bedoeling niet. Eigenlijk is het de bedoeling dat de ICB'er naar de bureau van de maatschappelijk werker zou gaan en daar samen tracht, zelfs als het kan in bijzijn van de patiënt, het op die manier te regelen. Maar natuurlijk, naar efficiëntie en tijdsinvestering toe is dat allemaal niet gemakkelijk.” (Coördinator C)*

*“Wat heel vaak gebeurt, is dat zulke interne tolken vanuit de zorgverleners de vraag krijgen om tegen de patiënt ‘iets’ te gaan zeggen. En dan wordt die tolk naar de kamer van de patiënt gestuurd en geeft hij de nodige uitleg. Vervolgens begint de patiënt vaak vragen te stellen, waardoor de situatie onhoudbaar wordt. Ik probeer daarom tegen de tolken te zeggen dat ze beter reageren tegen de zorgverlener door te stellen dat ze de boodschap willen overbrengen, maar uitsluitend samen met hen erbij. Want patiënten worden dikwijls boos, verdrietig en dergelijke, terwijl die tolk in een zulke situatie er eigenlijk niets met te maken heeft.” (Coördinator D)*

Patiënten vragen nagenoeg niet altijd alles in de consultatie zelf en komen vaak nog af met vragen achteraf, desondanks ICB'ers expliciet aanmoedigen om altijd alles in triade aan de zorgverlener zelf te vragen.

Bovendien blijkt één van meest voorkomende niet-triadische interventies het telefonisch doorgeven van resultaten van een onderzoek of diverse informatie langsom de ICB'er te betreffen. Dit in triade laten plaatsvinden, werd door menig respondent dan ook als onnodig beschouwd. Ook patiënten noch zorgverleners ervoeren dit derhalve als een beletsel.

*“Als ik de resultaten wil weten, dan bel ik de ICB'er zodat zij erachter vraagt. En zij zegt nooit nee. En dat is heel belangrijk, omdat ik heel bezorgd ben. Omdat, misschien moet er iets ingenomen worden, misschien moet er ergens naartoe gegaan worden, enzoverder.” (Patiënt A)*

*“Als patiënten vragen hebben, dan bellen wij naar de hulpverlener en stellen wij de vragen. Dat is misschien niet triadisch tolken, maar is toch ook tolken.” (Bemiddelaar C)*

*“Dat zijn boodschappen overbrengen he. Dat gebeurt wel eens. Stel dat de patiënt op een consultatie komt zonder tolk en die gaat naar huis en dat er achteraf wel dingen vergeten zijn of de patiënt belt dat die het niet allemaal begrepen heeft en dat wij nogmaals de dokter bellen om de boodschap nog eens door te geven. Dat gebeurt wel ja. Dat is dan eigenlijk in een niet-triadisch contact, de boodschappen overbrengen.” (Bemiddelaar F)*

De tweede meest vernoemde situatie waarbij het triadische ideaaltype niet gerespecteerd wordt, betreft overigens intakegespreken of gesprekken voor of na een triadisch gesprek. In wat volgt zal de emotioneel ondersteunende functie hiervan nog uiteengezet worden. In het algemeen wordt in zulke gevallen een niet-triadische vorm wel subjectief als gerechtigd beschouwd ten bate van belangenbehartiging en concrete hulp. Dit strookt met het ideaaltype, waar dit als 'one-to-one contacten' beschreven werd.

*“Als dat al gebeurt, gaat dat eerder zijn vanuit belangenbehartiging dat een ICB'er iets te weten komt van een patiënt en bijvoorbeeld terwijl ze aan het wachten zijn op de arts toch een voorgeschiedenis hoort. Dat de ICB'er zegt van 'ja maar misschien moet ik toch wel even zeggen dat zij bijvoorbeeld hartproblemen heeft ook. Ze vertelt dat nu niet maar misschien is het wel belangrijk dat ik dat tegen u zeg'. En dan zegt die arts terug van 'vraag eens wat dat was' enzoverder. Dus vanuit belangenbehartiging gebeurt dat wel.” (Coördinator E)*

Tot slot werd overigens beschreven dat het 'al dan niet op frequente wijze gebruik maken van een triadische interventie' onderhevig is aan de 'gewoonte' en kenmerken van een dienst. In congruentie met het ideaaltype werd drukte op de dienst hierbij als een pijnpunt beschreven. Een interventie is daarenboven vaker niet triadisch wanneer het praktische, niet-medische informatie betreft.

#### 4.4.1.9 Auditief-gehandicapte patiënten

Krachtens het Koninklijk Besluit en het theoretische ideaaltype, kan ICB in principe eveneens auditief-gehandicapte patiënten betreffen, daar deze gelijkende barrières ondervinden. In de interviews is eveneens nagevraagd in hoeverre dit strookt met de praktijk. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen slechthorende en geheel dove patiënten. Bij de eerste groep bleek namelijk vooral met een koptelefoon met versterkers gewerkt te worden, waardoor de betrokkenheid van ICB nihil is. Bij de doven bleek dit wel het geval te zijn. Door een recente pro actieve sensibilisering rond dit thema door Hans Verrept middels een centrale vorming i.s.m. Philippe Verstraeten, waren alle diensten ICB zich hier immers van bewust. Voorgaand aan deze studiedag bleek dit dan ook minder het geval te zijn. Het feit dat dove patiënten een gelijkende problematiek en communicatieve discordantie kennen, wordt nu dan ook door alle respondenten beaamd. Eén ziekenhuis ziet deze problematiek echter los van ICB en binnen haar bredere 'diversiteitsaanpak'. De andere ziekenhuizen beschouwen dat niettemin wel allemaal als zijnde een onderdeel van ICB.

*“Ik probeer daar ook hier intern wat sensibilisering rond te doen.[...] Ik heb ooit zelf gebarentaal gestudeerd. En dat was van een dove lesgever. En dat was voor mij heel confronterend hoe slecht dat auditief gehandicapten eigenlijk de Nederlandse taal machtig waren. [...] Want hoe gebeurde dat tot nu, er kwam een dove patiënt, de zorgverlener nam een latje en een balpen en schreef alles op. En zulke mensen kunnen dat wel lezen, maar die hebben zelf ook heel veel problemen met het schrijven omdat ‘ze dat niet horen’. En ik denk dat dat ook wel een barrière is om alle vragen te stellen en dergelijke. Het is bovendien ook echt een andere cultuur. Ook in het communiceren hebben ze hun eigen regels en dergelijke.” (Coördinator F)*

De visie in de verscheidene ziekenhuizen omtrent deze doelgroep kan als een tweezijdig standpunt geaggregeerd worden. Enerzijds blijken ze unaniem bereid te zijn om een doventolk te regelen indien hier vraag naar is vanuit de patiënt of zorgverlener. Anderzijds zijn ze wel geneigd om vooreerst na te vragen of ze nog gerechtigd zijn om gratis een tolk via het ‘CAB (Vlaams Communicatie Assistentie Bureau) aan te vragen. In tegenstelling tot anderstaligen blijken voor hen immers via hun erkenningsnummer wel jaarlijks een aantal uren taalbijstand gratis door de overheid ter beschikking gesteld te worden, dewelke overigens niet kunnen overgeheveld worden naar de daaropvolgende jaren. Het feit dat sinds kort een videotolk gebarentaal ter beschikking staat op maandag en vrijdag, blijkt het gebruik van diverse taalbijstand overigens wel in het bijzonder te stimuleren.

*“In principe, brengen dove patiënten zelf tolken mee. Ze hebben een speciale erkenningsnummer en met deze nummer hebben ze recht op een bepaald aantal uren. [...] Maar we hebben wel videotolken. Als dat echt nodig is, kunnen we ook met de videotolken werken.” (Bemiddelaar C)*

Zo werd de vraag ‘hoe zou u dan diverse taalbijstand regelen?’ als volgt beantwoord:

- Via de videotolk (3 respondenten)
- Via een externe doventolk (2 respondenten)
- Via een interne tolk (1 respondent)
- Via een interne tolk, of indien nodig via een externe doventolk (1 respondent)
- Via een interne tolk, of indien nodig via de videotolk (1 respondent)
- Ik heb er weinig zicht op doordat er weinig vraag naar is (6 respondenten)
- Ik weet het niet want het is nog nooit voorgevallen (1 respondent)
- Hierin bevinden zich nog heel wat werkpunten om de werking ervan te verbeteren (3 respondenten)

In praktijk blijkt de vraag naar taalbijstand voor auditief gehandicapte patiënten dan ook vrij sporadisch te zijn, gaande van een subjectief geschatte 3 tot 4 keer per maand tot éénmalig per jaar. Onderrapportering zou hier dan ook wel eens een knelpunt in kunnen vormen. Twee zorgverleners beschreven zo dat ze er niet aan zouden denken om ICB te contacteren als ze in aanraking komen met een dove patiënt. Toch moet gerelativeerd worden dat deze onderrapportering niet de enige oorzaak is, bovenstaande mogelijkheid tot taalbijstand langsom het CAB in rekening houdende. Vanuit het perspectief van de respondenten blijken deze groep dan ook niet dermate slachtoffer te zijn van statistische discriminatie zoals dat bij allochtone patiënten het geval is, noch zozeer geïsoleerd te zijn door toegangsbarrières. Toch blijkt hieromtrent nog heel wat werk te zijn, mede doordat het een kleine groep betreft in tegenstelling tot bijvoorbeeld kinderen, waardoor een ziekenhuis sneller geneigd is om zich in te zetten om als ‘baby-friendly’ benoemd te worden, dan als ‘dovenvriendelijk’.

*“Ik denk dat we daar wel werk hebben enerzijds. Anderzijds is het mij wel een beetje vreemd dat ik nog geen vraag hierrond gekregen heb. Dat maakt natuurlijk dat je er ook nog niet veel rond gedaan hebt.” (Coördinator B)*

*“Soms denk van ‘goh, iemand die doof of slechthorend is, kan wel geschreven informatie verwerken’. Vaak komt er ook wel iemand uit de omgeving die zegt van ‘ik communiceer en zeg het maar’. Want het is niet zo dat zo iemand helemaal afgezonderd zit. [...] En met bijvoorbeeld rolstoelen is dat makkelijker te ‘realiseren’ omdat de buggy’s van de kinderen ook die voorzieningen kunnen gebruiken. Dus dan zeg je ‘oh dat is gemakkelijk, ook die maken daar gebruik van’. Bij die doven is dat echt wel een probleem.” (Coördinator E)*

#### 4.4.2 Cultural brokerage

Dat een bemiddelaar eveneens een culturele brugfiguur is terwijl diverse taalbijstand uitsluitend de taalbarrière overbrugt, wordt unaniem bevestigd in de interviews. In feite blijkt een ICB'er de brug te slaan tussen het tekort aan kennis en sensibilisering van de zorgverlener over de cultuur van de allochtone patiënt en de gebrekkige bewustheid van de allochtone patiënt over de gangbare waarden en normen in een ziekenhuis. Het wordt door de overgrote meerderheid van de respondenten dan ook beschouwd als een van de voornaamste taken van een dienst ICB, op het voorzien van taalbijstand na. Toch blijkt deze theoretische 'cultural brokerage' een meer gevoelige en moeilijke kwestie te zijn, doordat het niet zo tastbaar is zoals het taalprobleem, zo wordt in onderstaande citaten beschreven.

*"Cultuur is in beweging, dat blijft niet staan, dat evolueert. Dat wordt altijd gezegd, ook in de literatuur."* (Bemiddelaar E)

*"We komen vaak situaties tegen waar dat de culturele achtergrond van de patiënt te weinig gekend is bij de arts of bij de hulpverlener en waardat er dan een bepaalde onenigheid of spanning ontstaat door het feit dat beide partijen elkaar eigenlijk niet goed begrijpen. En dan is het wel aan de ICB'er om te duiden wat hier nu juist het probleem is en waar dat van komt."* (Coördinator C)

*"Het komt heel weinig voor, culturele uitleg. [...] Als er vragen gesteld worden rond religie, vind ik dat wij niet voldoende weten. Wel kunnen wij dan zeggen dat wij er iemand bij halen van dat geloof."* (Bemiddelaar B)

*"Wij hebben onlangs nog een hulpverlening gehad waar dat we een patiënt moesten gaan uitleggen dat die nog heel wat rekeningen had openstaan en dat die hier eigenlijk niet kon blijven. Dat was een Bulgaarse patiënt. Dus om dat dan helemaal te gaan uitleggen in een uur in een gesprek met een maatschappelijk werker, een assistent, een arts, alles achter elkaar, dan vind ik een ICB'er veel beter dan een sociale tolk."* (Coördinator A)

*"Het meest duidelijke is dat taalverschil natuurlijk. Al de rest is onderliggend en gaat zich ook niet altijd meteen duidelijk maken of duidelijk zijn in een gesprek. Maar ik ben er wel van overtuigd dat dat speelt en toch wel in elk contact kan spelen"* (Coördinator D)

*"Ik heb al veel geleerd van hen. Want het is natuurlijk zo, als het (taalgroep) ICB'ers zijn, delen zij die leefwereld en weten zij vaak beter wat er gaande is in hun cultuur."* (Zorgverlener E)

Culturele barrières en de mate dat deze zich voordoet blijken dan ook situatie-afhankelijk te zijn en interdependent aan de specifieke kenmerken van de taalgroep. Bij Italianen werd dit bijvoorbeeld veel minder bevonden, dan bij islamitische of joodse taalgroepen, niettegenstaande de culturele barrière ook hier niet onbestaande is. De statistische discriminatie, zoals bijvoorbeeld de rol van scholingsgraad, werd weliswaar eveneens als een belangrijke determinant hiervan vernoemd. De bevonden 'inhoud van de culturele barrière' is uitvoerig in bijlage C van deze verhandeling uitgediept en uiteengezet, gebruik makend van een veelvoud aan citaten en een synthese van de bevindingen uit de diepte-interviews. Hieruit blijkt dat de in het theoretisch ideaaltype beschreven culturele barrière inderdaad geheel te strookt met de realiteit, ofschoon in de empirie dit ideaaltype nog verder is aangevuld en het zodoende is uitgebreid. Enkel een cultureel verschil 'persoonlijke ruimte' is merkwaardig genoeg door geen enkele respondent als dusdanig beschreven geweest. De geïnterviewde patiënten beschreven temeer geen culturele barrière waar te nemen, omwille van hun Russische en Oekraïense origine.

*"Mijn persoonlijke mening is 'taal breekt alles'. Als iemand de taal machtig is, kan die heel veel bruggen overschrijden. [...] Maar ook uw scholing en uw assertiviteit he, hoe dat je er voor opkomt, dat is ook wel heel belangrijk. En begrip, als de hulpverlener ook begripvol is, kan je veel bereiken maar als die niet veel wil overwinnen, sta je ook voor een blokkage."* (Bemiddelaar E)

*“Vaak is het perfect vertalen al genoeg hulp volgens mij. Maar ooit betreft het wel een cultureel aspect natuurlijk, maar daarvoor hoef je niet van allochtone afkomst te zijn. Mensen zeggen heel gemakkelijk uit beleefdheid ‘ja dat is goed’ of ‘oké heb het begrepen’, ook Belgen” (Coördinator D)*

Het werken met een expliciet vragenlijst die het ‘socio-culturele interpretatiekader’ dient te achterhalen, evenals de nadrukkelijke inzet op ‘expectation management’ blijkt echter een utopie. Meer dan theorie blijkt immers knowhow uit ervaring de hoeksteen van de culturele competenties van ICB’ers, en in mindere mate ook de coördinatoren, te vormen. Hoewel de meesten dit culturele overbruggen doen tijdens een triadische interventie, werd door één bemiddelaar beschreven dat deze dit strikt scheidt. Het gebeurt ook dat zorgverleners expliciet aan ICB’ers bepaalde informatie vragen rond cultuur, en op één ziekenhuis na wordt dit ook wel altijd gedaan, maar het doet zich eerder sporadisch voor.

*“Vanaf het moment dat de tolkinterventie begint, moet alles vertaald, getolkt worden. Als je met de hulpverlener wilt overleggen, moet je dat daarna doen.” (Bemiddelaar G)*

Cultural brokerage blijkt zich overigens voornamelijk voor te doen wanneer de dienst ICB erbij wordt geroepen als tolk of bij conflicten. Het in het ideaaltype beschreven knelpunt dat dit niet gebeurt wanneer de ICB’er niet moet vertalen, blijkt daarmee grotendeels te stroken met de realiteit. Toch dient hierbij enige bedenking gemaakt worden in de zin dat de mate dat zorgverleners zelf aan ‘culturele overbrugging’ doen niet onderschat mag worden. Door veelvuldige ervaring met allochtone patiënten blijken deze immers eveneens al heel wat sensibilisering en kennisvergaring hieromtrent te hebben ondergaan.

*“Ik probeer vooral voor dat we starten zo veel mogelijk informatie te geven over wat er juist gaat gebeuren. [...] Ik ga daar wel iets voorzichtiger mee omspringen.” (Zorgverlener F)*

*“Ik merk dat dus ook naar mijn gezin. Heel veel dingen die ik automatisch vind of normaal vind, vinden zij niet normaal. [...] dat is toch gevolg van het werken met zulke patiënten.” (Zorgverlener C)*

*“Als ik vroeger op een afdeling werkte en er lag een islamitische patiënte, dan verdeelden wij dat soms al op voorhand. Dan zei ik ‘oké, pak jij die patiënt dan pak ik er één van u over’. Je probeert daar zoveel mogelijk respect voor te hebben en het dan op die manier op te lossen.” (Zorgverlener F)*

*“Mensen zijn zelf inventief genoeg soms he. Het is soms ongelooflijk hoe rap dat mensen op zoek gaan naar een oplossing, soms te rap ook. Een beetje die overculturalisering dat daar dan ook aan de pas komt. Zo van ‘die mens ziet er bruin uit, ik zal een keer vragen of die eigenlijk wel vlees eet’. Ik denk dat het gevaar eerder daar in zit. Maar ik vind dat ze dat hier wel vrij goed doen.” (Coördinator A)*

Hierin blijkt het gevaar van ‘(over)culturaliseren’ en stereotypering, in congruentie met het ideaaltype, dan ook in praktijk wel de kop op te steken. Deze problematiek werd nagenoeg door zowat elke respondent erkend als een delicate en moeilijke, maar persistent aanwezige zaak, gelinkt met de een meer pragmatische ingesteldheid van sommige zorgverleners. Het complexe onderscheid tussen cultuur- en mensenverschillen werd hierbij als oorzaak beschreven, evenals de statistische discriminatie van allochtonen in de samenleving. De dienst ICB tracht hier in de mate van het mogelijke dan wel, hetzij vraaggestuurd, hetzij pro actief op in te zetten, het blijkt een fenomeen te zijn dat hardnekkig verbonden is met de inzet op een kwalitatieve interculturaliteit. Opmerkelijk hierbij is dat de intenties waardoor deze culturalisering plaatsvindt, doorgaans oprecht goed bedoeld zijn. Ofschoon ook werkelijke gevallen van discriminatie en racisme in de interviews worden benoemd, blijkt deze immers zeldzaam te zijn. In wat volgt zal hier nog dieper op ingegaan worden.

*“Je moet weten dat er naast cultuurverschillen ook mensenverschillen zijn. Elke mens ervaart op zijn manier de zaken en gaat op zijn manier om met problemen.” (Bemiddelaar C)*

*“Iemand die illegaal is, die geen werk en geen ziekteverzekering heeft en dan in een ziekenhuis komt en die ‘begot’ niet weet wat een ziekenhuis is of nog nooit zo een groot ziekenhuis gezien heeft, dan moet je niet over cultuur beginnen. De basisbehoeften van die personen zijn daar vaak niet vervuld, dus cultuur komt daar meestal pas later aan te pas. En zeker in acute situaties in ziekenhuizen wordt er soms te rap ook gezegd ‘dat het de cultuur is.’” (Coördinator A)*

*“Er is een casus van een persoon die ik eigenlijk ook discriminerend vond omdat een mannelijke hulpverlener bij een anderstalige persoon direct naar binnen komt en luidruchtig zegt: ‘oei, het is een anderstalige, ik had een intiem toilet zeker niet mogen doen’, terwijl dat voor haar geen probleem was. Dus ze voelde zich gediscrimineerd, waardoor de patiënt klacht heeft ingediend.” (Bemiddelaar E)*

Een bijzonder knelpunt hierbij blijkt overigens de Roma-patiënten te zijn, waar nagenoeg geen enkele ICB'er voor bestaat, noch veel begeleiding of bemiddeling voor voorzien is. De culturele discrepantie bij Roma-zigeuners blijkt dan ook bijzonder hoog op te lopen, temeer omdat slechts een beperkt aantal autochtonen veel van deze cultuur weten. In vergelijking met bijvoorbeeld de zuiders-islamitische cultuur, zijn wat betreft sensibilisering hier dan ook nog heel wat meer pijnpunten waarneembaar.

*“Zij voelen zich bekeken of anders aangepakt terwijl het personeel vaak de indruk heeft dat ‘ze er niet veel mee kunnen aanvangen en niet goedwillig zijn’. Dus op dat vlak zou dat een win-win kunnen zijn, waar dat we eigenlijk zelf hier ook wel in willen investeren. Bij die groep is het wel vooral de vraag: ‘hoe bereik je ze?’ en ‘hoe hou je het vast op een of andere manier?’. Dat is een zoektocht die we gaan blijven volhouden.” (Coördinator B)*

Een tweede, eveneens in het ideaaltipe beschreven knelpunt van cultural brokerage betreft bovendien dat een ICB'er doorgaans zelf in de taalgemeenschap verweven zitten in hun privéleven (zie ook supra). Niettemin de geïnterviewde bemiddelaars dit perfect leken te kunnen scheiden en hierin een bijzonder professionele houding in aannemen, blijkt hierdoor wel eens wat sociale druk op de schouders van hen neer te komen. Het is doch nooit beschreven geweest dat dit werkelijk erg problematisch werd, maar het bemoeilijkt soms wel de werking van ICB en de vervulling van haar ‘neutrale brugfunctie’. Onderstaand citaat is hier een voorbeeld van. Een tweede voorbeeld betreft het citaat in bijlage C die beschrijft hoe vanuit de taalgemeenschap verwacht wordt dat de bemiddelaar iedereen kust bij ontmoeting, hoewel dit vanuit het ziekenhuis beleidsmatig wordt afgeraden teneinde de relatie van ‘koele nabijheid’ tussen hulpverlener en patiënt te behouden.

*“Dat is druk uit de omgeving: mensen die bellen naar de ICB'er en zeggen van ‘jij moet dit voor mij doen’. En het enige wat zij dan hebben, is zeggen van ‘ik mag dit niet van mijn chef’. En dan zeggen ze van ‘ah ja, oké’. En anders zeggen ze van ‘jij bent slecht’ en dergelijke. Dus dat is een manier om van alles te ritselen en regelen, ‘alé waarom doet jij dat niet, moest het u moeder zijn zou ik dat toch ook regelen voor u?’. Dus echt wat ‘foefelen’ om bijvoorbeeld snel een afspraak te krijgen.” (Coördinator E)*

Een laatste knelpunt dat in het ideaaltipe beschreven werd en eveneens is nagevraagd betreft de problematiek van ‘intraculturele diversiteit’ en een daaruit voortvloeiende gebrek aan culturele representativiteit. De geïnterviewde ICB'er erkenden dit fenomeen unaniem, toch beschouwden ze het allemaal hoegenaamd niet noodzakelijk als problematisch. Enige verbondenheid blijft immers merkbaar, hetzij omwille van het feit dat zulke patiënten in die situatie erg kwetsbaar zijn en zich sowieso reeds verbonden voelen met ‘diegene die hun taal machtig is’ in het ziekenhuis. Voorbeelden hiervan worden gegeven in onderstaande citaten. Bemiddelaars zien hun eigen dan ook niet zozeer als een ‘vertegenwoordiger van de cultuur van een taalgroep’, maar eerder als een brugfiguur die inzake cultuur bemiddelt indien dit strikt noodzakelijk is. Ervaring blijkt hier ook echter een sleutelrol in te spelen.

*“Dat ‘zelfde culturele achtergrond’-gevoel blijft, zelfs als er bij de islam strikt religieuze verschillen zijn, vind ik dat er toch wel een verbondenheid is qua tradities, voeding of bijvoorbeeld het zicht op medicatie.” (Bemiddelaar D)*

*“De Italiaanse gemeenschap is breder aan het worden dan alleen maar de oudere Italianen. Er zijn nieuwe migranten uit Italië die naar hier komen die geen Italianen zijn. Dus in dat opzicht zijn er heel grote verschillen. Kosovaren, Roemenen of Albanezen hebben een andere cultuur. Ze zijn wel in Italië opgegroeid, maar toch zijn ze niet te vergelijken met die eerste generatie Italianen. Ze zijn wel allemaal uit het Zuiden, meestal uit de dorpjes van Italië en meestal zijn ze analfaabeet of laaggeschoold. Dus die kenmerken zijn wel gemeenschappelijk. Wat ook gemeenschappelijk is, is het feit dat ze heel lang thuis verzorgd willen worden door de mantelzorg, door de kinderen. Of dat ze niet makkelijk in een rusthuis gaan, dat ze niet makkelijk openlijk praten over ziek zijn, over de dood. Dus eigenlijk zijn dat wel gemeenschappelijke dingen waar de diversiteit niet zo nauw aanwezig is. (Italiaanse bemiddelaar)*

*“Dat kan, dat je soms van bepaalde zaken zegt van ‘bij ons is dat zo en bij jullie is dat zo’, maar wij kunnen daarover praten en we leren van elkaar. Bijvoorbeeld iemand die van Mekka komt en een praktiserend moslim van eerste generatie is, gaat geen niet-ritueel geslacht vlees willen eten. Maar iemand van tweede of derde generatie die niet praktiserend maar enkel moslim is in de zin dat die soms wel naar het vrijdaggebed gaat en soms niet, gaat dat wel doen.” (Bemiddelaar E)*

*“Ik doe het eigenlijk al zo lang dat ik toch wel wat verschillen kan maken hoor. Dat ik toch al wel op voorhand zeg tegen de arts: ‘we hebben hier te maken met iemand die geschoold is en dingen opzoekt, dus wees duidelijk in uw uitleg. Je moet daar geen schrik voor hebben want die dame heeft me ‘dat’ en ‘dat’ en ‘dat’ al verteld’. Dat is soms toch wel positief. [...] Het is zelden dat je niet kan doordringen, want ze zijn eigenlijk kwetsbaar op dat momenten [...] Je hoort dat ook van de verpleging van ‘goh, jij kan er zo veel tegen zeggen, dat moeten wij niet proberen’.” (Bemiddelaar A)*

#### 4.4.3 Concrete hulp aan patiënten

De in de theorie beschreven vraaggestuurde vorm van concrete hulp aan behoeftige patiënten blijkt ook in praktijk één van de meest voorname taken van een ICB'er te zijn. De inhoud ervan kan door haar vraagafhankelijkheid echter erg diverse zaken inhouden. In bijlage D is een uiteenzetting van dit ruime spectrum aan diverse toegangsbarrières opgenomen en de wijze dat dit ondersteund wordt vanuit een dienst ICB in menig ziekenhuis. Dat er in samenhang met het ideaaltype effectief diverse barrières bestaan, is daarmee overduidelijk. Het betreft zowel paperassen (formulieren, vragenlijsten, brochures, ...) als organisatorische (wegwijs in het ziekenhuis, afspraken maken, ...) en medische zaken (medicijnen, nazorg, ...). Het probleem van analfabetisme werd daarbij uitvoerig aangekaart, evenals de rol van statistische discriminatie bij deze problematiek. Het belang van het breder kader waarin gesteld wordt dat eveneens diverse maatschappelijk kwetsbare groepen hier problemen in ondervinden en hierbij niet louter naar de taalkundig-culturele factor gekeken dient te worden, werd veelvuldig in de interviews gestaafd.

De inhoud van deze concrete hulp wordt wel unaniem beperkt tot het ziekenhuis, in de zin dat men niet bereid blijkt te zijn om deze hulp in diverse, externe zaken aan te bieden. Uitzonderlijk wordt hier dit wel gedaan, maar slechts binnen bepaalde perken. Het werd ook aangegeven dat zulke zaken snel gevaar lopen te ontaarden in zaken die volledig voorbij gaan aan de essentie van ICB.

