Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg

Een inventarisatie onder zorgverleners

Mattanja Triemstra
Charlotte Veenvliet
Chantal Zuizewind
Paul van Kessel
Nanne Bos

Dit rapport is een uitgave van het NIVEL. De gegevens mogen worden gebruikt met bronvermelding.

ISBN 978-94-6122-387-6

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Woord vooraf

In de relatie tussen zorgverlener en patiënt is communicatie cruciaal. De zorgverlener moet in staat zijn een anamnese af te nemen, informatie te verstrekken over de voorgenomen behandeling en uitleg te kunnen geven over de voortgang van die behandeling. De patiënt moet deze informatie kunnen begrijpen en in staat zijn om relevante gegevens aan de arts te verstrekken. Deze interactie is noodzakelijk met het oog op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en om kwalitatief goede en veilige zorg te kunnen leveren.

In de Nederlandse samenleving komen echter taalproblemen in de spreekkamer regelmatig voor. Door de recente verhoogde instroom van vluchtelingen is het de verwachting dat zorgverleners hier vaker mee te maken krijgen. Van patiënten mag worden verlangd dat zij zich inzetten om zich verstaanbaar te maken. Aan de andere kant ligt er ook een verplichting bij zorgverleners. Van hen wordt verwacht dat zij inschatten of de taalbarrière het verlenen van adequate zorg in de weg staat. Als dat het geval kan bijvoorbeeld een informele tolk ingezet worden, maar soms is de inzet van een professionele tolk noodzakelijk.

Vanuit overheidswege is ervoor gekozen om vanaf 2012 alleen nog bij drie specifieke groepen de inzet van een tolk in de zorg te vergoeden, te weten slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers in opvangcentra en vrouwen die in de maatschappelijke opvang verblijven. De vergoeding voor de kosten van een professionele tolk voor andere groepen patiënten is daarmee vervallen. Dit heeft tot veel ophef, verontwaardiging en weerstand vanuit de medische beroepsgroep geleid.

Om zorgverleners te helpen bij het maken van een afweging om al dan niet een professionele tolk in te zetten, lanceerde de KNMG in 2014, samen met verschillende andere verenigingen, de *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg*. In die norm is opgenomen dat het, anders dan in de *Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg* (2015), nu ook toegestaan is een informele tolk te gebruiken, maar dat in bepaalde gevallen toch een professionele tolk is vereist.

Door het NIVEL is onderzocht wanneer en hoe vaak professionele tolken noodzakelijk zijn en ingezet worden in de Nederlandse gezondheidszorg.

Voor u ligt het resultaat van dit onderzoek. De KNMG hoopt dat dit onderzoek bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan niet-Nederlandstaligen. Een goede communicatie tussen zorgverlener en patiënt moet namelijk te allen tijde gewaarborgd zijn. Daar wil de medische beroepsgroep voor blijven staan.

Utrecht, mei 2016
R.A.C.L. (René) Héman, voorzitter KNMG a.i.

Inhoud

Woord vooraf 3

Samenvatting 6

1 Inleiding 8
- 1.1 Doel en vraagstellingen van het onderzoek 8
- 1.2 Achtergrond van het onderzoek 9
- 1.3 Onderzoeksopzet 12
- 1.4 Leeswijzer 14

2 Conclusies en aanbevelingen 15
- 2.1 Noodzaak tolken wordt vooral bepaald door de zorgvraag en de situatie 16
- 2.2 Tolken worden niet altijd ingezet ondanks noodzaak 17
- 2.3 Verschillen tussen sectoren 19
- 2.4 Beleid en praktijk sluiten onvoldoende op elkaar aan 21
- 2.5 Aanbevelingen 21
- 2.6 Beschouwing 22

3 Noodzaak van de inzet van professionele tolken 25
- 3.1 Noodzaak van tolken door taalproblemen 25
- 3.2 Bij wie en wanneer is een professionele tolk nodig? 27
- 3.3 Overwegingen bij de inzet van professionele tolken 32
- 3.4 Gevolgen als er geen professionele tolk wordt ingezet 38
- 3.5 Samenvatting en nabeschouwing over de noodzaak van tolken 39

4 Omvang van de inzet van tolken in de zorg 42
- 4.1 Hoe vaak is taal een probleem in de zorg? 42
- 4.2 Gebruik van hulp(middelen) bij taalproblemen 45
- 4.3 Inzet en noodzaak van professionele tolken 48
- 4.4 Tolkenbeleid en financiering van tolken 54
- 4.5 Extrapolaties naar de landelijke situatie 57
- 4.6 Samenvatting en nabeschouwing over de inzet van tolken 59

Referenties 61

Bijlagen:

Bijlage A Beoordelingsschema 63
Bijlage B Methoden en respons: enquête en registraties 64
Bijlage C Enquête 70
Bijlage D Registratieformulier 81
Bijlage E Kenmerken van anderstaligen 83
Bijlage F Soort zorgvragen 86

Samenvatting

In 2012 is de vergoeding voor professionele tolken in de zorg voor veel anderstalige patiënten beëindigd. Sindsdien is er voor de meeste gevallen waarin zorgverleners een tolk noodzakelijk vinden geen financiering beschikbaar. Het NIVEL onderzocht op verzoek van de artsenfederatie KNMG hoe vaak en wanneer professionele tolken noodzakelijk zijn en hoe vaak ze worden ingezet in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit onderzoek gaat vooral over de situatie in 2015, dus níet over de asielzoekers of vluchtelingen die sinds 2016 versneld instromen. Belangrijkste uitkomst: volgens artsen en andere zorgverleners is de noodzaak om professionele tolken in te zetten drie keer groter dan in de praktijk gebeurt.

Meer behoefte aan professionele tolken
Voor goede zorgverlening is volgens zorgverleners bij 16% van alle anderstalige patiënten een professionele tolk noodzakelijk. Toch worden deze tolken in de praktijk maar bij 5% van de anderstalige patiënten ingezet. Professionele tolken worden dus bij één op de drie patiënten ingezet als dat nodig is. Dit verschil heeft te maken met de ontbrekende financiering en andere factoren, zoals een gebrek aan tijd.

Professionele tolken worden terecht ingezet
Als zorgverleners een professionele tolk inzetten, dan hebben ze daar goede redenen voor en vinden ze dit achteraf bezien ook bijna altijd noodzakelijk, dus terecht. Slechts een enkele keer vonden zorgverleners deze inzet achteraf gezien toch niet noodzakelijk (3%). Andersom kwam het ook voor dat een tolk niet werd ingezet doordat zorgverleners de noodzaak van tevoren verkeerd inschatten.

Niet inzetten van tolken heeft verschillende oorzaken
Als een tolk ondanks de noodzaak toch niet wordt ingezet, dan heeft dat verschillende oorzaken. Een derde tot de helft van de zorgverleners wijdt dit aan de ontbrekende of onduidelijke financiering van tolken, een derde aan een gebrek aan tijd, en een kwart aan een verkeerde inschatting vooraf. Daarnaast spelen patiëntvoorkeuren en de toegankelijkheid van tolkvoorzieningen een rol.

Niet inzetten van tolken heeft negatieve gevolgen
Het niet inzetten van tolken heeft volgens zorgverleners een negatief effect op de zorg en resulteert in extra zorggebruik. Veelgenoemde gevolgen zijn dat de zorgvraag niet goed kan worden vastgesteld, dat het contact extra tijd kost of dat er een extra contact nodig is, en dat patiënten extra gezondheidsrisico lopen.

De inzet van informele tolken is niet altijd afdoende
In de helft van de gevallen wordt bij taalproblemen een beroep gedaan op informele tolken. Dit zijn niet-professionele vertalers zoals meegebrachte familieleden of partners. Over het algemeen werkt dit goed, maar bij één op de vier contacten is deze oplossing niet afdoende. Zorgverleners vinden een professionele tolk achteraf gezien dan toch noodzakelijk. Andere hulp(middelen) zoals

woordenboeken of vertaalwebsites, collega-zorgverleners die de taal van de patiënt spreken, en visuele of schriftelijke informatie worden maar weinig gebruikt (4%).

Noodzaak van tolken wordt vooral bepaald door de zorgvraag en situatie

De noodzaak om een professionele tolk in te zetten wordt volgens de zorgverleners vooral bepaald door de aard van de zorgvraag en de individuele situatie van de patiënt, zoals afwezigheid van een informele tolk (partner, familielid of kennis). Een professionele tolk wordt meestal ingezet bij een combinatie van lichamelijke klachten en verschillende andere zorgvragen, en relatief vaak bij complexe zorgvragen en taboeonderwerpen. De noodzaak is vooral relatief groot bij slechtnieuwsgesprekken en bij het verkrijgen van geïnformeerde toestemming voor een behandeling (informed consent). Zorgverleners zien vooral de noodzaak om een professionele tolk in te zetten bij eerste generatie migranten uit niet-Westerse landen met een slechte beheersing van de Nederlandse taal.

Tolken worden het vaakst ingezet in de JGZ en GGZ, en het minst in de huisartsenzorg

De inzet van professionele tolken blijkt op dit moment het grootst in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ), maar is binnen alle zorgsectoren aanzienlijk lager dan zorgverleners noodzakelijk achten. Er zijn daarbij grote verschillen tussen de zorgsectoren. Zo wordt in de GGZ bij 72% van de contacten waarbij dit noodzakelijk is daadwerkelijk een tolk ingezet, in de ziekenhuiszorg bij de helft (51%), in de JGZ bij een derde (33%), en in de huisartsenzorg bij slechts 10% van alle contacten met een taalprobleem. Landelijk gezien is er vooral in de JGZ en de huisartsenzorg meer behoefte aan professionele tolken.

Aanbevelingen voor de praktijk

Artsen en andere zorgverleners hebben veelal te weinig tijd en (financierings)mogelijkheden om een professionele tolk in te zetten. Om de belemmeringen weg te nemen is het van belang om tolkvoorzieningen toegankelijker te maken en ruimere vergoedingsmogelijkheden te creëren. Tevens is het van belang dat zorgverleners beter worden geïnformeerd en gefaciliteerd bij hun inschatting en keuzes om wel of geen professionele tolk in te zetten. Bijvoorbeeld door meer bekendheid te geven aan de ‘Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg’, door het tolkenbeleid van instellingen en praktijken hierop te baseren, en door zorgverleners te trainen.

Inventariserend onderzoek

Van september 2015 tot half februari 2016 zijn de gegevens voor dit onderzoek verzameld met een landelijke enquête onder zorgverleners en registraties van contacten met anderstalige patiënten in de Randstad (de vier grootstedelijke gebieden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht) waar het aandeel anderstalige patiënten het hoogst is. Het ging om een enquête onder 1.188 zorgverleners in vijf sectoren (huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg en verloskunde) en registraties van 2.061 contacten met anderstalige patiënten door 93 zorgverleners werkzaam in vier sectoren (exclusief verloskunde). Met dit onderzoek zijn de kenmerken van anderstalige patiënten, hun zorgvragen, de specifieke situaties waarbij professionele tolken in de zorg noodzakelijk zijn, de overwegingen van zorgverleners en het gebruik van alternatieve oplossingen voor taalbarrières in kaart gebracht.

1 Inleiding

Dit rapport gaat over de noodzaak en omvang van de inzet van een professionele tolk in de gezondheidszorg. Het presenteert de resultaten van een onafhankelijk inventariserend onderzoek onder zorgverleners in de gezondheidszorg. Doel was om te bepalen wanneer en hoe vaak professionele tolken noodzakelijk zijn en daadwerkelijk worden ingezet in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit onderzoek resulteert in aanbevelingen voor beleid en de ondersteuning van zorgverleners in de praktijk bij beslissingen over de inzet van een professionele tolk, om de kwaliteit van de geleverde zorg aan anderstaligen te waarborgen.

1.1 Doel en vraagstellingen van het onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel om te bepalen wanneer en hoe vaak professionele tolken noodzakelijk zijn en daadwerkelijk worden ingezet in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze vraag is met name relevant geworden door het vervallen van de financiering voor tolken in de zorg sinds 2012, enkele uitzonderingen daargelaten.

Om nauwkeurige inschattingen van de inzet van tolken te kunnen maken, zijn gedetailleerde cijfers nodig over de doelgroepen en specifieke situaties waarbij professionele tolken volgens zorgverleners noodzakelijk zijn en/of worden ingezet. Bovendien is meer inzicht nodig in de overwegingen en keuzes van zorgverleners hieromtrent. Hierbij worden de noodzaak en feitelijke inzet van tolken vergeleken om te bezien of er situaties of groepen zijn waarbij een tolk wel noodzakelijk is, maar toch niet wordt ingezet. Dus om specifiek zicht te krijgen op de groep waarbij nu niet in een oplossing van taalbarrières in de zorg wordt voorzien. Deze inventarisatie richt zich daarom op het beschrijven van de kenmerken van de anderstalige patiënten, hun zorgvragen, en de specifieke situaties, afwegingen en belemmeringen die een rol spelen bij de inzet van professionele tolken in de zorg. De vraagstelling en onderzoeksvragen zijn:

Wanneer en hoe vaak zijn professionele tolken noodzakelijk voor het leveren van goede zorg aan anderstaligen, en hoe vaak worden deze tolken ingezet?

a. *In welke situaties zijn professionele tolken in de zorg noodzakelijk?*
   - Bij welke patiënten, soort contacten en type zorgvragen?
   - Welke alternatieven of andere hulp(middelen) kunnen er worden ingezet?
   - Wat zijn overwegingen en gevolgen als er geen professionele tolk wordt ingezet?

b. *Hoe vaak en wanneer worden professionele tolken wel of niet ingezet?*
   - Hoe vaak is een professionele tolk noodzakelijk en hoe vaak wordt die ingezet?
   - Bij welke patiënten, soort contacten en type zorgvragen?
   - Hoe vaak worden andere hulp(middelen) ingezet?
   - Wat is de huidige omvang van de inzet van professionele tolken in de Nederlandse gezondheidszorg?

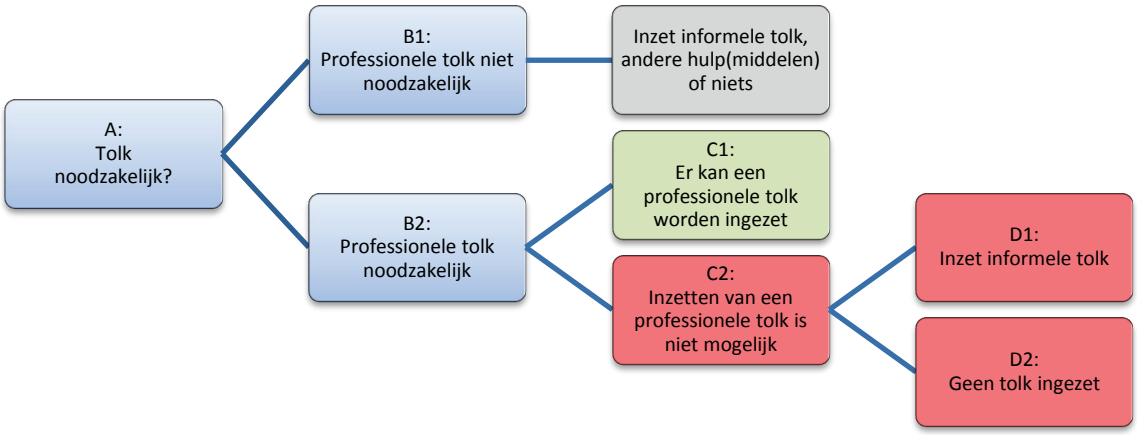
c. *Zijn er verschillen tussen de zorgsectoren (huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg)?*

d. *Hoe is de relatie tussen het tolkenbeleid en de praktijk?*

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is het van belang om gedetailleerd inzicht te krijgen in de besluitvorming van zorgverleners omtrent de inzet van tolken. Figuur 1.1 geeft deze besluitvorming schematisch weer. Dit conceptuele model is gebaseerd op het 'Beoordelingsschema voor de inzet van tolken' (zie bijlage A) uit de 'Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg' (KNMG et al., 2014). Dit beoordelingsschema biedt de zorgverlener een handvat om te beoordelen of er al dan niet een tolk nodig is, en zo ja, of dit een professionele tolk moet zijn of dat er een informele tolk kan worden ingezet. De inschattingen en keuzes van zorgverleners zullen hierbij onder meer afhankelijk zijn van de situaties, patiënten en zorgvragen.

Wanneer de inzet van een tolk noodzakelijk (b)lijkt, kan de zorgverlener een afweging maken of de professionele tolk niet (B1) of wel (B2) noodzakelijk is. Als een professionele tolk noodzakelijk wordt geacht, zal de zorgverlener nagaan of hier mogelijkheden toe zijn. Hierbij valt te denken aan financiering, beschikbaarheid en/of wensen van de patiënt (C1). Wanneer het niet mogelijk blijkt om een professionele tolk in te zetten (C2) kan men besluiten om toch een informele tolk in te zetten (D1) of om geen gebruik te maken van een tolk (D2).

Figuur 1.1 Schematische weergave van keuzes over de inzet van een tolk in de zorg



Deze inventarisatie kan aanbevelingen opleveren voor het beleid inzake de inzet van professionele tolken en voor de ondersteuning van zorgverleners bij hun beslissingen hieromtrent, zodat een bijdrage wordt geleverd aan de kwaliteit van zorg aan anderstaligen in de Nederlandse gezondheidszorg. Ook kan dit onderzoek eventueel bijdragen aan het formuleren van andere groepen waarvoor een uitzondering in de financiering van professionele tolken gemaakt zou moeten worden.

1.2 Achtergrond van het onderzoek

1.2.1 Taalbarrières en communicatie in de zorg

De communicatie tussen zorgverlener en patiënt is een essentieel onderdeel van goede zorg. Een zorgverlener is aangewezen op de informatie van de patiënt over diens ervaren gezondheid, de aard van de klachten of hulpvraag en het ervaren effect van een behandeling. Anderzijds willen patiënten hun zorgvragen uiten en hebben zij behoefte aan informatie van de zorgverlener over de aard van medische aandoeningen, aspecten van de behandeling en bijkomende risico's (KNMG et

al., 2014). Goede communicatie is daarnaast van belang om een vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt op te bouwen. Zo heeft onderzoek aangetoond dat de arts-patiëntcommunicatie onder andere effect heeft op patiënttevredenheid, therapietrouw en gezondheidsuitkomsten (De Maesschalck, 2012; Bensing et al., 2009; Street et al., 2009). Zorgverleners zijn bovendien wettelijk verplicht er voor te zorgen dat ze goed met hun patiënten communiceren. Zo is het onder meer van belang dat patiënten dusdanig goed worden geïnformeerd door hun zorgverlener dat zij rechtsgeldig en naar eigen overtuiging in kunnen stemmen met een behandeling (informed consent) (KNMG et al., 2014).

Voor effectieve communicatie is uitwisseling in een gemeenschappelijke taal vereist. Als een zorgverlener en een patiënt onvoldoende met elkaar kunnen communiceren in een voor beiden begrijpelijke taal, dan kunnen zij elkaar niet informeren over essentiële zaken. Taalbarrières hebben een negatief effect op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid (Fransen et al., 2013). Daarnaast kunnen taalbarrières leiden tot een slechtere bejegening door de zorgverlener (Meeuwesen et al., 2006) en risico's met betrekking tot de behandeling van de patiënt (Van Rosse et al., 2013). Ook patiënten benadrukken het belang van een duidelijke communicatie, niet alleen om het gevoel te hebben dat er voldoende aandacht aan hen werd besteed, maar ook omdat miscommunicatie kan leiden tot medische risico's (Asmoredjo et al., 2013). Taalbarrières kunnen daarom het leveren van goede en verantwoorde zorg in de weg staan.

Adequate zorg voor anderstalige patiënten vereist vaak meer dan het effectief overwinnen van een taalbarrière. Veel allochtone patiënten hebben namelijk ook beperkte gezondheidsvaardigheden: zij hebben moeite met het verkrijgen, begrijpen en toepassen van gezondheidsinformatie (Fransen et al., 2013). Problemen hiermee worden versterkt door een taalbarrière. Bovendien zijn zorgverleners zich vaak niet bewust van de noodzaak om de communicatie aan te passen aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Daardoor hebben anderstalige patiënten per definitie een groter risico op slechtere gezondheidsuitkomsten (Fransen et al., 2013).

1.2.2 Taalbarrières en de inzet van tolken in de zorg

Uit eerder onderzoek blijkt dat het inzetten van tolken een belangrijke bijdrage kan leveren aan het oplossen van problemen die ontstaan als gevolg van cultuur- en taalbarrières (Brisset et al., 2013). Zo leidt het gebruik van een tolk tot betere zorg met minder communicatiefouten, beter begrip bij patiënten, betere uitkomsten en hogere patiënttevredenheid (Fransen et al., 2013).

Daarnaast is in eerder onderzoek veel aandacht geschonken aan de overwegingen van zorgverleners bij het inzetten van een professionele óf informele tolk als hulpmiddel om de taalbarrière te verhelpen. Redenen van zorgverleners om te kiezen voor een professionele tolk zijn onder meer een betere vertaling en communicatie, de neutrale positie van de tolk en het beter kunnen verduidelijken van de hulpvragen (Van Ösenbruggen et al., 2009).

Argumenten voor de inzet van informele tolken zoals meegebrachte familieleden of partners, zijn: de bekendheid van deze tolk met de zorgverlener en de patiënt, voorkeuren en keuzes van de patiënt, uit gemak (als die informele tolk toch al aanwezig is), of als een (geschikte) professionele

tolk niet beschikbaar is omdat die er bijvoorbeeld niet is voor de betreffende taal (van Ösenbruggen et al., 2009; Pharos et al., 2013; De Maesschalck, 2012).

Een informele tolk is echter niet altijd geschikt. Zij zouden tot minstens de helft van de vragen van de arts slecht of helemaal niet vertalen, meer vertaalfouten met medische consequenties maken, vaker de bijwerkingen van een medicijn niet noemen en vaker gevoelige onderwerpen niet vertalen (Fransen et al., 2013). Bovendien kunnen de emotionele betrokkenheid van familieleden of persoonlijke belangen van informele tolken een rol spelen.

Patiënten vinden een informele tolk ook niet altijd wenselijk of geschikt, zo bleek uit eerdere focusgroepsgesprekken met migranten (Asmoredjo et al., 2013). Patiënten noemden als nadelen van informele tolken dat ze niet altijd over gedegen kennis beschikken inzake de medische problematiek, dat ze niet altijd beschikbaar zijn, dat de patiënt in een afhankelijke positie (ten opzicht van die naaste) wordt geplaatst en dat het een grote druk legt op de meegebrachte informele tolken. Bovendien vonden zij de inzet van informele tolken ten koste gaan van de privacy van de patiënt, omdat het niet altijd wenselijk is om in het bijzijn van een familielid of partner over bepaalde gevoelige onderwerpen te spreken. Hierbij valt te denken aan gevoelige onderwerpen of klachten in de taboesfeer, zoals problemen rondom seksualiteit, gynaecologische problemen, ongeneeslijke ziekten, psychische problematiek, vermoeden van huiselijk geweld, relatie- en gezinsproblemen (Pharos, 2008; KNMG et al., 2014).

1.2.3 Beleid en inzet van tolken

Tolkenvergoeding

Tot 1 januari 2012 kon in alle gevallen waarbij sprake was van een taalbarrière binnen de gezondheidszorg een professionele tolk(voorziening) ingeschakeld worden. Eind 2011 kondigde minister Schippers van VWS echter aan dat met ingang van 1 januari 2012 het inschakelen van professionele tolken in de gezondheidszorg niet langer zou worden vergoed. Voortaan zijn patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn en zorg nodig hebben, volgens het ministerie, zelf verantwoordelijk voor het oplossen van een eventuele taalbarrière (Bron: Brief minister van VWS, 25 mei 2011). Patiënten moeten nu in eerste instantie zelf naar oplossingen zoeken, bijvoorbeeld door een informele tolk mee te nemen of zelf de kosten van een tolk op zich te nemen. Er zijn wel enkele uitzonderingen op deze regel, namelijk voor slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers en patiënten die verblijven in een vrouwenopvang. Voor deze kwetsbare groepen zorgvragers is nog steeds een vergoeding voor professionele tolken beschikbaar.

Sinds de afschaffing van de tolkenvergoeding is de inzet van professionele tolken in de Nederlandse gezondheidszorg sterk teruggelopen (Langendijk-van den Berg et al., 2014). In de jaren 2012 en 2013 was er een sterke afname van de inzet van tolken, ten opzichte van 2011, vooral bij huisartsen.

Op de afschaffing van de tolkenvergoeding volgde ook kritiek en geluiden uit de praktijk dat er ongewenste neveneffecten zijn. Zo bleek dat zorgverleners en zorginstellingen de taalproblemen proberen op te lossen met middelen die voor andere doeleinden zijn bestemd, of door anderstalige

patiënten naar andere instellingen door te verwijzen. Ook zou vaker gekozen worden voor allerlei ad hoc oplossingen zonder afwegingskader of kwaliteitsgaranties. Andere geuitte punten van kritiek waren de verwachtingen dat de afschaffing van de tolkenvergoeding ten koste gaat van de kwaliteit van zorg, en dat er een toename zou zijn van aanvullend onderzoek bij patiënten, hogere zorgkosten en problemen als gevolg van de inzet van informele tolken (Pharos, KNMG & NIP, 2013).

Kwaliteitsnorm tolkgebruik

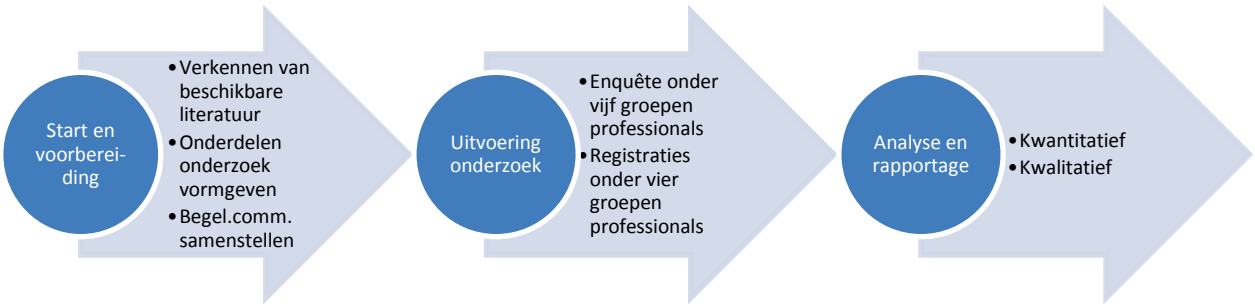
Naar aanleiding van het wegvallen van de vergoeding en de signalen die vanuit het veld kwamen, heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), op initiatief van Pharos en in samenwerking met verschillende organisaties (KNOV, LHV, NHG, NIP, NPCF en NVvP), de 'Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg' opgesteld (KNMG et al., 2014). Deze kwaliteitsnorm stelt zorgverleners in staat om in aanvulling op de eigen professionele standaarden een zorgvuldige afweging te maken over de inzet van een professionele tolk, en beoogt bij te dragen aan een efficiënte inzet van middelen. Hierbij kunnen zorgverleners gebruik maken van een 'Beoordelingsschema voor de inzet van tolken' (zie bijlage A in dit rapport). Dit schema bevat diverse wegingsfactoren, en biedt handvatten om te beoordelen of er al dan niet een tolk nodig is en zo ja, of dit dan een professionele tolk moet zijn, of dat een informele tolk voldoet.

1.3 Onderzoeksopzet

Het onderzoek is in de periode maart 2015 tot en met april 2016 uitgevoerd en bestond uit drie fasen (zie figuur 1.2):

1. start en voorbereiding onderzoek;
2. uitvoering onderzoek onder zorgverleners met een enquête en registraties;
3. analyse en rapportage.

Figuur 1.2 Schematische weergave van de fases en stappen in dit onderzoek



1.3.1 Start en voorbereiding

In de eerste fase is het onderzoek voorbereid, de literatuur over de inzet van tolken in de zorg bestudeerd, en zijn de methoden en onderdelen van het onderzoek (online vragenlijst en registratieformulier) vormgegeven. Daarnaast is in deze fase ook een begeleidingscommissie samengesteld voor een goed verloop van het onderzoek. Deze commissie had een adviserende rol en bestond uit vertegenwoordigers van belanghebbende partijen uit diverse zorgsectoren. De commissie bestond uit vertegenwoordigers van artsen (KNMG en huisartsen), geestelijke

gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, onderzoekers, Pharos (expertisecentrum gezondheidsverschillen) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

1.3.2 Uitvoering onderzoek: gegevensverzameling

In de tweede fase van het onderzoek, uitgevoerd in de periode september 2015 tot en met februari 2016, zijn gegevens verzameld in vijf sectoren waarvan bekend is dat de zorgverleners te maken hebben met een grote groep anderstalige patiënten: huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdgezondheidszorg (JGZ) en verloskunde.

Enquête

Voor een algemeen en landelijk beeld is onder zorgverleners uit heel Nederland een korte eenmalige enquête via internet uitgezet over hun ervaringen met en visie op professionele tolken in de zorg. Deze gegevens zijn veelal retrospectief uitgevraagd. De vragen gingen bijvoorbeeld over de ervaringen in het verleden en het laatste contact waarbij zorgverleners een professionele tolk hebben ingezet. Zie bijlagen B en C voor de vragenlijst en een nadere omschrijving van de methode en de respons.
Voor het in kaart brengen van de soort zorgvragen waarbij een professionele tolk is ingezet, is in de enquête gebruik gemaakt van het zogeheten SCEGS-model. SCEGS staat voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, en sociale dimensie. Dit model komt in medische opleidingen aan bod en wordt bijvoorbeeld door huisartsen gebruikt voor klachtexploratie bij Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (zie NHG-Standaard SOLK, mei 2013). Zie box 3.1 in hoofdstuk 3 voor een nadere beschrijving van de vijf dimensies en bijbehorende voorbeelden van mogelijke zorgvragen.

Registraties

Actuele en gedetailleerde informatie over de aard en de omvang van de inzet van tolken in de gezondheidszorg is verkregen met 2.061 registraties van patiëntcontacten door 93 zorgverleners uit de Randstad (de vier grootstedelijke gebieden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht) die werkzaam zijn in de vier sectoren: huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg. Zie bijlagen B en D voor het registratieformulier en een nadere omschrijving van de registratiemethode en de respons.

1.3.3 Analyse en rapportage

In de derde en laatste onderzoeksfase zijn analyses uitgevoerd (met STATA 14.1) en gerapporteerd. Met kwantitatieve gegevens uit de enquête en registraties, zijn de soort patiënten, zorgvragen, situaties en omstandigheden in kaart gebracht waarbij een professionele tolk in de zorg noodzakelijk is. De kwalitatieve gegevens (antwoorden op open vragen van de enquête en registratieformulieren) zijn vooral gebruikt voor de beschrijving en interpretatie van de noodzaak en afwegingen omtrent de inzet van professionele tolken in de zorg.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport gaat over de resultaten van een beschrijvend onderzoek naar de noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de gezondheidszorg. Allereerst worden de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek gepresenteerd (hoofdstuk 2), gevolgd door twee hoofdstukken (3 en 4) waarin de resultaten van het onderzoek worden uiteengezet. Een uitvoerige beschrijving van de methoden en gedetailleerde resultaten (tabellen) van dit onderzoek zijn te vinden in de bijlagen. De hoofdstukken 3 en 4 gaan respectievelijk over de *noodzaak* en de *omvang* van de inzet van professionele tolken in de zorg. Daarbij worden in hoofdstuk 3 de kenmerken van patiënten, hun zorgvragen en de overwegingen van zorgverleners in kaart gebracht. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de patiëntengroepen en situaties in kaart gebracht en worden alle niveaus gekwantificeerd, zoals bijvoorbeeld de omvang van de problematische groep waarbij een professionele tolk noodzakelijk is maar niet ingezet wordt (C2 in figuur 1.1).

Zie box 1.1 voor enkele definities en veelgebruikte termen in dit rapport. Voor het leesgemak wordt in dit rapport verder gesproken over patiënten als patiënten/cliënten of anderstalige zorggebruikers worden bedoeld. De geestelijke gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg worden veelal afgekort als GGZ en JGZ.

Box 1.1 Definities van termen zoals gebruikt in dit onderzoek (in de enquête en de registraties)

Anderstaligen zijn personen voor wie *Nederlands niet de moedertaal* is.

Taalproblemen zijn er als de patiënt/cliënt geen of onvoldoende Nederlands en ook *geen andere gemeenschappelijke taal* spreekt om met een zorgverlener te communiceren, waardoor er een taalbarrière is.

Hulp(middelen) of oplossingen om toch met de patiënt/cliënt te kunnen communiceren zijn bijvoorbeeld: meegebrachte familieleden/vrienden/kennissen (informele tolk), een woordenboek of vertaalwebsite, een mobiele applicatie of een professionele tolk.

2 Conclusies en aanbevelingen

Uit de registraties blijkt dat professionele tolken bij 5% van de anderstalige patiënten worden ingezet, en dat de keuze om een tolk in te schakelen vooral wordt ingegeven door de zorgvraag en de situatie. Tolken worden meestal ingezet tijdens controles of vervolgbezoeken en bij lichamelijke klachten, veelal in combinatie met andersoortige zorgvragen, en dan vooral bij complexe zorgvragen en taboeonderwerpen. Toch wordt een professionele tolk maar bij één op de drie noodzakelijke gevallen ingezet. Dit verschil komt vooral door het ontbreken van financiering of een gebrek aan tijd. Bij taalproblemen wordt meestal een beroep gedaan op meegebrachte informele tolken. Dit lijkt echter in een kwart van de gevallen onterecht. Landelijk gezien blijkt de inzet van professionele tolken het grootst in de JGZ en GGZ. Binnen alle zorgsectoren is de inzet van professionele tolken aanzienlijk lager dan zorgverleners noodzakelijk achten, en dit varieert van 72% in de GGZ tot slechts 10% van alle contacten met een taalprobleem in de huisartsenzorg. Extrapolaties wijzen uit dat er vooral behoefte is aan professionele tolken in de JGZ en de huisartsenzorg. Aanbevelingen uit dit onderzoek zijn onder andere om zorgverleners meer duidelijkheid te geven over de financiering en de mogelijkheden om tolken in te zetten.

In dit onderzoek is gekeken naar de noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de gezondheidszorg. Gegevens zijn verzameld met een landelijke enquête onder zorgverleners en registraties van contacten met anderstalige patiënten door zorgverleners in of rond de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht). Er is specifiek gekeken naar de situaties waarbij vertaalvoorzieningen noodzakelijk zijn, de overwegingen van zorgverleners en naar het gebruik van alternatieve hulp(middelen) voor het opheffen van taalbarrières in de zorg. Hiervoor zijn de kenmerken omschreven van de patiënten, zorgvragen en specifieke situaties waarbij de professionele tolken volgens zorgverleners noodzakelijk zijn. Bovendien is gekeken naar wanneer wel of niet in een oplossing van het taalprobleem wordt voorzien, oftewel: hoe de feitelijke omvang van de inzet van tolken zich verhoudt tot de noodzakelijke inzet voor het leveren van goede zorg. Daarbij richtte dit onderzoek zich in het bijzonder op de algemene groep anderstaligen waarvoor onder de huidige regeling – afgezien van drie uitzonderingen (asielzoekers, slachtoffers van mensenhandel en vrouwenopvang) – geen vergoeding is voor de inzet van tolken.

In de volgende vier paragrafen worden de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek gepresenteerd, aan de hand van de centrale vraagstelling en onderzoeksvragen:

Wanneer en hoe vaak zijn professionele tolken noodzakelijk voor het leveren van goede zorg aan anderstaligen, en hoe vaak worden deze tolken ingezet?

a. In welke situaties zijn professionele tolken in de zorg noodzakelijk? (2.1)
b. Hoe vaak en wanneer worden professionele tolken wel of niet ingezet? (2.2)
c. Zijn er verschillen tussen de zorgsectoren (huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg en verloskunde)? (2.3)
d. Hoe is de relatie tussen het tolkenbeleid en de praktijk? (2.4)

Paragraaf 2.1 baseert zich op de resultaten zoals gepresenteerd in hoofdstuk 3 (noodzaak), de paragrafen 2.2. en 2.4 op de resultaten in hoofdstuk 4 (omvang), en 2.3 op beide resultatenhoofdstukken. Vervolgens worden op basis van deze inventarisatie aanbevelingen gedaan voor het beleid en de praktijk (2.5), om zorgverleners optimaal te ondersteunen bij de communicatie met anderstalige patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg. Tot besluit is er een algemene nabeschouwing over deze inventarisatie (2.6).

2.1 Noodzaak tolken wordt vooral bepaald door de zorgvraag en de situatie

Uit de registraties blijkt dat zorgverleners bij 41% van de contacten met anderstalige patiënten een taalbarrière ervaren. Figuur 2.1 maakt dit inzichtelijk en kwantificeert wat er vervolgens bij een taalbarrière gebeurt: hoe de noodzaak van professionele tolken door zorgverleners wordt ingeschat, en hoe dit zich vertaalt naar de inzet van deze tolken bij anderstalige patiënten. Hierna worden de belangrijkste resultaten uit hoofdstuk 3 over de noodzaak gepresenteerd.

Zorgverleners zien vooral bij bepaalde patiëntgroepen, zorgvragen en situaties de noodzaak om een professionele tolk in te zetten. Uit de registraties blijkt dat de zorgvraag hierbij leidend is, gevolgd door de situatie of omstandigheden, zoals de beschikbaarheid van een informele tolk. Maar de landelijke cijfers van de enquête laten zien dat de situatie of omstandigheden (64%) vaker doorslaggevend zijn voor de noodzaak dan de zorgvraag (59%).

Tolken vooral nodig bij vrouwen, laag opgeleiden en eerste generatie niet-Westerse migranten
Als het gaat om kenmerken van patiënten, dan zien zorgverleners vooral de noodzaak om een professionele tolk in te zetten bij contacten met vrouwen, patiënten in de leeftijd van 25-64 jaar en/of patiënten met geen of een lage opleiding. Het betreft daarbij vooral eerste generatie migranten afkomstig uit niet-Westerse landen met een zeer beperkte beheersing van de Nederlandse taal. Met als voornaamste moedertalen: Arabisch, Berbers of Turks.

Grote diversiteit aan zorgvragen naast lichamelijke klachten
Voor wat betreft de relatie tussen de noodzaak van een professionele tolk en het type zorgvragen blijft het beeld enigszins diffuus. Dit komt door de grote diversiteit en combinaties aan klachten of problemen die de patiënten presenteren. Zorgverleners zetten weliswaar vooral een professionele tolk in bij lichamelijke klachten, maar meestal gaat het dan om een combinatie van deze somatische zorgvragen (55%) met emotionele (55%), sociale (45%), gedragsmatige (42%) en/of complexe (38%) zorgvragen. Een professionele tolk wordt minder vaak ingezet bij technische vragen (34%) of taboeonderwerpen (31%). Maar de noodzaak voor de inzet van deze tolken is relatief groot bij complexe zorgvragen en taboeonderwerpen.

Tolken worden meestal bij vervolgcontacten ingezet en weinig bij anamneses en voorlichting
Bij de inzet van professionele tolken gaat het relatief vaak om vervolgcontacten en behandelingen (vooral in de GGZ), maar juist minder vaak om anamnese of intakes, lichamelijk onderzoek, medicatie en voorlichtings- of preventieconsulten (vergeleken met situaties waarin geen professionele tolk wordt ingezet). Professionele tolk(dienst)en werden het minst ingezet bij telefonische contacten en visites/zaalbezoek. Dit wijst erop dat de professionele tolken vooral in tweede instantie, bij vervolgcontacten, worden geregeld.