*“Bijvoorbeeld bij dialysepatiënt die een niertransplantatie moeten krijgen. Dat gebeurt in (instelling), en natuurlijk hebben die niet altijd een tolk. Soms mogen wij gaan voor de eerste afspraak met de hulpverleners daar. Maar als wij dan één keer er zijn, regelt men dan op dezelfde dag in één keer afspraken met alle specialisten waar die patiënt moet zijn. [...] Ze hebben geprofiteerd. Maar omdat onze patiënt hier wordt opgevolgd, mogen wij één keer gaan, maar niet meer.” (Bemiddelaar C)*

*“De patiënt kan soms wel merken van, ‘oh dat lukt wel, ik ga misschien een stapje verder’. [...] Maar we hebben gezegd ‘nee, we doen niets buiten het ziekenhuis, daarvoor moeten andere hulpverleners ingeschakeld worden’.” (Bemiddelaar B)*



*“Jij bent het aanspreekpunt. [...] En natuurlijk bellen ze naar ons om te vragen, ‘is dat mogelijk of niet?’. Binnen de instelling doen we veel telefoontjes naar de raadplegingen met vragen. [...] Maar als zij vragen ‘wilt u naar het OCMW bellen?’ Nee, dat doen we niet. Binnen de instelling doen we veel, maar alles daarbuiten is onze taak niet. (Bemiddelaar C)*

Omtrent de frequentie van deze concrete hulp bestaat tussen de ziekenhuizen geen eensgezindheid. In sommige ziekenhuizen wordt gepromoot dat zorgverleners deze hulp in eerste instantie zelf bieden, terwijl in een andere instelling ‘concrete hulp’ als het ware als een van de meeste elementaire taken van de ICB’er beschreven werd. In een ander ziekenhuis wordt expliciet getracht de zelfstandigheid van de patiënt in de mate van het mogelijke te bewaren. Eén bemiddelaar stelde overigens dat dit vooral gedaan wordt als zich reeds een probleem voordoet. De rol de sociale dienst werd eveneens door menig bemiddelaar benoemd hierbij, waarbij zij stelden dat zij hierin vooral opnieuw de vertalen zodat de sociaal werker haar takenpakket naar behoren kan vervullen. Ook gesubsidieerde coördinatoren blijken pro actief in te zetten op het bieden van concrete hulp waar nodig, maar unaniem in samenwerking met de sociale dienst. Het gebruik van het videoconferentiesysteem blijkt hierbij overigens als ongepast beschouwd te worden.

*“Ik probeer hieromtrent echt mijn best te doen. Mijn deuren staan ook altijd open opdat de behoeftigen mij kunnen vinden. Maar doordat ik niet voltijds werk en zodus niet altijd bereikbaar ben, doen zorgverleners ook heel veel.” (Coördinator F)*

*“Ik denk dat het in praktijk waarschijnlijk ook wel eens zal voorvallen dat iemand anders tracht daaromtrent hulp te bieden. Maar dat zal afhangen van de kennis van het Nederlands dat de patiënt bezit. Ik heb zelf, toen dat ik nog medewerker van de sociale dienst was, zelf nog getracht gesprekken in het Nederlands te doen met bijvoorbeeld een Turkse patiënt, maar na verloop van tijd merkte ik dat we niet kwamen tot wat we moesten komen. Dat is hetzelfde bij bijvoorbeeld het invullen van een vragenlijst: je kan als zorgverlener wel eens proberen om zulke hulp aan te bieden, maar op het moment dat gemerkt wordt dat er men er niet komt, zal de hulp toch ingeroepen moeten worden van iemand die de taal wel machtig is. En dan wordt wel de link gelegd met ICB.” (Coördinator C)*

*“Ikzelf hou mij daar niet mee bezig. Dat lukt mij niet.” (Coördinator A)*

De aanleiding waartoe concrete hulp plaatsvindt, is meestal een contactname met ICB doordat ze taalbijstand benodigen en waarbij er op andere problemen omtrent concrete zaken gebotst wordt of, maar dat is meer sporadisch, een intercultureel conflict zich voordoet waarbij bemiddeld dient te worden. Het betreft daarbij vaker ambulante dan opgenomen patiënten, zoals beschreven door enkele respondenten.

*“De aanleiding is meestal niet een conflict, maar dat er iemand die de Nederlandse taal niet machtig is op consultatie moet komen bij de dokter en een tolk nodig heeft.” (Coördinator C)*

*“Die doelgroep is vaak een doelgroep die naar huis gaat, waar wij weinig regelen en waar dat netwerk zelf nog heel veel opneemt. Want bij de andere patiënten zou ik zeggen dat de meest voorkomende vragen ‘thuishulp’ en ‘mensen die moeten geplaatst worden’ zijn. Bij hen is het vaak toch de informatieoverdracht die niet duidelijk is, hetzij voor de patiënt zelf, hetzij voor familieleden.” (Coördinator B)*

Aangaande de geïnterviewde patiënten, blijkt één van twee dit soort van bijstand te hebben ervaren en beschrijft dit. De andere patiënt heeft dit steeds met behulp van familie gedaan en acht dit eveneens als een accurate oplossing voor de diverse toegangsbarrières. Deze stelde ook dat die het niet nodig vond dat een ICB’er hierbij zou helpen. Ook diverse respondenten beschreven het niet te onderschatten belang van familieleden inzake deze concrete hulp. Het feit dat concrete hulp vraaggestuurd en interdependent aan de graad van behoefte van de patiënt is, blijkt zodus gerechtigd te zijn.

*“Zij heeft mij altijd geholpen, alles gaat via haar. Als de dokter gecontacteerd moet worden, in verband met papieren, dus resultaten van onderzoeken of een afspraak of iets, zij doet dat altijd. Ze heeft mij altijd begeleid.”* (Patiënt A)

*“Als het formulier bijvoorbeeld bij opname ingevuld moest worden, heeft mijn familie – mijn zoon of dochter – dat gedaan voor mij. En nadien en kon ik het wel zelf invullen. Dat doe ik nu ook.”* (Patiënt B)

#### 4.4.4 Emotionele ondersteuning

Een vierde functie van een dienst ICB die in het theoretisch ideaaltype besproken werd, betreft emotionele ondersteuning van de allochtone patiënt. In het interview met Hans Verrept beschreef hij niettemin hoe hij plant deze taak uit zijn olijsting te elimineren, omwille van de volgende redenen.

*“Emotionele ondersteuning geeft iedereen wel die in het ziekenhuis werkt. En we vinden het teveel alsof de ICB’er dat voor de allochtonen alleen gaat doen en gaat ontaarden in een soort van amateurpsychotherapie. Dat is gevaarlijk als je dat in die olijsting hebt staan.”* (Hans Verrept)

Afgezien daarvan werd dit wel in de ziekenhuizen bevestigd. Het is hoe dan ook de laatste 10 jaar wel beschreven als een van de dimensies van ICB in het Vlaamse zorgveld. Ruwweg konden hierin drie ‘typen’ ziekenhuizen waargenomen worden, respectievelijk ziekenhuizen waar emotionele ondersteuning door ICB nihil is, waar deze wel plaatsvindt maar ‘ad hoc’ en niet georganiseerd en ziekenhuizen waar dit wel op regelmatige basis gedaan wordt. Drie ziekenhuizen, waar overigens enkel een gesubsidieerde coördinator tewerkgesteld was, behoorden tot deze eerste categorie en beschreven hierbij dat het niet echt ‘hun taak’ betreft, maar eerder die van de sociale dienst in het ziekenhuis. Wel werd hiervoor door hen de mogelijkheid voorzien om zulke gesprekken triadisch met een tolk te laten plaatsvinden.

*“Wat betreft zulke emotionele ondersteuning, denk ik niet dat het echt mijn specifieke taak is binnen dit ziekenhuis. Als patiënten de draad kwijt zijn, zullen ze meer algemeen de sociale dienst bellen.”* (Coördinator F)

*“Elke patiënt valt onder een maatschappelijk werker. Dus als er een anderstalige patiënt opgenomen is op een afdeling, de cardiologie bijvoorbeeld, gaat de maatschappelijke werker van de cardiologie sowieso voor de patiënten van de cardiologie kijken of hier nood aan is, ook voor de patiënten die een andere taal spreken. Dus ik ga er dan wel voor zorgen dat er taalbijstand is, maar voor de rest laat ik mijn collega haar werk doen. [...]. Ik laat ze wel aan een aantal dingen denken, bijvoorbeeld aan cultureel gebonden zaken.”* (Coördinator A)

De tweede categorie, waar emotionele ondersteuning eerder occasioneel plaatsvindt, betreft voorts vier ziekenhuizen. Drie hiervan hebben bemiddelaars in dienst. In welk geval dit dan gedaan wordt, blijkt echter erg te variëren tussen de ziekenhuizen, maar eveneens tussen de betreffende medewerkers van de dienst. Zo beschreef één ziekenhuis met louter een gesubsidieerde coördinator dat emotionele ondersteuning bieden in principe niet haalbaar is omwille van een beperking in tijd en geld, maar hier wel bepaalde uitzonderingen in zijn voorzien. Zo bleek dit bij een slechtnieuwsgesprek of bij oncologische patiënten wel gedaan te worden, ofschoon het in de andere afdelingen verwacht bleek te worden dat het door de zorgverleners zelf opgevangen wordt mits voorziening van taalbijstand indien nodig. In een ander ziekenhuis wordt het ook voornamelijk gedaan bij een slechtnieuwsgesprek, maar toch behoudens een individueel inschattingsvermogen voor andere situaties. Een voorbeeld hierbij was de situatie dat als een ICB’er een familie erg lang begeleidt, het zeker mogelijk is dat deze die nog verdere ondersteuning biedt.

In een derde ziekenhuis werd dan weer beschreven hoe verwacht wordt dat de bemiddelaars in eerste instantie tolken, maar toch enigszins medeleven tonen, een luisterend oor bieden en de patiënt wegwijs maken in de mogelijkheden van (bijvoorbeeld psychologische) ondersteuning in het ziekenhuis. Dit staat dan weer haaks op de visie van het vierde ziekenhuis waar gesteld wordt dat hier geen ruimte voor is in een triadische interventie, maar one-to-one gesprekken wel in bepaalde situaties geregeld kunnen worden. Ondanks deze incoherentie, blijken alle vier de instellingen zich wel bewust te zijn van het feit dat ze niet geschoold, noch gevormd zijn voor psychologische ondersteuning, maar een zekere steun vanuit de dienst ICB wel voorzien dient te worden doordat ze een aanspreekpunt en een vertrouwensfiguur zijn. Samenwerking met de ondersteunende psychologische en sociale diensten blijkt hier overigens als onontbeerlijk beschouwd te worden.

*“Bijvoorbeeld, een kindje dat te vroeg geboren is met bepaalde aandoeningen, die moeder heeft het emotioneel moeilijk. Dan kan je die wel ondersteunen, maar je doet dat nooit echt alleen. [...] Dat is ook tolken. Ik heb zo iemand gehad die prenataal emotioneel werd. Dan hebben we eerst iemand van de sociale dienst erbij gehaald en ook haar gynaecoloog. En dan zijn we naar een aparte ruimte gegaan, we hebben dat besproken en ook voorgesteld ‘er zijn ook psychologen’. Dus dat je die ondersteuning wel kan geven. Alleen is dat wel moeilijk, ook voor ons achteraf dan he.” (Bemiddelaar B)*

*“Wij zijn daar niet voor gevormd he. Welke woorden moeten wij daarvoor zoeken, weet u? De hulpverlener weet dat beter. Wij gaan gewoon mee en dat is ook tolken.” (Bemiddelaar C)*

*“Dat is niet zo realiseerbaar en bovendien, ik heb het eerder in dit interview al gehad over het inperken van waarvoor een patiënt beroep kan doen op een ICB’er. Omwille van het feit dat het een zeer aanklappende doelgroep betreft, is het belangrijk dit voor een stuk te gaan beperken. [...] Omdat dit zowel naar tijdsinvestering als in de praktijk soms moeilijk is en omdat je je door je op zulke dingen toe te spitsen, een stuk op glad ijs begeeft. En we willen zeker ook de positie van de ICB’er daarin bewaken. Wat we bijvoorbeeld onlangs hebben gehad: een patiënte die bij de arts geweest is en een zeer slechte diagnose gekregen heeft. De ICB’er gaat weg na het gesprek en de patiënte is eigenlijk mee tot hier op de bureau gekomen, wat eigenlijk niet de bedoeling is. Maar die dame was enorm overstuur en had niet alles kunnen ventileren tijdens dat gesprek. Uiteindelijk is de patiënte binnengegaan op de bureau en heeft ze toch haar verhaal kunnen vertellen achteraf [...] Ik heb daarop gezegd ‘goed, als die patiënte daar nood aan had, mogen jullie daar ook tijd voor vrijmaken. Het was alleen niet zo goed dat het hier op de bureau is gebeurd. We hebben ook spreekruimten’.” (Coördinator C)*

De vertrouwensrelatie blijkt bovendien ook meer in het algemeen centraal te staan bij een ICB’er. Het wordt door menig respondent bevestigd dat deze opmerkelijk groter is bij ICB’ers dan bijvoorbeeld bij zorgverleners die de taal van de patiënt niet machtig zijn of bij diverse professionele tolken. Dit werd zowel door de zorgverleners als een patiënt als positief beschouwd. Het risico op sociaal isolement van allochtone patiënten wordt dan ook door de meerderheid erkend, hoewel beschreven wordt dat het in bepaalde culturen hoger ligt dan in anderen en dat statistische discriminatie hier eveneens een determinerende rol in speelt.

*“Je voelt wel dat dat ergens een vertrouwensband is die ik op die moment niet kan bekomen omdat ik de taal niet machtig ben. Die taal blijft toch de grootste barrière om dat vertrouwen te kunnen winnen.” (Zorgverlener D)*

*“Ik ben rustiger en haar dankbaar omdat ik weet dat ik ook in vertrouwen dingen kan vertellen die niet verder gaan en dat ook professioneel wordt omgegaan met vertrouwelijke informatie.” (Patiënt A)*

Het derde type ziekenhuizen betreft de drie instellingen die wel regelmatig inzetten op emotionele ondersteuning, hetzij elk op een eigen wijze. Het eerste ziekenhuis blijkt dit zodoende te doen door preventief in de wandelgangen van het ziekenhuis pro actief op zoek te gaan naar nood aan ICB en ondersteuning. Dit zal in wat volgt nog nader besproken worden.

Een tweede ziekenhuis beschrijft hoe deze dit doet langsom de organisatie van intakegesprekken met allochtone patiënten voorafgaand aan triadische gesprekken en hoe een 'emotioneel ondersteunende en hulpvaardige houding' vereist wordt van alle zorgverleners ten aanzien van alle patiënten. Een derde ziekenhuis stelt een zulke ondersteuning te bewerkstelligen doordat deze als het ware een soort van 'traject-begeleiding' mogelijk maakt aan behoeftige allochtone patiënten, waarbij de ICB'er bewust voorgaand aan het triadisch gesprek hier al wat tijd voor vrijmaakt. Alle drie de ziekenhuizen blijken dit overigens ten dele ook te doen teneinde te verzekeren dat informatie die door de patiënt niet verteld wordt in een gesprek met de zorgverleners, maar wel van belang is, ook effectief wordt doorgegeven aan de zorgverlener. In hoeverre de emotionele ondersteuning plaatsvindt, hangt bovendien af van het karakter van de patiënt en de mate dat die daar nood aan heeft. Ze beschouwen het dan ook niet direct als een expliciete taak van hun, maar eerder als een fenomeen dat onvermijdelijk gepaard gaat met hun functie als ICB'er.

*"Je kan heel veel emoties opvangen door alleen maar naar de mensen te luisteren. En als ze dat dan in hun eigen taal kunnen en ze doen dat dan ook tegen iemand die hun taal verstaat, dat is heel belangrijk. Wat ik doe in die gesprekken, is wel filteren als er echt iets is dat de arts of de andere hulpverleners moeten weten. Dus ik probeer dan ook altijd tegen de patiënt te zeggen 'kijk, het geen dat je nu hier vertelt, het is toch wel belangrijk dat de dokter dat weet'. [...] Puur omdat het dan aan hun is om als hulpverleners om te bekijken 'moeten we doorverwijzen of wat moeten we ermee?'. Dat is niet aan mij." (Bemiddelaar A)*

*"Sommige mensen hebben de neiging om hun levensverhaal te doen. Of na een zwaar gesprek, zoals een slechtnieuwsgesprek met de dokter, dat de mensen even opvang nodig hebben en dat wij proberen om ze inderdaad emotioneel te ondersteunen, hun hart te laten luchten. Ja, dat gebeurt. Maar het is niet dat we daar afstand van kunnen nemen. We zijn niet alleen maar tolken, we zijn meer he. We hebben ook veel gesprekken alleen met de patiënt, omdat we die begeleiden van A tot Z." (Bemiddelaar F)*

*"Ik denk dat je dat wat moet kunnen inschatten, ook als bemiddelaar. Nu zijn we misschien op dat vlak wel redelijk veeleisend voor onze mensen, maar of je nu bemiddelaar bent of sociaal werker of mortuariumassistent of vrijwilliger aan de balie: als je ziet dat iemand verschrikkelijk veel pijn heeft of verwachtingen, ik vind eigenlijk dat je daar sowieso op moet inspelen." (Coördinator G)*

*"Ik kom 5 of 10 minuutjes vroeger of ik kom als ze hulp nodig hebben bij de inschrijving of wat dan ook. Dat zijn wel momenten dat ik alleen met de patiënt ben. En dikwijls neem ik iets van het werk mee dan dat ik schriftelijk moet doen. Maar soms vertellen de patiënten wel. En dan heb ik ook al wat achtergrond, bijvoorbeeld van 'hoe lang die patiënt hier al is'. Meestal hebben ze wel zin om te praten. Als ze willen praten, luister ik. Maar dat is meer gewoon zo dagdagelijks, dat is niet echt een taak. Maar bijvoorbeeld psychologische ondersteuning bij terminale patiënten, dat is mijn taak niet. Maar het feit dat ze met iemand kunnen praten ..." (Bemiddelaar G)*

Een bijzondere bemerking betreft de waargenomen emotionele ondersteuning die door beide geïnterviewde interne tolken werden vervaardigd. Dit betreft dan wel een eerder informeel, onprofessioneel circuit dat nauw samenhangt met bovengenoemde knelpunten van informele taalbijstand, het blijkt eveneens als een meerwaarde gezien te worden. Hoewel het vertrouwen hier wel aanwezig kan zijn, afgezien van de afwezigheid van enige deontologische code, blijken informele tolken het vanuit hun functie wel moeilijker te achten om accuraat door te verwijzen naar de nodige diensten indien nodig doordat dit niet expliciet tot hun takenpakket behoort.

*"Een gezin die bijvoorbeeld problemen had met een prematuurtje heb ik dan wel kunnen helpen, en ook emotioneel. Maar niettegenstaande blijft dat altijd wel moeilijk want wij hebben daar geen opleiding voor gehad." (Zorgverlener A)*

*"Ik volg het gezin al vele jaren en ik denk dat het gezin hulp nodig heeft van een psycholoog bijvoorbeeld. De grote hulp is dat de pediater van dit kind gelukkig een heel lieve, goede mens is en dat hij altijd alles op een duidelijke manier heeft getracht te vertellen en te helpen." (Patiënt B)*

Een additioneel knelpunt dat in het ideaaltype beschreven werd is de mate dat allochtone patiënten zich eerder ‘aanklampend’ opstellen bij emotionele ondersteuning door ICB’ers en de mate dat dit in strijd is met de bewaring van een professionele houding van ‘koele nabijheid’. Ofschoon dit reeds deels in voorgaande citaten beschreven werd, zijn hieromtrent nog enkele opmerkelijke citaten noemenswaardig. De meningen blijken hierin omzeggens bijzonder te verschillen van respondent tot respondent. Zo beschreef één bemiddelaar dat deze zonder enige probleem steeds haar gsm-nummer doorgeeft aan alle allochtone patiënten ingeval een noodzaak zich voordoet, terwijl een andere bemiddelaar stelde dat deze bewust elders dan in de wachtzaal wacht voor een triadisch gesprek, teneinde het ‘aanklampen’ in de mate van het mogelijke te voorkomen.

*“Al die afspraken zijn er om ook de ICB’er een stuk te bewaken en hun grenzen te laten stellen omdat die hun doelgroep, en dat is absoluut niet slecht bedoeld, mensen zijn die de neiging hebben om zeer aanklampend te zijn. Dat zijn ook mensen die de ICB’er als alwetend aanspreekpersoon aanzien.” (Coördinator C)*

*“Vroeger vond ik dat dat opviel. Maar nu vind ik dat veel minder. Ook omdat ze denk ik begrepen hebben dat wij dat toch niet toelaten.” (Coördinator G)*

*“Absoluut niet. Waarom zouden ze dan doen? Dat zijn mensen en die hebben ook verstand. Er zijn natuurlijk mensen die minder beleefd zijn of zo, maar dat heb je overal. En ik vind het wel een absolute meerwaarde dat ook buiten de werkuren indien dit nodig is, gewerkt kan worden. De patiënten zijn belangrijk. Als dat echt serieuze, levensbedreigende situaties zijn, kan je kostbare tijd verliezen. En als je de mogelijkheid hebt om dat te doen, waarom zou je dat dan niet doen?” (Bemiddelaar G)*

Omtrent deze ‘wachtzaal-kwestie’ in het specifiek is overigens heel wat variatie waarneembaar. In sommige ziekenhuizen begeleiden de ICB’er de patiënt doorheen het gehele traject en wachten ze overal mee, terwijl in andere ziekenhuizen de bemiddelaars enkel aanwezig zijn bij de triadische interventie. De overgrote meerderheid blijkt zich echter ergens daartussen te bevinden in de zin dat het wordt toegelaten, maar niet onvoorwaardelijk en behoudens een zekere limiet in tijdsduur. De meerwaarde ervan wordt dan ook door de meerderheid van de respondenten erkend, toch blijkt het ook verscheidene nadelen met zich mee te brengen.

*“Ik ga nooit bij de patiënt in de wachtzaal zitten. Dat doe ik niet. Vroeger deed ik dat, maar nu niet meer omdat dat heel moeilijk is omdat patiënten u soms echt vastklampen en met allerlei dingen afkomen wat eigenlijk niet mijn taak is. [...] Het is niet mijn taak om een zaak van een ziekenfonds te regelen, of een werkgever of die dingen. Dat doe ik niet. Dat doe ik wel als mensen hier naar mij komen op de sociale dienst en mij een vraag stellen van ‘kan je voor mij eens naar hier of naar daar bellen, want ik heb dat eigenlijk niet goed begrepen’. Maar ik ga dat niet in de wachtzaal doen. Zeker niet in een eerste contact. Want als je daarmee begint, dan laten mensen je niet meer los.” (Bemiddelaar A)*

*“Voor een consultatie proberen we toch niet samen te zijn met de patiënt, want dan gaat die al haar klachten naar ons toe uiten. En als die dan bij de dokter binnegaat, zegt die ‘ah ja ik heb de bemiddelaar alles al verteld’. Dat is niet de bedoeling. [...] Want als je op voorhand al die informatie krijgt van de patiënt, kan je die kwijt geraken. En na het triadisch gesprek kan de arts zeggen ‘je moet samen naar de zorgtraject, of een afspraak regelen of zo’ Dan proberen we de patiënt daarin wel te begeleiden in ons ziekenhuis.” (Bemiddelaar B)*

#### 4.4.5 Bemiddelen in conflicten

De vijfde functie van een dienst ICB die in het theoretisch ideaaltype besproken werd, betreft de bemiddeling in en duiding bij interculturele conflicten. Hans Verrept beschreef niettemin hoe hij plant ook deze taak uit zijn ophijsting te elimineren, omwille van de volgende reden.

*"... omdat wij vinden dat de conflicten via de ombudsman moeten gaan, eventueel met hulp van de ICB'er. We willen, ook al omdat de term misleidend is, absoluut vermijden dat we een soort van etnisering van de conflicten krijgen." (Hans Verrept)*

Afgezien daarvan bleek het in praktijk overwegend sporadisch voor te komen dat een ICB'er bemiddelt in conflicten, hoewel alle coördinatoren en ICB'ers, uitgezonderd diegene die nu slechts 4 maanden is tewerkgesteld, hier wel voorbeeldsituaties van konden geven. De reden dat dit eerder occasioneel gebeurd wordt door twee coördinatoren beschreven.

*"Meestal zijn de mensen inventief en assertief genoeg om daar eigenlijk mee om te gaan. Welke kwaliteit dat dan heeft, weet ik niet. Maar jammer genoeg, doordat ze er zelf wel mee om kunnen gaan, op welke manier laat ik dan nog even open, komt dat gewoonweg niet tot bij mij, of pas veel te laat waardoor het dan niet meer nuttig is om nog te interveniëren of daar nog iets mee te doen." (Coördinator A)*

*"... om de eenvoudige reden dat ik meestal pas wordt ingelicht als het conflict al gebeurd is. Dan kan ik bijgevolg niet meer bemiddelen in dat conflict, want dan is het conflict al voorbij." (Coördinator F)*

In bijlage E zijn doch zes van voorbeeldcasussen van een dergelijk conflict toegevoegd ter duiding van het belang van deze taak. Bemiddeling in conflicten wordt dan ook door menig respondent beschouwd als een ad hoc vraaggestuurde bemiddeling op casusniveau. Het geven van uitleg en het trachten van een consensus te bereiken tussen twee partijen staat hierbij centraal. De bemiddelaars beschrijven zichzelf daarin overwegend als zijnde een 'neutrale figuur', een weegschaal die tracht de taal- en cultuurbarrières te overbruggen en een doelmatige communicatie op te zetten. Uiteindelijk blijkt het dan ook het betreffende diensthoofd of de medicus, en niet de dienst ICB, te zijn die de doorslag geeft voor het al dan niet bereiken van een consensus. Uitzonderingen kunnen binnen een ziekenhuis immers steeds toegestaan worden, maar het moet binnen de mate van het mogelijke blijven en mag de kwalitatieve zorgverlening voor de andere patiënten niet belemmeren.

*"Dan ben ik eigenlijk de pleiter die toch wel probeert mijn lichaam in een weegschaal te toveren en de punten echt af te wegen van 'wat bedoelt hij nu', 'wat bedoelt hij nu', ... Je moet zowel eigenlijk pro je hulpverleners zijn, als de patiënt doen geloven en begrijpen dat het met de beste bedoelingen is." (Bemiddelaar A)*

*"Wij moeten ons aanpassen naar hun toe, maar soms is het ook in het goede van de patiënt of uit bescherming van mezelf, dat de rollen omgedraaid zijn." (Zorgverlener C)*

Voorts blijkt de frequentie dat conflicten zich voordoen gerelateerd te zijn met de betreffende cultuur en origine, in congruentie met de bevindingen rond 'cultural brokerage' (zie supra). Zo blijken conflicten met Italiaanse patiënten zich minder en minder voor te doen, ofschoon dit bij Turkse patiënten niet als dusdanig door de respondenten gepercipieerd werd. De mate dat een afdeling gekenmerkt is door urgentie blijkt bovendien eveneens het risico op interculturele conflicten te verhogen. Op afdelingen zoals spoed of intensieve zorgen blijkt dit aldus meer voor te komen.

Opmerkelijk uit de betreffende interviews was dat, meer dan culturalisering en stereotypering, miscommunicatie als de meest frequente aanleiding van de betreffende conflicten beschreven werd. Enkele bemiddelaars stelden zelfs dat ze echte 'pure' discriminatie nog nooit ervaren hebben. Vaak worden situaties subjectief als discriminerend of stereotyperend beschouwd, maar vindt het na diep graven tot de essentie van de problematiek toch vaker haar oorzaak in een gebrekkige dialoog door de taalbarrière. De taalkundige kloof blijkt dan ook meer frequent dan de culturele discrepantie een oorzaak van conflicten te zijn. De casussen in bijlagen E duiden dit sprekend.

Racisme en discriminatie blijkt desalniettemin wel nog steeds te bestaan in het Vlaamse zorgveld, hetzij erg incidenteel. Als het zich voordoet blijkt het echter geen gemakkelijke zaak te zijn om hierin te bemiddelen, temeer omwille van de communicatieve discordantie. Daarmede worden zulke zaken gewoonlijk via de ombudsdienst geregeld, waarbij samengewerkt wordt met de dienst ICB indien nodig.