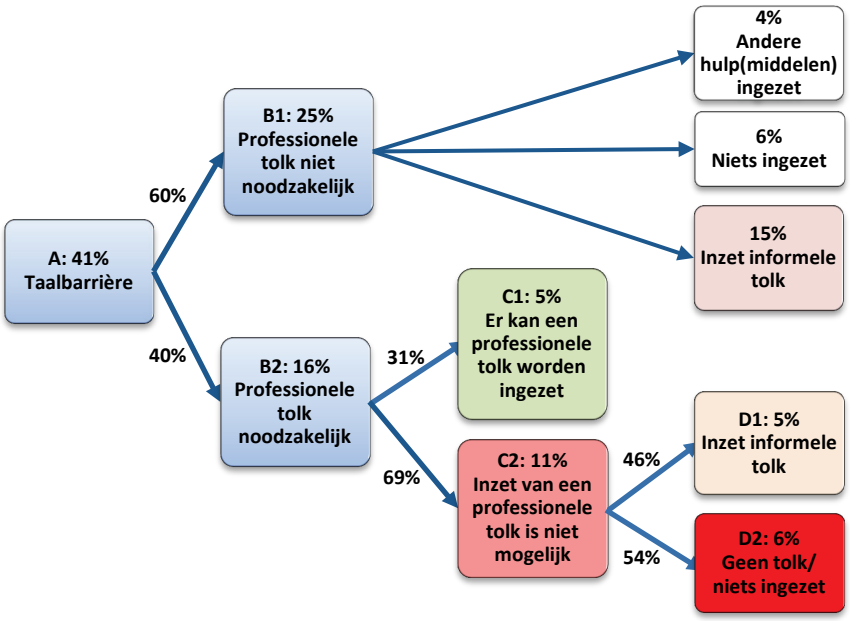
2.2 Tolken worden niet altijd ingezet ondanks noodzaak

Figuur 2.1 illustreert de verhouding tussen de noodzaak (B) en de feitelijke inzet (C) van professionele tolken. Dit betreft figuur 1.1 uit de inleiding, ingevuld met de gegevens uit de registraties van contacten met anderstaligen (zie hoofdstuk 4).

Inzet van professionele tolken bij 5% van de anderstaligen

Als er sprake is van een taalbarrière (A), dan achten zorgverleners het in 40% van de gevallen noodzakelijk om een professionele tolk in te zetten; dit is 16% van alle contacten met anderstaligen (B2). Vervolgens wordt bij 31% van deze contacten daadwerkelijk een tolk ingezet (C1); dit is 5% van alle contacten met anderstaligen. Maar vaker is de inzet van een professionele tolk, ondanks de noodzaak, toch kennelijk niet mogelijk (C2; 11%).

Figuur 2.1 Noodzaak en inzet van professionele tolken of andere hulp(middelen): % van alle contacten met anderstaligen (2.061 registraties van contacten in december 2015 -februari 2016)



Noodzakelijke professionele tolk wordt maar bij een derde ingezet

Als er sprake is van een taalbarrière, dan wordt bij circa één op de drie (31%) contacten waarbij dit noodzakelijk wordt geacht daadwerkelijk een professionele tolk ingezet (C1). Bij tweederde (69%) van de gevallen met een taalbarrière gebeurt dit niet (C2). Dus ondanks de ingeschatte noodzaak, gebeurt dit over het algemeen twee keer zo vaak niet dan wel. In die gevallen wordt in bijna de helft alsnog een informele tolk ingezet (D1). Zo wordt in situaties waarbij volgens de zorgverleners een professionele tolk moet worden ingezet uiteindelijk even vaak een professionele tolk als een informele tolk ingezet; beide in 5% van alle contacten met anderstaligen.

Negatieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg en het zorggebruik

Als er geen professionele tolk wordt ingezet terwijl dat volgens zorgverleners wel noodzakelijk is, dan zijn de meest genoemde gevolgen dat:

- de zorgvraag van patiënten niet goed kan worden vastgesteld (door 46% van de zorgverleners genoemd);
- het contact extra tijd kost (44%);
- er een extra contact nodig is (30%);
- patiënten hierdoor extra gezondheidsrisico's lopen (20%).

Daarnaast noemden zorgverleners als gevolg dat het contact dan niet bijdraagt aan de vertrouwensband (13%), er geen informed consent wordt bereikt (8%) en dat onduidelijk blijft of de patiënt het heeft begrepen (3%).

Uit deze gevolgen is af te leiden dat er in deze gevallen naar inschatting van de zorgverleners geen goede zorg kan worden geleverd, en dat het niet inzetten van een professionele tolk (negatieve) gevolgen kan hebben voor het zorggebruik. Dit werkt onnodig extra zorggebruik in de hand. Omdat er vaak een extra consult moet komen om alsnog een tolk in te zetten of beter in te kunnen spelen op de zorgvraag, of omdat gezondheidsproblemen kunnen verergeren en er dan alsnog meer zorggebruik nodig is. Anderzijds kunnen deze gevolgen ook een bedreiging zijn voor de toegankelijkheid van zorg voor anderstaligen. Als deze patiënten zich niet geholpen voelen en er geen vertrouwensband is, kan dit vervolgcontacten in de weg staan en worden deze anderstaligen wellicht 'zorgmijders'. Dit laatste vertaalt zich op de lange-termijn mogelijk ook in meer en duurder zorggebruik (Van Esch et al., 2015).

Financiering, tijdgebrek en een verkeerde inschatting van zorgverleners

Als er ondanks de noodzaak toch geen professionele tolk wordt ingezet, dan heeft dit volgens de enquête en registraties in de meeste gevallen te maken met de financiering, te weinig tijd, een verkeerde inschatting of onbekendheid van zorgverleners, patiëntvoorkeuren of beperkte beschikbaarheid van een geschikte tolk. Een ontbrekende of onduidelijke financiering is door 53% van de zorgverleners in de enquête genoemd, en bij 32% van de contacten in de registraties waarbij geen professionele tolk was ingezet. Ook andere situationele factoren speelden een rol, zoals dat het contact te kort duurde om een tolk te regelen (34%), of het tolkenbeleid van de zorginstelling of praktijk (23%). Daarnaast had in een kwart van de gevallen te maken met een verkeerde inschatting van wat vooraf door de zorgverleners (26%), en in mindere mate met de voorkeuren van patiënten (13-18%), onbekendheid met de inzet van tolken (4-11%) of het gebrek aan een geschikte professionele tolk (bij 4-8%).

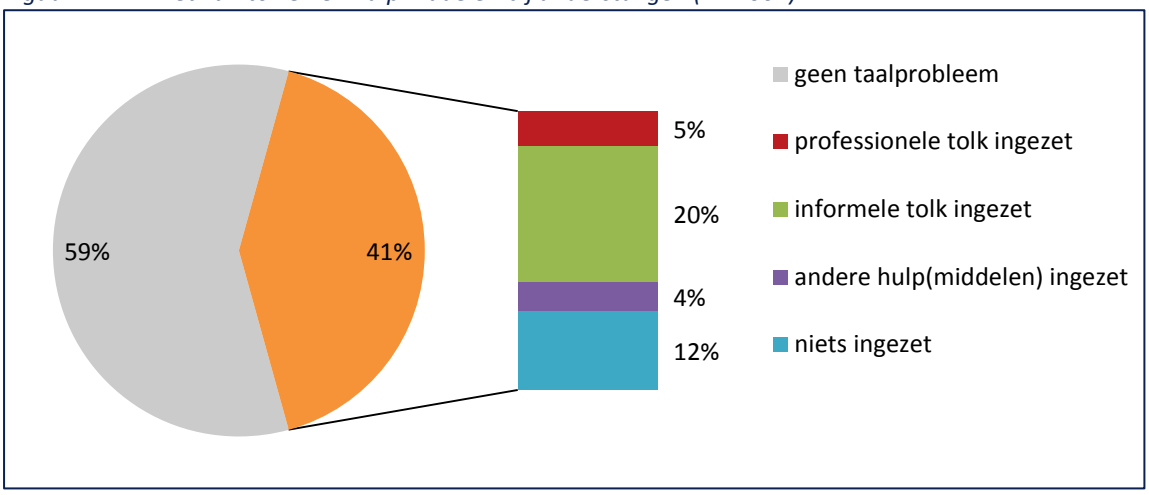
Verkeerde inschatting leidt zelden tot onterechte inzet van professionele tolken

Als er een professionele tolk wordt ingezet, is dit in bijna alle gevallen ook terecht. Toch komt het wel eens voor dat een professionele tolk wordt ingezet als zorgverleners dit achteraf gezien toch niet noodzakelijk vinden (zie 3.1). Volgens de landelijke enquête kwam dit voor 2015 bij circa één op de tien gevallen (13%) voor, en dan vooral in de verloskunde (19%) maar het minst in de GGZ (5%). Gegevens uit de registraties (eind 2015 tot en met begin 2016) laten zien dat deze onterechte inschatting op dit moment nog nauwelijks voorkomt, namelijk slechts bij 3% van de gevallen waarin een professionele tolk wordt ingezet.

Informele tolken zijn de meest gebruikte hulp bij taalproblemen

Uit de registraties blijkt ook dat in de meeste gevallen, namelijk bij circa de helft van de contacten met een taalprobleem, een beroep wordt gedaan op een meegebrachte informele tolk (familielid, vriend of kennis), en pas in de tweede plaats op een professionele tolk(dienst). Bij 20% van alle contacten met anderstaligen een beroep gedaan op een informele tolk (zie figuur 2.2). Daarmee zijn informele tolken de meest ingezette oplossingen voor taalproblemen. Ook uit de enquête blijkt dat informele tolken over het algemeen de meest gebruikte hulpbron zijn (door 85% van de zorgverleners genoemd), gevolgd door de professionele tolken (62%).

Figuur 2.2 Inzet van tolken en hulpmiddelen bij anderstaligen (n=2.061)



Inzet van informele tolken is in een kwart van de gevallen onterecht

In een kwart van de gevallen dat een informele tolk wordt ingezet, namelijk bij 5% van de 20% waarbij een informele tolk wordt ingezet, is er volgens zorgverleners eigenlijk een professionele tolk noodzakelijk (zie D1 in figuur 2.1). Dit duidt op een onterechte of ongewenste vervanging. Een meegebracht familielid of partner is in deze gevallen dan weliswaar een ‘second best’ alternatief, maar tegelijk een oneigenlijke oplossing die een professionele tolk niet kan vervangen.

In de Randstad worden vaak collega-zorgverleners als tolken ingezet

Andere hulpmiddelen die worden ingezet zijn vooral visuele informatie (40%), een (online) woordenboek (36%), collega-zorgverleners die wel dezelfde taal spreken (28%), of schriftelijke informatie (26%). Overigens werden visuele informatie, online woordenboeken of vertaalsites en collega’s als tolk maar weinig of nauwelijks gebruikt (in minder dan 6%).
Een opvallend verschil tussen de Randstad (de vier grootstedelijke gebieden) en de rest van Nederland is dat in de Randstad maar liefst 42% van de zorgverleners wel eens een beroep doet op een collega-zorgverlener als tolk, terwijl dat in de rest van Nederland maar voor 17% van de zorgverleners geldt.

2.3 Verschillen tussen sectoren

Hoewel het aandeel anderstalige patiënten het grootst was in de GGZ (39%), kwamen taalproblemen relatief vaak voor in de ziekenhuiszorg (46%) en het minst vaak in de jeugdgezondheidszorg (33%). Los van deze betrekkelijk geringe verschillen in frequentie van

taalproblemen, waren er grotere verschillen tussen sectoren voor wat betreft de noodzaak en inzet van tolken. Opvallend is bijvoorbeeld dat professionele tolken vooral in de geestelijke gezondheidszorg worden ingezet (bij 3:4 contacten waarbij dat noodzakelijk is), maar relatief weinig in de huisartsenzorg (bij 1:10) en dat hier vaker een beroep wordt gedaan op informele tolken. Hierna worden de verschillen tussen sectoren nader benoemd en zo mogelijk verklaard.

Noodzaak van professionele tolken verschilt per sector

De ingeschatte noodzaak van de inzet van een professionele tolk verschilt per zorgsector. In de GGZ zien zorgverleners de meeste noodzaak voor de inzet van een professionele tolk, namelijk bij een taalbarrière in 73% (of 26% van alle contacten met anderstaligen)), terwijl dit bij in de ziekenhuizen voor nog geen derde (29% of 13% van alle contacten) geldt. Overigens wordt in alle sectoren de noodzaak van professionele tolken vooral ervaren bij algemene consulten of spreekuren. Achteraf bezien vinden bijna alle zorgverleners in de GGZ (95%) de inzet van de tolk ook noodzakelijk. Verloskundigen zijn hier het minst van overtuigd (81%). Deze twijfel over de noodzaak van een professionele tolk is kennelijk het grootst in de verloskunde (19%), gevolgd door de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg (beiden 17%).

Inzet van professionele tolken verschilt ook per sector

Ook zijn er grote verschillen te zien tussen de zorgsectoren voor de mate waarin daadwerkelijk een professionele tolk wordt ingezet. Zo wordt binnen de GGZ bij 53% van alle contacten met een taalprobleem (en in 72% van de contacten waarbij zorgverleners dit noodzakelijk achten) daadwerkelijk een professionele tolk ingezet. Terwijl dat binnen de huisartsenzorg slechts bij 3% van alle contacten met een taalprobleem gebeurt (en in 10% van alle contacten waarbij huisartsen dit nodig achten). In alle sectoren ging het vrijwel altijd om een spreekuur of consult, meestal in de vorm van een controle of vervolgbezoek. Daarnaast ging het relatief vaak, zij het veel minder vaak, om een behandeling (vooral in de GGZ) of een huisbezoek (vooral in de JGZ).

Verschillen in afwegingen en gebruik van alternatieve oplossingen

Bij de afweging om wel of geen tolk in te zetten is volgens de registraties in alle sectoren de zorgvraag leidend, met name in de GGZ. Daarnaast spelen de situaties of omstandigheden ook binnen alle sectoren een doorslaggevende rol. De gevonden verschillen tussen de noodzakelijke en feitelijke inzet van professionele tolken worden daarom mogelijk verklaard door verschillen in overwegingen van zorgverleners, de soort patiënten en zorgvragen, en de situatie of omstandigheden waarin de contacten plaatsvinden. De verschillen kunnen niet verklaard worden door verschillen in talenkennis van de zorgverleners, want wat dit betreft verschilden de vier sectoren niet of nauwelijks.

Een voor de hand liggende verklaring voor de gevonden verschillen is de beschikbaarheid, geschiktheid en het gebruik van alternatieve oplossingen. Want in de keuze om wel of niet een professionele tolk in te zetten kan de beschikbaarheid of geschiktheid van andere hulp(middelen) de doorslag geven. Bijvoorbeeld: verloskundigen noemden meestal de omstandigheden als reden voor het besluit dat er een tolk moest komen (69%), maar ook het gebrek aan andere hulpmiddelen op dat moment (31%). En in de huisartsenzorg kwam het relatief vaak voor dat een meegebrachte tolk niet geschikt was (40%), waardoor er alsnog een professionele tolk moest worden ingezet.

In plaats van professionele tolken worden in de verloskunde, huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg, relatief vaak andere hulp(middelen) ingezet om taalbarrières te overbruggen. Meest gebruikte alternatieven zijn de informele tolken, op afstand gevolgd door (online) woordenboeken of vertaalwebsites (vooral in de verloskunde), collega-zorgverleners (met name in de ziekenhuiszorg), schriftelijke informatie (vooral in de verloskunde). In de huisartsen- en jeugdgezondheidszorg worden daarnaast relatief vaak visuele informatie en Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) ingezet.

2.4 Beleid en praktijk sluiten onvoldoende op elkaar aan

Zorgverleners volgen meestal het eigen tolkenbeleid maar er is veel onduidelijkheid

Uit de resultaten van de landelijke enquête blijkt dat er bij zorgverleners nog veel onduidelijkheid en onbekendheid is als het gaat om de inzet van professionele tolken in de zorg.
Ongeveer een derde van de zorgverleners (29%) weet niet wat het beleid inzake tolken is, en volgens sommige zorgverleners is er helemaal geen beleid (16%). Ook is maar een klein deel (7%) op de hoogte van de beschikbare kwaliteitsnorm (KNMG et al., 2014). Verder wordt vooral het interne tolkenbeleid van de eigen zorginstelling of praktijk gevolgd (39%) als men hiermee bekend is.

Bijna de helft van de zorgverleners (44%) weet niet of en hoe professionele tolken door de eigen instelling of praktijk worden gefinancierd. Een minderheid denkt dat er geen financiële middelen/regelingen zijn (8%) of dat er helemaal geen tolken worden ingezet door de eigen instelling/praktijk (6%). Als dit wel bekend of gebruikt wordt gaat het vooral om interne financiële middelen (26%), subsidies uit achterstandsfondsen (7%), de regeling voor asielzoekers (RZA, 5%). In enkele gevallen betaalt de patiënt zelf (3%).

Weinig ervaring met professionele tolken

In de landelijke enquête hebben de meeste zorgverleners aangegeven weinig (60%) of geen (19%) ervaring te hebben met het inzetten van professionele tolken. 60% zet slechts enkele keren (1-9 keer) per jaar een professionele tolk in. Eén op de vijf zorgverleners doet dit wel meerdere malen per maand of per week. Toch hadden veel van de zorgverleners, die geen ervaring hadden met professionele tolken, wel eens overwogen om een tolk in te zetten (58%). Dit betreft vooral zorgverleners in de JGZ en verloskunde.

2.5 Aanbevelingen

Het onderzoek leidt tot de volgende aanbevelingen: a) geef zorgverleners meer duidelijkheid over het te volgen tolkenbeleid van hun instelling/praktijk, b) maak tolkvoorzieningen praktisch en financieel toegankelijker door deze meer bekendheid te geven en door financieringsmogelijkheden te creëren waardoor professionele tolken laagdrempeliger kunnen worden ingezet, en c) ondersteun zorgverleners beter bij hun inschatting en keuzes omtrent het wel of niet inzetten van professionele tolken.

Omdat zorgverleners niet goed blijken te weten wanneer en hoe ze een professionele tolk kunnen inzetten en er maar weinig zorgverleners op de hoogte zijn van de bestaande ‘Kwaliteitsnorm’

(KNMG et al., 2014), is het zaak om meer bekendheid te geven aan deze norm. Ook is het aan te bevelen om zorgverleners meer te trainen om betere inschattingen bij taalbarrières te kunnen maken. Zodat er vaker een tolk kan worden ingezet als dat nodig is voor het leveren van goede zorg, en zodat taalbarrières worden overbrugd en onnodig extra zorggebruik wordt voorkomen.

Tegelijkertijd is het van groot belang om de inzet en geschiktheid van alternatieve oplossingen te vergroten, en verder te zoeken naar oplossingen voor taalproblemen in de zorg. Een voor de hand liggende oplossing is het uitbreiden en verbeteren van passende hulpmiddelen voor de communicatie met anderstaligen, zoals bijvoorbeeld digitale hulpmiddelen (woordenboeken, vertaalprogramma's), visuele informatie en folders of brochures in andere talen. Er liggen ook mogelijkheden in een betere aansluiting tussen taal en cultuur van de zorgverleners en die van patiënten. Bijvoorbeeld door vaker anderstalige collega's in te zetten als tolk. En door in de diverse beroepen in de zorg te streven naar een betere afspiegeling van de bevolking, zodat zorgverleners vaker de taal van hun anderstalige patiënten kunnen spreken.

2.6 Beschouwing

Representativiteit

Dit onderzoek is gebaseerd op een grote hoeveelheid gegevens (1.188 ingevulde enquêtes en 2.061 geregistreerde contacten met anderstaligen) en lijkt voldoende representatief om een goed landelijk beeld te geven. De respons was redelijk; circa een derde van de benaderde zorgverleners heeft de enquête ingevuld, en 93 van de 150 aangemelde zorgverleners hebben daadwerkelijk patiëntcontacten geregistreerd (zie bijlage B).

De resultaten van de landelijke enquête en de registraties in de Randstad laten over het geheel genomen een redelijk consistent beeld zien. In de enquête was het gerapporteerde aandeel anderstalige patiënten (gemiddeld 28%) weliswaar iets hoger dan het landelijke percentage allochtonen (22% volgens de kerncijfers voor 2015 van het CBS), maar dit wordt verklaard door de sterke vertegenwoordiging van zorgverleners uit de vier grote steden. De bevinding uit de registraties dat bij 41% van de anderstaligen een taalbarrière is en dan vooral bij niet-westers migranten, komt overeen met de schatting dat inmiddels bijna 40% van de Randstedelingen van niet-westerse allochtone herkomst is. Verder is het resultaat over de relatief geringe inzet van professionele tolken in de huisartsenzorg (in dit onderzoek ondanks de noodzaak slechts bij 1:10) ook eerder beschreven in de literatuur (zie bijvoorbeeld Langendijk-van den Berg et al., 2014). Dit maakt het aannemelijk dat de gepresenteerde resultaten robuust en voldoende representatief zijn voor Nederland.

Verschillen tussen sectoren

De bevinding dat professionele tolken landelijk gezien het vaakst worden ingezet in de GGZ, ziekenhuiszorg en JGZ is deels verklaarbaar doordat de controles en behandelingen in deze sectoren vaak repetitief van aard zijn, over een langere episode, waardoor de inzet van tolken planbaar wordt. Tevens betreft dit vaak grotere organisaties dan de kleinere huisartspraktijken in de eerstelijn, waardoor het inplannen of regelen van tolken wellicht ook makkelijker is. De relatief grote inzet van professionele tolken in de GGZ wordt tevens verklaard door de aard van de problematiek (moeilijke onderwerpen die patiënten vaak niet willen delen met naasten of

bekenden) en het feit dat onvoldoende beheersing van de taal bij uitstek een beperking is voor de diagnostiek en de behandeling in deze sector.

Beleid

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er bij zorgverleners nog veel onduidelijkheid en onbekendheid is als het gaat om de mogelijkheden en financiering van de inzet van professionele tolken in de zorg. Zo blijkt maar een klein deel van de zorgverleners bekend met de Kwaliteitsnorm (KNMG et al., 2014), terwijl deze norm juist duidelijkheid geeft over de keuzes die zorgverleners hierin kunnen maken. Daarom is een belangrijke aanbeveling om meer bekendheid te geven aan deze Kwaliteitsnorm. Als zorginstellingen en praktijken hun interne beleid ten aanzien van tolken hierop baseren, en dit meer onder de aandacht brengen van hun medewerkers, ontstaat mogelijk ook meer uniformiteit tussen sectoren voor wat betreft de afwegingen van zorgverleners en de daadwerkelijke inzet van tolken.

Asielzoekers

Hoewel dit onderzoek niet gericht was op asielzoekers of vluchtelingen, noch op de andere uitzonderingsgroepen voor de financiering van tolken in de zorg, kon niet worden voorkomen dat deze groepen toch in het onderzoek zijn ingesloten. In de enquête zijn asielzoekers 37 keer als reden voor de inzet van tolken genoemd, vooral in de jeugdgezondheidszorg (n=21), en 5% van de zorgverleners gaf aan dat ze ook gebruik maken van de financieringsregeling voor asielzoekers (RZA). In de registraties is deze doelgroep slechts één keer in de toelichting genoemd. Dit betekent dat het beeld dat met deze inventarisatie wordt geschetst nauwelijks of niet gaat over deze groep nieuwkomers. Ook zijn de aantallen te gering om specifiek iets over deze doelgroep te zeggen. Uit recent onderzoek van Pharos (2016) komt overigens naar voren dat de financiering voor tolken bij vluchtelingen heroverwogen moet worden. Bijvoorbeeld een vergoeding voor een bepaalde periode waarin vluchtelingen de taal nog niet hebben kunnen leren.

Tolkenvergoeding voor vierde uitzonderingsgroep?

Dit onderzoek richtte zich in het bijzonder op de algemene groep anderstaligen waarvoor onder de huidige regeling – afgezien van drie uitzonderingen (asielzoekers, slachtoffers van mensenhandel en vrouwenopvang) – geen vergoeding is voor de inzet van tolken. Een achterliggend doel van dit onderzoek was om specifiek zicht te krijgen op de groep patiënten waarvoor, vanwege het ontbreken van een tolkenvergoeding, nu niet in een oplossing van taalbarrières wordt voorzien. Maar de grote diversiteit aan soorten zorgvragen en situaties waarbij een tolk nodig is, en de verschillen tussen sectoren, maken het moeilijk om deze groep eenduidig te omschrijven.
Op basis van dit onderzoek kan geen vierde groep patiënten gespecificeerd worden, waarvoor eventueel ook een uitzondering in de financiering van tolken gemaakt moet worden.

De patiënten waarbij professionele tolken nodig zijn, hebben een grote diversiteit aan klachten of gezondheidsproblemen. Bovendien verschillen de patiëntengroepen, type zorgvragen en zorgcontacten waarbij professionele tolken nodig zijn tussen de sectoren. Door deze grote variatie blijft het beeld van deze patiëntengroep dus enigszins diffuus en kan er niet één specifieke groep gedefinieerd worden over alle zorgsectoren heen.

Wel laten de extrapolaties van dit onderzoek zien dat de behoefte en het ervaren tekort aan professionele tolken het grootst is in de jeugdgezondheidszorg en huisartsenzorg. Bovendien blijkt

uit de omschrijving van de doelgroep dat professionele tolken vooral nodig zijn voor de niet-westerse eerste generatie migranten die in Nederland wonen maar (nog) niet of nauwelijks Nederlands spreken. Daarbij gaat het meestal om vrouwen of moeders in de leeftijd van 25 tot 65 jaar, en patiënten met een laag opleidingsniveau. Dit onderzoek laat zien in welke sectoren, voor welke patiënten en bij welke contacten het nodig is om professionele tolken laagdrempeliger in te kunnen zetten. Dit kan bijvoorbeeld door de financieringsmogelijkheden uit te breiden voor de patiënten en situaties waarbij dat volgens zorgverleners echt noodzakelijk is.

3 Noodzaak van de inzet van professionele tolken

Dit hoofdstuk beschrijft de noodzaak van de inzet van professionele tolken in de gezondheidszorg als sprake is van een taalbarrière. De resultaten zijn gebaseerd op de landelijke gegevens uit de enquête onder 1.188 zorgverleners uit vijf sectoren, aangevuld met de gedetailleerde gegevens uit de registraties van 93 zorgverleners over hun 2.061 contacten met anderstaligen.

Achtereenvolgens worden in dit hoofdstuk de volgende onderwerpen besproken: taalproblemen (3.1), soort patiënten en situaties waarbij een professionele tolk nodig is (3.2), de overwegingen ten aanzien van het inzetten van professionele tolken (3.3), de gevolgen als er geen tolk wordt ingezet (3.4), en in 3.5 volgt een samenvatting en nabeschouwing over de noodzaak van tolken.

3.1 Noodzaak van tolken door taalproblemen

3.1.1 Noodzaak volgens de enquête

Uit de enquête onder 1.188 zorgverleners (uit het hele land) is voor vijf sectoren bepaald of en hoe vaak zij ooit een professionele tolk hebben ingezet, en of de zorgverleners dit achteraf gezien ook noodzakelijk vonden. Aan de zorgverleners werd gevraagd om hun laatste contact met een anderstalige patiënt te omschrijven waarbij een professionele tolk was ingezet (zie tabel 3.1). Tweederde van de respondenten (68%) had wel eens een professionele tolk ingezet. Van deze 807 zorgverleners vond 87% (n=698) de tolk ook daadwerkelijk noodzakelijk in deze situatie. De andere zorgverleners vonden dit toch niet nodig (11%) of twijfelden achteraf aan deze noodzaak (3%).

Tabel 3.1 Noodzaak van de inzet van professionele tolken volgens landelijke enquête onder zorgverleners in vijf sectoren, over contacten waarbij ooit een professionele tolk is ingezet (n=807)

	totaal*	huisartsen-zorg	ziekenhuis-zorg	GGZ	JGZ	verloskunde
Bij laatste inzet *professionele tolk*: **Was dit achteraf gezien (ook) noodzakelijk?**	(n=807)	(n=115)	(n=201)	(n=112)	(n=243)	(n=88)
Ja	698 (87%)	96 (83%)	178 (89%)	106 (95%)	203 (84%)	71 (81%)
Nee	86 (11%)	15 (13%)	19 (9%)	3 (3%)	32 (13%)	14 (16%)
Ik weet het niet	23 (3%)	4 (4%)	4 (2%)	3 (3%)	8 (3%)	3 (3%)

* Naast 759 zorgverleners uit de vijf sectoren waren er nog 48 'overige' zorgverleners van wie de sector onbekend was; de gegevens van deze 48 zorgverleners zijn alleen meegenomen in het totaal.

Er zijn verschillen te zien tussen de sectoren wat betreft hun inschatting achteraf of een professionele tolk wel echt noodzakelijk was. Zo vond 95% van de zorgverleners in de GGZ de inzet van de tolk achteraf beschouwd ook noodzakelijk, terwijl verloskundigen hier naderhand het minst van overtuigd waren (81%). De percentages zorgverleners die een professionele tolk niet nodig vonden of twijfelden aan de noodzaak was het grootst in de verloskunde (19%), gevolgd door de

huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg (beide 17%). Daarbij werd in de regio Amsterdam de inzet van een professionele tolk vaker noodzakelijk geacht (92%) dan in de regio Utrecht (74%).

3.1.2 Registraties

Doorslaggevend voor de noodzaak van de inzet van professionele tolken is natuurlijk of er een taalprobleem is in de contacten met anderstalige patiënten. De werkelijke omvang van deze taalproblemen kon worden vastgesteld met de registraties van 2.061 contacten met anderstaligen door 93 zorgverleners (zie tabel 3.2 en hoofdstuk 4). Bij 41% (n=853) van de contacten was er een taalbarrière en bij 40% van deze contacten met taalbarrière vonden zorgverleners de inzet van een professionele tolk noodzakelijk (n=340). Dit is 16% van alle 2.061 geregistreerde contacten met anderstaligen. Bij 32% van deze 340 contacten (n=108) werd daadwerkelijk een professionele tolk ingezet. In vrijwel alle gevallen (97%) vonden de zorgverleners dit ook daadwerkelijk noodzakelijk; slechts bij drie patiënten (3%) vonden de zorgverleners dit achteraf gezien toch niet noodzakelijk.

Tabel 3.2 Taalproblemen en noodzaak van professionele tolken volgens de registraties van contacten met anderstaligen (n=2.061) door 93 zorgverleners in vier sectoren (registraties; n=2.061)

	totaal	huisartsen-zorg	ziekenhuis-zorg	GGZ	JGZ
Taalbarrière:	2.061	1.219	307	277	258
Ja, de patiënt/cliënt zelf spreekt onvoldoende Nederlands en geen andere taal die ik spreek	853 (41%)	529 (43%)	140 (46%)	99 (36%)	85 (32%)
Nee, want de patiënt/cliënt spreekt voldoende Nederlands	947 (46%)	579 (48%)	120 (39%)	128 (46%)	120 (47%)
Nee, want de patiënt/cliënt spreekt een taal die ik ook spreek	261 (13%)	111 (9%)	47 (15%)	50 (18%)	53 (21%)
Indien taalbarrière: **professionele tolk noodzakelijk?**	(n=852)	(n=529)	(n=139)	(n=99)	(n=85)
Ja	340 (40%)	185 (35%)	41 (29%)	72 (73%)	42 (49%)
Nee	512 (60%)	344 (65%)	98 (71%)	27 (27%)	43 (51%)
Indien professionele tolk noodzakelijk: **professionele tolk ingezet?**	(n=340)	(n=185)	(n=41)	(n=72)	(n=42)
Ja	108 (32%)	18 (10%)	21 (51%)	52 (72%)	14 (33%)
Nee	235 (69%)	167 (90%)	20 (49%)	20 (28%)	28 (67%)

Er zijn verschillen tussen de sectoren wat betreft het noodzakelijk achten van een tolk. Zo vinden zorgverleners in de GGZ dat een professionele tolk bij 73% van de anderstaligen met een taalbarrière noodzakelijk is. In de ziekenhuiszorg is dit aandeel beduidend lager (29%), terwijl de taalproblemen juist in deze sector het meest voorkomen (bij 46% van de anderstaligen, versus 36% van de anderstalige cliënten in de GGZ). Bij taalproblemen werd in de JGZ bij de helft (49%) en in de huisartsenzorg bij een derde (35%) van de contacten een professionele tolk noodzakelijk geacht.

Voor alle vier sectoren wijzen de registraties op een grotere noodzaak van de inzet van professionele tolken dan de enquête. Dit verschil was gemiddeld 10%. Terwijl 87% van de zorgverleners die de enquête invulden de eerdere inzet van een professionele tolk (in of voor 2015)

achteraf gezien ook noodzakelijk vonden, wezen de registraties gemiddeld 97% uit. Binnen de huisartsen- en jeugdgezondheidszorg was dit verschil het grootst. Volgens de registraties in deze sectoren was de inzet van een professionele tolk in 100% van de contacten ook noodzakelijk, terwijl dit volgens de enquête voor 84% van de eerdere contacten (in 2015 of daarvoor) gold.

3.2 Bij wie en wanneer is een professionele tolk nodig?

3.2.1 Patiënten

In tabel 3.3 staan de achtergrondkenmerken van de patiënten waarbij een professionele tolk noodzakelijk was volgens de zorgverleners die meededen aan de enquête en/of registraties.

Tabel 3.3 Kenmerken van anderstalige patiënten waarbij een professionele tolk noodzakelijk was volgens zorgverleners (registraties en enquête)

	enquête		registraties	
Geslacht:	(n=495)		(n=316)	
Man	172	(35%)	114	(36%)
Vrouw	323	(65%)	202	(64%)
Leeftijd:	(n=514)		(n=338)	
0-15 jaar	96	(19%)	13	(4%)
16-24 jaar	63	(12%)	13	(4%)
25-44 jaar	232	(45%)	129	(38%)
45-64 jaar	90	(18%)	116	(34%)
65 jaar of ouder	33	(6%)	67	(20%)
Opleidingsniveau:	(n=345)		(n=339)	
Geen opleiding (afgerond)	159	(46%)	93	(27%)
Laag (lagere school/basisonderwijs, lbo)	135	(39%)	134	(40%)
Middel (mbo, havo of vwo)	41	(12%)	23	(7%)
Hoog (hbo of wo)	10	(3%)	7	(2%)
Weet ik niet	0	(0%)	82	(24%)
Generatie:	(n=496)		(n=334)	
Eerste generatie	454	(92%)	328	(98%)
Tweede generatie	21	(4%)	2	(1%)
Derde generatie	2	(0,4%)	0	(0%)
Weet ik niet	19	(4%)	4	(1%)
Herkomst:	(n=667)		(n=338)	
Niet-westers land	556	(83%)	307	(91%)
Westers land	61	(9%)	29	(9%)
Weet ik niet	50	(8%)	2	(1%)
Taalniveau:	(n=608)		(n=338)	
Zeer onvoldoende	435	(72%)	156	(46%)
Onvoldoende	158	(26%)	149	(44%)
Voldoende	15	(2%)	31	(9%)
Goed	0	(0%)	1	(0,3%)
Weet ik niet	0	(0%)	1	(0,3%)

Enquête

In de enquête hebben zorgverleners de kenmerken van patiënten beschreven voor het laatste contact waarbij zij een professionele tolk hadden ingezet (n=807). In reactie op de vraag naar relevante kenmerken van deze patiënten werden herkomst (n=667), taalniveau (n=620) en moedertaal (n=597) het vaakst genoemd.

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

Patiënten waarbij een professionele tolk absoluut noodzakelijk was (n=698), waren vooral vrouwen (65%) en patiënten in de leeftijd van 25-44 jaar (45%) of 45-64 jaar (18%). Van deze patiënten had 46% helemaal geen opleiding (n=159) en 39% een laag opleidingsniveau (n=135).

Herkomst en taalniveau

De meeste anderstalige patiënten waarbij een tolk noodzakelijk was, waren afkomstig uit de eerste generatie migranten (92%) en met name afkomstig uit niet-westerse landen (83%). De vier meest genoemde niet-westerse landen waren Syrië, Marokko, Turkije en Somalië. De meest voorkomende moedertalen waren Arabisch, Berbers en Turks. Verder werd het taalniveau van deze patiënten, waarbij een tolk absoluut noodzakelijk werd geacht, door hun zorgverleners beoordeeld als ‘zeer onvoldoende’ (72%) tot ‘onvoldoende’ (26%).

Registraties

De kenmerken van de anderstaligen waarbij eind 2015 of begin 2016 een professionele tolk noodzakelijk was (n=340), komen grotendeels overeen met de beschrijving van patiënten op basis van de enquête.

Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

Ook bij de registraties was een professionele tolk vooral noodzakelijk bij vrouwelijke patiënten (64%) en volwassenen tussen de 25-44 jaar (38%) of 45-64 jaar (34%). In de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg ging het daarnaast ook om ouderen vanaf 65 jaar (20%). Voor zover bekend waren deze anderstaligen overwegend laag opgeleid (40% lagere school/basisonderwijs of lager beroepsonderwijs en 27% geen opleiding). In een kwart van de gevallen (24%) wisten zorgverleners niet welk opleidingsniveau de anderstalige had.

Herkomst en taalniveau

Verder betrof het hoofdzakelijk eerste generatie migranten (98%), afkomstig uit niet-westerse landen (91%). Meest genoemde niet-westerse landen waren Marokko (30%) en Turkije (28%). Hierdoor was de moedertaal (net als volgens de enquête) meestal Turks (25%), Berbers (21%) of Arabisch (11%). Hun beheersing van het Nederlands was volgens de zorgverleners ‘zeer onvoldoende’ (46% sprak niet of nauwelijks Nederlands) of ‘onvoldoende’ (44% sprak zeer gebrekkig Nederlands).

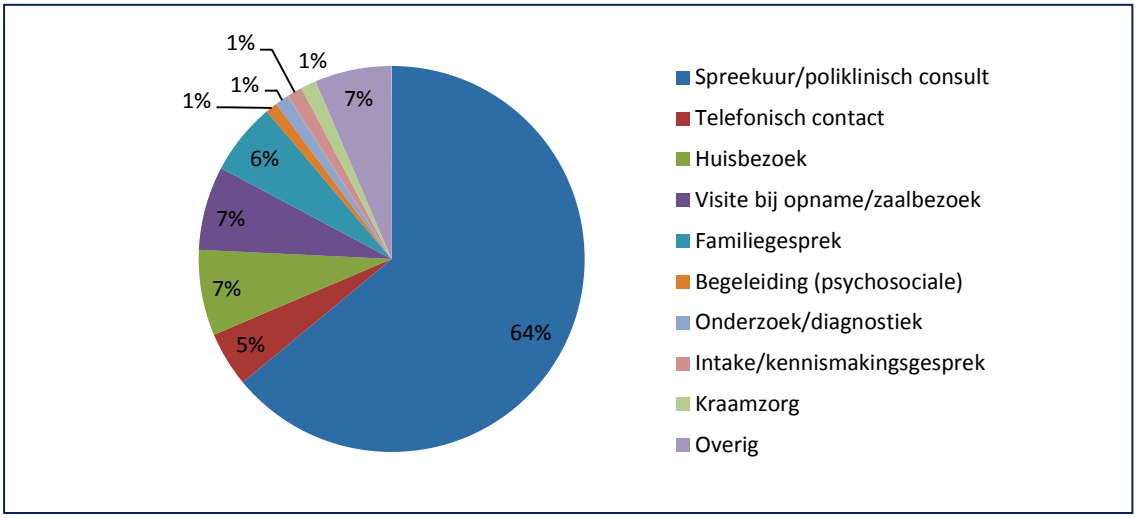
3.2.2 Soort contact

Enquête

Uit de enquête bleek dat de contacten met anderstaligen waarbij een professionele tolk noodzakelijk werd geacht meestal een spreekuur of consult betrof (64%; zie figuur 3.1). Soms ook

bij huisbezoeken (7%, vooral in de JGZ), visites of zaalbezoeken (7%; vooral in de ziekenhuiszorg), familiegesprekken (6%, vooral in de ziekenhuiszorg), of bij telefonische contacten (6%).