*“Dat is heel moeilijk. Want een arts of een hulpverlener die dat vindt, vindt zich ook wel heel superieur en je merkt ook dat de grote groep daar bijna niet tegen in gaat.”* (Bemiddelaar A)

*“Als er een problematiek is van racisme of zo, is dat vaak veel complexer en dan gaat er toch eerst even apart gezeten worden om uit te spitten wat de situatie is. Dan probeer je daar voorzichtig mee om te gaan, ook op de dienst, zodat je niet op een persoon van een dienst vliegt met een blaam van ‘je bent racistisch geweest’ of dergelijke, met alle gevolgen van dien.”* (Coördinator B)

*“Ik weet niet of dat dan met de allochtone achtergrond te maken heeft. Dan is het misschien gewoon iemand die de fout ingaat en de fout niet wilt toegeven. Als die die bij mij gemaakt zou hebben, zou die diezelfde fout allicht ook niet toegegeven hebben. Dan kan je je afvragen of dat cultureel is.”* (Coördinator G)

Deze samenwerking betreft in eerste instantie de voorziening van taalbijstand. In één ziekenhuis wordt hier nog een supplementaire opvang van de mensen na het gesprek met de ombudsdienst voorzien door de dienst ICB. In een andere ziekenhuis wordt in extreme racistische gevallen de mening van de ICB'er gevraagd. Deze beschrijft dat deze in de regel neutraal is maar er ook 'grenzen' zijn aan neutraliteit. Slechts in twee ziekenhuizen wordt de coördinator ICB er altijd bij betrokken om zijn of haar mening erover te geven. Eén bemiddelaar stelt naderhand nog nooit te hebben samengewerkt met de ombudsdienst. De betrekking van de dienst ICB hierbij blijft zodus een moeilijk punt, waarin veel variatie tussen de ziekenhuizen waarneembaar is. Wat wel in alle ziekenhuis gedaan wordt, is de patiënt zelf de keuze laten maken of deze een klacht wenst in te dienen en deze te wijzen op de mogelijkheid hiertoe en taalkundig in bij te staan indien nodig.

*“Als de patiënt zegt dat hij gediscrimineerd wordt, kunnen wij hem wel de weg wijzen naar de ombudsdienst bijvoorbeeld. ‘U kunt uw klacht daar neerleggen’. Die patiënt mag niet met negatieve gevoelens het ziekenhuis verlaten. We moeten hem wel wegwijs maken [...] ook al weet je dat dat niet terecht is.”* (Bemiddelaar B)

De inhoud van de beschreven conflicten is erg verscheiden, maar kent een zekere associatie met de in bijlage C beschreven dimensie van culturele barrières. De voorbeeldcasussen van conflicten duiden dit, maar in de interviews zijn nog heel wat meer onderwerpen naar voren gekomen die af en toe leiden tot een conflict. Zo werd nevens de voorbeelden in bijlage E veelvuldig de behandelingsmethode, de lichamelijke, hygiëne, agressie, de betaling en het meebrengen van eten voor de patiënt bij een dieet als oorzaken van conflicten beschreven. Unaniem werd hierbij wel de relativering gemaakt dat statistische discriminatie een substantiële rol speelt en niet alle interculturele conflicten zonder meer als een cultureel conflict beschouwd kunnen worden. Het is zoals reeds beschreven immers vaker het taalkundig verschil dat een probleem vormt dan de cultuur (zie supra).

*“Af en toe gebeurt het ook dat mensen niet akkoord gaan met behandelingsmethoden of medicatie-innamen. En dan zegt de dokter gewoon naar de mensen toe: dat is nu onze werking, onze gewoonte. Het is te nemen of te laten. En sommige mensen pakken hun familie dan ook terug mee naar huis, omdat dat in hun cultuur dan ook vaak anders is.”* (Zorgverlener C)

*“Ik heb patiënten gehad die zeer agressief zijn naar de hulpverlener toe omdat die van thuis uit, dat is meestal een man, compleet vertekende ideeën hebben over hulpverlening.”* (Bemiddelaar G)

*“... een conflict, omdat een vrouw – maar dat was niet mijn doelgroep, dat was een ‘zigeunersvrouw’ – ervoor zorgde dat er een onaangename geur was in de kamer. En een andere patiënt kloeg daarover. Dan werd de verpleging geroepen, dan werd ik geroepen zodat we erover konden praten. Dan heb ik ook geduid dat het toch wel een vereiste is om zichzelf een beetje te verzorgen.” (Bemiddelaar G)*

*“Het is wel soms, mensen proberen ons van alles wijs te maken om toch maar van alles te bekomen waarvan je eigenlijk weet dat dat niet waar is. Zo heb ik dikwijls, ook voor de (taalgroep) hier, die zitten er goed voor financieel, maar die komen hier en hebben nooit geld bij. Terwijl dat die weten dat als die naar hier komen, die een voorschot moet betalen. [...] Dat is misschien omdat die cultuur daar zo is. (Zorgverlener A)*

De allermeest vernoemde aanleiding tot conflicten betreft niettemin familiebezoek bij opgenomen patiënten. Hierin is wel degelijk een cultureel verschil waarneembaar, waarbij men in heel wat taalgemeenschappen vaker, langer en met meer personen tegelijk op bezoek komt, maar dit voor andere patiënten als storend ervaren kan worden. Dit blijkt temeer een soort conflict te zijn waar de bemiddelaar overigens het meeste bij betrokken wordt zonder dat de ombudsdienst erbij wordt gehaald. Uitzonderingen hierop worden in alle ziekenhuizen individueel bekeken, ongeacht het een allochtone patiënt betreft of niet. En als er zich een conflict voordoet wordt vooralsnog getracht hierin een individuele eensgezindheid te bereiken. Toch is dit niet steeds een gemakkelijke kwestie, doordat sommige zaken gewoon niet haalbaar zijn. Dit wordt geïllustreerd in de volgende citaten.

*“In onze cultuur moet je zieke mensen gerust laten opdat ze kunnen genezen. In de Marokkaanse of Turkse cultuur moet men de zieke bijstaan, moet men daar blijven en laat men een zieke niet alleen. Dus die vinden dat ook raar dat het in onze cultuur slechts toegelaten is om maximum (x) uur per dag op bezoek te komen. Zeker als iemand stervende of echt heel ziek is, wilt men in een zulke cultuur met zoveel mogelijk mensen er allemaal bij zijn. En dan word ik wel eens geroepen om aan zulke bezoekers erop te duiden dat men in België de patiënten ook deels moet laten rusten.” (Coördinator F)*

*“Het is niet omdat mensen andere gewoonten hebben, omdat ze over een andere origine beschikken, dat ze hier met twintig man op bezoek kunnen gaan. Dus gaan we dan bemiddelen, effectief compromissen sluiten en proberen een oplossing te zoeken in die situatie, met die familie, met die hulpverlener.” (Bemiddelaar F)*

*“Ik denk dat er altijd uitzonderingen zijn. Natuurlijk, vanaf dat een grens gesteld wordt, vindt niemand dat leuk, of dat dat nu een allochtoon of autochtoon betreft. Is dat dan een problematiek? De manier waarop je het aanbrengt is vaak wel anders en daar oog voor hebben is soms iets moeilijker. Er zijn heel grote verschillen van aanpak tussen de verschillende personeelsleden, dus op dat vlak is ook wel wat werk. Als je met die mensen goed en duidelijk kan afspreken van ‘wie is hier de vertegenwoordiger van de familie’ of ‘wie is de vertegenwoordiger van dit moment’, loopt dat wel. Als je zegt ‘twee man en de rest stop’, dan ga je een conflict hebben waar je dan heel veel tijd gaat insteken, ook op langere duur. Dat is dus altijd wel wat zoeken.” (Coördinator B)*

*“Rond elke vraag of elke uitzondering proberen we binnen het ziekenhuis echt te bekijken van wat mogelijk is, voor iedereen trouwens. Maar er zijn bepaalde grenzen. Op intensieve zorgen kan je niet met 10 mensen tegelijk binnen. Dat gaat niet.” (Coördinator C)*

*“Meestal is het een probleem als voor de buurman of -vrouw uit een kamer van twee, het bezoek storend wordt. Dan gaat men interveniëren. Dan gaat men zeggen ‘uit respect voor de bezoeken wil ik u graag vragen dat ...’. En meestal gaan die dan naar buiten hoor. En dat hoeft daarom nog geen allochtone familie te zijn. En gaan die niet buiten, dan wordt er iemand bijgehaald. Eigenlijk wordt die er vooral bijgehaald enerzijds ‘cultuurgebonden’, maar anderzijds om het ook in hun eigen taal te zeggen natuurlijk. Zodat die goed begrepen hebben wat men eigenlijk wilt zeggen.” (Coördinator G)*

In congruentie met de hierboven beschreven culturele barrièreproblematiek bij Roma-patiënten, kan ter afsluiting van deze sectie gesteld worden dat conflicten rond deze groep eveneens een substantieel knelpunt vormt, temeer omdat hiervoor geen ICB'ers zijn en zorgverleners doorgaans erg weinig weten over deze cultuur (zie ook supra).



Racisme blijft hier overigens nog veel frequenter subjectief ervaren te worden door de betreffende patiënten dan bij andere taalgroepen, zo wordt door enkele respondenten beschreven.

*“Als ik in november een gesprek gehad heb met een vertegenwoordiger van de Roma, brengen zij heel heel racistische zaken aan. Zijn de zorgverleners dan racistisch? Dat is de vraag. Een feit is dat ze zich toch anders bejegend voelen tegenover de anderen die opgenomen zijn, dat leeft wel. Dus ik denk dat dat er, bewust of onbewust, toch zeker gaat zijn.” (Coördinator B)*

*“Als ik naar de Roma-zigeuners kijk en hun eet- en tafelgewoonten, die eten als ze rondwandelen. Daar bij uitgelegd krijgen dat dat toch zijn nut kan hebben bij bepaalde medische problematieken, is heel heel moeilijk. Speelt dat dan mee? Ja, en dan proberen wij een weg te zoeken. Bij kindjes is het zeker ook heel moeilijk als er een dieet gevolgd moet worden. [...] En dat is zeker voor verbetering vatbaar denk ik.” (Zorgverlener D)*

#### 4.4.6 Pleitbezorging

Pleitbezorging als taak van de ICB'er en coördinator werd impliciet in de vorige secties reeds uitvoerig besproken. Het blijkt immers een functie te betreffen die sterk vervlecht is met de voorgaande taken rond cultural brokerage, emotionele ondersteuning, conflictbemiddeling, concrete hulp en het wegwijs maken in de beschikbare dienstverleningen. Voorbeelden hieromtrent zijn terug te vinden in bijlage E van deze scriptie en in de voorgaande secties.

Door dit te doen wordt opgekomen voor de rechten van de patiënt en haar belangen en wordt de communicatieve discordantie en de barrièreproblematiek grotendeels opgehoffen. Ook de loutere aanwezigheid van een bemiddelaar of coördinator berokkent zelfs al enige pleitbezorging van de betreffende allochtone patiënt, al dan niet bewust. Door de respondenten wordt voorts beschreven dat hun neutraliteit en professionaliteit primeert, o.m. teneinde een goede relatie met de zorgverleners te kunnen blijven verzekeren, maar dit heeft niet tot gevolg dat pleitbezorging onmogelijk is. Zo blijkt pleitbezorging momenteel het meeste bewerkstelligd te worden onder de vorm van sensibilisering van de werknemers rond het 'recht op zorg in een verstaanbare taal' en 'de meerwaarde van een dienst ICB te contacteren ingeval een allochtone patiënt de Nederlandse taal niet machtig is'. Ook preventie van racisme werd hierbij overigens enkele keren vernoemd. De implementatie van pleitbezorging in het takenpakket van ICB blijkt niettemin een gevoelige kwestie te zijn die nauw verband houdt met het gevaar op positieve discriminatie van allochtonen.

*“Stel nu, een fictief voorbeeld, dat dat een (taalgroep) meneer is. Dan ga ik de (taalgroep) bemiddelaar sturen, om te voorkomen dat de hulpverlener die verkeerd zou interpreteren en begrijpen. Maar soms interpreteert de hulpverlener dat dan als zijnde 'kijk eens, die allochtoon wordt gesteund door de bemiddelaar'. Dat gaat soms over gevoeligheden.” (Coördinator G)*

*“‘Opkomen voor’ doen we dagelijks, bijvoorbeeld als de patiënt vraagt naar een tolk en er geen tolk bij geroepen wordt. Als we dat te weten komen, gaan we er voor opkomen en zeggen ‘die patiënt heeft dat gevraagd, waarom hebben jullie ons niet gebeld?’. Als ik merk dat er gezegd wordt ‘haar familie tolkt, we gaan dat zo wel kunnen regelen’, ga ik toch altijd de problemen ervan uitleggen. Mensen hebben altijd recht op een goede hulpverlening in een verstaanbare taal. ‘Ja we gaan het wel in het Frans doen, ze gaan het wel moeten verstaan’. Ja, een verstaanbare taal is moet inderdaad geen moedertaal zijn, maar toch ...” (Bemiddelaar F)*

*“Men komt dan wel eens reacties tegen zoals ‘dat is omdat ik vreemdeling ben’ en dergelijke waarbij uitgelegd wordt van ‘neen, dat is de manier van werken en dat is voor iedereen zo. Dit is de gang van zaken voor iedereen, ook voor u. En ik mag dit niet’. Blijkbaar is dat heel belangrijk dat je stelt ‘ik mag dat niet van mijn chef’, want dat krijg je geen problemen. En de reactie is vaak, en dat is toch wel grappig, ‘ah ja, ja, maar ik wil niet dat jij in de problemen geraakt, maar ik kon het maar proberen’. (Coördinator E)*

*“Ik ben ook wel tegen racisme aan het pleiten momenteel. Want heel vaak weten ze dat als ze me zien op de werkvloer, dat er een patiënt is zonder verzekering vanuit mijn andere verantwoordelijkheid. En dan komt daar heel vaak een opmerking over en soms ook echt wel een racistische opmerking. Hierop reageer ik steeds door het elke keer zo wat op te nemen voor de betreffende patiënt. (Coördinator F)*

In twee ziekenhuizen met louter een gesubsidieerde coördinator werd overigens beschreven hoe pleitbezorging langzaam de andere sociale werkers mede in praktijk wordt gezet. Deze staan immers steeds in het dagdagelijkse werkveld en hebben een beter zicht op hun betreffende afdelingen, dan één loutere coördinator over het hele ziekenhuis. Er wordt dan ook meermaals beschreven dat pleitbezorging voor zwakkere patiëntengroepen in het algemeen in het ziekenhuis vooraan dient te staan, meer dan specifiek voor allochtone patiënten, de statistische discriminatie ervan in rekening houdende.

*“Het zit sowieso in het takenpakket van de sociale dienst. Of dat we dat nu voor autochtonen of allochtonen doen, dat is hetzelfde. Ik denk dat we wel moeten bewaken dat er geen verschil is in aanpak. En daarin hebben wij een signaalfunctie. Mijn collega's gaan het ook aan mij doorgeven als ze merken dat het over schrijnende situaties aangaande deze materie gaat.” (Coördinator B)*

#### 4.4.7 Zelfstandig en pro actief op zoek gaan naar problemen

In het ideaaltype werd voorts het zelfstandig en pro actief op zoek gaan naar problemen in de wandelgangen van het ziekenhuis beschreven. In praktijk blijkt dit weliswaar een sporadisch gegeven te zijn en blijkt slechts één bemiddelaar in één ziekenhuis dit zelf consequent te doen. Deze kijkt alle dagen de patiëntenlijsten na en zoekt diegenen die tot haar taalgroep behoren op, of belt de verpleging daarover, om na te gaan of ICB benodigd is. Als die ICB'er zelfs ziet dat een patiënt bij een ambulante consultatie de vorige keer geen taalbijstand heeft verkregen en die bijvoorbeeld de daaropvolgende dag terug op consultatie komt, maakt ze tijd vrij om daar aanwezig te zijn. Ze beschrijft dat het een bijzondere meerwaarde betreft omdat zodoende niemand van de hulpverlening wordt uitgesloten en het het parallelcircuit van informele tolken werkelijk kan reduceren tot een noodzakelijk minimum.

In één ander ziekenhuis werd dit vroeger eveneens gedaan, maar zijn ze door tijdsgebrek heden ten dage genoodzaakt vraaggestuurd te werk te gaan. Het wordt immers door menig respondent bevestigd dat door pro actief op zoek te gaan naar problemen, dit aanbod ook vraag doet creëren. Zodoende hebben ze hier geopteerd enkel de 75-plussers of bijvoorbeeld mensen met een multipathologie pro actief op te gaan zoeken, maar dit niet meer voor alle patiënten te doen. Bovendien werd beaamd dat ze niet zo pro actief werken voor taalgroepen die ze 'niet in huis hebben'. Het blijkt dan ook meer algemeen uit de diepte-interviews een knelpunt te zijn dat er door bemiddelaars nooit pro actief te werk gegaan wordt voor patiënten die niet hun taalgemeenschap betreffen, omwille van tijd en preferentie. Dit laatste blijkt dan ook in het algemeen een doorslaggevende factor te zijn waarom een zulke pro actieve insteek slechts incidenteel plaatsvindt in praktijk.

*“Tot 10 jaar geleden werd dat nog gedaan omdat toen de aanvragen gewoon minder waren, dus dat de hulpverlener minder belden of minder vroegen naar ICB. Dan had je iets meer ruimte om dan bijvoorbeeld de opgenomen patiënten af te gaan, een kennismakingsgesprek te voeren, eens te horen naar een mogelijk taalprobleem of er een bemiddelaar nodig is, enzoverder. Dat werd vroeger veel gedaan. Maar nu krijgen we van alle kanten vragen. Patiënten bellen, familie belt, de hulpverleners bellen, ... Dus nu heb je die tijd niet meer om preventief naar de mensen te gaan, dat is wat minder. Nu werken we eigenlijk veel meer op vraag. En daar hebben we onze handen vol mee.” (Bemiddelaar F)*

*“Er wordt niet actief gekeken van ‘ik ga bij elke (taalgroep) patiënt langs’, want ik ben van het principe dat aanbod ook vraag creëert.” (Coördinator E)*

Bij de coördinatoren blijkt pro actief problemen opsporen al evenmin realiseerbaar te zijn. Wel blijken sommigen hierin een nauwe samenwerking met de sociale dienst te bewerkstelligen, in de zin dat afgesproken wordt dat deze signaleren wanneer dit door hen benodigd wordt geacht. Toch blijkt ook dit in praktijk niet altijd even eenvoudig te zijn, doordat zelfs de sociale werkers niet altijd over de nodige tijd beschikken om pro actief alle patiënten op te gaan zoeken. De haalbaarheid ervan is nagenoeg onderhevig aan de werkdruk.

*“Het voordeel is dat ik sowieso al veel rondwandel door de afdelingen. Bovendien heeft iedereen in de sociale dienst normaliter zijn afdeling waar hij voor instaat met zijn of haar eigen specialiteiten. [...] Maar om nu te zeggen dat ik specifiek op zoek ga in de gangen naar problemen, dat is niet echt het geval.” (Coördinator F)*

*“Ik kan natuurlijk nu niet voor collega’s van mij spreken, maar voor mezelf merk ik wel dat er momenten zijn dat het heel druk is en dat ik puur op vraag werk, omdat je het gewoon anders niet rond krijgt. Maar als het een weekje wat rustiger is, ga ik wel eens alle patiëntenlijsten afdrukken en alle afdelingen afgaan, overal met de hoofdverpleegkundige samenzitten en zeggen van ‘we gaan eens al die patiënten overlopen, lukt dat allemaal?’. En dan merk je wel dat er soms een aantal zaken wel naar boven komen die je anders veel te laat of niet zou doorkrijgen.” (Coördinator A)*

*“Eigen initiatief is heel moeilijk. Soms merk je inderdaad iets en denk je ‘ik moet daar ooit eens iets mee doen’, maar blijft dat in uw achterhoofd zitten. En dan is er iemand extern die dat meldt en wordt dat vanuit mijn achterhoofd naar voren gehaald en proberen we daar toch iets mee te doen. Maar ik ben niet in de situatie dat ik alles kan aanpakken waarvan ik persoonlijk denk dat het nodig is.” (Coördinator D)*

In de interviews werden verscheidene redenen aangehaald waarom ook los van de tijdsdruk, het pro actief op zoek gaan naar problemen rond interculturele zorgverlening enige bedenking met zich meebrengt. Zo blijken sommige ICB’ers over de visie te beschikken dat het zodoende lijkt dat ze werkelijk problemen zoeken en ze niet de ‘boeman’ willen spelen. Sommigen stellen dan ook dat ‘ze de dienst ICB wel zullen vinden als de nood zich voordoet’ en dat een pro actieve hulpverlenende houding door alle medewerkers van het ziekenhuis gedragen zou dienen te worden, los van de interculturele factor. Eén interne tolk beschrijft dito deze visie. Ook de perceptie van positieve discriminatie ten opzichte van de autochtone patiënten blijkt hierin een pijnpunt te vormen. Tot slot wordt eveneens beschreven dat een coördinator of bemiddelaar niet steeds over de nodige informatie kan beschikken om te begrijpen waarom bepaalde zaken zijn zoals ze zijn. Zoals reeds voorgaand beschreven, kunnen uitzonderingen immers slechts onder bepaalde conditionaliteiten plaatsvinden, vermits een kwalitatieve zorgverlening steeds dient te primeren.

*“Dat is niet dat dat echt ‘zorgspecifiek’ is van ‘oei, er is hier een allochtoon opgenomen. Ik ga eens navragen of dat dat hier allemaal goed loopt.’ Nee, maar moet dat ook? Want dan ga je ook weer aan de andere kant beginnen discrimineren.” (Coördinator A)*

*“Die vinden ons wel hoor. Als er iets is, zullen ze ons wel vinden. Maar als er niets is, moet je ook geen problemen zoeken. Als iedereen gelukkig is, wat gaan je doen? Dan zwijg ik. Je moet ook niet naar problemen zoeken en deze veroorzaken. [...] We zijn geen boeman en willen dat ook niet zijn. Dan gaan wij ook beperkte aanvragen krijgen. Je moet de gulden middenweg zoeken.” (Bemiddelaar F)*

*“Nee, tenzij dat je iemand tegenkomt op uw pad. Maar ik denk dat dat de rol van elk personeelslid is bij wijze van spreke. Als die iemand ziet dolen of vragen hebben ...” (Coördinator B)*

*“Ik ga daar direct in tussen. Als ik dat zien dat die mensen elkaar niet verstaan en dat ik die wel kan voort helpen, dan help ik.” (Zorgverlener A)*

Iets wat wel vaker haalbaar blijkt te zijn binnen de dagdagelijkse realiteit van ICB is het proactief opnieuw contact opnemen met de patiënt na een triadische interventie om de zaak op te volgen. Dit werd derhalve wel door enkele bemiddelaars als dusdanig beschreven.

*"... dat ik nog eens heel even bel van 'is alles in orde gekomen' of zo. Want soms is dat buiten mijn bereik dat er toch nog iets geregeld moet worden. Bijvoorbeeld als ze zeggen dat hun dochter dat in orde zal brengen, dan bel ik wel na en vraag ik 'heeft uw dochter dat in orde kunnen brengen? Want anders er is hier iemand die dat kan'."* (Bemiddelaar D)

#### 4.4.8 Voorlichting aan allochtonen en zorgverleners

Het type voorlichting waarin de dienst ICB ideaaltypisch betrokken dient te worden is dual. Zowel ten aanzien van allochtonen als ten opzichte van werknemers in de zin van vorming en sensibilisering, wordt vanuit de theorie het betrekken van de dienst ICB als onontbeerlijk beschouwd. Dit blijkt echter nog heel wat voeten in de aarde te hebben. De meerderheid van de respondenten beschreef immers dat hij/zij dit niet of slechts in beperkte mate doet, omwille van een beperking in tijd en het feit dat 'dit steeds blijft liggen' als er andere verplichtingen zijn. Bovendien beschreven enkelen het als 'niet behorend tot hun taak' omwille van het feit dat ze vanuit hun perspectief daartoe niet over de nodige kennis beschikken. In dit luik zal vooralsnog beschreven worden wat hieromtrent al wel in de verscheidene ziekenhuizen gerealiseerd is.

*"Daar hou ik mij niet mee bezig want ik vind dat dat eigenlijk wel een gespecialiseerd terrein is. Maar moest de diëtiste mij vragen 'zullen wij samen die patiënt voorlichten', dan wel natuurlijk. Maar ikzelf, nee. Tot nu toe nog niet, maar ik denk niet dat dat mijn taak is zolang de diëtisten of zo er zijn. Ik vind dat dat aan hen is en dan is mijn taak gewoon het omzetten, het tolken."* (Bemiddelaar D)

Omtrent de voorlichting van allochtonen zijn ruwweg twee typen beschreven in de interviews. Een eerste betreft een medische voorlichting rond voeding en eetgewoonten en bepaalde aandoeningen zoals diabetes, onder de vorm van een 'kooksessie' waarbij bepaalde cultureel bepaalde culinaire zaken hieromtrent in de verf gezet worden teneinde de performantie van de medische behandeling in de interculturele context te kunnen optimaliseren. Eén respondent beschreef hoe de dienst ICB hierbij betrokken is.

*"Het is eigenlijk opvoeding aan de patiënt en voorlichting aan de hulpverlener, vinden wij. Bijvoorbeeld bij de diabeteseducator, de patiënt krijgt dan voorlichting van ons rond zijn diabetesprobleem, maar het heeft geen zin om een Turkse patiënt uit te leggen dat die zijn consumptie van zoetigheden moet minderen als die persoon alleen maar zoetigheden eet he. Als de moeder alleen maar dat kan klaarmaken, ja.... Dus hebben wij daarover met de diëtisten en de bemiddelaars samen een kooksessie georganiseerd, maar dan met ingrediënten vanuit de culturele gewoonte en zijn daarmee aan de slag gegaan."* (Coördinator G)

Dit wordt echter slechts in één ziekenhuis als dusdanig georganiseerd. In de andere ziekenhuizen wordt onder de vorm van cultural brokerage ook wel een zulke voorlichting gegeven aan zowel patiënt als hulpverlener hieromtrent, maar eerder op occasionele wijze. Het tweede typische voorlichting aan allochtonen is diegene die gekaderd zit in externe inburgeringscursussen. Hierbij wordt door de dienst ICB een rondleiding in het ziekenhuis en voorstelling van de nodige praktische informatie verzorgd, in samenwerking met de betreffende externe instellingen. In slechts twee ziekenhuizen werd echter beschreven dat dit als dusdanig in praktijk plaats vindt. Het idealisme van 'maatwerk' bij zulke voorlichting blijkt zich dan ook slechts sporadisch in realiteit voor te doen.

*"Ik geef rondleidingen aan nieuwkomers, dus eigenlijk inburgeraars die graag een rondleiding willen. Dat is een samenwerking die we hebben."* (Coördinator D)

*“Binnen de inburgeringscursussen wordt de mogelijkheid gegeven om de ziekenhuizen te bezoeken. En als de mensen van de inburgeringscursussen daarin geïnteresseerd zijn, dan wordt er vanuit de betreffende instelling de vraag gesteld aan het ziekenhuis ‘mogen we langs komen?’. Dan geef ik een korte rondleiding in het ziekenhuis. [...] Ik toon vooral waar de sociale dienst is, waar de ombudsdienst is, waar de kasdienst is, hoe je binnen geraakt op spoed, hoe je hier binnen geraakt, hoe de bedden zijn, liften, ... die dingen. En dan geef ik korte info aan de mensen over ‘Wat is een mutualiteit?’, ‘Waarom is het zo belangrijk dat je in orde bent met de mutualiteit?’, ‘Wat zijn de consequenties als het niet zo is?’, ‘Wat wordt er verwacht als je binnenkomt in het ziekenhuis?’, ‘Wat moet je mee hebben en welke informatie moet je zeker hebben?’, ‘Hoe ziet een ziekenhuisfactuur eruit?’ [...] En dat is puur vraagafhankelijk.” (Coördinator A)*

Aangaande de voorlichting van de zorgverleners zijn heel wat meer initiatieven in de interviews beschreven. Het overgrote deel hiervan betrof steeds de bekendmaking van ICB ‘an sich’ en een duiding het belang van professionele taal- en diverse bijstand. In één ziekenhuis werd zelfs aan alle nieuwe hulpverleners de werking van ICB expliciet voorgesteld. Ook voorlichting onder de vorm van folders, boekjes, affiches enzoverder is hieromtrent verscheidene malen besproken. Een mooi voorbeeld van het UZA hiervan is overigens in bijlage F opgenomen. Doch blijken verscheidene respondenten dergelijke initiatieven te hebben genomen. Dit wordt door hen overigens unaniem als doeltreffend beschouwd, zelfs in die mate dat het in sommige ziekenhuizen eerder op ‘hold’ is gezet teneinde op de vragen naar ICB een positief antwoord te kunnen blijven bieden binnen de beschikbare tijd.