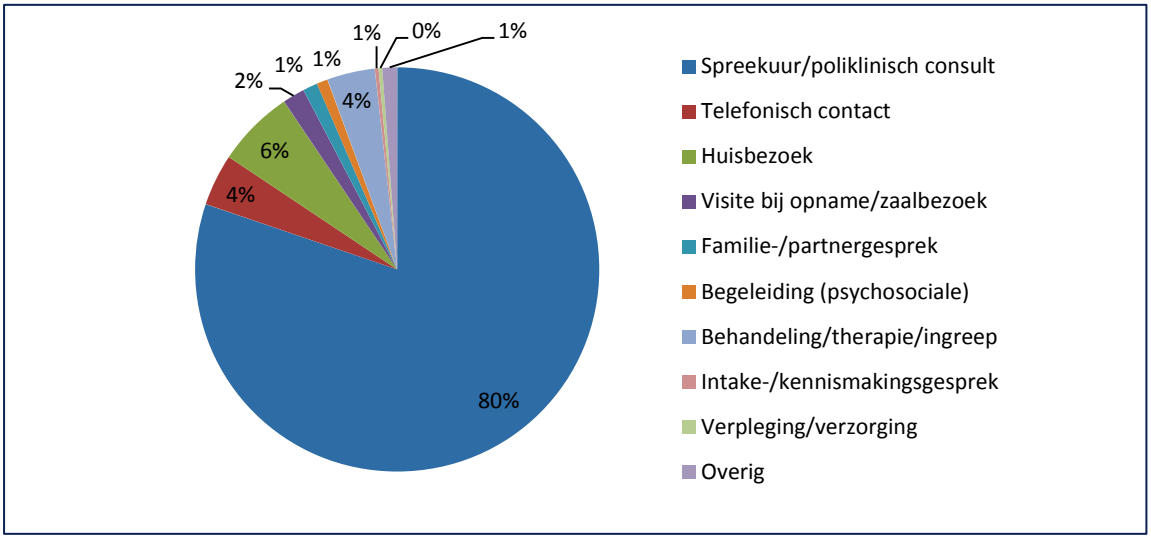
Figuur 3.1 Soort contact (%) waarbij een professionele tolk noodzakelijk was (enquête; n=697)



Registraties

Ook uit de registraties bleek dat het meestal ging om een spreekuur of poliklinisch consult (80%) als een professionele tolk nodig werd geacht. Soms ging het om een huisbezoek (6%), behandeling/therapie of ingreep (4%) of een telefonisch contact (4%) waarbij dit noodzakelijk was (zie figuur 3.2). Daarnaast ging het in de huisartsenzorg (n=14) en jeugdgezondheidszorg (n=6) ook wel eens om huisbezoeken. In de GGZ ging het naast de consulten relatief vaak om een behandeling of therapie (bij 13% van alle contacten waarbij een tolk nodig was).

Figuur 3.2 Soort contact (%) waarbij een professionele tolk noodzakelijk was (registraties; n=340)



3.2.3 Inhoud contact

Zie figuur 3.3 voor een weergave van de inhoud van de contacten waarbij een professionele tolk noodzakelijk was, volgens de enquête en de registraties.

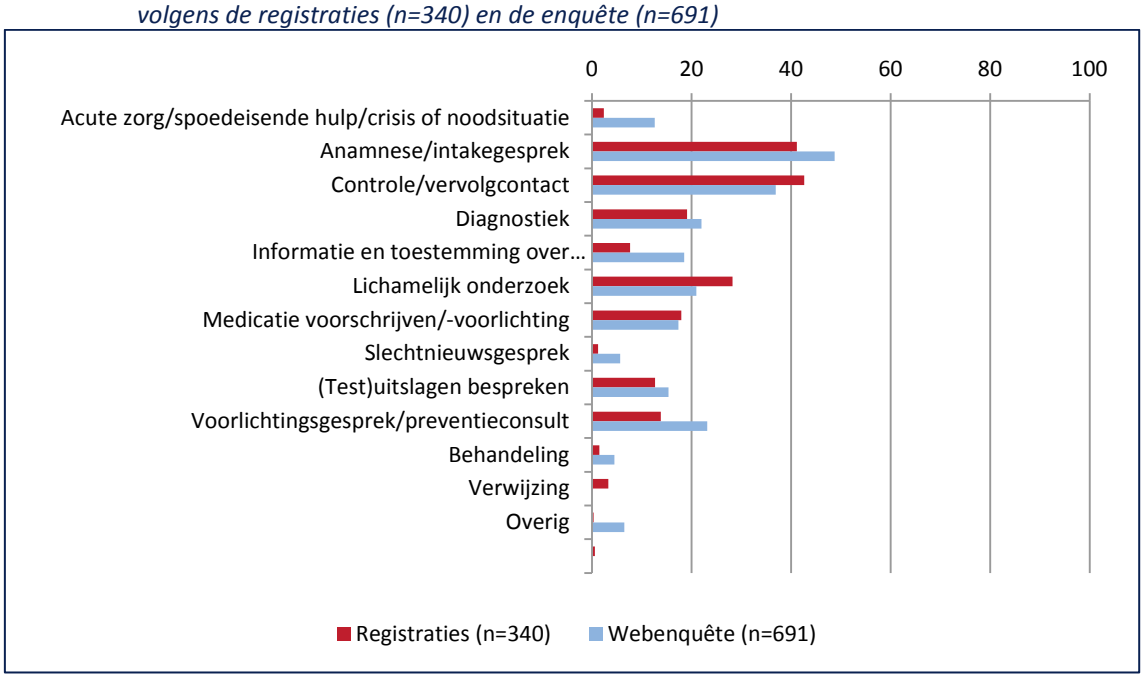
Enquête

Uit de enquête bleek dat als het voornamelijk om anamnese/intakegesprekken ging (49%) als een professionele tolk noodzakelijk was in het contact met de anderstalige patiënten, gevolgd door controles/intakegesprekken (37%).

Registraties

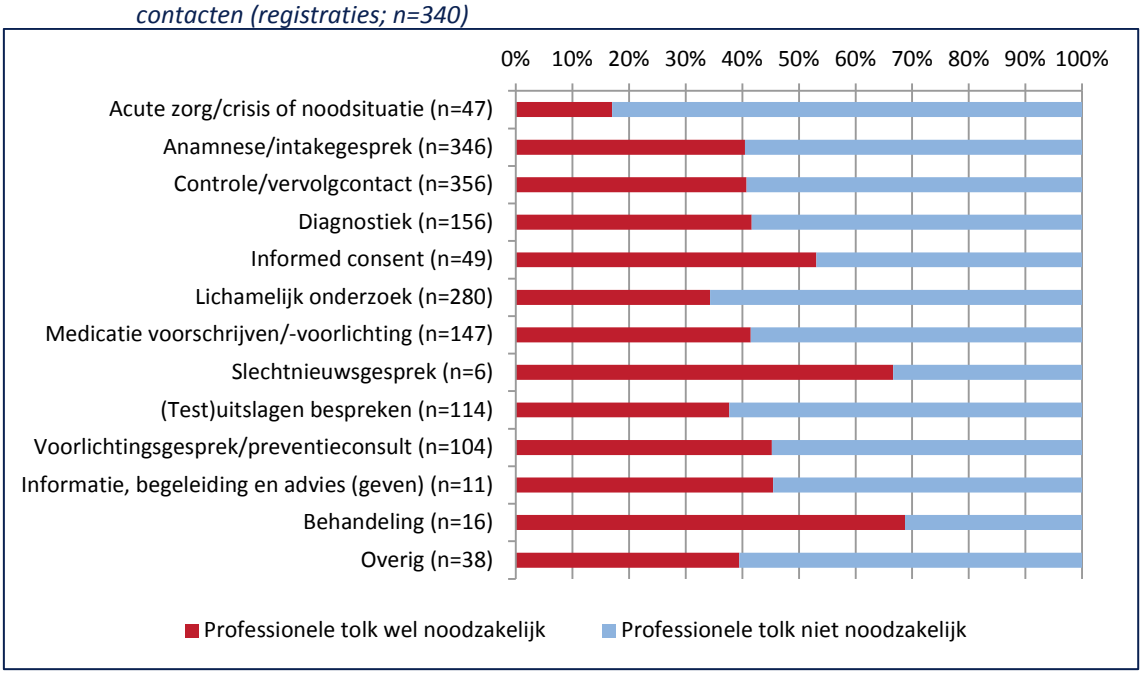
Bij de 340 contacten met anderstalige patiënten waarbij een professionele tolk noodzakelijk was, ging het voornamelijk om controles/vervolgcontacten (43%), anamneses/intakegesprekken (41%) en lichamelijke onderzoeken (28%). Zie figuur 3.3. Er waren ook voorlichtingsgesprekken of preventieconsulten waarbij een tolk nodig was, maar dan uitsluitend in de jeugdgezondheidszorg en huisartsenzorg (respectievelijk in 45% en 38%). Een enkele keer ging het om een slechtnieuwsgesprek (n=4), dat plaatsvond in de huisartsenzorg (n=2) of ziekenhuiszorg (n=2).

Figuur 3.3 Inhoud van contacten waarbij een professionele tolk noodzakelijk was (% per type contact), volgens de registraties (n=340) en de enquête (n=691)



Kijken we naar de relatieve noodzaak van de inzet van professionele tolken (zie figuur 3.4), door de situaties te vergelijken waarin wel of niet een tolk noodzakelijk was, dan blijkt de noodzaak het grootst bij (GGZ-) behandelingen, slechtnieuwsgesprekken, en bij het verstrekken van informatie en het verkrijgen van toestemming (informed consent) voor een behandeling.

Figuur 3.4 Relatieve noodzaak van professionele tolken (% wel of niet noodzakelijk) naar inhoud van de contacten (registraties; n=340)



3.2.4 Aanleiding voor het contact

Enquête

In de enquête hebben 546 zorgverleners de belangrijkste reden omschreven van het laatste contact waarbij een professionele tolk noodzakelijk werd ingezet. Als belangrijkste redenen voor deze contacten werden genoemd: een algemeen consult/controle (23%), informatie geven (10%), diagnostiek (8%), lichamelijke klachten (8%), een intake (7%). Ook werd in 37 gevallen (8%) als reden genoemd dat het om een asielzoeker of vluchteling ging.

In de verloskunde waren de meest genoemde redenen voor de 47 contacten waarbij een professionele tolk noodzakelijk moest worden ingezet: een algemeen consult/controle (28%), informatie geven of een intake (beide in 13%). Daarnaast noemden de verloskundigen relatief vaak asielzoekers of vluchtelingen (11%), net als zorgverleners in de jeugdgezondheidszorg (15%), als belangrijkste reden voor de contacten waar een professionele tolk aan te pas moest komen.

Registraties

Ook in de registraties omschreven de zorgverleners de belangrijkste reden van het contact met de anderstaligen. Deze redenen konden worden onderverdeeld in vijf categorieën (zie box 3.2). Als een professionele tolk nodig was, dan had de belangrijkste reden voor het contact voornamelijk te maken met lichamelijke klachten (45%), een algemene controle of vervolgcontact (22%), of psychische of psychiatrisch problematiek (20%). Psychosociale redenen (7%), medicatie (4%) of overige redenen (3%) werden minder vaak genoemd. Vooral in de huisartsenzorg (71%) en ziekenhuiszorg (30%) waren lichamelijke klachten de belangrijkste aanleiding voor het contact. In de GGZ waren het vooral psychische of psychiatrische klachten (72%) en in de JGZ ging het met name om een algemeen consult of controle (69%).

Box 3.2 Redenen (%) voor de contacten waarbij een professionele tolk noodzakelijk werd geacht (registraties; n=304)

Lichamelijke klachten (45%)
Bij deze contacten vormen lichamelijke klachten de aanleiding. Voorbeelden van deze klachten zijn buikpijn, duizeligheid, hartkloppingen, hoofdpijn of menstruatiepijn.

Algemeen consult, controles of vervolgcontacten (22%)
Bij deze contacten is er sprake van algemene consulten, controles of vervolgcontacten. Voorbeelden zijn controles bij diabetes- of dialysepatiënten of (herhaal-)consulten voor chronische klachten.

Psychisch of psychiatrisch (20%)
Bij deze contacten heeft de reden te maken met psychische/psychiatrische problematiek. Voorbeelden hiervan zijn depressie, posttraumatische stressklachten en traumabehandeling.

Psychosociaal (7%)
Bij deze contacten heeft de reden te maken met psychosociale problematiek. Voorbeelden hiervan zijn psychosociale begeleiding, relatieproblemen of sociale omstandigheden.

Medicatie (4%)
Bij deze contacten is er sprake van het verstrekken van informatie over en/of voorschrijven van medicatie. Voorbeelden zijn: bespreken van medicatie, het opstarten van een insulineschema of het beantwoorden van vragen over medicatie.

Overig (3%)
Hieronder vallen overige redenen die niet onder de voorgaande categorieën geplaatst kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn palliatieve zorg en ontwikkelingsproblemen.

3.3 Overwegingen bij de inzet van professionele tolken

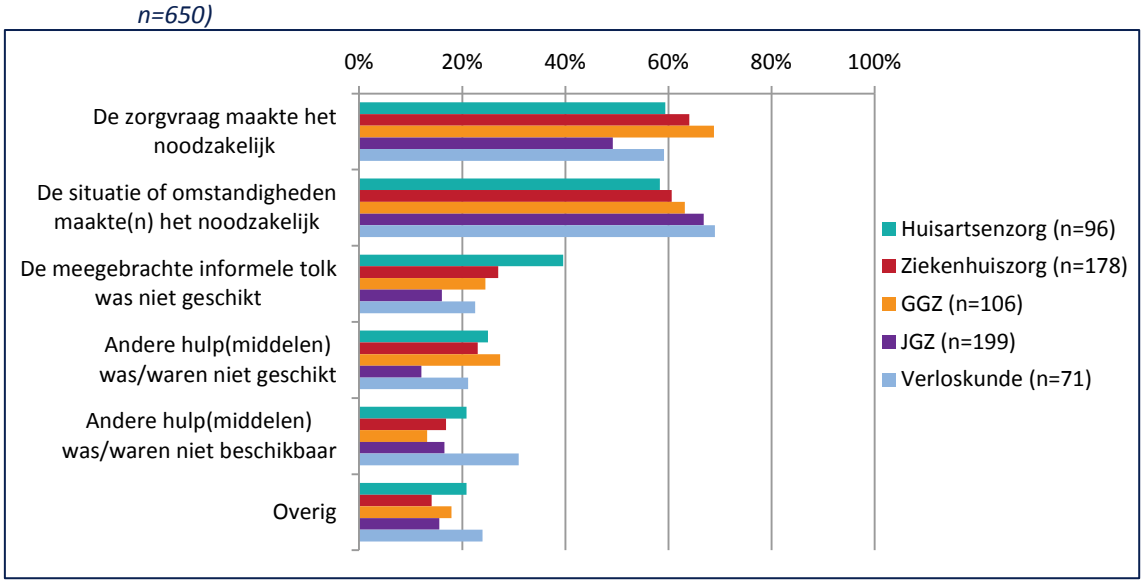
Hier worden de overwegingen van zorgverleners inzake de inzet en noodzaak van professionele tolken uiteengezet. Zowel de redenen om wél een professionele tolk in te zetten, als de redenen om géén professionele tolk in te zetten worden hierbij besproken.

3.3.1 Redenen voor de noodzaak van professionele tolken

Enquête
In de enquête is aan zorgverleners gevraagd naar de reden waarom een professionele tolk absoluut noodzakelijk was. Voor 650 contacten met anderstaligen worden deze redenen beschreven in figuur 3.5. Daarbij konden per contact meerdere redenen worden genoemd. De noodzaak was vooral gelegen in de soort zorgvraag (59%) en de situatie of omstandigheden (64%).

Vooral in de GGZ was het de zorgvraag die de inzet van een professionele tolk noodzakelijk maakte (69%). In de verloskunde waren het vooral de omstandigheden die maakten dat er een professionele tolk aan te pas moest komen (69%), en werd relatief vaak de afwezigheid of het gebrek aan andere hulp(middelen) genoemd (31%). Daarnaast kwam het vooral in de huisartsenzorg regelmatig voor dat een meegebrachte tolk niet geschikt was (40%), waardoor een professionele tolk noodzakelijk was.

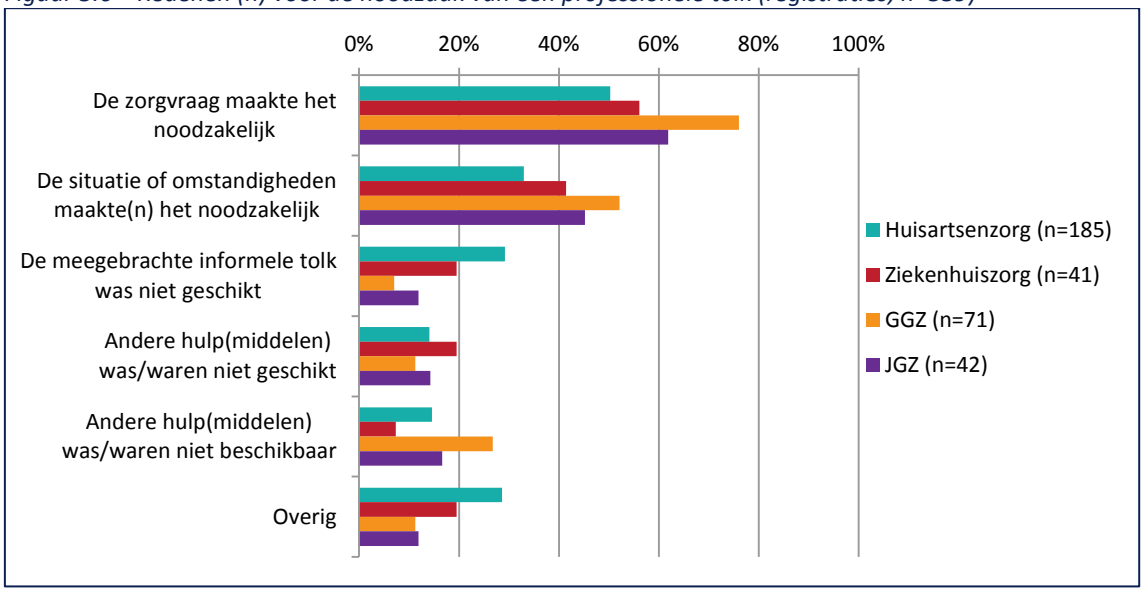
Figuur 3.5 Redenen (%) voor de noodzakelijke inzet van professionele tolken per sector (enquête; n=650)



Registraties

Ook voor de 339 geregistreerde contacten waarbij de zorgverleners een professionele tolk noodzakelijk achtten, zijn de belangrijkste motieven hiervoor in kaart gebracht (zie figuur 3.6). Uit de registraties blijkt dat de zorgvraag leidend is bij deze afweging, gevolgd door de situatie of omstandigheden. Bij ruim de helft van de gevallen was het de zorgvraag die deze inzet noodzakelijk maakte (58%; n=196), gevolgd door de situatie of omstandigheden (40%; n=134). Ongeschiktheid van een meegebrachte informele tolk werd in 21% (n=72) als reden genoemd. De noodzaak van een professionele tolk had het minst vaak te maken met ongeschiktheid (14%; n=48) of een onvoldoende beschikbaarheid (17%; n=56) of van andere hulp(middelen). Zie box 3.3 voor voorbeelden van de diverse redenen voor de noodzaak van een professionele tolk.