*“Ik geef opleiding aan sociaal werkers. [...] Ik geef opleidingen aan divers ziekenhuispersoneel: verpleging, artsen en diverse mensen die dat nodig kunnen hebben.” (Coördinator D)*

*“Alle nieuwe hulpverleners krijgen in hun eerste periode uitleg hoe alles werkt. Vroeger deed ik dat zelf, maar nu doet mijn diensthoofd dat.” (Bemiddelaar A)*

*“Het is zo dat we vormingen geven aan de hulpverleners en dat ze zo ook een zekere bagage opdoen van andere culturen dan ze gewoon zijn.” (Coördinator E)*

*“We hebben altijd kaartjes uitgedeeld, onze folders overal uitgehangen. Wij werden overbevraagd. [...] Ook als we opgeroepen worden op een verpleegafdeling om iets uit te leggen, geef ik direct mijn kaartje en zeg ik ‘kijk, als er iets is voor verdere opvolging, wij kunnen u altijd helpen’.” (Bemiddelaar E)*

*“We hebben aan artsen uitleg gegeven, aan assistenten die pas begonnen in de verschillende ziekenhuizen uitleg gegeven, diensthoofden, ... Dus eigenlijk geven we wel informatie over onze werking. Maar de laatste tijd is dit minder omdat ze ons al een beetje kennen.” (Bemiddelaar C)*

*“Ik weet dat de collega die dit voor mij deed zich daar wel een periode mee bezig heeft gehouden, ook met foldertjes te maken, rond te delen, posters uithangen met ‘interculturele problemen? Contacteer mij’. Ik ben daar eigenlijk niet verder in gegaan. [...] Het opstarten op zich, daar zou ik de tijd nog wel voor vinden. Maar als dan al die extra problemen gaan beginnen komen... Ik moet ze nog kunnen behandelen he.” (Coördinator A)*

*“Over hun werking vanuit de dienst ICB wel. Toen bestonden ze (x) aantal jaar en hebben ze denk ik eens een voordracht gegeven over hun werking.” (Zorgverlener C)*

Voorlichting aan de zorgverleners over specifieke zaken vinden op een meer sporadische basis plaats. Als dit alsnog georganiseerd wordt gaat het over pijn in andere culturen, over overlijden in andere culturen, over videotolken of over auditief gehandicapten, zo wordt beschreven in de interviews. Doorgaans wordt dit georganiseerd op vraag van de afdelingen zelf, maar niet altijd. Een probleem hieromtrent blijkt het enthousiasmeren van zorgverleners te betreffen teneinde ze te doen komen opdagen op zulke vormingen. Eén respondent gaf een sprekend voorbeeld hoe ze hier vooralsnog enigszins in slagen.

*“Wij geven op het einde van die sessie de dienst een boekje, een soort gids, waar dat in 6 talen identiteitskaarten, ziekenboekjes, ziektekaart, verzekeringskaart, nuchter blijven, niet drinken, zo van die hele typische dingen in voorkomen mét pictogrammen. En dat is een boekje dat heel erg geliefd is, maar we geven dat alleen maar als ze naar die vorming zijn gekomen.” (Coördinator G)*

*“Intern geven we vorming over de tolkprocedure, over hoe het in zijn werk gaat in het ziekenhuis, over pijn in andere culturen, enzoverder.” (Bemiddelaar F)*

*“Hoe wordt er verschillend omgegaan met het overlijden van iemand en met de rituelen daarrond? Daar hebben we een vorming rond gedaan waar eigenlijk alle afdelingen op uitgenodigd waren.” (Coördinator B)*

*“Dat is op vraag. Nu gaan we binnenkort een vorming geven rond palliatieve zorg en interculturele aspecten, dus op vraag van de palliatieve eenheid.” (Bemiddelaar F)*

Over het beschreven knelpunt van ‘multiple identity’ blijft men in de interviews overigens in het ongewisse. Een laatste bevinding betreft wel dat slechts één ziekenhuis ook extern vormingen gaat geven, ofschoon dit in de andere ziekenhuizen niet beschreven wordt als zijnde een onderdeel van hun takenpakket.

*“We gaan bij scholen, bij toekomstige dokters en bij verpleegscholen onze werking uitleggen, wat we in het ziekenhuis doen, hoe ze best kunnen omgaan met anderstalige patiënten, enzoverder.” (Bemiddelaar)*

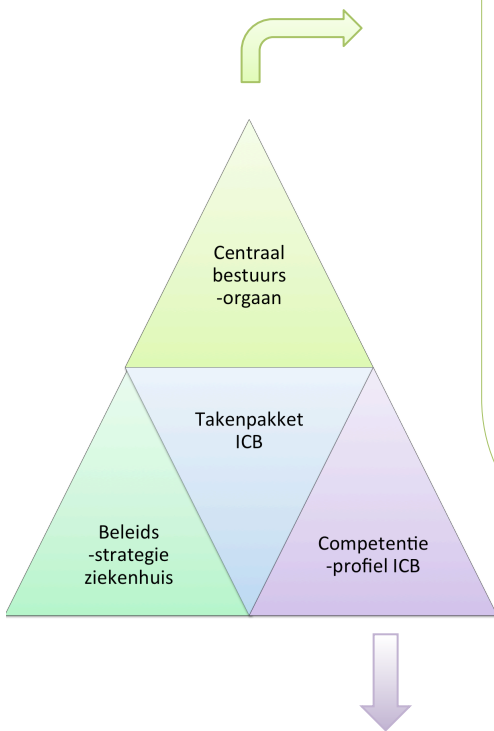
#### 4.4.9 Signaleren van vastgestelde knelpunten

Vermits in de sectie over de beleidsmatige verankering van ICB in het ziekenhuis de bevindingen hieromtrent reeds uitgebreid in kaart zijn gebracht, zal over de mogelijkheid tot signalisatie hier niet nogmaals dieper ingegaan worden. Wel kan niet genoeg benadrukt worden dat de interculturele zorgproblematiek van taalgroepen zoals de Roma’s momenteel bijzonder ondergerapporteerd worden, deels omwille van het feit dat hier tot nu toe geen bemiddelaars voor bestaan en hier vanuit de autochtone gemeenschap slechts weinig over gekend is. Het signaleren van vastgestelde knelpunten wordt door de betreffende bemiddelaars en coördinatoren in praktijk dan wel gedaan, een drempel blijft waarneembaar waardoor er op erg subjectieve basis geselecteerd wordt wat er nu wel of niet naar de directie toe wordt gemeld. Door menig respondent werd dan ook de mate dat deze expliciet kiezen om op bepaalde zaken wel en op andere zaken niet in te zetten, glashelder beschreven. Het beleidsmatig en budgettair kader speelt hierin een significante rol.

Het idealisme van een ‘shame-free environment’ perspectief wordt dan wel impliciet nagestreefd, momenteel is de signalisatie van knelpunten eerder gevoelsmatig en erg verschillend van ziekenhuis tot ziekenhuis. Uit de interviews blijkt ook dat de mate waarop ergens ingezet wordt eerder op subjectieve en casusgerichte basis te gebeuren, dan dat het een werkelijk strategisch plan betreft. Er is bijgevolg nood aan een formele keuzehiërarchie waarbij de meest hinderlijke en belangrijke knelpunten ook als eerste als dusdanig gesignaleerd en de kop ingedrukt worden. Dit strookt momenteel echter geheel niet met de realiteit.

## 4.5 Visuele synthese van de empirische toetsing van het ideaaltype

Naar gelijkvormigheid met het theoretisch luik zullen de voorgaande empirische bevindingen en de mate dat deze stroken met het theoretisch ideaaltype hier visueel voorgesteld worden. Groen staat voor 'het strookt met de empirie', rood voor 'het strookt niet met de empirie'. Oranje betekent 'het strookt slechts ten dele met de empirie'. De schuin-vet gedrukte woorden staan overigens voor aanvullingen van het theoretisch ideaaltype op basis van de empirie.



### KERNTAAK

- Administratieve opvolging en evaluatie (*Aanvraag tot subsidiëring*) *Knelpunt: onevenwicht*
- Inhoudelijke opvolging en evaluatie (*Activiteitenverslag*) *Knelpunt: niet november*  
→ o.b.v. internationaal kwaliteitsprogramma *Knelpunt: politiek gevoelig*

### VORMING

- Vorming en supervisie ICB *Knelpunt: voor coördinatoren te beperkt en apart van ICB'ers*  
*Knelpunt: laattijdige kennisgeving*
- Organisatie en promoten van professionele vorming zorgverleners  
→ diversiteit, culturele competenties, toegangsbarrières, contextgevoeligheid, ...  
→ koppeling aan accreditering *Knelpunt: sensibilisering medische professionals*
- Steun aan implementatie in medische opleidingen → 'algemene basiskennis'  
→ samenwerking met universiteiten, hogescholen, ... *Knelpunt: schiet tot nu toe tekort*

### SENSIBILISERING (Top-down)

*Knelpunt: tijdsdruk*

- Openlijke sensibilisering bij politici, beleidsmakers, bevolking  
→ voldoende maatschappelijke draagkracht voor ICB  
→ meer financiële en praktische mogelijkheden voor ICB indien nodig
- Betrokkenheid in ruimere sociale beleidsstrategieën ter bescherming van de zwakkeren mits nauwe samenwerking *Wel bewust van de ruimere sociale problematiek*

### VERTROUWEN VANUIT HET WERKVELD (Bottom-up)

- Openheid naar feedback vanuit dagdagelijkse praktijk mits gevolgeving indien nodig
- Kwalitatieve, respectvolle behandeling voor allochtone patiënten *garanderen (wel nastreven)*  
→ bewaken, alarmeren en aanzetten tot overleg indien nodig

### AANSPREEKPUNT

- Internationale initiatieven (bv. 'migrant-friendly hospitals')
- Nationale initiatieven

*Knelpunt: federale overheidsstructuur*

### VOOROPLEIDING BEMIDDELAAR

- Hoger technisch secundair onderwijs 'Intercultureel werk (optie gezondheidszorg)'
- Evt. verpleegkundige of vertaler-tolk
- Niet te hooggeschoold (postgraduaat, master) want te grote socio-economisch afstand bemoeilijkt hulpverlening

*Knelpunt: kennis over ideale vooropleiding coördinator*

→ *minstens sociaal werk of sociaal verpleegkundige*  
*Knelpunt: geen eenduidigheid over geprefereerd diploma*

*Knelpunt: tekort aan centralisatie van kennis rondom ICB*

Uitz.: doventolken en coördinatoren

### TAAL- EN CULTURELE KENNIS

- Nederlands voldoende machtig (mits basis medische woordenschat)
- Vreemde origine, hetzij eerste-, tweede- of derdegeneratie  
→ andere taal machtig (mits basis medische woordenschat)  
→ culturele representativiteit en nodige sociale vaardigheden

*Knelpunt: intraculturele en socio-economische diversiteit*

### BIJKOMENDE KENNIS VIA VORMING minimaal 75 procent volgen (zie supra)

### GESLACHT

- Vrouw in bepaalde culturen of situaties effectiever, niet altijd

*Knelpunt: ongelijkheid man-vrouw in bepaalde culturen*

### ONDERSTEUNEND BELEID *wel constructieve dialoog en werkgroepen* knelpunt: 'inverse care law'

- '(On)gelijkheid' als performantie-indicator *Knelpunt: implementatie in organisatorische routines*
  - specifieke criteria als streefdoel *Knelpunt: te weinig allochtonen zelf bij betrokken*
  - Procedures om impact van situatie of maatregel op '(on)gelijkheid' te meten
  - Interne problemen en de oorzaken daarvan opsporen
- Promotie en bekenmaking van ICB *Knelpunt: angsten, vooroordelen (islam, Roma, ...)*
- Actieve betrokkenheid, sensibilisering en enthousiasmering rond vorming (zie supra) *wel steun*
- Kader beschikt over nodige tijd om zich met '(on)gelijkheid' bezig te houden
- Kwaliteitsmanagementmodellen zoals Shewhart-cirkel (Plan-Do-Check-Act)

### ONDERSTEUNENDE ORGANISATIECULTUUR

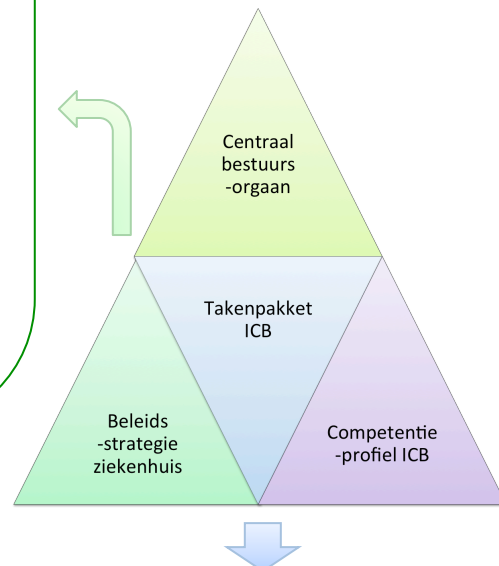
- Engagement en openheid tot 'bottom-up' signalering *Knelpunt: openheid van afdeling voor ICB*
- Persoons- en patiëntgericht *Knelpunt: te vriend houden ⇔ tegen ingaan*
- Cultuursensitieve zorg in een weg tussen universalisme en culturalisme *Knelpunt: blijft moeilijk*
  - Toekijken op gevaar van stereotypering, culturalisering en interveniëren indien nodig
  - Knelpunt: "allochtone patiënten kunnen overdrijven"*

### ONDERSTEUNENDE ORGANISATIESTRUCTUUR

- ICB'ers stem binnen ziekenhuis → signaleren knelpunten *via overlegmomenten knelpunt: gebrekkig*
- Transparante toewijzing van ICB binnen het organigram, mits afgelijnde verantwoordelijkheid en takenpakket *en toch heel wat vrijheid behoudens toezicht van het diensthoofd*
- Psychologische ondersteuning voor ICB indien nodig

### NAUWE SAMENWERKING MET OVERHEID

*Knelpunt: slechts weinigen worden gesubsidieerd*



### PLURITAIR EN AFHANKELIJK VAN SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE ACHTERGROND

- Aantal allochtone patiënten
- Aantal kwalitatief hoogstaande interventies
  - fijngevoelige afstemming van aanbod op vraag

*knelpunt: 'aanbod creëert vraag'*

### TRIADISCH OPHEFFEN VAN TAALBARRIERE

- ICB = 'brugfiguur'

*zie bijlage B voor geheel overzicht*

- Professionele taalbijstand + objectief, neutraliteit, beroepsgeheim *knelpunt: objectief tolken ⇔ linguïstische superdiversiteit?*
  - Zelf vertalen (indien bemiddelaar) + duiding, vertrouwen, lieflijk aanwezig *knelpunt: beperkte vooropleiding en training*
  - Provinciale en stedelijke tolkdiensten + lieflijk aanwezig *knelpunt: urgentie*
  - Vlaamse Tolkentelefoon Ba-Bel + urgentie en directe oproepbaarheid *knelpunt: onderconsumptie Ba-bel*
  - knelpunt: beperkt professioneel taalaanbod*
  - knelpunt: beperkte vraag door overinschatting*
  - knelpunt: taboe en niet testen 'health literacy'*
- Informeel of familiale taalbijstand + goedkoper, ICB meer tijd *knelpunt: te veel gebruik*
  - bij specifieke dialecten of talen waar geen professionele taalbijstand voor te vinden is
  - overigens af te raden: *knelpunt: geen vorming, inadequaat, problematisch, onvolledig, vertaalfouten, manipulatie*
  - geen beroepsgeheim, 'role reversal', te emotioneel betrokken, te pro actief, ...*
  - toch goede aansturing en richtlijnen + organisatorische steun
- Triadische gespreksvorm in principe altijd *knelpunt: tijdsintensief, te weinig in praktijk*
  - louter doorgeven van boodschappen afgeraden (uitz.: 'one-on-one contacten')
  - implementatie van 'teach-back' methode

### CULTURAL BROKERAGE

- ICB = 'brugfiguur' + 'objectieve informatieverstrekker' *knelpunt: gebrekkig representatief (zie supra)*
  - levensstijl, traditie, religieuze symboliek, rituelen, emotionele beleving, geslacht, non-verbaal gedrag, **persoonlijke ruimte**, tijdsbewustheid, gevoelige thema's, ... *knelpunt: gevaar van culturaliseren*
  - voeding, kleding, hygiëne, verbaal gedrag, video, respect, man-vrouw, kinderen, hoofdzoek, vasten, verdoving, seksualiteit, medicatie, taboe, pijnbeleving, klachten** *Knelpunt: Roma-patiënten*
  - Knelpunt: zelf in gemeenschap*
- **Vragenlijst om 'socio-culturele interpretatiekader' te achterhalen m.b.v. ICB** *knelpunt: niet voor minderheden zonder ICB'er*
- **'Expectation-management' m.b.v. ICB** *knelpunt: niet als ICB niet moet vertalen*
  - wel knowhow en ervaring* *(⇔ interdependentiehypothese)*



### CONCRETE HULP AAN PATIËNTEN (heel verschillend tussen ziekenhuizen, maar beperkt tot 'in het ziekenhuis')

**Knelpunt: gebrekkig**

- Vraaggestuurde vorm van trajectbegeleiding voor behoeftige allochtone patiënten
  - Ter opheffing van diverse toegangsbarrières
  - Overwegend patiënten met lage 'health literacy' en diverse maatschappelijke zwakkere groepen
- Verscheidene zaken
  - Vertrekken van informatie en hulp bij het begrip en invullen van brochures en formulieren
  - Wegwijs raken in een ziekenhuizen, **afspraken maken, verzekering, thuiszorg regelen, na opname, enz.**
  - Hulp bij inname van de benodigde medicijnen en nazorg

### EMOTIONELE ONDERSTEUNING (Eerder onvermijdelijke dimensie dan expliciete taak)

**Veel variatie tussen ziekenhuizen**

- In principe loutere aanwezigheid van ICB'er al ondersteunend, maar soms meer expliciete ondersteuning nodig
- Vooral indien risico op sociaal isolement **soms ook omdat 'reeds lang begeleid'** **Knelpunt: mogelijke escalatie tot psychologisch werk**
- Opbouw vertrouwensrelatie tussen patiënt en ICB'er **Knelpunt: specifieke taak ICB of algemene attitude in ziekenhuis?**
- One-to-one gesprek voor en/of na triadisch gesprek **bij tweede immers gedragen door knowhow, bij eerste niet**
- Bij overleden: steun + advisering aan zorgverleners over steun **Knelpunt: aanklampend ⇔ 'koele nabijheid' en professionaliteit**

### BEMIDDELEN IN CONFLICTEN **vraaggestuurd**

- Conflicten door **culturalisering en stereotypering bij beide partijen Vaker door miscommunicatie & familiebezoek Ook door racisme, discriminatie, behandeling, lichamelijke, hygiëne, agressie, betaling, dieet**
  - ICB: opsporing van oorzaak in het misverstand op individueel niveau **Knelpunt: beperkte vooropleiding en training ⇔ samenwerking met ombudsdienst**
    - preventie van formele klacht (patiënt > organogram)
- Knelpunt: Roma**

### PLEITBEZORGING

- Opkomen rechten en belangen van de patiënt en wijzen op stereotypingen **Knelpunt: Pleitbezorging ⇔ neutraliteit, professionaliteit**
  - oplossen van communicatieve discordantie, taal- en culturele barrières **Knelpunt: gevaar van positieve discriminatie**
  - Vaakst eerder onbewust door aanwezigheid, cultural brokerage, conflictbemiddeling, ...**
- Daarmede: **vooral** bij werkelijke discriminatie of racisme (want nog steeds bestaand en van belang) **Vooral bij 'recht op taalbijstand'**
  - preventie van perceptie van racisme en interveniëren wanneer nodig

### ZELFSTANDIG EN PRO ACTIEF OP ZOEK GAAN NAAR PROBLEMEN **uitgezonderd één ziekenhuis**

**Knelpunt: tijdsdruk**

- Niet alle patiënten steeds voldoende assertief en kundig om contact op eigen initiatief te nemen **Knelpunt: creëert vraag**
- Zorgverleners niet steeds accuraat inschatten of assistentie ICB nodig is **Knelpunt: 'boeman'**
  - ICB zelfstandig door de wandelgangen en kamerbezoeken in de mate van het mogelijke **soms wel voor bepaalde groepen**
  - Zorgverleners inlichten indien nodig **Knelpunt: positieve discriminatie**

### VOORLICHTING

**Knelpunt: 'blijft steeds liggen'**

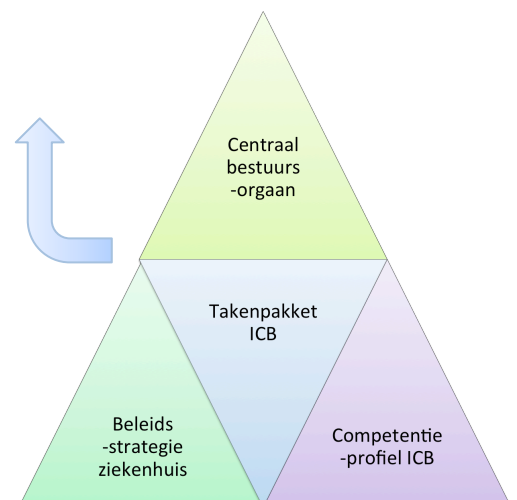
- Bij allochtonen **uitgezonderd twee initiatieven hieromtrent**
  - Geven indien over medische competenties en vooropleiding
  - Indien niet: betrokkenheid mits aanwezigheid van bekwame zorgverlener
  - 'Maatwerk' waarbij rekening gehouden met taal, cultuur, 'health literacy', taboe, geloof, angst, traditie, wijze van communicatie, ...
- Bij zorgverleners (**vorming, affiches, folders, boekjes**) → **doorgaans over ICB 'an sich', sporadisch over specifieke zaken** **Knelpunt: culturele competenties vs. multiple identity**
  - betrokkenheid omwille van gelijkende redenen **Knelpunt: aanwezigheid zorgverleners op vormen**

### SIGNALEREN VAN VASTGESTELDE KNELPUNTEN

- Continu wijzen op het belang van bv. het gevaar van culturalisering en stereotypering (zie ook alle knelpunten supra)
- signaleren van vastgestelde structurele problemen **Knelpunt: openheid voor zulke signalisatie in directie**
- Kritische visie op de organisatie vanuit 'shame-free environment' perspectief waar vanuit de organisatie open voor wordt gestaan **Knelpunt: geen keuzehiërarchie, maar 'ad hoc' selectie**

**SHAME-FREE ENVIRONMENT' ORGANISATIECULTUUR**  
als ideaaltypisch sluitstuk → **Knelpunt: tot nu nog nooit specifiek, formeel**

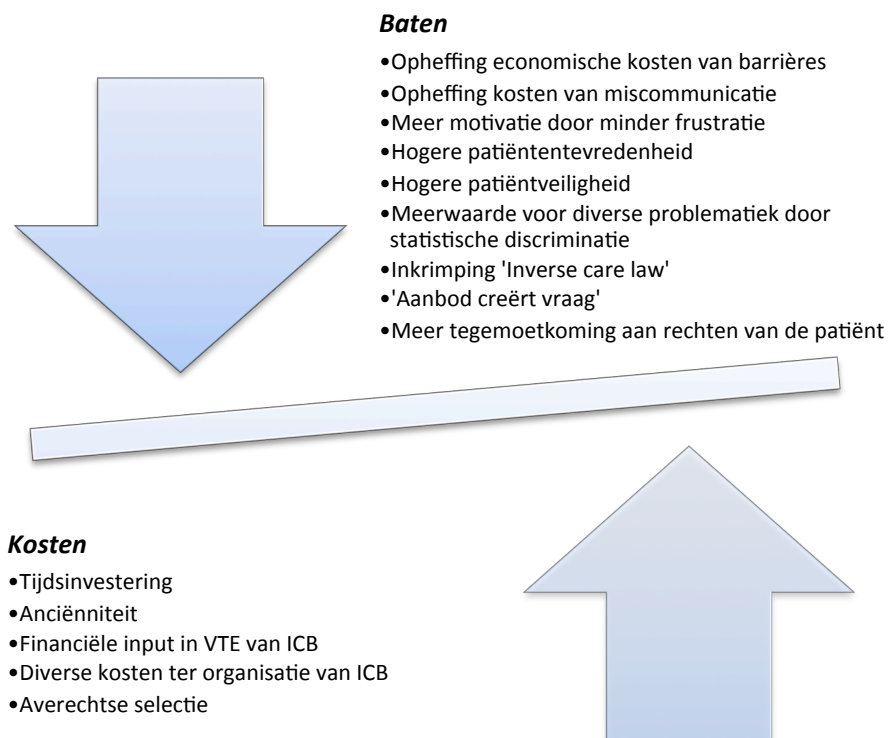
- **Gelijke zorg voor elke patiënt, ongeacht socio-demografische achtergrond**
- **Door alle medewerkers gedragen institutionele gevoeligheid voor o.m. interculturele zorg en 'health literacy'**
- **ICB als aanspreekpunt voor structurele of niet direct oplosbare problemen rondom interculturele zorg**
- **Begrijpbare invulformulieren en brochures, instructies zonder jargon, ...**



## 4.6 Kwalitatieve reflectie van de financieel-budgettaire begrenzingsen

In de theoretische omkadering van deze scriptie werd gewezen op het belang van de financiële dimensie van ICB en de efficiëntie van haar werking in het huidige budgettaire-economische klimaat. Ook dit is ergo in elk diepte-interview bondig bevestigd en zal ter volledigheid van de inhoudelijke evaluatie van ICB in deze sectie in kaart gebracht worden. Hoewel de financiële afweging in deze scriptie niet met behulp van harde cijfers onderzocht is, kan dit kwalitatief explorierend onderzoek hieromtrent immers wel een tipje van de sluier oplichten en zodoende aanzet geven tot toekomstige literatuur. Een eerste vraagstelling betreft daarmee de subjectieve kosten-baten analyse van ICB en de mate dat deze positief of negatief uitvalt, vooral vanuit het perspectief van het ziekenhuis. Vervolgens zal de huidige werking en verdeling van het overheidsbudget en de mate dat dit efficiënt is in kaart gebracht worden en worden weerspiegeld aan haar ideaaltype.

### 4.6.1 Subjectieve kosten-batenanalyse van het ziekenhuis



Figuur 10: Subjectieve kosten-batenanalyse van het ziekenhuis

De overgrote meerderheid van de respondenten ervaart dat een kosten-batenanalyse vanuit het perspectief van het ziekenhuis positief uitvalt omwille van haar efficiëntiebevorderende impact op de zorgverlening en de beperkte mate dat deze zelf een financiële insteek dient te hebben in de werking van ICB. In bovenstaande figuur is visueel voorgesteld wat door de respondenten respectievelijk als kosten en baten van ICB benoemd werd.

*“Een heel concreet voorbeeld. Onlangs hebben we iemand gehad waarvan we door tolken in te zetten hebben kunnen merken dat een aantal dingen niet juist verliepen en hebben we concreet een aantal testen kunnen doen, zonder een hele resem andere (dure) testen te doen, hebben we de juiste informatie kunnen geven, een goede bespreking van de resultaten kunnen doen (waardoor we minder uren behandelingen moesten doen die ook minder lang duurden) en die we nog 6 maand kunnen uitstellen ook. Waar dat je anders met een behandeling start die gemakkelijk 1000 euro per maand kan kosten, start je nu met iets helemaal anders.” (Coördinator A)*

De economische (opportunitets)kosten van de verscheidenheid aan barrières werd hierbij door meerdere respondenten beschreven, evenals de financiële impact van de veelvuldige miscommunicatie die plaats zou vinden bij afwezigheid van ICB. Hoewel het ziekenhuis deswege enige extra tijdsinvestering van haar medewerkers benodigt, doordat een triadische interventie doorgaans meer tijd in beslag neemt, blijkt ICB eveneens als tijdbesparend beschouwd te kunnen worden in vergelijking met de situatie dat de taalbarrière niet opgehoft is. Bovendien wordt door een respondent beschreven dat de vermindering in frustraties door een lagere graad van miscommunicatie bij aanwezigheid van ICB, de motivatie van haar werknemers bevordert en deze dienvolgens temeer de efficiëntie van de zorgverlening ten goede komt.

*“Ik ben ervan overtuigd dat het win-win situatie is. Ik bedoel, als je een week met een patiënt moet omgaan die je niet begrijpt, die je niets extra kan vragen, die moeilijk gaat beginnen doen, ... Dat vraagt veel meer tijd, veel meer energie dan als je een goede communicatie kunt hebben met die persoon waar je duidelijk grenzen kunt stellen en in het algemeen duidelijkheid kunt bieden. (Coördinator B)*

*“Uit onderzoek is gebleken – en ik ben daarvan overtuigd – dat de tevredenheid van de patiënt, van de ziekenhuismedewerker, hetzij arts, hetzij verpleegkundige toch wel toeneemt. Oké het is arbeidsintensief, want het duurt langer dan een gewone consultatie. Maar uiteindelijk, als je kan bereiken wat je wilt bereiken, is er toch niets mooier dan dat denk ik, zowel voor de patiënt als voor ons. Want dat is wat we willen, we willen een goede, kwaliteitsvolle zorgverlening bieden. En dat primeert nog altijd. En die communicatie is daarin essentieel.” (Coördinator D)*

*“Ik denk dat er veel minder frustraties al zijn en heel veel minder miscommunicatie zich voordoet. En dat doet al veel. Want gefrustreerde medewerkers gaan minder efficiënt werken met een verliesmakend effect tot gevolg. Men zegt overigens dat een tolkgesprek anderhalf keer langer duurt, omwille van het feit dat veel zinnen herhaald worden in een andere taal. Dit valt sterk te relativeren doordat een gesprek waarbij iemand u niet begrijpt, mogelijks resulteert in het twintig keer opnieuw uitleggen van eenzelfde boodschap. Dus tijdbesparend is ICB en zijn tolkgesprekken naar mijn mening zeker. En ‘tijd is geld’.” (Coördinator F)*

*“Als ze hier een patiënt binnenkrijgen via de spoed en die heeft documenten bij van een Europees land maar hij is zelf van (land) nationaliteit en die heeft een kaartje bij waardoor ze er van uitgaan dat die verzekert is en dat is niet het geval. Dat kost 1000 euro per dag voor het ziekenhuis.” (Bemiddelaar A)*

*“Bijvoorbeeld dat ze zeggen van ‘oh, waarom moet ik dat nu vertellen, ze gaan dat toch niet begrijpen’, terwijl dat ze bij ons dat toch wel aanbrenge. En soms zeggen ze dat ook tegen ons: ‘je moet dat niet vertellen aan de hulpverlener want die gaat dat toch niet begrijpen’, dat ik zeg ‘jawel, die gaat dat wel begrijpen. Kom, vertel maar, we gaan dat doorvertellen’. En zodoende zijn ze meer open zijn in de communicatie.” (Bemiddelaar F)*

In congruentie met de bevindingen voorgaand in deze scriptie werd ICB bovendien unaniem beschouwd als een bijzondere meerwaarde voor de kwaliteit bij en tevredenheid over zorg bij allochtone patiënten. Eén respondent benoemde daarenboven een betere performantie in patiëntveiligheid. Dit kan ten dele verklaard worden door een betere communicatie over bijvoorbeeld medicijninname en conditionaliteiten opdat een behandeling op veilige wijze uitgevoerd kan worden. Bovendien heeft het in de empirie bevestigde fenomeen dat ‘aanbod vraag creëert’ tot gevolg dat ICB ook een meerwaarde voor de ‘consumptie van gezondheidszorg’ in het ziekenhuis betekent. De voorziening van ICB trekt immers allochtone patiënten over de brug om het betreffende ziekenhuis te kiezen (zie supra). Tegelijkertijd voorkomt het de ‘inverse care law’ in de zin dat het eveneens de meest behoeftigen aantrekt, de statistische discriminatie van allochtonen in rekening houdende. Deze statistische discriminatie heeft bovendien tot gevolg dat ICB eveneens een brug vormt voor diverse sociale problematieken zoals geletterdheid of armoede, hetzij uitsluitend voor het segment van de allochtone patiënten.

*“Eigenlijk brengen we het ziekenhuis veel meer op dan het ziekenhuis dat denkt, denk ik. Ik merk dat ook bij de patiënten: mond-aan-mondreclame is heel belangrijk. Ik spreek enkel voor mijn eigen groep he, waar het patiënten aantal wel groeit omdat wij hier aanwezig zijn. Dus ik denk wel dat het een plus is ten aanzien van het ziekenhuis. Moesten wij nu zeggen, ‘oké, er zijn hier geen ICB’ers’, denk ik toch dat er – ik kan daar geen cijfer op plakken– zullen zijn die een andere ziekenhuiskeuze hebben.” (Bemiddelaar B)*

Toch dient dit laatste ook enigszins gerelativeerd te worden. Vanuit het gedachtegoed van ‘averechtse selectie’ dat haar genese vindt in de asymmetrische informatie in de gezondheidssector (Deleeck & Cantillon, 2008), zou dit immers evenwel kunnen impliceren dat een ziekenhuis vooral ‘economisch minder interessante’ patiënten aantrekt en dit op termijn een extra kost voor het ziekenhuis aanricht. Deze louter hypothetische idee dient echter wel genuanceerd te worden in de zin dat de gezondheidssector niet onderbouwd kan worden door een strikt economische rationale (Arrow, 1963). Ervan uitgaande dat het fundamentele patiëntenrecht van ‘zorg in een verstaanbare taal’ niet geschonden mag worden, betreft ICB dan ook ontegensprekelijk een efficiëntiewinst in vergelijking met haar alternatieven elders in de wereld, die in het theoretisch luik uitvoerig zijn gerefereerd.

*“Eigenlijk zie ik dat zoals een spoedafdeling of een brandweer, het moet er zijn op de moment dat het nodig is en die andere momenten kunnen wij ook moeilijk (taalgroep) ICB aan patiënten gaan aanbieden die niet (taalgroep) zijn’. Maar als je echt gaat zien naar ‘hoeveel werk hebben ze?’, dan denk ik van ‘het zou met minder kunnen’. Maar als je dan ziet dat het ‘s morgens om 8 uur druk is en om 3 uur ‘s middags en daartussen niet ... En je kan daartussen wel andere dingen doen, maar naar efficiëntie is dat minder. Maar dat is bij de brandweer ook he, als het niet brandt ... “ (Coördinator E)*

Desalniettemin bleek uit het voorgaande reeds dat in realiteit het ziekenhuisbeleid slechts gebrekkig ICB ondersteunt en blijkt uit menig interview dat de directies van de ziekenhuizen ICB niet direct als een efficiëntieverbetering van haar zorgverlening beschouwen. Ze ervaren het in eerste instantie als een kost door noodzaak, hoe klein die ook is relatief tot haar meerwaarde. Zo subsidieert de overheid geen anciënniteitstoelagen (en dienen deze opgelegd te worden door het ziekenhuis) en benodigt de sensibilisering en organisatie van ICB in het ziekenhuis wel enkele praktische financiële investeringen zoals brochures, een lokaal, enzoverder. Ruwweg de helft van de ziekenhuizen blijken bovendien zelf ook een deel van de VTE van de dienst ICB te betalen. Zo kan gesteld worden dat, hoewel de kosten-baten analyse voor een ziekenhuis zeker positief uitvalt, de ziekenhuisdirecties dit daarmee helaas doorgaans niet steeds als dusdanig percipiëren.

#### 4.6.2 Maatschappelijke kosten-batenanalyse

Vanuit het perspectief van de overheid is het vraagstuk omtrent de kosten-baten afweging echter heel wat complexer en is het antwoord veeleer ambigu, het principe van een ‘regionaal gedifferentieerde behoefteigheid’ en ‘dat aanbod vraag creëert’ in rekening houdende. Er zijn immers meer concrete cijfergegevens nodig teneinde hieromtrent een sluitend antwoord te kunnen bieden en alle maatschappelijke kosten en baten in rekening te kunnen houden. De positieve discriminatie en sociale vervlechting hiervan bemoeilijkt dit. Wel is het als een aparte titel in deze scriptie vermeld om het expliciet te onderscheiden van de efficiëntiemeerwaarde voor een ziekenhuis. Op maatschappelijk macroniveau is het immers niet even unaniem door de respondenten beschreven dat deze kosten-batenbalans positief uitvalt. In de interviews bleek dit immers benoemd te worden als een onderwerp waar door intuïtie en ervaring in het praktijkveld geen soelaas geboden kan worden. De meerderheid van de respondenten stelt dan ook letterlijk dat ze hier ‘geen zicht op hebben’.

#### 4.6.3 Efficiëntie van de huidige budgetverdeling van de overheid

Tot slot zal in deze sectie de huidige budgetverdeling en de mate dat deze door de respondenten als efficiënt beschouwd wordt in kaart gebracht en geëvalueerd worden. In het interview met Hans Verrept is daarom naar toelichting gevraagd over hoe de huidige verdeling ontstaan is. Hierbij kwam de mate dat dit jaarlijks herzien wordt en grotendeels historisch gegroeid is glashelder tot uiting. Eén coördinator getuigde hier expliciet van.

*“Het is zo dat we gekeken hebben naar hoeveel allochtone patiënten er in ziekenhuizen kwamen en dan hebben we een verdeling gedaan van het beschikbare budget tussen vier instellingen. Sindsdien is er elk jaar een evaluatie geweest. En als het slecht ging, werd het gestopt en was er ruimte voor een andere instelling. Er was een lijst opgesteld van de prioritaire instellingen. En dan is het budget verschillende keren verhoogd en hebben we twee dingen kunnen doen. Dat is ‘uitbreiden in ziekenhuizen die reeds gefinancierd werden’ en waar een hele grote behoefte aan was en dan hebben we ook een aantal nieuwe instellingen kunnen financieren. Dus we zijn begonnen met 20 instellingen en nu zitten we rond de 50. Het is eigenlijk een beetje een tweesporenbenadering. [...] Wij krijgen een vast bedrag, een gesloten enveloppe. Maar wij kunnen die wel onderhandelen met het kabinet. We kunnen dat proberen, hebben dat een aantal keer gedaan. Zo zijn we geëvolueerd van 500.000 euro naar 2,5 miljoen euro plus nog eens 500.000 euro extra op het ogenblik. Maar voor het ogenblik denk ik niet dat er ruimte is om over extra middelen te onderhandelen, ook al is de behoefte wel groter dan wat we kunnen dekken.” (Hans Verrept)*

*“Het budget van de overheid is hier vroeger heel hard gebruikt voor andere zaken dan ICB. Nu worden wij juist gecontroleerd. Dus nu ben ik ook volledig daar meer tijd in aan het steken.” (Coördinator)*

Aan de coördinatoren en bemiddelaars is eveneens gevraagd geweest naar hun mening over deze verdeling. In eerste instantie is daarmee nagegaan of ze hun takenpakket al dan niet als overdadig beschouwen. Hierbij bleken toch twee instellingen te stellen dat ze hun jobinhoud in principe ook met minder VTE zouden kunnen vervullen. De coördinatoren bleken thans allen te beschrijven dat ze op frequente basis ‘hun takenpakket niet rond krijgen’ en ‘genoodzaakt zijn puur vraaggericht te werken’. Bovendien bleek unaniem het probleem van een variabele werkdruk beschreven te worden, vooral bij ICB’ers, waardoor deze soms de werkdruk niet kunnen volgen, maar op andere momenten weer heel wat vrije ruimte hebben in hun jobinhoud. De ‘efficiëntie’ blijkt dus eveneens periode-gerelateerd.

*“Ik denk dat we op bepaalde momenten de werkdruk zelfs nog kunnen verhogen. Ik denk dat er wel wat ruimte is. Maar het is zeer periodegebonden. Bijvoorbeeld, we gaan richting de zomer, wat weer een rustigere periode is omdat patiënten meer naar het land van herkomst gaan. De wintermaanden zijn dan weer wat drukker. Het fluctueert echt hard.” (Coördinator C)*

*“Zoals het ingevuld wordt, denk ik soms ‘goh, het is soms ook wachten tot er een duif valt’. En als ze vallen, vallen ze soms met drie tegelijk en zeg je van ‘nu moeten we toch twee tolken inschakelen’.” (Coördinator E)*

*“Het is niet iedere dag even druk Het is in pieken, van tijd tot tijd zeer druk en dan minder.” (Coördinator H)*

*“Het hangt ervan af wat je ervan wilt maken. [...] Het is altijd kiezen en delen. Je kiest voor iets maar dat betekent dat je iets anders moet laten vallen.” (Coördinator D)*

*“Er zijn momenten dat ik zeker ver boven die 0,4 VTE werk, maar evengoed momenten dat ik er helemaal niets van gebruik.[...] omdat die werkdruk gewoon zo hoog ligt dat je niet anders kan.” (Coördinator A)*

Toch dient ook dit gerelativeerd te worden. Immers, in het voorgaande werd reeds uitvoerig geduid in hoeverre bepaalde ziekenhuizen meer inzetten op bepaalde zaken dan anderen. Vaker blijkt het de keuze te zijn om ‘bepaalde taken al dan niet te doen’ die determinerend is voor het ‘al dan niet vinden dat het takenpakket overdadig is’, dan de werkelijke werkdruk. Aanbod - en ook een pro actieve inzet op ICB - creëert derhalve onmiskenbaar vraag. Daarom zullen ook de objectieve cijfers van verdeling in kaart gebracht worden.

*“Het grootste probleem van frustratie vind ik, als je een oplossing zoekt voor de taalbarrière, er nog steeds heel wat problemen bestaan rond patiënten die geen probleem hebben met de taal maar wel met de cultuur. Daar moeten dan weer andere oplossingen voor gezocht worden. En zelfs moest dit ooit lukken, kunnen er nog steeds problemen zijn omtrent de patiënten die auditief beperkt zijn. En zelfs moest dit ooit lukken, kunnen er nog steeds problemen zijn met betrekking tot illegalen. En dan zijn er ook nog de Roma’s, wat weer een groep apart betreft. En zo kan ik nog een tijdje doorgaan. Het is altijd maar mogelijk om zelfs in de meest ideale situatie kleine segmenten van deze problematiek te verhelpen. En ik tracht steeds oplossingen te zoeken opdat zo veel mogelijk mensen daaronder vallen. Daarom ben ik ook ooit begonnen met de taalproblematiek.” (Coördinator F)*

In bijlage G is gevolglijk met betrekking tot de 10 ziekenhuizen waar interviews afgelegd zijn een tabel toegevoegd die de concrete cijfers hieromtrent duidt. Hieruit blijkt dat de verdeling van middelen toch ook nevens de situatie-afhankelijkheid van de werkdruk enigszins onevenwichtig is en deze deels haar oorzaak vindt in de al dan niet aanwezige bereidheid van het ziekenhuis om zelf een financiële investering te doen in ICB. Een verschil in de allochtone patiëntenpopulatie is soms waarneembaar, maar niet altijd omdat bijvoorbeeld ook tussen de drie ziekenhuizen in Antwerpen heel wat verschil in subsidiëring vaststelbaar is. De bedenkingen door de respondenten hieromtrent in het begin van dit empirisch luik (zie supra) blijken daarmee gerechtigd te zijn. Hoewel de huidige verdeling vanuit beleidsmatig oogpunt begrijpelijk is, dient bijgevolg de vraag gesteld te worden of deze nu wel werkelijk het meest efficiënt is. Bovendien kan men zich afvragen in hoeverre het gerechtigd is dat bepaalde ziekenhuizen een vrij uitgebreide subsidiëring verkrijgen doordat deze ‘expliciet’ op eigen kosten ook zelf ICB’ers aanwerven, terwijl in enkele andere ziekenhuizen het voorzien van taalbijstand mee in het takenpakket van sociale werkers verworven zit, maar deze slechts erg beperkt subsidies krijgen.

*“Wij zijn met 64 sociaal werkers in het totaal over de campussen en dat betreft iets van een 54 VTE.” (Coördinator)*

Doordat in congruentie met het economische kennisveld enigszins de assumptie zou kunnen worden aangenomen dat het maatschappelijk marginaal nut van de voorziening van ‘ICB’ in een ziekenhuis dalend is (Folland, Goodman, Stano, 2013), kan de huidige onevenredige verdeling van de middelen temeer als inefficiënt beschouwd worden. Een verschuiving van de huidige middelen van de ‘ziekenhuizen met veel subsidies’ naar sommige ‘ziekenhuizen met veel minder subsidies’ zou derhalve een betere situatie kunnen teweegbrengen, ervan uitgaand dat het twee ziekenhuizen met een gelijke fractie allochtone patiënten betreft. Hoewel het quasi-onmogelijk is om in praktijk de huidige situatie terug te keren en de verdeling terug van nul af aan te laten verwezenlijken teneinde een Pareto-efficiënte allocatie te bekomen, dient dit wel met betrekking tot toekomstige subsidie-aanpassingen voor ogen gehouden te worden. Binnen de huidige context van budgettaire overheidsbesparingen en de politiek-maatschappelijke deining omtrent de begrotingsbalans blijkt efficiëntiemaximalisatie op lange termijn immers onontbeerlijk te zijn.

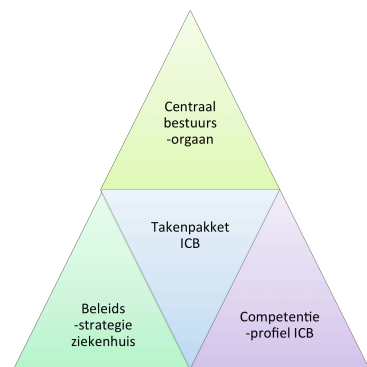
Momenteel kan ter conclusie vooral gesteld worden dat het ideaaltypische ‘fijngevoelig afstemmen van het aanbod op de vraag’ vandaag de dag slechts ten dele in praktijk door de overheidsceel gerealiseerd wordt, ofschoon een meer gelijke spreiding ontegensprekelijk efficiëntiewinsten zou teweegbrengen. Hierin ligt overigens nog een hele weg open voor toekomstig onderzoek teneinde dit op een meer kwantitatieve, met cijfers omliggende wijze te benaderen en hieromtrent een concreet advies te kunnen geven. Een bonte kraai maakt per slot van rekening nog geen winter.

## 5. Conclusie en discussie

Een goede en transparante communicatie en gang van zaken tussen de zorginstelling en haar patiënten is noodzakelijk om een voldoende kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat deze veel vaker gebrekkig is wanneer het communicatie met allochtone patiënten betreft. De achterstelling van allochtonen in de zorgsector is daarmee in zowat alle Westerse landen een vooraanstaande problematiek. Taalkundige, sociaal-culturele en diverse barrières en een communicatieve discordantie gaan ten koste van een efficiënte en kwalitatieve werking en dialoog. Het is op basis daarvan dat binnen het breder evolutiekader naar een 'patient-centered care' het Koninklijke Besluit aangaande de subsidiëring van interculturele bemiddeling, of kortweg ICB, in ziekenhuizen tot stand gekomen is en sinds 1999 in praktijk is gebracht. Van de huidige 57 algemene niet-categorale ziekenhuizen op het Vlaamse grondgebied verkrijgen er momenteel 15 enige vorm van subsidies teneinde ICB in werking te stellen.

In deze scriptie wordt getracht op basis van 24 diepte-interviews (met respectievelijk interculturele bemiddelaars, de betreffende coördinatoren, zorgverleners die regelmatig met ICB in aanraking komen, 2 patiënten en Hans Verrept zelf) overheen 10 Vlaamse ziekenhuizen de praktische uitwerking van ICB en haar socio-economische determinanten in kaart te brengen. Dit wordt gedaan met behulp van de opstelling en toetsing van een theoretisch ideaaltypen en de betreffende knelpunten in praktijk.

In het theoretisch luik wordt zodoende op basis van menig literatuur een ideaaltypisch model van ICB en haar maatschappelijke steunpilaren in detail uiteengezet, mits vermelding van mogelijke knelpunten. Zo wordt vooreerst rekening gehouden met de nood aan een overkoepelend bestuursorgaan die de administratieve en inhoudelijke opvolging en evaluatie van ICB overheen de verschillende ziekenhuizen verzorgt, evenals de nodige vorming aan haar medewerkers geeft. De wijze dat dit overheidsorgaan temeer een bredere top-down sensibilisering dient te verwezenlijken en het ideaaltypisch fungeert als hét (inter)nationaal aanspreekpunt rond de interculturele zorgproblematiek, werd hierbij eveneens uitvoerig omschreven mits een nood aan vertrouwen vanuit het alledaagse praktijkveld via een openheid naar bottom-up feedback. Vervolgens worden in het ideaaltypen ook de twee andere noodzakelijke steunpilaren omschreven en ontrafeld, met name 'het ideale competentieprofiel' van de bemiddelaars en coördinatoren en 'de verankering van het centrale beleid' in een ondersteunende organisatiestructuur, -cultuur en ondersteund beleid van het ziekenhuis.



Voorts kenschetst dit theoretisch ideaaltypen het takenpakket van ICB en de wijze dat deze fijngevoelig afgestemd dient te zijn op de sociaal-demografische vraag ervan. Het opheffen van een taalbarrière middels een triadische interventie werd hierbij beschreven als de meest belangrijke taak, met een voorkeur voor professionele taalbijstand en de beschrijving van minder opportune informele parallelcircuits. Een bemiddelaar vertaalt in principe zelf, een coördinator voorziet idealiter professionele taalbijstand. De invulling en het substantiële belang van de andere taken zoals 'cultural brokerage', 'concrete hulp aan patiënten',

‘emotionele ondersteuning’, ‘bemiddelen in interculturele conflicten’, ‘pleitbezorging’, ‘zelfstandig en pro actief op zoek gaan naar problemen’, ‘voorlichting aan allochtonen en zorgverleners’ en ‘het signaleren van knelpunten’, werd gevolgd eveneens in dit ideaaltype beschreven. Tot slot werd ook de verwezenlijking van een ‘shame-free environment organisatiecultuur’ als sluitstuk van dit alles benoemd.

In het empirisch luik van deze scriptie is dit ideaaltype en zijn haar mogelijke knelpunten voorts stapsgewijs afgetoetst en aangevuld waar nodig op basis van de bevindingen in de diepte-interviews. Hierbij blijkt erg duidelijk dat theorie en praktijk momenteel nog haaks op elkaar staan door een beperking in tijd en budget. Het overkoepelende bestuursorgaan kan zo dan wel haar opvolging en evaluatie, haar bottom-up openheid en vertrouwen realiseren en wordt inderdaad beschouwd als hét (inter)nationale aanspreekpunt bij uitstek. Toch blijkt deze beperkt te zijn in de mate dat deze een voldoende accurate en brede vorming biedt en de bredere maatschappelijke top-down sensibilisering realiseert. Het competentieprofiel van de coördinatoren en bemiddelaars blijkt temeer afdoende gerealiseerd te worden, ofschoon enige ambiguïteit waarneembaar is omtrent de meest geschikte scholing van een bemiddelaar. De andere steunpilaar is daarenboven zelfs geheel gebrekkig in de zin dat een pro actief ondersteunend beleid overwegend afwezig is en directie verre van over de nodige tijd blijkt te beschikken om zich met de materie bezig te houden. De mate dat de organisatiecultuur en -structuur door de respondenten als ondersteunend beschouwd wordt, blijkt overigens eveneens slechts deels te stroken met het theoretische ideaaltype.

Inzake het takenpakket bleek door alle respondenten het voorzien van taalbijstand unaniem en ontegensprekelijk als de meest kernachtige en substantiële taak van ICB beschouwd te worden. De verscheidene vormen van taalbijstand waarmee de taalbarrière opgehoft kan worden, evenals hun respectievelijke voor- en nadelen, zijn hierbij gestructureerd in kaart gebracht. Opmerkelijk is bovendien dat de informele parallelcircuits van taalbijstand nog steeds veelvuldig gebruikt worden en taalbijstand in praktijk niet steeds in triade gebeurt. Rondom de andere taken van ICB blijken bovendien uitsluitend de ideaaltypische invullingen van cultural brokerage, conflictbemiddeling en pleitbezorging enigszins te stroken met de dagdagelijkse realiteit. De concrete hulp aan patiënten, de emotionele ondersteuning, de signalisatie van knelpunten en het geven van voorlichting blijken eerder gebrekkig te zijn, hetzij mits een brede variatie tussen de ziekenhuizen. Het zelfstandig en pro actief op zoek gaan naar problemen blijkt op één ziekenhuis na zelfs geheel onbestaande te zijn. Heel wat knelpunten zijn hieromtrent uitvoerig in deze scriptie beschreven, evenals haar interdependentie met de statistische discriminatie en haar afdeling- en situatie-afhankelijkheid.

Ter afsluiting van het empirisch luik werd de financiële dimensie van ICB overigens in kaart gebracht. In de literatuur werd hieromtrent ten eerste gevonden dat doordat de betreffende overheidssubsidiëring verre van alle kosten dekt, een kosten-batenanalyse van het voorzien van een dienstverlening van ICB in een ziekenhuis op eerste zicht negatief uitvalt. Dit blijkt op basis van deze interviews verre van te stroken met de realiteit. Vanuit het perspectief van het ziekenhuis blijkt de voorziening van ICB nagenoeg vooral een efficiëntie- en kwalitatieve winst te betreffen, ofschoon dit slechts sporadisch door de betreffende directies als dusdanig gepercipieerd wordt. Hoewel deze scriptie aangaande de maatschappelijke kosten-batenanalyse van ICB vanuit het perspectief van de overheid eerder in het ongewisse blijft,



kan op basis hiervan dus wel gestaafd worden dat sensibilisering en een meer pro actieve samenwerking met de ziekenhuisbesturen benodigd is teneinde hen de meerwaarde ervan meer concreet te kunnen laten inzien. Ten tweede blijkt ook in de huidige verdeling nog heel wat efficiëntiedeficits waargenomen te kunnen worden mits een bijzonder onevenredige verdeling van de middelen tussen de ziekenhuizen. Dit blijkt echter geen gemakkelijke kwestie te zijn vermits 'aanbod' ook enigszins 'vraag' creëert.

In het algemeen kan hierbij opgemerkt worden dat er een tekort is aan een formele, robuuste keuzehiërarchie die geënt is op de mate aan behoefte naar ICB en haar meerduidige jobinhoud. In de verscheidene ziekenhuizen wordt een werkdag van een ICB'er of coördinator immers afdeling- en situatie-afhankelijk, 'ad hoc' en vraaggestuurd ingevuld, terwijl de verzekering van een kwalitatieve zorgverlening eerder zou moeten primeren. Dezelfde bedenking geldt bovendien voor de overheidscel die de middelen momenteel onevenwichtig en op historische grond verdeeld, veeleer dan op basis van behoefte.

In deze scriptie kan zodus besloten worden dat de praktijk van interculturele bemiddeling in Vlaamse ziekenhuizen vanuit socio-economisch oogpunt nog heel wat voeten in de aarde heeft. Een ruime verscheidenheid aan initiatieven om de interculturele zorgproblematiek op te heffen zijn waarneembaar, maar velen staan nog in hun kinderschoenen, zijn slechts beperkt tot bepaalde ziekenhuizen, bepaalde afdelingen en bepaalde situaties en worden nog steeds geketend door verscheidene knelpunten. Een efficiëntere, breder gedragen werking en een meer robuuste keuzehiërarchie geënt op de behoefte van de patiënt kan hierin soelaas brengen, maar ook niet onbeperkt. ICB is bovendien een doeltreffend initiatief, maar kan niet geïsoleerd 'opgelost' worden, de statistische discriminatie van allochtone patiënten in rekening houdende. Er is nood aan een bredere visie van diversiteit. Hierin biedt zich menig toekomstperspectief, in spijt dit nu slechts gebrekkig realiseerbaar is. Een brede 'shame-free environment organisatiecultuur' blijft anno 2014 allicht een utopie.

In deze verhandeling en kwalitatieve analyse zijn overigens een aantal beperkingen vast te stellen. Zo betreft dit in eerste instantie een explorerend onderzoek en kan niet met zekerheid gesteld worden dat de steekproef van respondenten representatief is voor haar onderzoekspopulatie. Dit wordt o.m. sprekend geduid door het feit dat geen enkel interview afgenomen is in een ziekenhuis waar geen ICB aanwezig is, ofschoon deze nog steeds de meerderheid van de ziekenhuizen betreft. Temeer kunnen de bevindingen uit de interviews vertekend zijn omwille van de subjectiviteit van de respondenten en het erg beperkt aantal patiënten. De zorgverleners zijn ergo steeds door de coördinatoren gevraagd om tijd vrij te maken voor het interview, waardoor ook hierin een selectiebias mogelijk is. Meer algemeen zou toekomstig kwantitatief onderzoek de bevindingen van deze scriptie dan ook nog beter kunnen afbakenen en operationaliseren onder de vorm van 'concrete cijfers'. De vraag rest niettemin in hoeverre dit alles objectief omzetbaar is in cijfers, het meetprobleem en de multi-aspectualiteit van de kenmerken van het ideaaltype, zoals bijvoorbeeld 'cultural brokerage' en 'een ondersteunend beleid', in rekening houdende. Een laatste beperking die benoemd kan worden is de eerder 'geïsoleerde' focus op intercultureelheid, vermits de statistische discriminatie in dit onderzoek ontegensprekelijk als belangrijke factor van de problematiek naar voren kwam. Ook hierin biedt zich nog menig toekomstperspectief.