Figuur 3.6 Redenen (n) voor de noodzaak van een professionele tolk (registraties; n=339)



Box 3.3 Voorbeelden van redenen voor de inzet van een professionele tolk (registraties)

De zorgvraag maakte het noodzakelijk (58%)
"De zorgvraag werd niet echt duidelijk."
"De hulpvraag en de achtergrond van patiënte zijn nog steeds niet duidelijk."
De situatie of omstandigheden maakte(n) het noodzakelijk (40%)
"Mevrouw kan alleen komen als haar kinderen vrij zijn."
"Mevrouw vindt het zelf niet wenselijk dat ik een tolk bel, ze vindt dat ze heel goed Nederlands begrijpt, maar ik begrijp haar niet, eerlijk gezegd."
De meegebrachte informele tolk was niet geschikt (21%)
"Het blijft gênant om in bijzijn van je moeder over je seksuele vragen te spreken."
"Zus beantwoordde alle vragen, moeilijk om eigen mening van patiënte te krijgen."
"Informele tolk vertelt met name over de patiënt, directe communicatie is alsnog lastig."
Andere hulp(middelen) was/waren niet geschikt (14%)
"Twijfel of tolk precies verwoordt wat de klachten van patiënte zijn."
Andere hulp(middelen) was/waren niet beschikbaar (17%)
"Tolkende doktersassistente was niet beschikbaar."
"Gesprek volgt met hem en tolk bij volgende visite, dat is over één week."
Overig
"Doordat ze zwak begaafd is en extra lage gezondheidsvaardigheden."
"Niet alleen taalbarrière maar ook opleidingsniveau, mogelijk laag IQ bij (zowel) tolk als patiënt, speelt een rol."

In alle sectoren is de zorgvraag leidend (zie figuur 3.6), vooral in de geestelijke gezondheidszorg (in 76%). Daarnaast spelen de situatie of omstandigheden in alle sectoren een doorslaggevende rol, wederom vooral in de GGZ (in 52% van de gevallen). Daarnaast waren vooral in de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg de meegebrachte informele tolken ongeschikt (respectievelijk in 29% en 20%). Ook waren in de ziekenhuiszorg de andere hulpmiddelen relatief vaak ongeschikt (20%). En in de GGZ was er relatief vaak een gebrek aan andere hulp(middelen), namelijk in een kwart van de gevallen (27% versus 17% van alle contacten waarbij een professionele tolk noodzakelijk was).

3.3.2 Redenen om geen professionele tolk in te zetten

In tabel 3.4 staan de resultaten van de enquête en de registraties over de redenen waarom een professionele tolk níet werd ingezet, ondanks dat dit wel is overwogen. De meest genoemde redenen gaan over de financiering van tolken (onduidelijkheid of gebrek hieraan), de korte duur van de contacten (zodat er geen tolk kon worden geregeld), een verkeerde inschatting vooraf, of het tolkenbeleid van de eigen organisatie/instelling/praktijk. Daarbij is de financiering minder vaak genoemd in de registraties (32%) dan in de enquête (53%), maar verder komen de genoemde redenen, qua frequentie, zeer overeen.

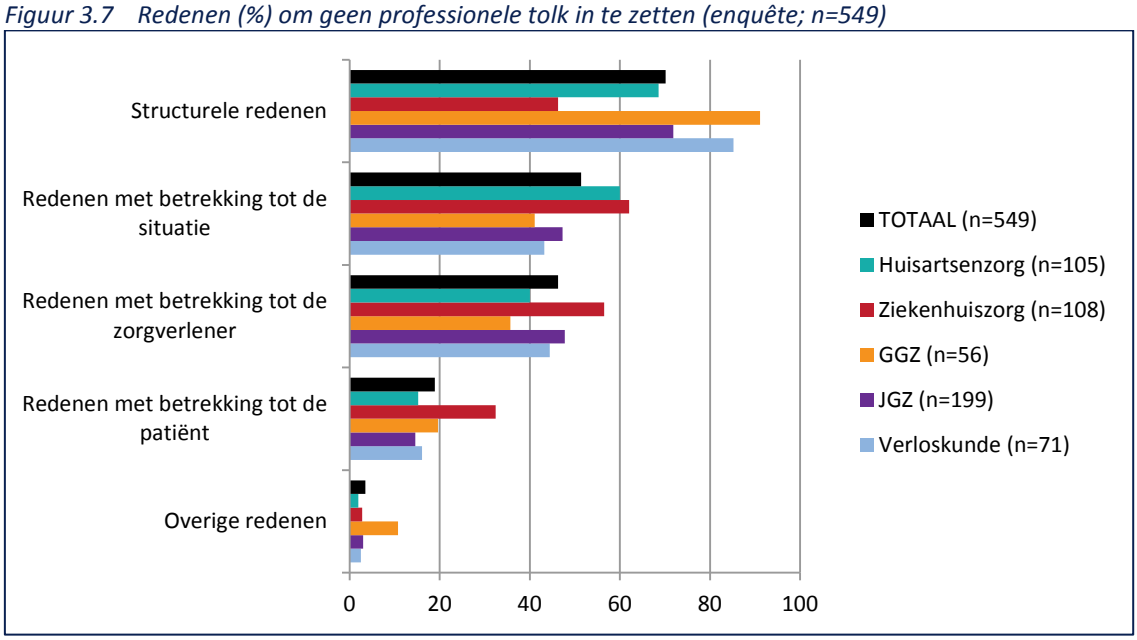
Tabel 3.4 Redenen (%) om toch geen professionele tolk in te zetten: enquête en registraties

	enquête	registraties
	n=549	n=235
De financiering van een professionele tolk is onduidelijk of ontbreekt	289 (53%)	76 (32%)
Contacten duurden te kort om een tolk te regelen	185 (34%)	80 (34%)
Ik dacht eerst dat een tolk niet nodig zou zijn	143 (26%)	61 (26%)
Ik volg het tolkenbeleid van mijn organisatie/instelling/praktijk	96 (17%)	55 (23%)
Patiënten/cliënten geven de voorkeur aan een informele tolk	96 (17%)	30 (13%)
Ik wist niet hoe ik een professionele tolk kon inschakelen	64 (12%)	10 (4%)
Het ging om acute zorgvragen/crisissituaties	49 (9%)	13 (6%)
Er was geen professionele tolk beschikbaar	43 (8%)	10 (4%)
Ik ben/was onbekend met de tolkendienst/tolkentelefoon	29 (5%)	1 (0,4%)
Ik heb slechte ervaringen met een professionele tolk	16 (3%)	1 (0,4%)
Ik stuur iedereen met een taalprobleem door naar een collega of andere instelling/organisatie	2 (0,4%)	3 (1%)
Andere reden	126 (21%)	70 (17,7%)

Enquête

Als we de genoemde redenen reduceren tot vier hoofdcategorieën (structureel, situationeel of persoonlijke afwegingen van de zorgverlener of de patiënt), dan blijkt uit de enquête dat de redenen om géén professionele tolk in te zetten vooral structureel van aard waren (door de onduidelijke of ontbrekende financiering of het gevolgde tolkenbeleid), gevolgd door de situatie (door een tijdgebrek of andere redenen die te maken hadden met de situatie) en afwegingen van de zorgverlener (die eerst dacht dat een tolk niet nodig zou zijn of andere afwegingen maakte), en het minst vaak met de patiënten (diens voorkeur of andere redenen). Zie figuur 3.7 voor een overzicht van deze redenen per sector volgens de enquête.

Figuur 3.7 Redenen (%) om geen professionele tolk in te zetten (enquête; n=549)

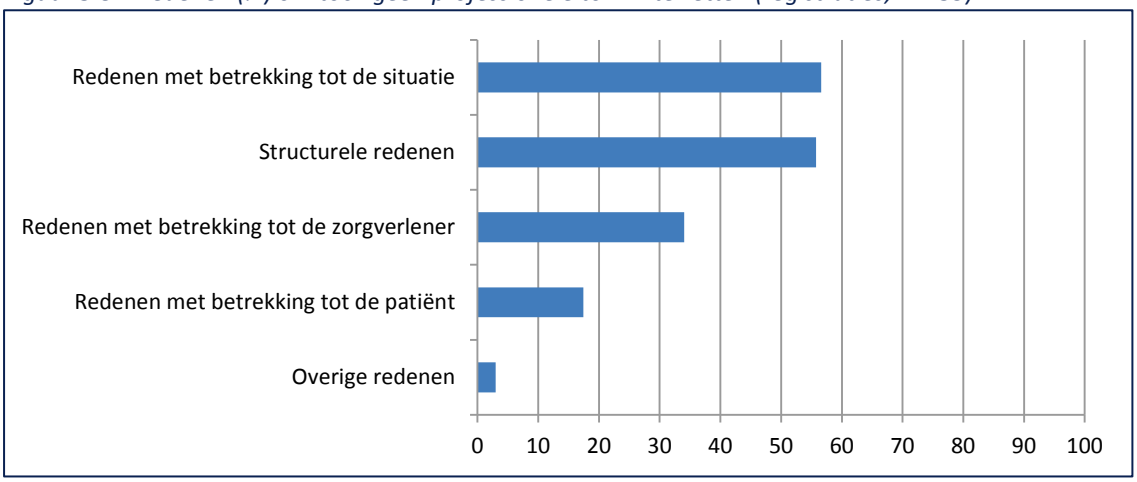


Structurele redenen werden vooral genoemd in de GGZ, verloskunde en JGZ, maar het minst in de ziekenhuiszorg. In de ziekenhuiszorg waren het vooral de situationele kenmerken die maakten dat er geen professionele tolk werd ingezet, gevolgd door de afwegingen van de zorgverlener.

Registraties

Uit de registraties bleek dat bij 235 (69%) van de 340 contacten met anderstaligen waarbij een professionele tolk noodzakelijk werd geacht, toch geen professionele tolk was ingezet. Deze redenen hadden vooral te maken met de situatie of omstandigheden (zoals een gebrek aan tijd), en met structurele factoren zoals financiering en het gevolgde tolkenbeleid, en minder vaak met de zorgverlener (diens inschatting, ervaring of kennis) of voorkeuren van een patiënt (zie figuur 3.8). Zie voor een uiteenzetting en een uitleg van de verschillende redenen box 3.4.

Figuur 3.8 Redenen (%) om toch geen professionele tolk in te zetten (registraties; n=235)



Box 3.4 Voorbeelden van redenen om toch geen professionele tolk in te zetten (registraties)

Redenen met betrekking tot de situatie (57%)
Het contact duurde te kort om een tolk te regelen
Er is een informele tolk aanwezig
Structurele redenen (56%)
De financiering van een professionele tolk is onduidelijk of ontbreekt
Het tolkenbeleid van de organisatie/instelling/praktijk wordt gevolgd
Redenen met betrekking tot de zorgverlener (34%)
Zorgverlener dacht eerst dat een tolk niet nodig zou zijn
Zorgverlener wist niet hoe hij een professionele tolk kon inschakelen
Redenen met betrekking tot de patiënt (17%)
De patiënt gaf de voorkeur aan een informele tolk
Wantrouwen vanuit de patiënt met betrekking tot een professionele tolk
Overige redenen (3%)
Met handen en voeten eruit gekomen

De meest genoemde redenen voor het niet inzetten van een professionele tolk, ondanks de noodzaak, waren:

- dat het contact te kort duurde om een tolk te regelen (34%; n=80);
- dat de financiering van een professionele tolk onduidelijk was of ontbrak (32%; n=76);
- dat de zorgverlener eerst dacht dat een tolk niet nodig zou zijn (26%; n=61); en
- het tolkenbeleid van de instelling of praktijk (23%; n=55).

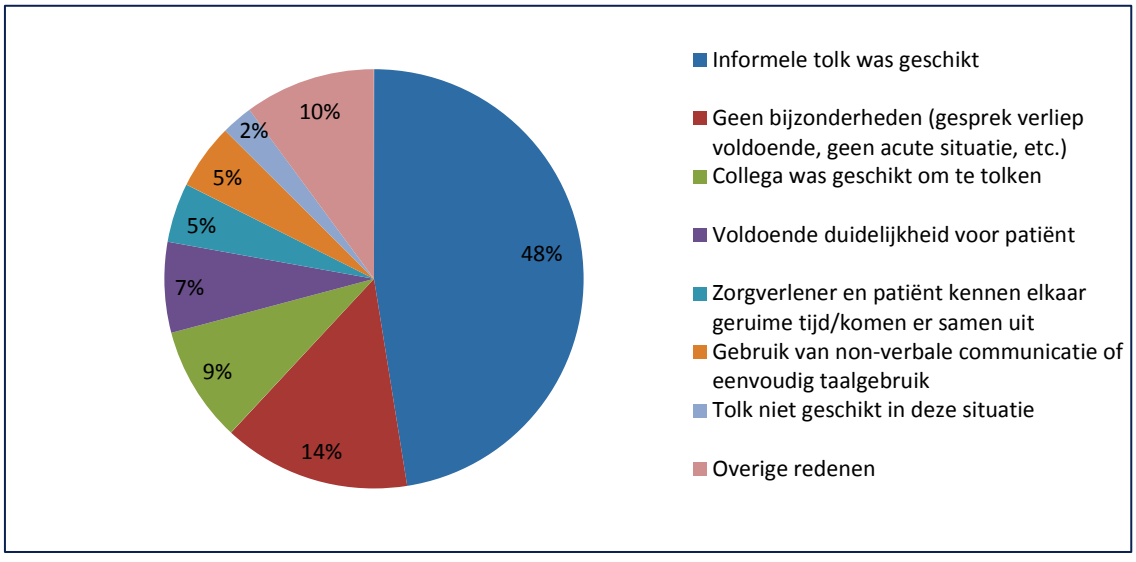
Met name in de huisartsenzorg was de financiering (het ontbreken hiervan of onduidelijkheid hierover) een veelgenoemde reden (43%) waarom geen professionele tolk was ingezet. De reden dat een contact te kort duurde werd relatief vaak genoemd in de jeugdgezondheidszorg (64%) en in de huisartsenzorg (33%). In de GGZ dachten zorgverleners meestal dat een professionele tolk niet nodig zou zijn (30%) of was er wantrouwen of afwijzing vanuit de patiënt (respectievelijk in 20% en 10%). Overigens kwam het ook voor dat zorgverleners niet wisten hoe zij een professionele tolk konden inschakelen (uitsluitend genoemd in de huisartsenzorg, door 6%).

3.3.3 Redenen om bij taalproblemen andere hulpmiddelen in te zetten

Bij meer dan de helft (60%) van de geregistreerde contacten waarbij sprake was van een taalbarrière vonden de zorgverleners de inzet van een professionele tolk niet noodzakelijk. Het ging om 512 contacten, inclusief drie contacten waarbij wel een professionele tolk werd ingezet maar waarvan de zorgverleners dit achteraf gezien toch niet noodzakelijk vonden. Hiervoor hebben de zorgverleners in 415 gevallen één of meerdere redenen gegeven, zie figuur 3.9.

Meest genoemde reden waarom een professionele tolk niet noodzakelijk werd geacht, was de aanwezigheid van een geschikte informele tolk (48%). Andere genoemde redenen waren zeer divers en gingen bijvoorbeeld over de inzet van andere hulp(middelen), zoals een collega die kon tolken (9%). Ook ontbrak de noodzaak vaak vanwege 'geen bijzonderheden' (14%) of omdat de patiënt toch voldoende duidelijkheid had/kreeg (7%).

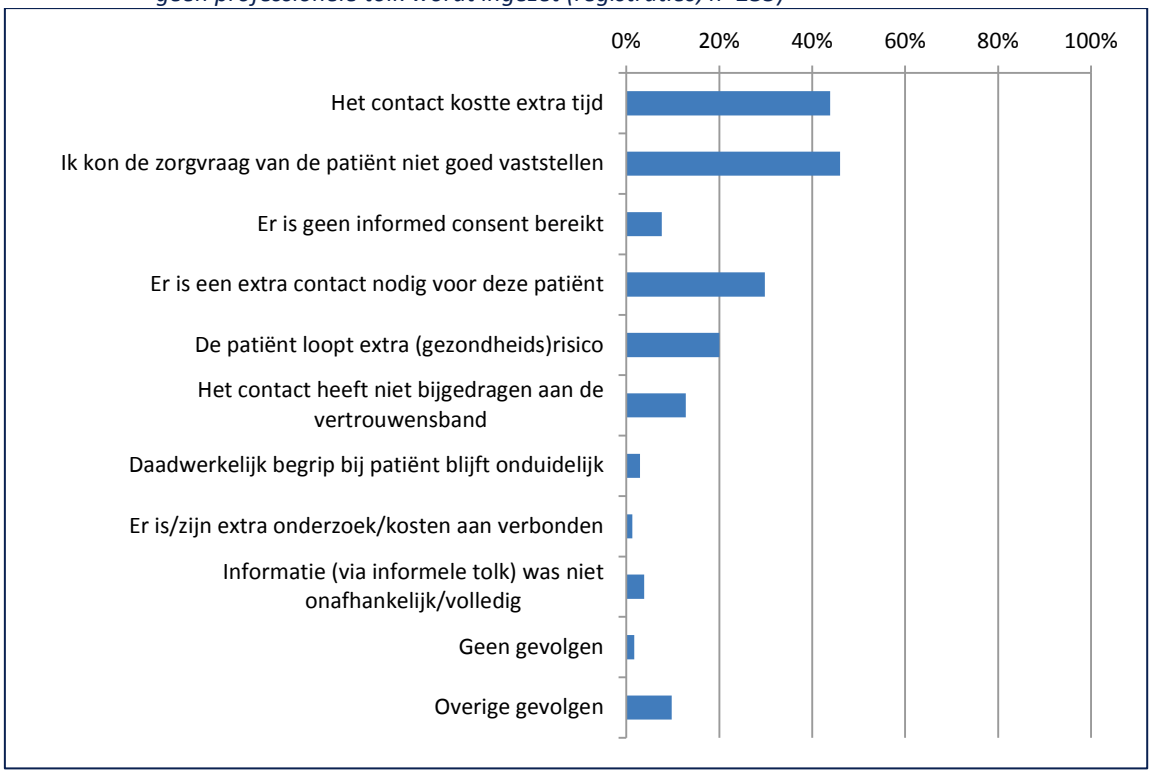
Figuur 3.9 Redenen (%) waarom een professionele tolk, ondanks een taalbarrière, toch niet noodzakelijk was (registraties; n=415)



3.4 Gevolgen als er geen professionele tolk wordt ingezet

Bij 235 geregistreerde contacten met anderstaligen werd een professionele tolk wel noodzakelijk geacht, maar toch niet ingezet. Voor deze specifieke groep is gekeken naar de gevolgen hiervan volgens de zorgverleners. Figuur 3.10 en box 3.5 geven een overzicht van de mogelijke gevolgen van het niet inzetten van een professionele tolk, terwijl dat volgens zorgverleners wel noodzakelijk was. Meest genoemde gevolgen zijn dat de zorgvraag van patiënten dan niet goed kan worden vastgesteld (46%). Daarnaast werd ook vaak genoemd dat het contact dan extra tijd kostte (44%), dat er een extra contact nodig was (30%), en dat patiënten hierdoor extra gezondheidsrisico's liepen (20%). Minder vaak genoemde gevolgen zijn dat het contact niet heeft bijgedragen aan de vertrouwensband (13%), er geen informed consent is bereikt (8%), dat onduidelijk blijft of de patiënt het heeft begrepen (3%), en extra onderzoek/kosten (2%). Daarnaast werd in 4% getwijfeld aan de onafhankelijkheid of volledigheid van de ingezette informele tolk.