## 6. Bijlagen van empirische analyse

### 6.1 Bijlage A: details diepte-interviews

Maandag 3 maart	interview met Karen Vereycken, Antwerpen circa 60 minuten
Dinsdag 4 maart	interview met Sofie Goderis, Gent circa 60 minuten  interview met Fatma Keten, Gent circa 60 minuten
Woensdag 5 maart	interview met Leen Mallet, Gent circa 25 minuten
Vrijdag 7 maart	interview met Raf Jacobs, Hasselt circa 70 minuten  interview met Nihal Hakay, Hasselt circa 60 minuten
Maandag 10 maart	interview met Tatiana Liovotchkina, Antwerpen circa 45 minuten
Dinsdag 11 maart	interview met Tom Baert, Sint-Niklaas circa 60 minuten
Woensdag 12 maart	interview met Gabriël Liberato, Antwerpen circa 25 minuten
Vrijdag 14 maart	interview met Nadège Tilmant en Lora Smirnova, Tienen circa 70 minuten  interview met anonieme patiënt, Tienen circa 30 minuten
Maandag 17 maart	interview met Ewout Laureyns, Brugge circa 60 minuten  interview met Dr. Jens Van Praet, Brugge circa 20 minuten
Dinsdag 18 maart	interview met Patricia Vrancken, Genk circa 70 minuten  interview met Mosé Piazza, Genk circa 50 minuten

	interview met Els Peeters, Genk circa 30 minuten
Woensdag 19 maart	interview met Koen Cortebееck, Antwerpen circa 30 minuten
Vrijdag 21 maart	interview met Naïma Alou Izza, Antwerpen circa 70 minuten
Dinsdag 25 maart	interview met Larisa Khlopkoва en Serif Tezerdi, Antwerpen circa 100 minuten
	interview met Ine Van Looveren, Antwerpen circa 30 minuten
Woensdag 26 maart	interview met Nele Van Dingelen, Leuven circa 80 minuten
Dinsdag 29 april	telefonisch interview met Hans Verrept circa 12 minuten

## 6.2 Bijlage B: voor- en nadelen van diverse vormen voor taalbijstand

Teneinde de uit de diepte-interviews bevonden voor- en nadelen van de bestaande vormen van taalbijstand gestructureerd in kaart te brengen, is onderstaande tabel in deze bijlage opgenomen. Dit betreft overigens een synthese van de door de respondenten meest benoemde kenmerken, en niet alle standpunten, zowel vanuit het perspectief van de bemiddelaars en coördinatoren als die van de zorgverleners en patiënten.

### Partim I: Professionele taalbijstand

	Voordelen	Nadelen
ICB'er	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Combinatie met diverse hulp (andere taken)</li> <li>▪ Deontologische code</li> <li>▪ Gekend binnen ziekenhuis</li> <li>▪ Informeel contact en interventie</li> <li>▪ Interactie</li> <li>▪ Steeds dezelfde 'derde' voor patiënt</li> <li>▪ Vertrouwen wordt gewonnen</li> <li>▪ Vlotter gesprek dan met sociale tolk</li> <li>▪ Vlotter inplannen voor gesprek</li> <li>▪ Voorkomt communicatieve dominantie</li> <li>▪ Warmer contact</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoge kost om aan te werven</li> <li>▪ Probleem bij urgente situaties</li> <li>▪ Probleem bij zeldzame talen</li> <li>▪ Slechts voor één taal</li> <li>▪ Slechts zeer uitzonderlijk 24/7 oproepbaar</li> <li>▪ Verweven in gemeenschap van de patiënt</li> </ul>
Video-tolken (ICB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anoniemer dan bij lijfelijke ICB</li> <li>▪ Geen afspraak noodzakelijk</li> <li>▪ ICB mogelijk, al heb je er geen 'in huis'</li> <li>▪ Meer interactie dan bij telefonische token</li> <li>▪ Niet verplaatsen (ziekenhuizen, campussen)</li> <li>▪ Voorkomt communicatieve dominantie</li> <li>▪ Zelfde taalbijstand als ICB met voordelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anonimiteit (de patiënt komt in beeld)</li> <li>▪ Beeldende zaken</li> <li>▪ Enkel in de voormiddag</li> <li>▪ Gêne van een laptop te gebruiken</li> <li>▪ Niet voor psychiatrie, doodgeboorte, enz.</li> <li>▪ Nog steeds arbeids- en tijdsintensief</li> <li>▪ Probleem bij zeldzame talen</li> <li>▪ Problemen apparatuur, storingen</li> <li>▪ Wachttijden</li> </ul>
Sociale tolk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deontologische code, neutraal</li> <li>▪ Erg professioneel en gevormd</li> <li>▪ Heel correct vertaalwerk</li> <li>▪ Lijfelijke aanwezigheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbeids- en tijdsintensief</li> <li>▪ Binnen werkuren</li> <li>▪ Financiële kost (soms)</li> <li>▪ Lost communicatieve dominantie niet op</li> <li>▪ Meer afstand tussen tolk en patiënt, koeler</li> <li>▪ Moeilijk voor korte boodschappen</li> <li>▪ Nooit informeel contact</li> <li>▪ Probleem bij heel zeldzame talen</li> <li>▪ Probleem bij urgente situaties</li> <li>▪ Uitsluitend letterlijk tolken, geen bijstand</li> <li>▪ Wachttijden</li> </ul>
Ba-bel (telefoon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anonimiteit</li> <li>▪ Beproeft technologie</li> <li>▪ Gebruiksvriendelijk</li> <li>▪ Goed bij urgentie</li> <li>▪ Goed voor korte boodschappen</li> <li>▪ Snelheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Barrière, minder interactie</li> <li>▪ Binnen openingsuren</li> <li>▪ Geen lijfelijke aanwezigheid</li> <li>▪ Geen non-verbale communicatie</li> <li>▪ Lost communicatieve dominantie niet op</li> <li>▪ Mogelijks niet alles begrepen</li> <li>▪ Niet voor emotionele, complexe zaken</li> </ul>

*Partim 2: Niet-professionele taalbijstand*

	<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
Informeel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altijd beschikbaar (nacht, weekend, ...)</li> <li>▪ Goed bij urgentie</li> <li>▪ Goed voor korte boodschappen</li> <li>▪ Goed voor noodgevallen</li> <li>▪ Goed voor praktische zaken</li> <li>▪ Goed voor vermijden familiale tolken</li> <li>▪ Goed voor zeldzame talen</li> <li>▪ Lijfelijke aanwezigheid</li> <li>▪ Minieme financiële kost</li> <li>▪ Veel talen beschikbaar</li> <li>▪ Weinig arbeids- en tijdsintensief</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emotioneel zwaar voor interne tolk zelf</li> <li>▪ Geen deontologische code</li> <li>▪ Geen overzicht van hoeveel, wanneer, ...</li> <li>▪ Geen vorming, begeleiding</li> <li>▪ Niet voor emotionele zaken</li> <li>▪ Niet steeds correcte vertaling, geen tolken</li> <li>▪ Onderhevig aan goodwill diensthoofden</li> <li>▪ Weinig richtlijnen</li> <li>▪ Weinig samenkomsten</li> </ul>
Familie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 'Iemand heeft getolkt'</li> <li>▪ Geen problemen met wachttijden</li> <li>▪ Goed bij urgentie</li> <li>▪ Goed voor praktische zaken</li> <li>▪ Goed voor zeldzame talen, dialecten</li> <li>▪ Goed voor noodgevallen</li> <li>▪ Lijfelijke aanwezigheid</li> <li>▪ Minieme financiële kost</li> <li>▪ Patiënten nemen zelf mee</li> <li>▪ Vertrouwen</li> <li>▪ Weinig arbeids- en tijdsintensief</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conflicten ontstaan daardoor vaker</li> <li>▪ Culturen waar zaken niet besproken worden</li> <li>▪ Geen deontologische code</li> <li>▪ Geen neutraliteit, noch anonimiteit</li> <li>▪ Geen overzicht van hoeveel, wanneer, ...</li> <li>▪ Lost communicatieve dominantie niet op</li> <li>▪ Mogelijks niet alles begrepen</li> <li>▪ Niet steeds correcte vertaling, geen tolken</li> <li>▪ Niet voor emotionele, complexe zaken</li> <li>▪ Niet voor gênante, financiële zaken</li> </ul>

### 6.3 Bijlage C: Dimensies en inhoud van de culturele barrière

Niettemin door alle respondenten beschreven werd dat de individuele verschillen inzake onderstaande verschillen zeker niet te onderschatten zijn, noch ze ‘iedereen over dezelfde kam kunnen scheren’, blijken bepaalde fenomenen ruwweg wel te onderscheiden. Deze tabel geeft een overzicht van de bevindingen daaromtrent uit de diepte-interviews. Van elke dimensie is in de mate van het mogelijke overigens één of meer van de meest relevante citaten bijgevoegd ter illustratie en duiding.

Levensstijl	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Voeding</li> <li>•Kleding</li> <li>•Hygiëne</li> <li>•Tijdsbewustheid</li> </ul>
Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Verbaal</li> <li>•Non-verbaal</li> <li>•Video</li> <li>•Geletterdheid</li> <li>•Respect</li> </ul>
Gezinshiërarchie	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Man-vrouw</li> <li>•Kinderen</li> </ul>
Religie	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hoofddoek</li> <li>•Vasten</li> <li>•Verdoving</li> <li>•Seksualiteit</li> <li>•Medicatie</li> <li>•Geslacht</li> <li>•Rituelen</li> </ul>
Diverse waarden en normen	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Taboe</li> <li>•Pijnbeleving</li> <li>•Klachten</li> <li>•Schaamte</li> </ul>

Categorie	Dimensie	Voorbeelden van inhoud
Levensstijl	Voeding	<p><i>“Bijvoorbeeld bij Turken: Een dikke baby is een gezond kind. En dan ook dingen zoals extra suiker in de melk doen, dat moet eigenlijk voorkomen worden want dat geeft wel problemen.”</i> (Coördinator E)</p> <p><i>“Onze bereiding van eten is anders. Als je aan onze mensen vraagt ‘eet je veel groenten?’, dan zeggen ze soms ‘ja’, maar de bereiding van groenten is anders. Dan zeg ik: ‘Mag ik heel even toelichten hoe bij ons de groenten bereid worden?’ En dan geef ik gewoon het recept. [...] Daar zitten inderdaad groenten tussen, maar ook andere dingen.”</i> (Bemiddelaar D)</p> <p><i>“Soms geeft de ICB’er een uitleg van een gerecht. Nu moet ik die uitleg allemaal niet meer weten omdat ik ze allemaal al ken. Maar ja, dat gaat toch over bepaalde soepen met magen in en dergelijke rare dingen, waarvan ik dan moet weten wat er allemaal inzit. [...] En bijvoorbeeld, die mensen gaan zeggen dat ze light-kaas kopen in de Turkse winkel, waarop de tolk duidt dat de light-kaas in de Turkse winkel nog met 40% vet is.”</i> (Zorgverlener E)</p>

		<i>“Er wordt wel rekening gehouden met de (origine) eetgewoontes, maar ik denk dat de hulpverleners daar al veel ervaring mee hebben.” (Bemiddelaar B)</i>
	Kleding	<i>“Het enigste dat ik kan bedenken, is dat wij geen broeken dragen. Maar voor de rest is het normale kledingdracht.” (Patiënt A)</i>
	Hygiëne	Geen verdere duiding
	Tijdsbewustheid	<p><i>“Ze hebben dan altijd een excuus zoals geen parkingplaats gevonden te hebben of ‘ik-weet-niet-wat’. Het gebeurt niet dikwijls, je kan er geen lijn in trekken. Maar het gebeurt wel meer dan bij Belgen, denk ik. En op dat moment probeer ik zelf aan de patiënt iets te zeggen over de gebruiken van de hulpverlening hier in België. Ik zeg: ‘Hier hechten ze wel veel belang aan op tijd komen, wil je daar de volgende keer op letten?’. En dan leg ik uit dat dat voor de volgende patiënt dan moeilijker wordt [...] Ik denk dat naarmate de opleiding hoger is, ze dat ook wel weten natuurlijk.” (Bemiddelaar D)</i></p> <p><i>“Bij de tweede generatie, degenen die hier opgegroeid zijn, is dat minder. Die hebben de cultuur, onze leefpatronen een beetje overgenomen. Maar voor de mensen die uit (land) komen door gezinshereniging en zo, daar bestaat dat niet he. [...] Het wordt gezegd dat ze gewoon rond gebedstijden communiceren. ‘Na het middagsgebed’, ‘na het zonsonderganggebed’, ‘na het avondgebed’, ... Dat ze zich meer situeren naar die gebedstijden qua tijd maar niet naar exacte uren.” (Bemiddelaar E)</i></p> <p><i>“De dokterslijsten zijn altijd druk gevuld en dan is het natuurlijk heel jammer als er iemand is die zo lang op zich laat wachten. Dus daarom probeer ik als de mensen naar hier komen, te zeggen van ‘we moeten een MRI ondergaan’. Dan probeer ik ze een maximum aan informatie te geven, inclusief die cultural brokerage. Omdat ik vermoed dat ze dat meestal niet gewoon zijn.” (Bemiddelaar G)</i></p> <p><i>“Er is inderdaad een verschil. Maar ik vind niet dat je dat kan benoemen naar ‘die of die mensen’. Ik vind dat dat echt gezinsgebonden is. En als dat mensen zijn die minder geschoold zijn, het financieel moeilijk hebben, aan de rand van de maatschappij leven, veel afhankelijk zijn van anderen, ... Dan moet u dat al wat incalculeren dat die niet stipt op tijd gaan zijn” (Bemiddelaar A).</i></p>
Communicatie	Verbaal	<p>Er zijn zowel verschillen in de manier van aanspreken als wijze dat verwacht wordt dat ze aangesproken worden.</p> <p><i>“Een Pool, om het nu heel stereotiep voor te stellen, heeft zijn conclusie al getrokken en doet toch zijn eigen ding. Bij een Pool en bij een Rus vind ik dat die dat heel hard aan hebben. Ik vind dat je daar gemiddeld genomen ook minder op de emoties kunt inspelen. Terwijl, als je een Italiaanse bemiddelaar erbij hebt zitten, gewoon de aanwezigheid van die persoon maakt het allemaal al toegankelijk en minder erg dan dat het eigenlijk is” (Coördinator D)</i></p> <p>Een cultureel bepaalde meer onrechtstreekse communicatie is mogelijk. Islamitische of Italiaanse patiënten zijn bijvoorbeeld eerder geneigd om op een meer voorzichtige, indirecte wijze te communiceren. (synthese van verscheidene uitspraken)</p> <p>Voorbeeld: Russisch sprekende patiënten: <i>“Ik had een wat moeilijk contact met hen. Ze zeiden zeer weinig als ik een vraag stelde en zeiden niet meer dan ‘ja’ of ‘neen’. Ze zaten vaak wat te gniffelen onderling, maar blijkbaar vond de ICB’er het niet zo abnormaal dat ze zich zo gedroegen [...] Ik heb dat dan nog via een ander iemand in het ziekenhuis die ook van Russische afkomst is nagevraagd of dat nu al dan niet normaal is, maar zij ervaren die manier van communiceren waarbij ik vooral veel aan het woord was en zij niet zo veel zeiden, niet als abnormaal.” (Zorgverlener B)</i></p>

		<p>Voorbeeld: joodse patiënten:  <i>“Zij verlangen eigenlijk dat je daar zo veel mogelijk tijd insteekt. Terwijl sommige dingen echt door iemand anders kunnen, verwachten zij toch dat je er altijd bij bent. Terwijl soms een zorg zodanig gecoördineerd is dat dat op de afdeling zelf kan opgevolgd worden. Zij stellen ook dingen voor die anderen niet voorstellen he. Die stellen soms voor van ‘als mijn familielid naar huis gaat, wil ik dat jij die thuis komt verzorgen in plaats van de thuisverpleging’.” (Zorgverlener F)</i></p>
	Non-verbaal	<p><i>“Bij Bulgaarse patiënten schudden ze hun hoofd van links naar rechts als het ‘ja’ is en van boven naar onder als het ‘nee’ is [...] En dokters of hulpverleners kijken heel verbaasd als ik dat zeg.” (Bemiddelaar E)</i></p>
	Video	<p><i>“Ik heb twee mensen van Tsjetsjeense afkomst die bijvoorbeeld niet in beeld willen komen. Ik denk dat het te maken heeft met een christelijke achtergrond of zo.” (Zorgverlener B)</i></p>
	Geletterdheid	<p><i>“Vandaag hielp ik bij een test. Er stond een teken dat bij ons niet gebruikt wordt. Dan zeg ik ‘die tekenen komen bij ons niet voor’, zodat ze rekening houden dat wij daar niet echt mee gekend zijn.” (Bemiddelaar B)</i></p>
	Respect	<p><i>“De manier van omgang doet ook veel. Onze Marokkaanse ICB’er kust sommige mensen. Die zegt: ‘Als ik dat niet zou doen, dan vinden die mij zo onbeleefd en ga ik er nooit meer iets van gedaan krijgen. Dus, ik kus die maar als die afkomen’. Terwijl in onze richtlijnen staat dat je al moet uitkijken als je een hand geeft, laat staan als je die kust. Maar soms hoort dat nu eenmaal bij de cultuur, je kunt niet zeggen dat je dat gaat ‘wegwerken’. (Coördinator G)</i></p>
Gezins-hiërarchie	Man-vrouw	<p>De man wordt in andere culturen meer gezien als de dominante figuur, de aanspreekpersoon. Dit blijkt zich niet te beperken tot louter de islamitische origines, maar ook bijvoorbeeld de Russisch sprekende gemeenschappen. (synthese van verscheidene uitspraken)</p>
	Kinderen	<p>Voorbeeld van uitzonderlijk geval hieromtrent:  <i>“Bij kindermishandeling hebben we het wel een aantal keer gehad dat de ICB’ers erbij komt om extra kracht bij te zetten in de zin van ‘kijk, hier in België gaat dit volgens de wetgeving niet’. En dan proberen wij zelf dit ook wel te kaderen van ‘wij begrijpen dat dit bij u in (land) dit misschien wel gebeurd en dat dat een cultureel gegeven is, maar u bent nu hier in België en hier wordt dat niet getolereerd’. En dan durft een ICB’er inderdaad wel eens te kaderen van ‘welk gegeven komt er bij hen naar ons’, eerder voor een beeld te krijgen van het cultuurgegeven. (Zorgverlener D)</i></p>
Religie	Algemeen	<p>Het christendom, de islam, het jodendom en de Roma zijn in de interviews hieromtrent vernoemd.</p> <p><i>“Ik denk dat de meeste situaties waar ik persoonlijk al met betrokken ben geweest, bijna altijd met religie te maken hebben, ja.” (Zorgverlener D)</i></p> <p><i>“Het zijn verschillen in cultuur, maar ik durf niet te zeggen wat nu toegewezen dient te worden aan religieuze of diverse culturele factoren.” (Zorgverlener B)</i></p> <p><i>“Dezelfde religie is sowieso niet hetzelfde als dezelfde cultuur” (Bemiddelaar F)</i></p>
	Hoofddoek	<p><i>“Ik heb heel veel Islamitische patiënten en ook omtrent cultural brokerage. Bijvoorbeeld hulpverleners die naar mij komen en zeggen ‘die vrouw doet raar want die mag niet naar het operatiekwartier met een hoofddoek’ en zo. Dan worden ze misschien naar anderen toe opstandig. Dan wordt dat uitgelegd aan beide partijen, ga ik naar de verpleging en worden er duidelijke afspraken gemaakt. Dan wordt die hoofddoek in de operatiezaal onder een kussen gedaan vanaf het moment dat aangevangen wordt met die operatie en wordt die terug opgedaan zodra ze klaar zijn.” (Bemiddelaar G)</i></p>



Diverse waarden en normen	Vasten	<i>“Als men iemand bijvoorbeeld binnen de vastenmaand een baxter wilt geven, terwijl die persoon aan het vasten is, moeten we daar een beetje een gulden middenweg in zoeken. De patiënt overtuigen van ‘dat is noodzakelijk, uw gezondheid komt boven alles’. Binnen de religie is dat ook zo. En ook met de hulpverlener bekijken van ‘kijk, dit is omwille van de vastenmaand dat ...’. Dan moeten we dat uitleggen en een beetje cultuursensitiever benaderen eigenlijk. Het is een gevoeligheid. Als je daar echt kordaat in gaat zijn, gaat het vertrouwen van de eerste keer al een botsing veroorzaken of gaat men gekwetst zijn en kan dat het verdere verloop van de behandeling beïnvloeden.”</i> (Bemiddelaar E)
	Verdoving	Geen verdere duiding
	Seksualiteit	Geen verdere duiding
	Medicatie	Voorbeeld: probleem bij medicatie die iets dierlijk in zich hebben  Voorbeeld: een groter geloof in kruidengeneeskunde <i>“Er zijn patiënten die zeggen: ‘Ja, de dokter heeft zo een medicatie voorgeschreven maar dat is te duur. Maar ik heb op televisie gezien dat bijvoorbeeld dat kruid daar goed voor is en ik neem dat nu en voel me daar beter bij’. Dat hoor je in de wachtzaal. En ik neem dat wel mee naar binnen.”</i> (Bemiddelaar D)
	Geslacht	Een probleem kan zich voordoen bij mannelijke artsen naar vrouwelijke patiënten toe. Een gynaecoloog is hier een mooi voorbeeld van. Toch moet ook dit gerelativeerd worden, vermits ook Belgische vrouwen soms de voorkeur geven aan een vrouwelijke gynaecoloog bijvoorbeeld. (synthese van verscheidene uitspraken)  <i>“Dat is maar een heel kleine percentage waar we af en toe ongenoegen bij vinden. Over het algemeen is dat geen probleem. Want de grootste populatie die ik volg zijn moslims en daar is het toch wel heel duidelijk ‘nood breekt wet’.”</i> (Bemiddelaar A)  <i>“Als ze merken ‘ik heb die persoon echt nodig om vooruit te gaan’, is die drempel lager dan als ze zouden kunnen kiezen voor iemand anders. Moest ik gewoon op een gang werken waar heel veel verpleegkundige vrouwen werken, en ik bijvoorbeeld de enige man was op de gang, dan zullen zij misschien toch wel iets sneller achter een vrouw vragen om hun te verzorgen. Ook al gaat dat soms over plaatsen op het lichaam dat niet zo evident zijn voor hun om die wondzorg te laten doen.”</i> (Zorgverlener)
Rituelen	Voorbeeld van uitzonderlijk geval hieromtrent: <i>“We hebben ook al eens een keer met een duiveluitdrijving een situatie gehad. Dan hebben wij inderdaad wel al met een ICB’er gewerkt, om dat te gaan duiden van ‘van waar komt dat gegeven?’ en ‘waarom kunnen wij dat niet goedkeuren?’, maar wel om een wederzijds begrip daarin proberen te bekomen.”</i> (Zorgverlener D)	
Taboe	Dit betreft bijvoorbeeld het spreken over onderwerpen zoals dood, kanker, terminaal zijn en rusthuisopnamen (nu minder dan vroeger). Dit geldt ook voor patiënten van bijvoorbeeld Italiaanse origine. Het is ook verschillend tussen culturen. Russische patiënten zullen bijvoorbeeld eerder de neiging hebben het zelf te willen verwerken, terwijl Turkse patiënten emotionele ondersteuning van de ICB’er als bijzonder positief ervaren. (synthese van verscheidene uitspraken)  <i>“Daar kunnen communicatiestoornissen over ontstaan. Dat de familie bijvoorbeeld heel vaak niet wilt dat de patiënt te weten komt dat die kanker heeft, of dat die gaat sterven, of dergelijke. Daarom is het ook zo moeilijk om zulke mensen naar een palliatieve eenheid te sturen.”</i> (Bemiddelaar F)	

	<p><i>"Euthanasie is 'not done'. Het wordt gedaan, maar het wordt niet besproken. We hebben onlangs zo een liaison-psychiater gehad die zei: 'Kan je mee komen tolken? Want met die vrouw, dat gaat echt niet goed. Die voelt zich ook niet goed en die is depressief. Die gaat ook sterven.' En die vrouw zegt van 'ik wil er niet meer zijn' en zij haalt aan van 'heb je al eens aan euthanasie gedacht?'. Dat heeft geleid tot bijna een klacht bij de ombudsdienst van 'wat durf jij hier vragen en het is Allah die het leven geeft en neemt'. En dan ben ik wel al eens met de ICB'ers aan tafel gaan zitten om te vragen 'hoe ga je daar mee om?'. En ze zeggen: 'Ja eigenlijk zeggen wij dan wel dat dat toch niet zo bespreekbaar is in onze cultuur'." (Coördinator G)</i></p>
Pijnbeleving	<p><i>"Bij Italianen merken we dat de pijndrempel, merkwaardig genoeg, veel lager ligt dan bij Belgen. Marokkanen bijvoorbeeld, die klagen in plaats van met de termen 'pijn', altijd met de term 'warm'." (Zorgverlener C)</i></p> <p><i>"Het voorbeeld van de Filippijn, waar je dan dieper moet ingaan op de vraag waar het pijn doet he. 'Het vuur in mijn buik' of de 'weet-ik-veel' in mijn hoofd. De ICB'er gaat dat uitleggen aan de arts, terwijl als je een tolk hebt, die legt dat niet uit. Die vertaalt gewoon 'vuren in de buik'. Of je dan genoeg weet als arts, dat weet ik niet. Dat denk ik niet. Dat is denk ik wel een verschil tussen een tolk en bemiddelaar." (Coördinator G)</i></p>
Klachten	<p><i>"Ik heb zelf op de psychiatrie gewerkt en ik weet dat depressies 'not done' zijn in bepaalde culturen, maar dat ze daar spreken van 'buikpijn' en 'hoofdpijn'. En dan gaan die door die hele malle molen want 'zo goedgelovig zijn wij dan'." (Coördinator)</i></p>
Schaamte	<p><i>"Dat ze bijvoorbeeld een moeder een intieme wassing geven terwijl dat de zoon daarbij is, dat zijn wel heel delicate zaken. Dat zijn dingen dat je kan vermijden. Je moet de patiënt niet in een schaamtelijke situatie brengen als je dat kan vermijden, waardoor dat ze ook minder stress gaan hebben." (Bemiddelaar E)</i></p>

## 6.4 Bijlage D: Dimensies en inhoud van diverse toegangsbarrières

In het theoretisch luik werd beschreven hoe diverse barrières de toegang tot zorg in Vlaanderen beperken voor allochtone patiënten en hoe hier ideaaltypisch door de dienst ICB mee omgesprongen wordt. Deze tabel geeft een overzicht van de bevindingen daaromtrent uit de diepte-interviews. Het kan doch niet genoeg benadrukt worden dat dit allesbehalve een sluitende opsomming is. Het dient in eerste instantie ter illustratie en empirische omschrijving van de problematiek en de wijze dat daarop wordt ingespeeld. Van elke dimensie is in de mate van het mogelijke dan ook één of meer van de meeste relevante citaten bijgevoegd.

Communicatie en organisatie
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Helpen afspraken maken</li> <li>•Nodige zaken voor behandeling</li> <li>•Wegwijs binnen het ziekenhuis</li> <li>•Hospitalisatieverzekering</li> <li>•Na opname</li> <li>•Thuiszorg regelen</li> <li>•Problemen t.a.v. hun werkgevers</li> </ul>
Administratie
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Formulieren</li> <li>•Brochures</li> </ul>
Medische zaken
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Inname medicijnen</li> <li>•Eigen nazorg</li> </ul>

Categorie	Dimensie	Voorbeelden van inhoud
Communicatie en organisatie	Helpen afspraken maken	<p><i>“Omdat dat in mijn agenda moet geïntegreerd moet worden, gaat dat via mij. Als de mensen voor een eerste keer komen, zeg ik ze direct ‘kijk, hier is mijn kaartje, hier is mijn telefoon, hier is mijn gsm-nummer, ... En als je een afspraak wenst, dan moet het via mij, als je wilt dat ik je bijsta en tolk”.</i> (Bemiddelaar G)</p> <p><i>“Wat ik wel nog soms zou doen, is dat als er op de consultatie iemand staat die een afspraak moet maken en dat het echt niet lukt, dat ik dan even naar boven ga, Ba-bel opbel en even help een afspraak te maken voor de patiënt of concreet af te spreken hoe er een tolk geregeld kan worden. Ook nagaan welke taal die persoon spreekt is soms ook wel belangrijk. Dat ze zeggen ‘het is een Rus’ en het blijkt dan Arabisch te zijn, is een groot verschil. En dat is niet altijd evident voor de zorgverleners.”</i> (Coördinator A)</p>
	Nodige zaken voor behandeling	<p><i>“De manier van werken, het feit dat je je moet inschrijven als je bij het onthaal komt, dat je je SIS-kaart mee moet hebben, dat je klevertjes krijgt en dergelijke. Daarin is echt wel nood aan om patiënten wegwijs in te maken.”</i> (Coördinator C)</p> <p>Ook verder betreft het nuchter zijn, bepaalde hygiënische zaken al dan niet gedaan hebben en dergelijke hierin van belang te zijn. (synthese van verscheidene uitspraken)</p>
	Wegwijs binnen het ziekenhuis	<p><i>“Letterlijk de weg wijzen [...] Ik begeleid tot de patiënt op de juiste plaats is.”</i> (Bemiddelaar B)</p>

	<p><i>“Er zijn enorm veel straten hier, het is zo een enorm complex ziekenhuis dat we ook vrijwilligers hebben aan het onthaal. Ik betrek die mensen erbij, dus voor de eerste generatie, om ze te laten begeleiden tot bij de polykliniek. Daar mogen wij ook gebruik van maken als de vrijwilligers aanwezig zijn, zo niet roep ik iemand van het onthaal soms mee of spreken we iemand aan. Maar wijzelf mogen ze niet verplaatsen. Wij mogen enkel aanwezig zijn op het moment van de interventie.”</i> (Bemiddelaar E)</p> <p><i>“Dat is vaak een moeilijke kwestie. Maar wij doen het altijd op die manier dat ze zich moeten aanmelden aan de receptie en dan moeten ze naar hier komen. We hebben inderdaad al gehad dat ze zoek raken. Maar dat hebben we ook met Nederlandstalige patiënten. [...] Het is wel een feit dat ik soms mensen heb die hier aan de deur staan en enkel het woord ‘afspraak’ uitspreken. Hoe ze hier geraakt zijn, is dan soms een raadsel, maar dan staan ze hier wel plots. Dat is dan wel een moeilijke kwestie.”</i> (Zorgverlener E)</p> <p><i>“Ik denk dat het feit dat de wegaanduiding in dit ziekenhuis moeilijk is, niet veel met cultuur te maken heeft. Ook autochtonen blijken soms moeite te hebben met het vinden van de weg.”</i> (Coördinator F)</p> <p><i>“Ten eerste is ons ziekenhuis omwille van de indeling met behulp van de zogenaamde ‘straten’ niet altijd even evident wat betreft toegankelijkheid of uw weg zoeken. We merken dat Nederlandstalige patiënten daar soms ook al een keer met sukkelen. Er gaat denk ik geen dag voorbij dat ik mensen naar die bordjes in de gangen zie staren die totaal niet weten waar ze naar toe moeten, waarbij ik vraag of ik ze kan helpen en ze op weg zet. Dus ik kan me inbeelden dat voor mensen die het Nederlands niet machtig zijn of het niet zo vloeiend begrijpen, wat er hier staat aangeduid of uitgelegd, zeker niet evident is.”</i> (Coördinator C)</p>
Hospitalisatie-verzekering	<p><i>“Hier in deze campus komen zowat alle soorten patiënten binnen. En dan is het ook mijn taak om toch op zoek te gaan of ze een verzekering ergens hebben, hoe ze ook aan hun kraamgeld kunnen geraken en dergelijke.”</i> (Coördinator F)</p> <p>In de andere ziekenhuis wordt dit doorgaans door sociale werkers gedaan, hetzij in triade met een ICB’er of tolk.</p>
Na opname	<p><i>“Iemand die ontslagen wordt en nergens naartoe kan, of iemand die ontslagen wordt en eigenlijk zijn familie niet kan opbellen. Dan gaan we op zoek, samen met die patiënt en de sociaal assistenten. En dan bel ik voor die patiënt naar hier of daar, waar hij denkt dat hij terecht kan. Want er wordt een hele zware druk gezet op het feit dat patiënten niet langer kunnen opgenomen worden. [...] Ik probeer samen met de patiënt te zoeken van ‘wie zijn uw familie?’, ‘heb je daar een nummer van?’, ‘kunnen we daar naar bellen?’ en zo van die dingen. In het slechtste geval bellen we met de Iman van de moskee en zoekt die mee naar opvang, wat niet altijd gemakkelijk is.”</i> (Bemiddelaar A)</p> <p>In de andere ziekenhuizen wordt dit doorgaans door sociale werkers gedaan, hetzij in triade met een ICB’er of tolk.</p>
Thuiszorg regelen	Geen verdere duiding
Problemen t.a.v. hun werkgevers	Geen verdere duiding
Algemeen	<p><i>“Dat is eigen aan onze Belgische maatschappij denk ik, het papierwerk en de nodige paperassen of attesten om in te vullen of zaken rond de mutualiteit. Dat is ook niet altijd eenvoudig. Veel oudere patiënten, zeker uit de Turkse doelgroep, zijn vaak ook analfabeet. Die mensen kunnen niet lezen of schrijven en dat maakt het eigenlijk allemaal nog wat moeilijker.”</i> (Coördinator C)</p> <p><i>“Wij als bemiddelaars mogen natuurlijk meer dan een pure tolk. Dus wij helpen mensen met papieren, administratie, enzoverder.”</i> (Bemiddelaar F)</p>

	<p><i>“Wij maken heel veel mee dat patiënten ons vragen om dat voor hen voor te lezen, om dat voor hen te vertalen. En als er dan op staat dat ze contact moeten opnemen, dan doen wij dat met de micro open zodat de patiënt op dat moment te horen krijgt waar het over gaat. En als er een vraag is dat dat dan in triade, maar dat via de telefoon, gecommuniceerd kan worden.”</i> (Bemiddelaar A)</p>
Formulieren	<p><i>“Bijvoorbeeld bij een laparoscopie of als je gewoon naar de dokter gaat en je krijgt iets dat moet ingevuld worden: wat ik zelf begrijp vul ik in. Maar dingen die ik niet begrijp, laat ik invullen. Sommige medische termen of zinsstructuren begrijp ik niet. En tot nu toe: wat ik zelf begrijp vul ik in, wat niet, vult (naam ICB'er) samen met mij in. Ik kan niet zeggen dat dat in moeilijke taal geschreven is, maar het is gewoon de inhoud van de vragen waarover ik twijfel of bang ben om iets verkeerd te zeggen omdat ik het niet goed begrepen heb. Vragen zoals 'ben je getrouwd?', dat is heel gemakkelijk te beantwoorden met 'ja' of 'nee'. Maar vragen over de lichamelijke of medische toestand zijn moeilijker. En ik kan ze begrijpen, maar ik ben bezorgd dat ik ze niet goed begrepen heb. En dan wil ik dat samen doen.”</i> (Patiënt A)</p> <p><i>“Zeker als we kijken naar folders van bepaalde aandoeningen, die zijn vaak heel technisch. En met alle goede bedoelingen, maar ja ...”</i> (Coördinator B)</p> <p><i>“Ik had gezien dat als je een tekst schrijft, dat dat eigenlijk op het niveau zou moeten zijn van 9 jaar. Dus een kind van 9 jaar zou dat moeten begrijpen. Daar willen we nu aan werken, dat dat ook zo is naar onze brochures en dergelijke toe.”</i> (Coördinator G)</p> <p><i>“Bij de invulformulieren: als zij met zulke documenten komen, gaan wij dat uitleggen tot dat ze het begrijpen.”</i> (Bemiddelaar E)</p> <p><i>“Met formulieren komen ze ook dikwijls af. Meestal vragen ze dan 'wil jij eens even langskomen om die formulieren in te vullen?'. Maar daar pas ik altijd voor op, want ik weet dat dat meestal voor de sociaal assistent is. En als het buiten de permanentie-uren is, ga ik toch wel eens kijken of horen wat dat het probleem juist is. En dan zeg ik: 'Kom binnen de permanentie-uren. Dan is er een sociaal assistent in het ziekenhuis'. En dan gebeurt dat terug in triade.”</i> (Bemiddelaar D)</p> <p><i>“Invulformulieren worden massaal vertaald naar het Frans en Engels. Maar hier en daar ... [...] Eigenlijk probeer ik het zoveel via de sociaal werkers te laten verlopen.”</i> (Coördinator D)</p> <p><i>“Een preoperatief formulier waarbij je vragen zoals 'heb je last van een hoge bloeddruk?' moet invullen, zijn wel vertaald naar het Engels en Frans, maar nog is dat voor veel mensen moeilijk. En dan weet ik dat de verpleegkundige of diverse zorgverleners soms in zulke gevallen wel de tijd nemen om dat even te overlopen.”</i> (Coördinator F)</p> <p><i>“Ik vraag meestal dat de hulpverlener dat zelf doet of dat een verpleegkundige of secretariaat-medewerker daar even mee helpt. Omdat, een sociale tolk mag niet helpen die lijsten in te vullen. Ze mogen alleen maar vertalen. En een ICB'er heb ik daar nog niet voor kunnen gebruiken. Ik weet ook niet of dat dat nuttig is. In praktijk, als er lijfelijk een ICB'er aanwezig zou zijn, zeker wel, maar met het videotolken is ook niet altijd evident en makkelijk om zo'n zaken te doen.”</i> (Coördinator A)</p> <p><i>“Als het formulieren zijn binnen het ziekenhuis, zal ik altijd de dienst daarbij betrekken. Neem nu iemand die opgenomen is en een anamnese moet invullen. Als dat een anamnese is die alleen over de patiënt gaat, dan zal ik dat samen met de patiënt doen. Maar het stuk dat door de verpleging moet gebeuren, dat zal ik niet doen. Dat doen we in triade. [...] Je ziet ook vaak dat ik er niet bij betrokken wordt.”</i> (Bemiddelaar A)</p>

*“Daar hebben we eigenlijk een grens getrokken dat dat niet de bedoeling is. Maar ook daar zien we dat je soms niet anders kunt. Nu, het gaat niet zo zijn dat die bemiddelaar dat papier voor zich heeft en dan zegt ‘hier staat nu ...’. Dat gaat die niet doen, dan gaat die dat aan een sociaal werker doorgeven.”* (Coördinator G)

*“Wat ik dan soms doe, is zeggen van ‘kijk, je kunt beter gaan naar uw huisarts en doe het samen met uw huisarts want die kent uw hele situatie’. Die kan al die vragen beter beantwoorden dan de patiënt zelf soms. Of dat ze het thuis met de familie proberen eerst te doen. We gaan er ook een beetje aan proberen te werken om menselijk zelfstandig te houden en niet afhankelijk van ons te maken. Als ik zie dat iemand zijn plan kan trekken, dan laat ik hen gewoon doen. Als ik merk dat dat niet lukt, dan bellen de verpleegkundigen naar mij dat ik even moet komen om die preoperatieve lijsten samen te overlopen met de hulpverlener. Dus dat is afhankelijk van de situatie. Er bestaat geen vaste regel.”* (Bemiddelaar F)

Brochures

*“Er zijn brochures die in het Arabisch vertolkt zijn. Nu zullen ze meer en meer dingen beginnen te vertalen. Maar het probleem is dat je nog altijd heel veel mensen hebt die niet geschoold zijn, die zelfs hun eigen taal niet kunnen lezen. Daar blijf je op botsen.”* (Bemiddelaar A)

*“Waar we op het moment wel met bezig zijn, is intern in het ziekenhuis een enquête afnemen van anderstalige patiënten om na te gaan wat we met onze brochures moeten doen. We trachten daarmee een antwoord te vinden op de vraag ‘Moeten we die laten vertalen? Zo ja, in welke talen? Of moeten we die gewoon in eenvoudiger Nederlands publiceren?’. Een brochure laten vertalen kost heel veel geld, dus we willen eerst weten of dit interessant is en zo ja in welke talen. Ik denk persoonlijk dat er ook heel veel Belgen zijn die niet alles wat in een zulke brochure staat begrijpen, want soms wordt er schrijftaal in gebruikt. Daar zijn we op dit moment ook met bezig.”* (Coördinator F)

*“Met de brochures gaan wij dat ook aankarten, maar dat is moeilijk. Bij de Belgische mensen heb je ook heel laaggeschoolden. Maar ja, wat doe je ermee?”* (Bemiddelaar E)

*“Alles is in het Nederlands. We denken er nu wel aan om meer met pictogrammen te werken en met filmpjes. Dus we hebben heel wat filmpjes opgenomen nu. Daar staan we wel voor open.”* (Coördinator G)

*“Dat is niet in meerdere talen, hier intern zeker niet. [...] Ik weet dat er hier voor een aantal brochures wel de vraag gesteld is, maar ik weet niet of dat die effectief al uitgebracht zijn. Het probleem zit hem erin dat je vaak een beëdigde tolk nodig hebt die dat officieel mag vertalen. [...] En dan moet dat eigenlijk uitbesteed worden en dat komt het financiële plaatje erbij kijken, ... Dan vrees ik er een beetje voor. Dus weinig. Ik probeer een stuk mondeling. Ik ga zien op de site, als het van een externe is, of het toch niet haalbaar is om een vertaalde te krijgen. Ik ga ook proberen af te toetsen, en dat is dat vaak met een ICB'er, of het toch niet mogelijk is om bijkomende informatie te geven over die folder en dan eens aftoetsen of er iemand van de familie of vrienden Nederlands spreekt, dat ik die toch kan meegeven en dat ze daarop kunnen terugvallen. [...] Ik durf wel, maar dat hangt af van de periode dat ze al in België zijn, het belang van het leren van Nederlands aangeven en dan die informatie mee geven van ‘je kan op die en die plek terecht’.”* (Zorgverlener D)

Medische zaken

Inname medicijnen

Er wordt doorgaans nonchalanter mee omgegaan, hetzij omwille van de statistische discriminatie. (synthese van verscheidene uitspraken)

*“Medicijnen, dat is ook moeilijk. Want dan vraagt de dokter ‘welke medicijnen neem je in?’. En dan zijn dat zo van die antwoorden als ‘die witte in een blauw pakje’. En dat zeg ik iedere keer erbij: ‘Welke medicijnen neem je in? Ken je de naam? En als je ze niet kent, breng de pakjes mee of kan je het opschrijven?’ ”* (Bemiddelaar D)

*“Rond medicijnnamen, dat zegt de dokter meestal. Deze geeft meestal een blanco blad aan de patiënt met streepjes en de dag dat het medicijn genomen moet worden, en zegt hij hoe het genomen moet worden. En dan schrijf ik meestal onder de dingen van de dokter op het blad het in het klein in het (taal) op.” (Bemiddelaar G)*

*“Daar zijn wij minder bij betrokken. In praktijk denk ik dat daar vaak nog naar familieleden gekeken wordt. [...] Ik verwacht nu wel dat als er een casus is waarbij iemand geen familie heeft en de taal niet machtig is, dat ze ons gaan inschakelen. Dus dat wij dan toch de check gaan doen, hetzij via een tolk, hetzij door naar het netwerk te kijken voor iemand die de taal machtig is, om samen dat afsluitgesprek te hebben.” (Coördinator B)*

*“Qua doseringen, is het soms wel een probleem. En dan vertaal ik dat gewoon letterlijk op dat moment zelf. Maar soms blijkt dat ze het dan toch verkeerd doen. En daarom let ik er nu ook wel op. Als de dokter een dosering zegt, herhaal ik dat nog eens, laat ik de dokter het zelf apart schrijven, ofwel schrijf ik het op. En als we buiten zijn, zeg ik het nogmaals.” (Bemiddelaar D)*

*“Meestal gebeurt het wel via de familie, omdat het meestal ook de familie is die er voor moet zorgen” (Zorgverlener F)*

Eigen nazorg

Voorbeeld van postnatale zorg:

*“Vrouwen die pas bevallen zijn, krijgen bijvoorbeeld koffertjes met allerlei spullen. Dan ga ik samenzitten en zeggen van ‘kijk, dit is zeep, en dat is dat’, omdat ze dat absoluut niet weten. Dus zeg ik dat voordat er ongelukken gebeuren. Dan schrijf ik gewoonlijk op de doosjes met alcoholstift wat wat is, ook met de vitamintjes voor de baby’tjes, zodat ze correct gegeven worden. Op de materniteit zijn ook richtlijnen van de pediaters en allerlei documenten die gegeven worden om door de patiënt meegenomen te worden naar huis. Die zijn ook vertaald in het (taal) in een apart mapje en dat wordt standaard gegeven aan (taal)-talige patiënten.” (Bemiddelaar G)*

Voorbeeld van algemene nazorg;

*“Wij gaan niet na drie weken nog eens bellen hoe het thuis gaat en of alles in orde is. Dat doen wij niet. Wij zijn geen hulpverleners en mogen dat ook niet. Sommige patiënten die wij regelmatig zien, daar wordt wel eens aan gevraagd of bijvoorbeeld alles in orde is thuis. Als dat patiënten zijn die vaak op consultatie komen en waar je een band mee opbouwt, kan het dat je daar wel naar vraagt als je aan het wachten bent in de wachtzaal bijvoorbeeld.” (Bemiddelaar F)*

## **Bijlage E: Voorbeeldcasussen van conflictbemiddeling en pleitbezorging**

### Casus 1: Betaling van een consultatie

*“Een vrij oude Turkse man gaat op consultatie bij de arts en heeft zijn drie dochters bij. Het is dan ook typisch dat zij met praktisch gans de familie op consultatie gaan bij de arts. En op het moment dat er moet betaald worden voor de consultatie, maakt de oudste dochter zich boos en verwijt ze de arts ‘dat zij moest beschaamd zijn dat hij zo een oude mens’, haar vader dus, ‘doet betalen voor zijn consultatie’. Nu moet ik zeggen dat niet alle artsen even sociaalvoelend zijn, ik denk dat dat in het algemeen zo is. Maar de arts in deze casus is dat eigenlijk wel. Dat is een zeer lieve mens die gaat voor zijn patiënten als hij dat kan en dat moet doen. En de dokter zelf was zodanig onder de indruk van wat er zich afspeelde, dat hij niet goed wist hoe hij daarop moest reageren. Nu, onze ICB’er was daarbij en heeft dan toch even geduid dat, los van de leeftijd van de patiënt, het de bedoeling is dat een consultatie betaald wordt. En zij heeft geduid dat onze gezondheidszorg nu eenmaal zo in elkaar zit. De dochter was niettemin niet echt tevreden met dat antwoord, maar op dat moment heeft zij wel een stukje bemiddeld in dat conflict.” (Coördinator)*

### Casus 2: Hulp van verpleging en erkenning van ziekte

*“De patiënt was opgenomen, had een aantal kwalen, had eerst een badje genomen, was schoontjes in haar bed gedoken en haar raam stond op een kiertje voor frisse lucht ‘s morgens. En ze belt naar de verpleegkundigen om te vragen of ze de raam kunnen dichtdoen, omdat zij heel goed ingeduffeld is. Ze heeft kou en is ziek. ‘Ze is wel in een ziekenhuis’ en ze wilt erkend worden in haar ‘ziek zijn’. En ze zegt ‘kan jij dat raam een keer dicht doen?’. Natuurlijk wordt de verpleegkundige heel geërgerd en zegt van ‘je bent niet gebonden, want je hebt geen baxter en kan uit je bed stappen. Het is niet enkel voor het raam dicht te doen dat wij dat moeten komen.’ En dan was er een botsing. De patiënt begon te roepen, de verpleegster begon te roepen. Ik kwam daarop uit en dan hebben wij dus apart met de verpleegkundigen en apart met de patiënt gesproken. Mevrouw zei van ‘ja, maar ik had schrik dat ik kou ging hebben en het was zo frisjes. En ik zat zo lekker onder mijn deken en ik ben echt ziek. Ik mag dat toch eens vragen’, terwijl de hulpverleners zeiden van ‘ja maar ja, we doen de verzorging, zo iets kunnen wij niet permitteren’. Maar ja, ze heeft wel moeten wijzen van ‘de raam moet dicht’, want ze kon het niet uitleggen he. Maar moest ze dat hebben kunnen uitleggen zoals ze het tegen mij zei, zou de verpleegkundige dat gedaan hebben. Dus het beperkt kunnen spreken en gebruiken van termen heeft daar voor een botsing gezorgd.” (Bemiddelaar)*

### Casus 3: Aanwezigheid van familie bij de behandeling

*“We hebben eens een Italiaanse familie gehad die ook niet koosjer was. Die waren dag en nacht bij de mama. Dat was het type ‘maffia’-familie die ook heel imponerend en heel dominant waren en stoorden bij de therapie. Die kinderen verstonden wel wat ik zei, maar die mama vond het normaal dat de zonen altijd bij haar waren. Het leek alsof de zonen voor haar opkwamen, maar eigenlijk was het de mama die met de vingers knipte en de zonen moesten luisteren. Maar in de praktijk stoorde dat. Die mevrouw had een cardiovasculaire aandoening en is heel snel afgeleid. Ik kon die niet behandelen want voortdurend was daar wel één van die kinderen bij waar zij door afgeleid was. En dan heb ik ook afgesproken dat ik nog wel behandeling met haar ga doen, maar op deze manier kan ik er niets meer bereiken. Dus heb ik in samenspraak met de dokter, want nooit is iets op eigen initiatief, afgesproken dat de kinderen mee mogen, maar ze blijven aan de deur staan. En als alles over is, mogen ze er weer terug bij. Maar in die ruimte wil ik met haar alleen zijn. En uiteindelijk zijn we er zo wel uitgeraakt.” (Zorgverlener)*

### Casus 4: Tijdstip van rituele wassing

*“Mensen verwachten dat als iemand vandaag overlijdt, dat ze morgenvroeg voor 13 uur de rituele wassing kunnen komen doen. Maar ons mortuarium is dan nog niet open. Wij hebben daar geen mensen of middelen voor om voor hun ter beschikking te staan dan. En toch verwacht men dat. Dat geeft soms een conflict. Maar dat is nu veel minder, want nu hebben we moslimvrijwilligers ingeschakeld die we kunnen oproepen om die mensen op te vangen. We hebben die opgeleid, die hebben een badge gekregen en krijgen het statuut ‘vrijwilliger van het ziekenhuis’. En die kunnen die mensen dan op tijd opvangen, zoals zij dat graag hebben.” (Coördinator)*



### Casus 5: Lichamelijkheid bij mannelijke zorgverleners

*“Ik ben ooit eens gevraagd geweest om een ICB’er te zoeken voor iemand die heel hard van haar tak gemaakt heeft, maar dan eigenlijk achteraf gewoon niet meer is komen opdagen op het moment dat wij het aanbod deden. Dat was eigenlijk wel een rare situatie. Dat was een mevrouw die bij de cardioloog kwam, waarbij de cardioloog gevraagd had om naar haar voeten te kijken. Nu, blijkbaar is dat een gewone vraag voor een cardioloog, maar die mevrouw vond dat moslim zijnde ‘not done’, maar had dat dus ook niet tegen de cardioloog durven zeggen. Maar als we dat achteraf bekeken, had die mevrouw op elke discipline dat ze geweest was eigenlijk wel met iemand een conflict gehad. En dan hebben we die uitgenodigd op gesprek daarover, om te kunnen uitleggen ‘wat’ en ‘waarom’, en hadden we ook een ICB’er gevonden die daarvoor naar hier wou komen. En die mevrouw heeft eigenlijk nooit meer iets van zich laten horen. En dat vind ik wel jammer want daar hadden we dan wel iets mee kunnen doen.” (Coördinator)*

### Casus 6: Nota in een eigen taal

*“We hebben eens ooit gehad op de dialyseafdeling ... Er komt daar in regel alleen een patiënt letterlijk over een bepaalde ‘grens’ en de familie moet daar wegblijven omwille van steriliteit en omwille van het proces dat daar gebeurt. Die mensen kwamen altijd maar mee. Dan kan je zeggen, dat is cultuur. Dat was cultuur en dat was geen cultuur in feite. Als je weet dat dat de regels zijn, moet je je daar aan kunnen houden. Die deden dat dus niet. Dus wat had de verpleging gedaan, die hadden niet beter gevonden dan in hun taal een nota op te hangen dat ze achter die streep moesten blijven wachten. Duidelijker kon dat toen niet zijn. Ja, die zijn toen van het plafond gevlogen, want die voelden zich zo gediscrimineerd dat dat alleen maar in hun taal erop hing. Dus dat was echt ‘op hun bedoeld’ en dat was in enige zin ook op hun bedoeld. Maar we kregen nog veel meer reactie van een andere groep: ‘Hoe we het toch wel in ons hoofd durfde te halen om dat in die taal alleen daar uit te hangen’. Die wisten niet wat daar geschreven stond natuurlijk. Die zeiden: ‘Nu ga je informatie uithangen in een taal die wij niet begrijpen’. Dat doen we dus nooit of nooit meer.” (Coördinator)*

# BRIDGING CULTURAL BORDERS

The value of the **intercultural mediator** for health care workers, patients and their relatives

Naima Alou Issa



UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN

Dienst Patiëntenbegeleiding  
(Social Support Service)

Email: [naima.alou.issa@uza.be](mailto:naima.alou.issa@uza.be)

Tel. 03/821 37 00

Cartoons: Mark Robson



## Case 1

Gynaecology, prof. Jacquemyn



Laila is 30 weeks pregnant – her daughter Loubna, 10 y, has come along to translate – communication is difficult – doctor calls intercultural mediator – translation in triad.

### VALUE

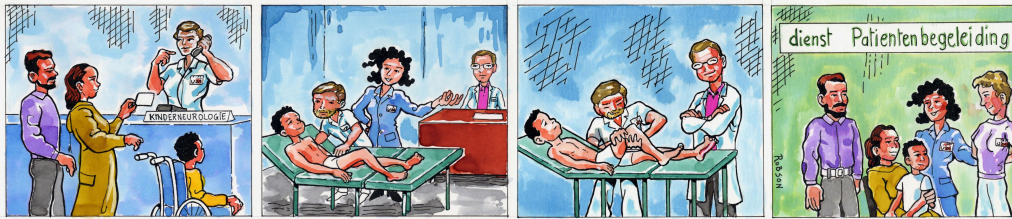
- DOCTOR**
- informal translator is too young
  - better view of complaints
  - treatment, engagements and follow-up can be optimized

### PATIENT

- trust
- no feeling of shame
- no fear
- informal translator no more needed

## Case 2

Children Neurology, dr. Ceulemans



Ramzi, 4 y, born with spina bifida – intercultural mediator attends every hospital visit – she helps referencing and attends the meetings with the social worker.

### VALUE

- DOCTOR**
- trusts in good cooperation with parents: their knowledge of the disease, follow-up of treatment, assessment of complications, correct reference

### PARENTS and CHILD

- mutual trust
- no fear for the disease and its complications

### SOCIAL WORKER

- good follow up of reintegration

## Case 3

Orthopaedics, prof. Somville



Farid, 28 y, enters emergency after car crash – communication with patient is good – doctor informs his wife by telephone in triad through intercultural mediator – preparing discharge through intercultural mediator.

### VALUE

- DOCTOR**
- communication with and crisis care for patient's wife
  - trust in good follow-up of home treatment

### PATIENT

- relieved and receives comfort: wife is well informed

### WIFE

- better involved

## Case 4

Nephrology, prof. De Broe



Rachid, 40 y, 3 times a week in dialysis – knowledge of Dutch is limited – nursing staff reports problems in follow-up of diet, medication, appointments – intercultural mediator comes over – she clears up the questions of both patient and nursing staff.

### VALUE

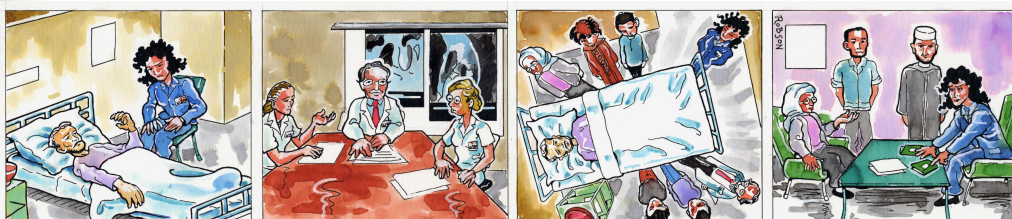
- DOCTOR and NURSING STAFF**
- better view of patient's questions and problems
  - better follow-up: diet, medication, follow-up of treatment

### PATIENT

- gets answers to his questions about diet, treatment
- possibility of kidney transplant

## Case 5

Oncology, prof. Vermorken



Amar, 60 y, is terminal – intercultural mediator shows a visit – she notices his lack of knowledge about his prognosis – after a team meeting with social worker, intercultural mediator attends all contacts with patient and family – comfort after decease and administrative help in the presence of intercultural mediator.