Figuur 3.10 Gevolgen (%) volgens zorgverleners als er bij taalproblemen – ondanks de noodzaak – toch geen professionele tolk wordt ingezet (registraties; n=235)



Box 3.5 Voorbeelden van gevolgen als er bij taalproblemen toch geen professionele tolk wordt ingezet (citaten van zorgverleners; registraties)

Ik kon de zorgvraag van de patiënt niet goed vaststellen (46%)
"Ik weet niet of ik zijn klachten voldoende heb begrepen."
"Misschien kon ik minder effectief de hulpvraag bepalen."
"Ik weet niet of de anamnese volledig is."
Het contact kostte extra tijd (44%)
"De emotionele kant van het probleem is onvoldoende aan bod gekomen."
"Geen mogelijkheid om dieper door te vragen bij patiënt."
Er is een extra contact nodig (30%)
"Een week uitstel."
De patiënt loopt extra (gezondheids)risico (20%)
(geen citaten)
Het contact heeft niet bijgedragen aan de vertrouwensband (13%)
"Schaamte voor dochter en mij, wilde zich eerst niet laten onderzoeken."
"Ik kon niet dieper doorvragen/seksuele anamnese was incompleet."
Er is geen informed consent bereikt (8%)
"Patiënt begreep mijn uitleg denk ik niet goed genoeg"
"Mevrouw heeft niet goed begrepen waarom ik dit adviseerde."
Informatie (via informele tolk) was niet onafhankelijk/volledig (4%)
"Dochter vertaalde niet alles volgens mij."
"Niet onafhankelijk kunnen tolken door informele tolk."
Daadwerkelijk begrip bij de cliënt blijft onduidelijk (3%)
"Onzekerheid mijnerzijds of hij alles goed heeft meegekregen van zijn zoon."
"Patiënte heeft mij niet steeds goed begrepen, is misschien niet helemaal gerustgesteld."
Er is/zijn extra onderzoek/kosten aan verbonden (2%)
"Onnodig onderzoek aangevraagd."
"Ik verwees haar voor meer onderzoek dan ik anders zou doen."
Geen gevolgen (1%)
"Uiteindelijk kwam het wel goed."
"Omdat het een standaard behandeling is."
Overige gevolgen (10%)
"Jaarcontrole niet kunnen uitvoeren."
"Dochter in verlegenheid gebracht door taboe onderwerp ter sprake te brengen."

3.5 Samenvatting en nabeschouwing over de noodzaak van tolken

In dit hoofdstuk zijn de resultaten gepresenteerd over de noodzaak van de inzet van professionele tolken in de gezondheidszorg als er sprake is van een taalbarrière. Deze resultaten zijn gebaseerd op de landelijke gegevens uit de enquête en de gedetailleerde gegevens uit de registraties van zorgverleners over hun contacten met anderstaligen.

Noodzaak van professionele tolken

De gepresenteerde resultaten laten zien dat in circa 16% van alle geregistreerde contacten met anderstaligen een professionele tolk noodzakelijk is volgens zorgverleners. Dit betreft 40% van de contacten waarbij sprake is van een taalbarrière. Als er vervolgens een professionele tolk wordt ingezet, dan vinden zorgverleners dit ook vrijwel altijd noodzakelijk. Tegelijkertijd wijst de praktijk uit dat er bij een deel van de contacten met een taalprobleem, geen professionele tolk wordt

ingezet terwijl zorgverleners dit wel noodzakelijk achten; namelijk in 3% tot 11% van de gevallen (respectievelijk volgens de registraties en de enquête).

Zowel uit de enquête als de registraties blijkt dat de groep waarbij een professionele tolk noodzakelijk is vooral vrouwen betreft en patiënten in de leeftijd van 25-44 of 45-64 jaar. Meestal hebben deze patiënten geen of een lage opleiding. Het zijn vooral eerste generatie migranten, afkomstig uit niet-westerse landen. Hun moedertaal is meestal Turks, Berbers of Arabisch, en hun taalniveau Nederlands is volgens de zorgverleners doorgaans zeer onvoldoende tot onvoldoende.

De noodzaak voor de inzet van professionele tolken blijkt het grootst in de geestelijke gezondheidszorg, waar bij 73% van de geregistreerde contacten met anderstaligen een tolk noodzakelijk wordt geacht. In de overige sectoren ligt dit percentage beduidend lager, namelijk van 30% in de ziekenhuizen tot 49% in de jeugdgezondheidszorg.

Afwegingen, belemmeringen en gevolgen

Redenen waarom zorgverleners een professionele tolk noodzakelijk vinden hebben – naast de taalproblemen zelf – vooral te maken met de soort zorgvragen, de situatie of omstandigheden waarin de contacten plaatsvinden, en de beschikbaarheid of geschiktheid van alternatieven zoals een informele tolk.

Als een professionele tolk, ondanks de veronderstelde noodzaak, toch niet worden ingezet heeft dit vooral te maken met een onduidelijke of ontbrekende financiering (in 32% van de geregistreerde contacten en door 53% van de zorgverleners in de enquête genoemd), dat het contact te kort duurde om een tolk te regelen (34%), of omdat de zorgverlener aanvankelijk dacht dat een tolk niet nodig was (26%). Andere redenen zijn dat zorgverleners het tolkenbeleid van de eigen instelling/praktijk volgen (18-23%) dat patiënten de voorkeur geven aan een informele tolk (volgens 13-18% van de zorgverleners), of dat zorgverleners niet weten hoe ze een tolk kunnen inschakelen (4-12%).

In de huisartsenzorg zijn veelgenoemde belemmeringen de financiering (43%) en de korte duur van de contacten (33%). Er zijn ook huisartsen die niet weten hoe zij een professionele tolk kunnen inschakelen (6%). In de jeugdgezondheidszorg is de korte duur van de contacten ook een belangrijke reden (64%). Zorgverleners in de GGZ denken vooraf vaak dat deze tolk niet nodig is (30%), en noemen ook wantrouwen of afwijzing vanuit de patiënt (in 20% en 10%) als reden waarom een professionele tolk toch niet wordt ingezet.

Veelgenoemde negatieve gevolgen van het niet inzetten van een professionele tolk, terwijl die wel noodzakelijk is, gaan over de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg: de zorgvraag kan niet goed vastgesteld worden (46%), het contact kost extra tijd (44%), er is een extra zorgcontact nodig (30%), of de patiënt loopt hierdoor een extra gezondheidsrisico (20%).

Actualiteit en representativiteit

Bij de interpretatie van de resultaten is het belangrijk te bedenken dat de gegevens uit de enquête een iets minder actueel beeld geven doordat de situaties waarin een professionele tolk in het verleden is ingezet veelal gaan over situaties vóór 2015 en een enkele keer zelfs over de periode voor 2012 (toen de tolkenvergoeding nog bestond).

Ook kan enige mate van selectieve herinnering of zogeheten ‘recall bias’ van invloed zijn geweest op de antwoorden op de retrospectieve enquête. Bovendien weerspiegelen de resultaten van de enquête een landelijk beeld voor vijf sectoren (inclusief de verloskunde) en gaan ze relatief vaak over de JGZ (27%), terwijl de registraties zich beperkten tot vier sectoren in de Randstad en relatief vaak betrekking hadden op de huisartsenzorg (59%). Toch laten de resultaten van de registraties en de landelijke enquête over het geheel genomen een redelijk consistent beeld zien. Het redelijk consistente beeld en de grote aantallen zorgverleners (1.188 voor de enquête en 93 voor de registraties) en geregistreerde contacten (2.061) in dit onderzoek, maken het aannemelijk dat de gepresenteerde resultaten robuust en representatief zijn voor heel Nederland.

4 Omvang van de inzet van tolken in de zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de omvang van de inzet van professionele tolken in de Nederlandse gezondheidszorg. Hierbij wordt een landelijk beeld geschetst op basis van de enquête onder 1.188 zorgverleners in vijf zorgsectoren, en een actueel beeld voor vier sectoren in de Randstad op basis van de registraties van 2.061 contacten met anderstaligen. Bovendien leveren extrapolaties van de verzamelde gegevens, samen met kerncijfers over de bevolking en de zorg, schattingen op over de totale huidige omvang van de feitelijke en noodzakelijke inzet van professionele tolken in de Nederlandse gezondheidszorg.

Achtereenvolgens wordt in de hiernavolgende paragrafen nagegaan wat de omvang is van:
- taalproblemen in de contacten met anderstalige patiënten (4.1);
- gebruik van hulpmiddelen om met anderstaligen te communiceren (4.2);
- inzet en noodzaak van professionele tolken in de zorg (4.3);
- de soort patiënten, zorgvragen en situaties waarbij een professionele tolk wordt ingezet (4.4).

In 4.5 wordt beschreven welk beleid de zorgverleners (instellingen/praktijken) volgen ten aanzien van de inzet van professionele tolken en hoe tolken worden gefinancierd. Vervolgens worden in 4.6 extrapolaties naar de landelijke situatie gepresenteerd voor de verschillende zorgsectoren. Tot slot volgt in 4.7 een nabeschouwing over de omvang van 'het tolkenprobleem' in de Nederlandse gezondheidszorg.

4.1 Hoe vaak is taal een probleem in de zorg?

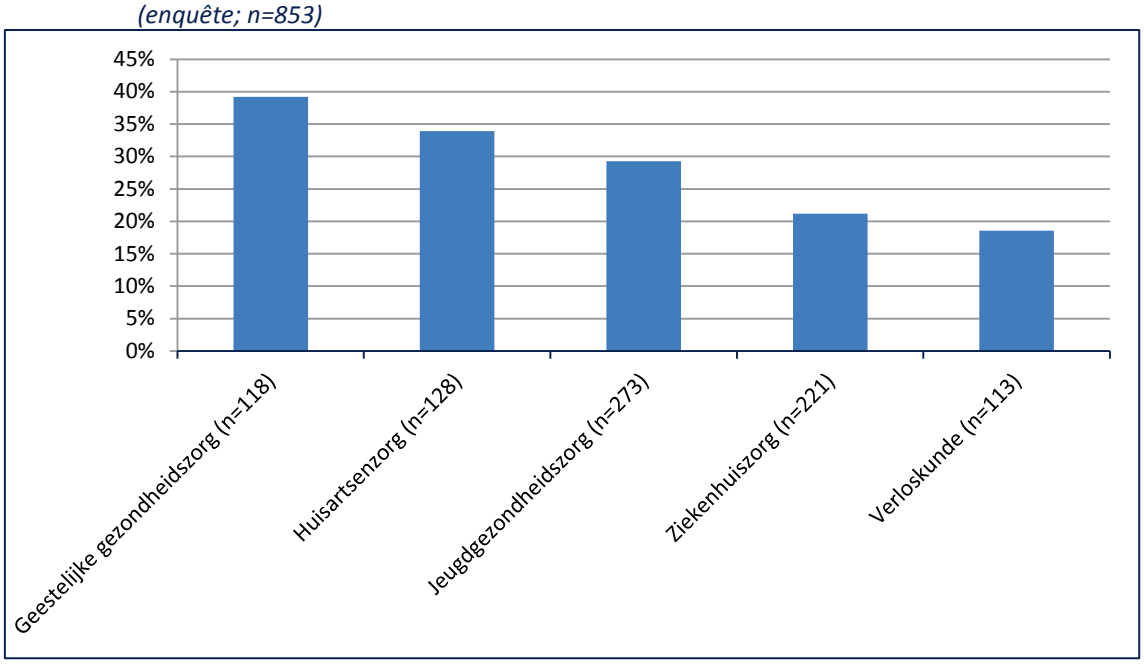
Om de omvang van taalproblemen in de zorg vast te stellen is allereerst gevraagd naar het aandeel anderstalige patiënten en de mate waarin hierbij sprake is van een taalbarrière (zie ook box 1.1 in hoofdstuk 1 voor de gebruikte definities van anderstaligen en taalproblemen).

4.1.1 Aandeel anderstalige patiënten

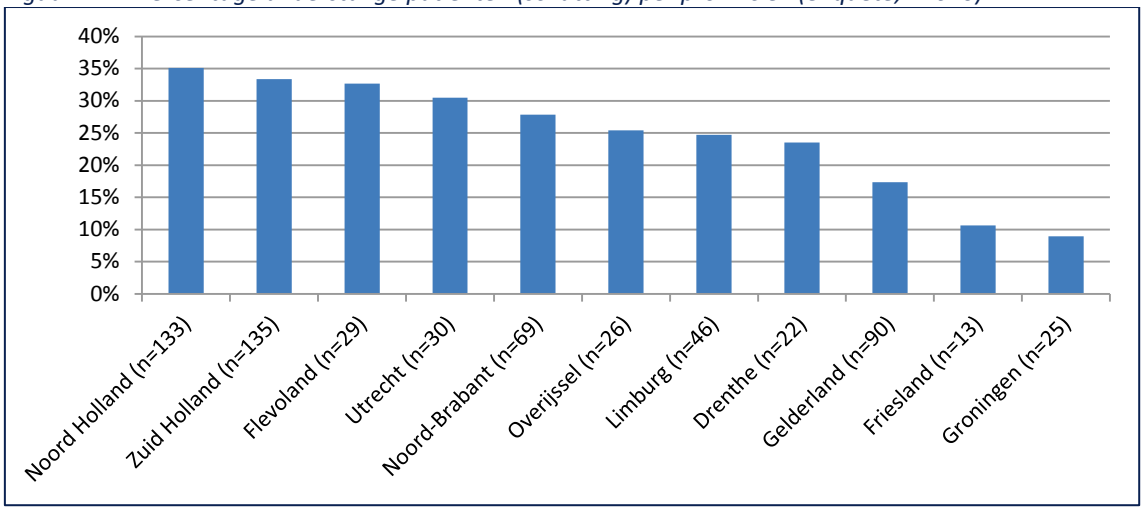
Enquête

Volgens zorgverleners uit het hele land is naar schatting 28% van hun patiënten anderstalig. Dit aandeel verschilt zowel tussen de vijf sectoren (zie figuur 4.1), als tussen de Randstad (Noord- en Zuid-Holland, Utrecht en Flevoland) en de rest van Nederland (zie figuur 4.2). De hogere percentages voor de Randstad zijn conform de verwachting dat met name zorgverleners in de Randstad, in en rond de vier grote steden, te maken hebben met allochtone patiënten. Het totale percentage anderstaligen ligt weliswaar iets hoger dan het landelijke percentage allochtonen in 2015 (22% volgens de kerncijfers van het CBS), maar dit komt door de oververtegenwoordiging van zorgverleners uit de Randstad die de enquête invulden (een derde van de respondenten, zie figuur B.2 in bijlage B).

Figuur 4.1 Percentage anderstalige patiënten (schatting) in vijf sectoren, volgens zorgverleners (enquête; n=853)



Figuur 4.2 Percentage anderstalige patiënten (schatting) per provincie (enquête; n=620)*



* schattingen volgens zorgverleners, voor zover de postcode van hun werkgebied bekend was

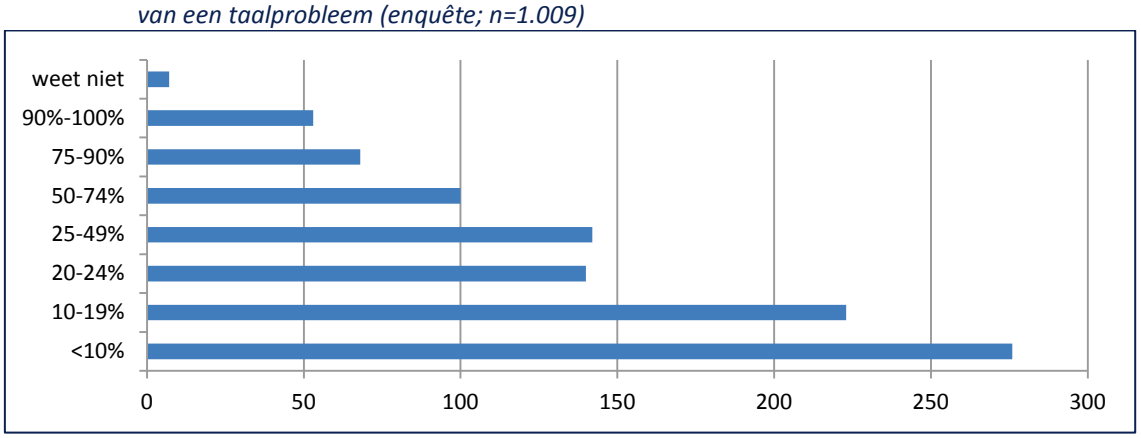
4.1.2 Taalproblemen

Enquête

Volgens de meeste zorgverleners (n=781; 77%) is bij een minderheid (<50%) van hun contacten met anderstaligen sprake van een taalprobleem doordat deze patiënten geen of onvoldoende Nederlands én geen gemeenschappelijke taal spreken (zie figuur 4.3). Ongeveer de helft van de zorgverleners (n=499; 49%) schat in dat dit probleem bij minder dan 20% van hun anderstalige patiënten speelt, en ongeveer een kwart (n=276; 27%) denkt dat dit minder dan 10% betreft. Daarbij komen taalproblemen relatief gesproken het minst voor in de jeugdgezondheidszorg, en het vaakst in de geestelijke gezondheidszorg.

Omdat de talenkennis van zorgverleners van invloed kan zijn op de gerapporteerde taalproblemen, en om verschillen hierin uit te sluiten, is per sector ook gekeken naar het aandeel zorgverleners dat zelf meerdere talen spreekt. Verschillen waren er wat dit betreft niet of nauwelijks tussen de vier sectoren. In de GGZ was het aandeel zorgverleners dat – naast Nederlands – geen andere talen sprak wel het hoogst maar toch heel gering (3%). Gezien dit lage percentage kan het niet spreken van andere talen door zorgverleners geen verklaring zijn voor de gerapporteerde taalproblemen.

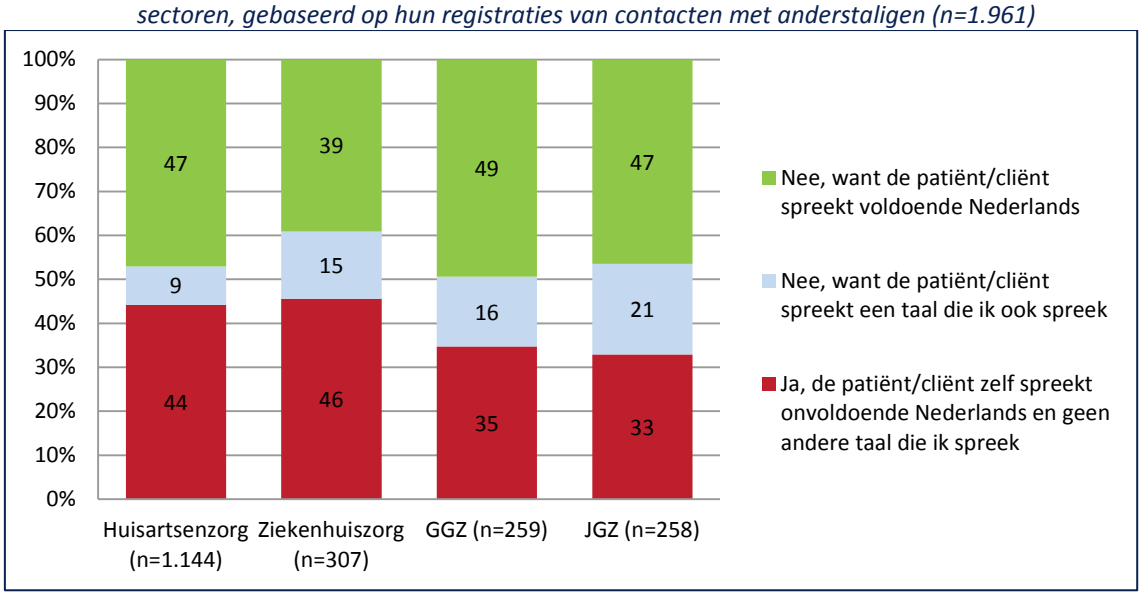
Figuur 4.3 Schattingen (n) van het percentage contacten met anderstalige patiënten waarbij sprake is van een taalprobleem (enquête; n=1.009)



Registraties

Uit de registraties blijkt dat bij 41% (n=853) van de anderstaligen sprake was van een taalbarrière. Bij 46% was er geen sprake van een taalbarrière omdat patiënten toch voldoende Nederlands spraken, en in 13% van de gevallen spraken patiënt en zorgverlener een gemeenschappelijke taal. Daarbij lieten de registraties ook verschillen zien tussen de vijf sectoren (zie figuur 4.4). Taalproblemen kwamen relatief vaak voor in de ziekenhuiszorg (46%) en het minst vaak in de jeugdgezondheidszorg (33%) of de geestelijke gezondheidszorg (35%). In de ziekenhuissector spraken anderstalige patiënten het minst vaak voldoende Nederlands (39%).