### VALUE

- DOCTOR and SOCIAL WORKER**
- better information to patient
  - better view of patient's desires

### PATIENT

- feels understood and can make decisions
- there is a bridge between patient, family and health care workers

### FAMILY

- receives comfort
- can start rituals

### Bijlage G: budgetverdeling van de overheid in de steekproef

Op enkele plekken in de tabel staan vraagtekens, dit ter oorzaak van het feit dat men in de diepte-interviews niet steeds exact heeft kunnen antwoorden op de betreffende vragen hieromtrent. Vermits dit op zich geen struikelblok gevormd heeft ten aanzien van de uiteenzetting over de financiële dimensie van ICB, is dit ook niet verder nagegaan. Centraal in deze bijlage staan immers niet de exacte cijfers, maar eerder een idee over hoe de middelen momenteel verspreid zijn.

		Bemiddelaar	Coördinator	Totaal
Ziekenhuis 1			1 0,5 VTE	1 0,5 VTE
Ziekenhuis 2			1 0,4 VTE	1 0,4 VTE
Ziekenhuis 3	Turks	4 2,4 VTE	1 0,2 VTE	6 3,4 VTE (FOD: ?? VTE)
	Russisch	1 0,8 VTE		
Ziekenhuis 4			1 0,3 VTE	1 0,3 VTE (FOD 0,4 VTE)
Ziekenhuis 5	Russisch	1 0,5 VTE		3
Ziekenhuis 6	Arabisch	1 0,8 VTE		1 0,8 VTE
Ziekenhuis 7	Turks	2 1,25 VTE		2 1,25 VTE
Ziekenhuis 8	Turks	3 1,7 VTE	2 0,8 VTE	12 8,6 VTE (FOD: ?? VTE)
	Arabisch	2 1 VTE		
	Arabisch-Berbers	2 1,8 VTE		
	Servo-Kroatisch	2 1,3 VTE		
	Russisch	2 1,5 VTE		
	Pools	1 0,5 VTE		
Ziekenhuis 9			1 < 0,4 VTE	1 ?? VTE
Ziekenhuis 10	Italiaans	2 1,5 VTE		5 3,5 VTE (FOD: 2 VTE)
	Turks	2 1,5 VTE		
	Arabisch	1 0,5 VTE		

Noot: de gegevens uit de interviews zijn aangevuld met informatie van FOD Volksgezondheid (2013a).

# Bibliografie

Adegbembo, A. O., Tomar, S. L., & Logan, H. L. (2006). Perception of racism explains the difference between blacks' and whites' level of healthcare trust. *Ethnicity & Disease, 16*, 792-798.

Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Affairs, 21*(2), 60-76.

Agyemang, C., Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2007). Racism in health and health care in Europe: where does the Netherlands stand? *European Journal of Public Health, 17*(3), 240-241.

AHEC Clear Health Communication Program. (2006). *Creating a shame-free and patient-centered environment for those with limited literacy skills*. Retrieved from [http://medicine.osu.edu/sitetool/sites/pdfs/ahecpublish/HL\\_Creating\\_environment.pdf](http://medicine.osu.edu/sitetool/sites/pdfs/ahecpublish/HL_Creating_environment.pdf)

Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 24*(3S), 68-79.

Andrulis, D., & Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior, 31* suppl, S122-133

American College of Physicians. (2010). *Racial and ethnic disparities in health care, updated 2010*. Retrieved from <http://www.acponline.org/>

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review, 53*(5), 941-973.

Arrow, K. J. (1971). *The theory of discrimination*. Retrieved from <http://www2.econ.iastate.edu/classes/econ321/rosburg/Arrow%20-%20The%20Theory%20of%20Discrimination.pdf>

Bagchi, A. D., Dale, S., Verbitsky-Savitz, N., Andrecheck, S., Zavotsky, K., & Eisenstein, R. (2011). Examining effectiveness of medical interpreters in emergency departments for Spanish-speaking patients with limited English proficiency: results of a randomized controlled trial. *Annals of Emergency Medicine, 57*(3), 248-256.

Baker, D. W., Williams M. V., Parker, R. M., Gazmararian J. A., Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling, 38*(1), 33-42.

Ballard, R. (2003). *The implications of cultural diversity for health care practice: an anthropological perspective*. Retrieved from [http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/savifadok/247/1/healthcare\\_1.pdf](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/savifadok/247/1/healthcare_1.pdf)

Beach, M. C., Rosner, M., Cooper, L. A., Duggan, P. S., & Shatzer, J. (2007). Can patient-centered attitudes reduce racial and ethnic disparities in care? *Academic Medicine, 82*(2), 193-198.

Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *Journal of the American Board of Family Medicine, 15*(1), 25-38.

Benkert, R., Peters, R. M., Clark, R., & Keves-Foster, K. (2006). Effects of perceived racism, cultural mistrust and trust in providers on satisfaction with care. *Journal of the National Medical Association, 98*(9), 1532-1540.

Bischoff, A., & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Service Research, 10*, 248-254.

Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., ... Francis, S. A. (2012). The measurement of patients expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients expectations. *Health Technology Assessment, 16*(30).

Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling, 91*(2), 131-140.

Brunson, J. G., & Lawrence, P. S. (2002). Impact of sign language interpreter and therapist moods on deaf recipient mood. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(6), 576-580.

Bulerson, B. R. (2003). The experience and effects of emotional support: what the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion and interpersonal communication. *Personal Relationship, 10*(1), 1-23.



- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182.
- Campina-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2).
- Carballo, M., Divino, J., & Zeric, D. (1997). *Analytic review of migration and health and as it affects European Community countries*. Antwerp: International Centre for Migration and Health.
- Casillas, A., Paroz, S., Green, A. R., Wolff, H., Weber, O., Faucherre, F., ... Bodenmann, P. (2014). Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BioMed Central*, 14, 19-26.
- Chiarenza, A. (2012). Project to develop standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups: preliminary standards for pilot testing in health care organizations. *International Network of Health, Promoting, Hospitals & Health Services, Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Healthcare*. Retrieved from [http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree\\_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatorio-equita/Valutazione/StandardHPH.pdf/at\\_download/file/Standard%20HPH.pdf](http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatorio-equita/Valutazione/StandardHPH.pdf/at_download/file/Standard%20HPH.pdf)
- Chiarenza, A. (2013, December 6). Naar een 'migrant-friendly' zorg in het ziekenhuis: van evaluatie tot implementatie. *Studiedag diversiteit in het ziekenhuis*. Retrieved from [http://www.health.belgium.be/filestore/19091393\\_NL/2013\\_12\\_06\\_Chiarenza\\_EN.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/19091393_NL/2013_12_06_Chiarenza_EN.pdf)
- Chimenti, M. (2009). Migration and health: national policies compared. In A. Fernandes, & J. P. Miguel (Eds.), *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 83-90). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- CIMIC. (2013). *Nieuw postgraduaat interculturele bemiddeling en hulpverlening: iets voor jou?* Retrieved from [http://cimic.khm.be/files/Brochure\\_PG\\_Interculturele%20Hulpverlening%20en%20Bemiddeling.pdf](http://cimic.khm.be/files/Brochure_PG_Interculturele%20Hulpverlening%20en%20Bemiddeling.pdf)
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).
- Culhane-Pera, K. A., & Vawter, D. E. (1998). A study of healthcare professionals' perspectives about a cross-cultural ethical conflict involving a Hmong patient and her family. *Journal of Clinical Ethics*, 9(2), 179-190.
- Cummins, J. P. (2000). *Language, power and pedagogy: bilingual children in the crossfire*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Cuadra, C. B., & Cattacin, S. (2007). Conclusions; towards difference sensitivity in organisations through reflexivity. In C. B. Cuadra & S. Cattacin (Eds.), *Migration and health: difference sensitivity from an organisational perspective* (pp. 117-124). Malmö: Malmö University.
- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: the sociolinguistic role of interpreters in Spanish- English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4(3), 379-405.
- David, R. A., & Rhee, M. (1998). The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 65, 393-397.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. J., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
- Decoodt, F., & De Reu, S. (2009). *Kosovaarse Roma in het Waasland: 10 jaar beleid met Roma in Temse en Sint-Niklaas*. Retrieved from <http://www.odice.be/userfiles/file/ODiCe/Lokaal%20beleid/Roma/Kosovaarse%20Roma%20in%20het%20Waasland%20-%20onderzoeksrapport.pdf>
- Deleek, H., & Cantillon, B. (2008). *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken: herziene en geactualiseerde uitgave*. Leuven: Acco.
- Deming, W. E. (1952). *Elementary principles of the statistical control of quality: a series of lectures*. Tokyo: Union of Japanese Scientists and Engineers.
- Department of Health. (2003) *Health equity audit: a guide for the NHS*. Retrieved from [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4084139.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4084139.pdf)

- Derose, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs*, 26(5), 1258-1268.
- Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). *Naar een interculturele gezondheidszorg: aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden*. Retrieved from [http://www.health.belgium.be/filestore/19077013\\_NL/Naar%20een%20interculturele%20gezondheidszorg\\_NL.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/19077013_NL/Naar%20een%20interculturele%20gezondheidszorg_NL.pdf)
- De Vries, S. (2000). *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Andersen A.-M. N., Bach, E., Baadsgaard, M., ... Sjøgaard, J. (2012). Health inequality: determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 12-105.
- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 60-67.
- Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., ... Dubouloz, C.-J. (2014, February 18). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: challenges for bilingual professionals. *Qualitative Health Research*. Doi: 10.1177/1049732314523503
- Emmerechts, M. (2012). Ba-bel, Vlaamse tolkentelefoon, tien jaar telefoontolken. *Brussels WelzijnsNieuws*, 2, 13-14. Retrieved from [http://www.bwr.be/upload/BWN\\_197\\_dossier.pdf](http://www.bwr.be/upload/BWN_197_dossier.pdf)
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495.
- Feldstein, P. J. (2012). *Health care economics*. Boston, Massachusetts: Cengage Learning.
- Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R., & Lin, H. (2012). Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553.
- FOD Volksgezondheid. (2013a). *Cel interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen*. Retrieved from [http://www.health.belgium.be/filestore/19088213/ZH\\_Vlaanderen\\_web\\_NL\\_20140404.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/19088213/ZH_Vlaanderen_web_NL_20140404.pdf)
- FOD Volksgezondheid. (2013b). *Patiëntenrechten*. Retrieved from [http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/index.htm#U2Dq2a1\\_uW5](http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/index.htm#U2Dq2a1_uW5)
- FOD Volksgezondheid. (2013c). *Studiedag diversiteit in the ziekenhuis*. Retrieved from [http://www.health.fgov.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Interculturalmediation/Workshop\\_061213/index.htm](http://www.health.fgov.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Interculturalmediation/Workshop_061213/index.htm)
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2013). *The economics of health and health care: seventh edition*. New Jersey: Prentice Hall.
- Fong, M. (2004). Multiple dimensions of identity. In M. Fong, & C. Rueylyng (Eds.), *Communicating ethnic & cultural identity* (pp. 19-34). Lanham, MD: Rowman.
- Free, C., Green, J., Bavnani, V., & Newman, A. (2003). Bilingual young people's experiences of interpreting in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 53, 530-535.
- FTO Casusboek. (2013). *Depressie bij allochtonen*. Retrieved from [http://www.huisarts-migrant.nl/wp-content/uploads/2011/09/casus\\_depressie-FTO.pdf](http://www.huisarts-migrant.nl/wp-content/uploads/2011/09/casus_depressie-FTO.pdf)
- Gandhi, T. K., Burstin, H. R., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Haas, J. S., Brennan, T. A., & Bates, D. W. (2000). Drug complications in outpatients. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 149-154.
- Gerkens, S., & Merkur, S., (2010). Belgium: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5), 1-266.
- Gijón-Sánchez, M.-T., Pinzón-Pulido, S., Kolehmainen-Aitken, R.-L., Weekers, J., Acuña, D. L., Benedict, R., & Peiro, M.-J. (2010). Better health for all in Europe: developing a migrant sensitive health workforce. *Eurohealth*, 16(1), 17-19.
- Giordano, S. (2007). Overview of the advantages and disadvantages of professional and child interpreters for limited English proficiency patients in general health care situations. *Journal of Radiology Nursing*, 26(4), 126-131.

- Gushulak, B., Pace, P., & Weekers, J. (2010). Migration and health of migrants. In: WHO Regional Office for Europe, *Poverty and social exclusion in the European Region: Health systems respond* (pp. 257-281). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Hampers, L. C., & McNulty, J. E. (2002). Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department. *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(11), 1108-1113.
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, *297*(7697), 405-412.
- Hsieh, E. (2005). Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science & Medicine*, *62*, 721-730.
- Hoang, G. N., & Erickson, R. V. (1985). Cultural barriers to effective medical care among Indochinese patients. *Annual Review of Medicine*, *36*, 229-239.
- Hsieh, E., & Hong, S. J. (2010). Not all are desired: providers' views on interpreters' emotional support for patients. *Patient Education and Counseling*, *81*, 192-197.
- Hsu, J., & Tseng, W. (1972). Intercultural psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *27*(5), 700-705.
- Hulsman, R. L., Ros, W. J. G., Winnubst, J. A. M., & Bensing, J. M. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills: a review of evaluation studies. *Medical Education*, *33*(9), 655-668.
- International Organization for Migration. (2009). *Developing a public health workforce to address migrant health need in Europe: background paper*. Retrieved from [http://www.migrant-health-europe.org/files/Capacity%20Building%20in%20Healthcare\\_Background%20Paper\(2\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Capacity%20Building%20in%20Healthcare_Background%20Paper(2).pdf)
- John-Baptiste, A., Naglie, G., Tomlinson, G., Alibhai, S. M. H., Etchells, E., Cheung, A., ... Krahn, M. (2004). The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. *Journal of General Internal Medicine*, *19*, 221-228.
- Johnstone, M.-J., & Kanitsaki, O. (2008). Cultural racism, language prejudice and discrimination in hospital contexts: an Australian study. *Diversity in Health and Social Care*, *5*(1), 19-30.
- Jones, S. R., & McEwen, M. K. (2000). A conceptual model of multiple dimensions of identity. *Journal of College Student Development*, *41*(4), 405-414.
- Jørgensen, J. N., Karrebæk, M. S., Madsen, L. M., & Møller, J. S. (2011). Polylanguaging in superdiversity. *Diversities*, *13*(2), 23-37.
- Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services: a questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling*, *81*, 187-191.
- Karl-Trummer, U., & Krajic, K. (2007). Migrant friendly hospitals: organizations learn sensitivity for differences. In C. B., Cuadra, & S. Cattacin (Eds.), *Migration and health: difference sensitivity from an organisational perspective* (pp. 42-61). Malmö: Malmö University.
- Kaufert, J. M., & Koolage, W. W. (1984). Role conflict among 'culture brokers': the experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science & Medicine*, *18*(3), 283-286.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research.
- Krajic, K., Straßmayr, C., Karl-Trummer, U., Novak-Zuzula, S., & Pelikan, J. M. (2005). Improving ethnocultural competence of hospital staff by training: experiences from the European 'Migrant-friendly Hospitals' project. *Diversity in Health and Social Care*, *2*(4), 279-290.
- Kravitz, R. L. (2001). Measuring patients' expectations and requests. *Annals of Internal Medicine*, *134*(9), 881-888.
- Kruispunt Migratie-Integratie. (2014). *Sociaal tolken en vertalen*. Retrieved from <http://www.kruispuntmi.be/thema/sociaal-tolken-en-vertalen>
- KU Leuven. (2012). *Master of intercultural mediation: identities, mobilities, conflicts*. Retrieved from [http://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/v/e/CQ\\_51925654.htm#activetab=diploma\\_omschrijving](http://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/v/e/CQ_51925654.htm#activetab=diploma_omschrijving)

- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy*. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Labun, E. (1999). Shared Brokering: The development of a nurse/interpreter partnership. *Journal of Immigrant Health, 1*(4), 215-222.
- LaVeist, T. A., Gaskin, D. J., & Richard, P. (2011). Estimating the economic burden of racial health inequalities in the United States. *International Journal of Health Services, 41*(2), 231-238.
- Leanza, Y., Boivin, I., & Rosenberg, E. (2010). Interruptions and resistance: a comparison of medical consultations with family and trained interpreters. *Social Science & Medicine, 70*, 1888-1895.
- Lehna, C. (2005). Interpreter services in pediatric nursing. *Pediatric Nursing, 31*, 292-296.
- Light, I., Sabagh, G., Bozorgmehr, M., & Der-Martirosian, C. (1993). Internal ethnicity in the ethnic economy. *Ethnic and Racial Studies, 16*(4), 581-597.
- Local Government Chronicle. (1997, August 12). *Govt takes action to reduce health inequalities*. Retrieved from <http://www.lgcplus.com/>
- Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., & Kunst, A. E. (2011). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65*(5), 412-419.
- Malheiros, J., Nunes, S., & Possidónio, D. (2009). Immigrants in the European Union: features, trends and vulnerabilities. In A. Fernandes, & J. P. Miguel (Eds.), *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 83-90). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- MacFarlane, A., Dzebisova, Z., Karapish, D., Kovacevic, B., Ogbemor, F., & Okonkwo, E. (2009). Arranging and negotiating the use of informal interpreters in general practice consultations: experiences of refugees and asylum seekers in the west of Ireland. *Social Science & Medicine, 69*, 210-214.
- Maltby, H. J. (1999). Interpreters: a double-edged sword in nursing practice. *Journal of transcultural nursing, 10*(3), 248-254.
- Mau, S., & Burkhardt, C. (2009). Migration and welfare state solidarity in Western Europe. *Journal of European Social Policy, 19*, 213-229.
- Meeuwesen, L., Tromp, F., Schouten, B. C., & Harmsen, J. A. M. (2007). Cultural differences in managing information during medical interaction: how does the physician get a clue? *Patient Education and Counseling, 67*, 183-190.
- Meeuwesen, L., Twilt, S., Ten Thije, J. D., & Harmsen, H. (2010). "Ne diyor?" (what does she say?): informal interpreting in general practice. *Patient Education and Counseling, 81*, 198-203.
- Merckx, G., & Hellemans, M. (2004). *Rijkdom aan verscheidenheid: diversiteit op de werkvloer*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- MFH. (2004). *The Amsterdam Declaration: towards migrant-friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe*. Retrieved from [http://www.mfh-eu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_english.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf)
- MFH. (2014). *The Migrant Friendly Hospitals Project*. Retrieved from <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>
- Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C., Hernández-Quevedo, C., McDaid, D. & Mossialos, E. (2009). *Health in the European Union: trends and analysis*. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Misra-Hebert, A. D., & Isaacson, J. H. (2012). Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 79*(2), 127-133.
- Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing, 53*(1), 75-87.
- Mortelmans, D. (2011). *Kwalitatieve analyse met Nvivo*. Leuven: Acco.
- Mull, J. D. (1993). Cross-cultural communication in the physician's office. *Western Journal of Medicine, 159*(5), 609-613.
- Nagy, R. (2011). Migrants and healthcare within the European Union. *International Review of Social Research, 1*(1), 61-72.



- Norris, W. M., Wenrich, M. D., Nielsen, E. L., Treece, P. D., Jackson, J. C., & Curtis, J. R. (2005). Communication about end-of-life care between language-discordant patients and clinicians: insights from medical interpreters. *Journal of palliative medicine*, 8(5), 1016-1024.
- O'Connor, S. J., Trinh, H. Q., & Shewchuk, R. M. (2000). Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health Care Management Review*, 25(2), 7-23.
- Olson, D. P., & Windish, D. M. (2010). Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients. *Archives of Internal Medicine*, 170(5), 1302-1307.
- Qureshi, A., Ramos, M., & Collazos, F. (2007). Intercultural mediation in psychiatry. *European Psychiatry*, 22(S1).
- Padilla, B., Portugal, R., Ingleby, D., De Freitas, C., & Lebas, J. (2009). Health and migration in the European union: good practices. In A. Fernandes, & J. P. Miguel (Eds.), *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 101-118). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71, 353-361.
- Peeters, R. F. (1986). Health and illness of Moroccan immigrants in the city of Antwerp, Belgium. *Social Science & Medicine*, 22(6), 679-685.
- Peeters, M. J. (2008). *Psychose: een blik op behandeling*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Pelto, P. J., & Pelto, G. H. (1975). Intra-cultural diversity: some theoretical issues. *American Ethnologist*, 2(1), 1-18.
- Pottie, K., Ng, E., Spitzer, D., Mohammed, A., & Glazier R. (2008). Language proficiency, gender and self-reported health: an analysis of the first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 505-510.
- Rechel, B., Mladovsky, P., & Devillé, W. (2012). Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices. *Health Policy*, 105(1), 10-16.
- Romero, C. M. (2004). Using medical interpreters. *American Family Physician*, 69, 2720-2722.
- Sarver, J., & Baker, D. W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 256-264.
- Schinkel, S., Schouten, B. C., & Van Weert, J. C. M. (2013). Are GP patients' needs being met? Unfulfilled information needs among native-Dutch and Turkish-Dutch patients. *Patient Education and Counseling*, 90, 261-267.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64(1), 21-34.
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L., Tromp, F., & Harmsen, H. A. M. (2007). Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behavior. *Patient Education and Counseling*, 67, 214-223.
- Schyve, P. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. *Journal of General Internal Medicine* 22(S2), 360-361.
- Shavers, V. L., & Shavers, B. S. (2006). Racism and health inequality among Americans. *Journal of the National Medical Association*, 98(3), 386-396.
- Singleton, K., & Krause, E. M. S. (2009). Understanding cultural and linguistic barriers to health literacy. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3). Retrieved from <http://www.nursingworld.org/>
- Smedley, B. D., Stith, Y. A., & Nelson, A. R. (Eds.) (2003). *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede. (2013). *Feiten en cijfers: analfabetisme*. Retrieved from [http://www.armoede.bestrijding.be/cijfers\\_analfabetisme.htm](http://www.armoede.bestrijding.be/cijfers_analfabetisme.htm)

- St. John, W., & Johnson, P. (2000). The pros and cons of data analysis software for qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship, 32*(4), 393-397.
- Straus, A. L. (1984). *Chronic illness and the quality of life*. Maryland Heights, Missouri: Mosby.
- Street, R. L., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine, 65*, 586-598.
- Suurmond, J., & Seeleman, C. (2006). Shared decision-making in an intercultural context: barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient Education and Counseling, 60*, 253-259.
- Ticca, A. C. (2006). The role of the interpreter-mediator in the opening phase of doctor-patient interaction. Retrieved from <http://www.santiago.cu/hosting/linguistica/descargar.php?d=321>
- Timmerman, C., Vanderwaeren, E., & Crui, M. (2003). The second generation in Belgium. *International Migration Review, 37*(4), 1065-1090.
- Timmins, C. L. (2002). The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*(2), 80-96.
- Uba, L. (1992). Cultural barriers to health care for southeast Asian refugees. *Public Health Reports, 107*(5), 544-548.
- US Office of Minority Health. (1999). Ensuring cultural competence in health care: recommendations for national standards and an outcome-based agenda. Retrieved from [http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/Assuring\\_Cultural\\_Competence\\_in\\_Health\\_Care-1999.pdf](http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/Assuring_Cultural_Competence_in_Health_Care-1999.pdf)
- Van der Meer, P. (1984). *Omgang met Marokkanen: regels, omgangsvormen, het psychosociale gesprek*. Deventer: Van Loghum -Slaterus.
- Van der Waal, J., Achterberg, P., & Van Oorschot, W. (2011). *Why are in some European countries immigrants considered less entitled to welfare: an assessment on the impact of ethnic diversity, ethnic competition, and violated reciprocity on welfare chauvinism*. London: NORFACE conference Migration: Economic Change, Social Challenge (4/6-9).
- Van Dijk, R. (1989). Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. *Medische Antropologie, 1*(2), 131-143.
- Vandoninck, F. (2003). *Een kosten- en batenanalyse van interculturele bemiddeling in de ziekenhuissector van Antwerpen* (Ongepubliceerde masterproef). Universiteit Antwerpen, België.
- Van de Geuchte, I., Maulet, N., Willems, S., Roland, M., & De Maeseneer, J. (2007). *Belgische initiatieven om de ongelijkheid in gezondheid te verkleinen 1995-2006*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Van Nunen, C. (2010). *Mijn man heeft een relatie met aisha kandisha: wensen en verwachtingen van tolken, therapeuten en interculturele bemiddelaars over cultuurduiding in de geestelijke gezondheidszorg* (Ongepubliceerde Masterproef). Associatie KU Leuven, Lessius, België.
- Vause, S. (2013). *Migranten en migrantenpopulaties in België: statistisch en demografisch verslag 2013*. Retrieved from [http://www.diversiteit.be/sites/default/files/documents/publication/statistisch\\_en\\_demografisch\\_verslag.pdf](http://www.diversiteit.be/sites/default/files/documents/publication/statistisch_en_demografisch_verslag.pdf)
- Verrept, H. (2002). Interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen. *Hospitalia, 4*, 170-174. Retrieved from <http://www.ogm-ggo.be/>
- Verrept, H. (2004). De rol van cultuur bij het medisch tolken. *Cultuur, Migratie, Gezondheid, 1*, 44-49. Retrieved from <http://www.ogm-ggo.be/>
- Verrept, H. (2012). Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care. In D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé, & I. Kotsioni (Eds.), *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities* (pp. 115-127). Antwerpen: Garant.
- Verrept, H. (2013). *Interculturele communicatie: wat bestaat er en wat kost het?* Retrieved from <http://www.nvkvv.be/file?file=557341&ssn=194230ace24e98423aac8d673598a7b74fc479c9>
- Vertovec, S. (2012). Trends and impacts of migrant transnationalism. In A. H. Sahoo, M. Baas, & T. Faist (Eds.), *Indian Diaspora and Transnationalism* (pp. 48-106). Jaipur: Rawat.

- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2013). *Cijfers*. Retrieved from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/>
- Vlaamse Tolkentelefoon Ba-bel. (2014). *Home en laatste nieuws*. Retrieved from <http://www.vlaamsetolkentelefoon.be/>
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming (2014). *Onderwijs Vlaanderen*. Retrieved from <http://onderwijs.vlaanderen.be/>
- Weckhuyzen, T. (2012a). Gezondheidsmeeting 2012 – workshop ‘taal en zorg’. *Brussels WelzijnsNieuws*, 2, 5-6. Retrieved from [http://www.bwr.be/upload/BWN\\_197\\_dossier.pdf](http://www.bwr.be/upload/BWN_197_dossier.pdf)
- Weckhuyzen, T. (2012b). Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg bij Foyer. *Brussels WelzijnsNieuws*, 2, 15-18. Retrieved from [http://www.bwr.be/upload/BWN\\_197\\_dossier.pdf](http://www.bwr.be/upload/BWN_197_dossier.pdf)
- Weckhuyzen, T. (2012c). Het taboe rond laaggeletterdheid. *Brussels WelzijnsNieuws*, 2, 38-41. Retrieved from [http://www.bwr.be/upload/BWN\\_197\\_dossier.pdf](http://www.bwr.be/upload/BWN_197_dossier.pdf)
- Weech-Maldonado, R., Morales, L. S., Elliott, M. N., Spritzer, K. L., Marshall, G., & Hays, R. D. (2003). Race/ethnicity, language and patients' assessments of care in Medicaid Managed Care. *Health Services Research*, 38, 789-808.
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Morales, L. S., Spritzer, K., Marshall, G. N., & Hays, R. D. (2004). Health plan effects on patient assessments of medicaid managed care among racial/ethnic minorities. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 136-145.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- Weiss, B. D. (2012). Health literacy and patient safety: help patients understand. *American Association Foundation and American Medical Association*. Retrieved from <https://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>
- Williams, D. R. (1999). Race, socioeconomic status, and health: the added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 173–188.
- WHO Regional Office for Europe. (2010). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2008). *Sixty-first world health assembly, provisional agenda item 11.9: health of migrants*. Retrieved from [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_12-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_12-en.pdf)
- Zenner, E. (2013). *Cognitive Contact linguistics: the macro, meso and micro influence of English on Dutch* (Unpublished doctoral dissertation). Associatie KU Leuven, België.