Figuur 4.4 Percentage anderstalige patiënten met taalproblemen (in rood) volgens zorgverleners in vier sectoren, gebaseerd op hun registraties van contacten met anderstaligen (n=1.961)



4.2 Gebruik van hulp(middelen) bij taalproblemen

Vervolgens is gekeken in hoeverre er hulp(middelen) worden gebruikt om taalproblemen op te lossen. Het gaat hierbij om uiteenlopende middelen of personen, inclusief informele of professionele tolken. Het gebruik van alternatieve oplossingen kan mede bepalend zijn voor de noodzaak om (alsnog) een professionele tolk in te zetten. In tabel 4.1 staat een overzicht van hulpmiddelen die landelijk (volgens de enquête) en in de Randstad (volgens de registraties) worden ingezet in de contacten met anderstaligen.

Tabel 4.1 Gebruik van hulp(middelen) bij contacten met anderstaligen volgens de enquête (landelijk, totaal 'ooit' gebruikt), en de registraties (Randstad, totaal en indien taalprobleem)

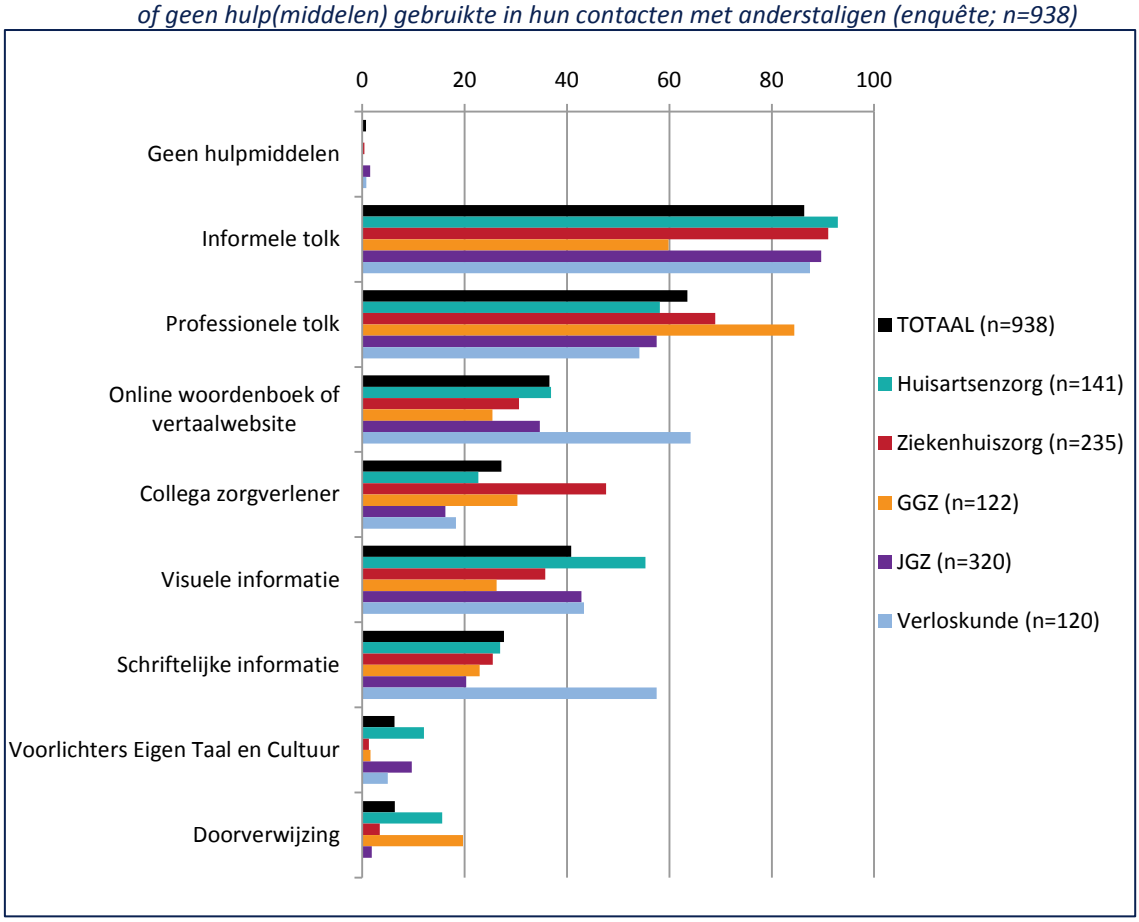
	enquête		registraties	
Hulpmiddelen:	**Totaal 'ooit' gebruikt:** (n=1.187)		**Bij taalprobleem:** (n=853)	
Geen hulp(middelen)	13	(1%)	240	(28%)
Ik spreek zelf andere talen	906	(76%)	-	
Informele tolk	1011	(85%)	416	(49%)
Professionele tolk	**732**	**(62%)**	**108**	**(13%)**
(Online) woordenboek	427	(36%)	17	(2%)
Collega zorgverlener	333	(28%)	52	(6%)
Visuele informatie	478	(40%)	21	(2%)
Schriftelijke informatie	313	(26%)	2	(0,2%)
Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC)	74	(6%)	1	(0,1%)
Doorverwijzing	74	(6%)	1	(0,1%)

Enquête

Slechts 1% van de zorgverleners gaf in de enquête aan dat zij nooit hulp(middelen) gebruiken bij hun communicatie met anderstalige patiënten. Over het algemeen was de meest gebruikte hulpbron een informele tolk (door 85% van de zorgverleners 'ooit' gebruikt) of een professionele tolk (62%). Overigens waren er wel enkele verschillen tussen de sectoren (zie figuur 4.5). Zo werd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) juist vaker een professionele tolk ingezet dan een informele tolk, in de huisartsenzorg wordt relatief vaak gebruik gemaakt van visuele informatie, en in de verloskunde wordt vaker gebruik gemaakt van alternatieven zoals een online woordenboek, vertaalwebsite en schriftelijke informatie. Minst vaak genoemde oplossingen waren de Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) en doorverwijzingen naar andere zorgverleners/instellingen in verband met de taalproblemen.

Bij een vergelijking van het gebruik van hulp(middelen) in de Randstad (vier grootstedelijke gebieden) en de rest van Nederland bleek er één groot verschil te zijn, namelijk: de mate waarin een beroep werd gedaan op een collega-zorgverlener die (wel) dezelfde taal spreekt als de patiënt. In de Randstad deed maar liefst 42% van de zorgverleners ooit een beroep op een collega als tolk, terwijl dat in de rest van Nederland voor maar 17% van de zorgverleners geldt.

Figuur 4.5 Gebruik van hulp(middelen) in vijf sectoren; percentage zorgverleners dat in het verleden wel of geen hulp(middelen) gebruikte in hun contacten met anderstaligen (enquête; n=938)

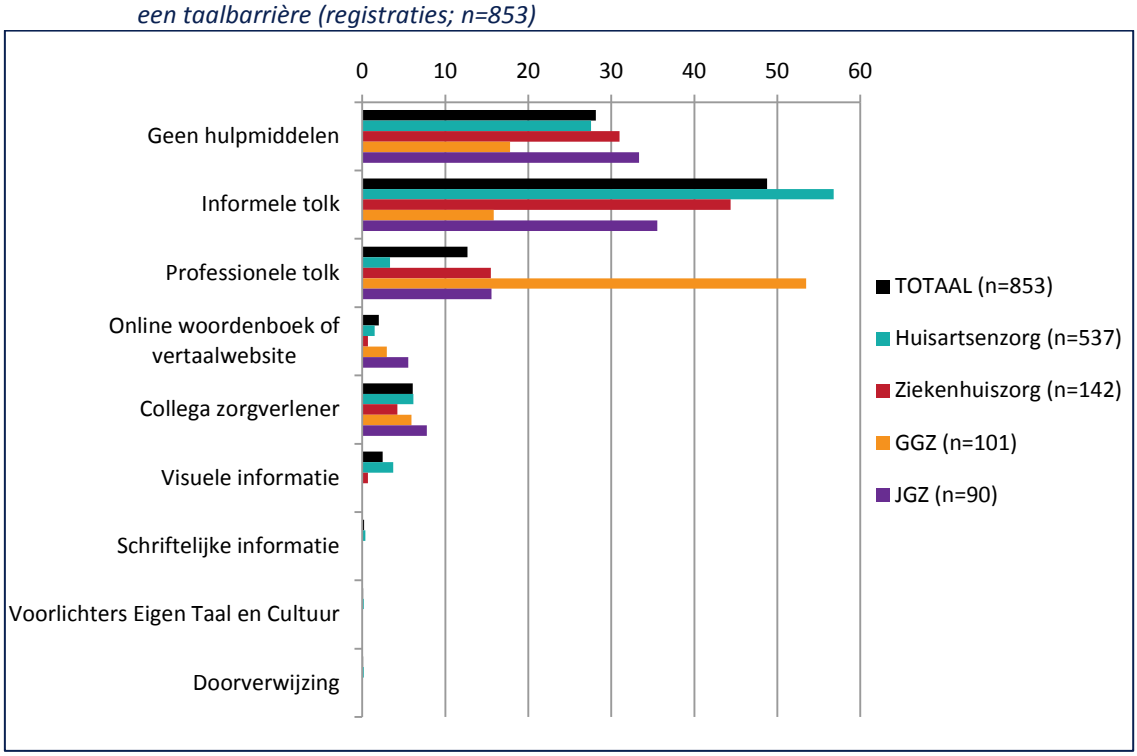


Registraties

Uit de registraties van het feitelijke, actuele gebruik van hulpmiddelen door zorgverleners in de Randstad blijkt dat bij ruim een kwart (28%) van de contacten waarbij sprake is van een taalprobleem geen hulp(middelen) zijn gebruikt. Bij een taalprobleem is meestal een beroep gedaan op een meegebrachte informele tolk (familielid, vriend of kennis) (n=416; 49%), en pas in tweede instantie op een professionele tolk(dienst) (n=108; 13%). Dit betreft respectievelijk 20% en 5% van alle 2.061 geregistreerde contacten met anderstaligen.

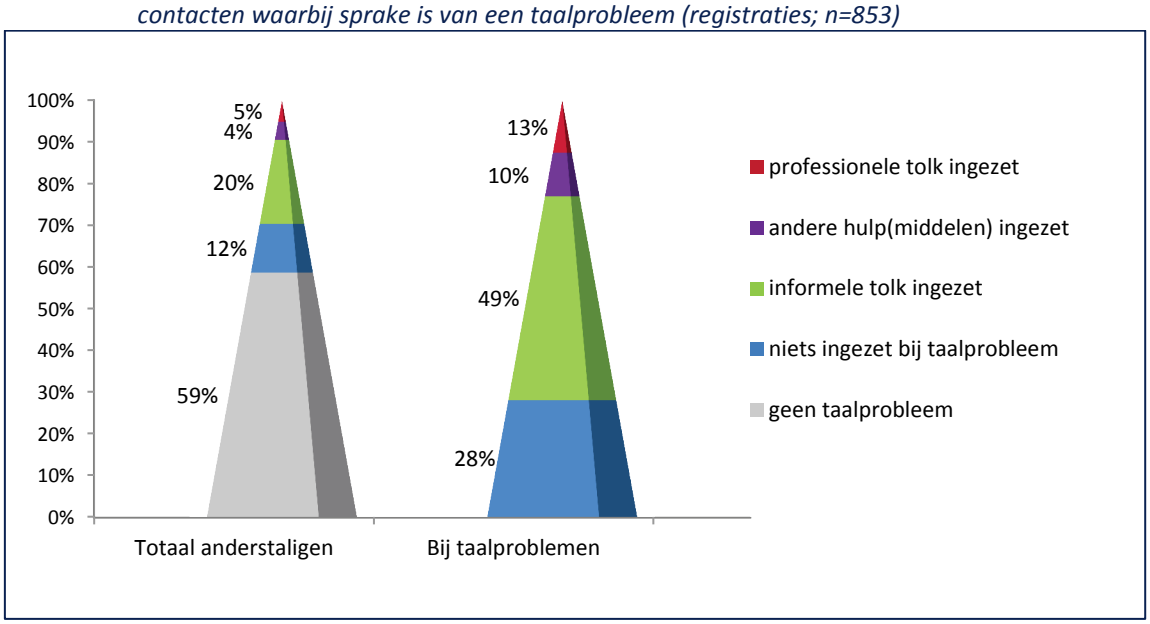
Zie figuur 4.6 voor een overzicht van het gebruik van (hulp)middelen bij de geregistreerde contacten met taalproblemen in de Randstad. Wat opvalt is dat vooral in de geestelijke gezondheidszorg een beroep wordt gedaan op professionele tolken (in 53%), maar veel minder in de andere sectoren (van 3% in de huisartsenzorg tot 16% in de JGZ), en dat vooral in de huisartsenzorg een beroep wordt gedaan op meegebrachte informele tolken (in 57%). Daarnaast werden visuele informatie, online woordenboeken of vertaalsites en collega's als tolk maar weinig of nauwelijks gebruikt (in minder dan 6%). Behalve in de jeugdgezondheidszorg, waar nog in 8% van de gevallen werd teruggevallen op een collega als tolk.

Figuur 4.6 Actueel gebruik van hulp(middelen) in vier sectoren in de Randstad; percentage zorgverleners dat wel of geen hulp(middelen) gebruikt in de contacten waarbij sprake is van een taalbarrière (registraties; n=853)



Vertaald naar de totale groep anderstaligen (n=2.061 registraties) betekenen deze resultaten dat er in 5% van alle contacten met anderstaligen een professionele tolk is ingezet, in 4% andere hulpmiddelen, in 20% een informele tolk, in 12% geen hulpmiddelen. In de overige 59% was er geen taalprobleem. In figuur 4.7 zijn deze verhoudingen afgebeeld, zowel voor de totale groep anderstaligen als ook voor de groep waarbij sprake was van een taalprobleem (41%).

Figuur 4.7 Inzet van tolken of andere hulp(middelen) bij anderstaligen (n=2.061) en specifiek bij de contacten waarbij sprake is van een taalprobleem (registraties; n=853)



4.3 Inzet en noodzaak van professionele tolken

Voor een meer gedetailleerd inzicht in de omvang van de inzet van professionele tolken, is met de gegevens uit de enquête en registraties achtereenvolgens gekeken naar hoe vaak (4.3.1), bij wie (4.3.2) en bij wat voor soort contacten (4.3.3) en type zorgvragen (4.3.4) deze tolken worden ingezet. Waar mogelijk worden de resultaten gespecificeerd naar de groep waarbij volgens zorgverleners een professionele tolk noodzakelijk is.

4.3.1 Hoe vaak wordt een professionele tolk ingezet?

Enquête

Aan de 1.188 zorgverleners uit het hele land is gevraagd hoe vaak zij doorgaans een professionele tolk inzetten. Een meerderheid van de zorgverleners (60%) doet dit enkele keren per jaar (1 tot 9 keer), 14% doet dit iets frequenter, namelijk 1 tot 4 keer per maand, en 7% doet meerdere keren per week of vrijwel dagelijks een beroep op een professionele tolk. Daarentegen heeft bijna één op de vijf zorgverleners (19%) nog nooit een professionele tolk ingezet.

Vervolgens beschreven 796 zorgverleners (67%) de situaties waarin zij ooit een professionele tolk hadden ingezet. Bijna de helft (49%) van de beschreven situaties vond plaats in 2015, de andere helft in de voorgaande 10 jaar (2005 tot 2015).

Op de vraag aan alle zorgverleners of ze in het afgelopen jaar wel eens een professionele tolk hadden willen inzetten terwijl ze dat toch niet hadden gedaan, antwoordde ruim de helft (58%) dat ze dit wel hadden overwogen en 15% dat er geen tolk nodig was. Van alle zorgverleners had 28% in het afgelopen jaar steeds een professionele tolk ingezet als dat nodig was.

Tabel 4.2 laat de frequentie van het gebruik van professionele tolken zien voor zorgverleners in vijf sectoren. De frequentie waarin zij een professionele tolk inzetten verschilt. Zo is in de GGZ naar verhouding vaker dagelijks een professionele tolk ingezet (13%) dan door zorgverleners in ziekenhuizen (1%). In de jeugdgezondheidszorg en verloskunde wordt een professionele tolk het minst vaak ingezet; 50% van de zorgverleners in deze sectoren doet dit hooguit 1x per jaar, en circa een kwart heeft dit ‘nooit’ gedaan.

Tabel 4.2 Frequentie (schatting) van de inzet van professionele tolken in vijf sectoren (enquête; n=938)

	huisartsenzorg	ziekenhuiszorg	GGZ	JGZ	verloskunde
Inzet professionele tolk:	(n=141)	(n=235)	(n=122)	(n=320)	(n=120)
Nooit	26 (18%)	34 (14%)	10 (8%)	77 (24%)	32 (27%)
Hooguit 1x per jaar	40 (28%)	47 (20%)	15 (12%)	83 (26%)	28 (23%)
Elk half jaar	19 (13%)	46 (20%)	23 (19%)	56 (18%)	14 (12%)
1-2x per kwartaal	21 (15%)	63 (27%)	24 (20%)	49 (15%)	20 (17%)
1-2x per maand	13 (9%)	21 (9%)	12 (10%)	13 (4%)	8 (7%)
2-3x per maand	7 (5%)	14 (6%)	5 (4%)	15 (5%)	4 (3%)
Vrijwel wekelijks	7 (5%)	4 (2%)	6 (5%)	10 (3%)	2 (2%)
1-2x per week	2 (1%)	4 (2%)	11 (9%)	6 (2%)	7 (6%)
Vrijwel dagelijks	6 (4%)	2 (1%)	16 (13%)	11 (3%)	5 (4%)

Registraties

De gegevens uit de registraties over de inzet van professionele en informele tolken staan in tabel 4.3. Hierbij is de indeling (A t/m D) gebaseerd op het schema in de inleiding (figuur 1.1).

Over het algemeen werd bij 5% van de contacten met anderstaligen noodzakelijkerwijs een professionele tolk ingezet (C1: 105 van de 2.061 contacten) . Dit is 31% van de 340 gevallen waarin een professionele tolk nodig was (B2) en 13% van de 853 gevallen waarin sprake was van een taalprobleem (A). Met name in de GGZ is een professionele tolk relatief vaak ingezet bij een taalprobleem (in 72% van B2 en 53% van A), en het minst vaak in de huisartsenzorg (10% van B2 en 3% van A). Zie voor een vergelijking tussen de sectoren ook figuur 4.6 in paragraaf 4.2.

Als een professionele tolk nodig was maar niet kon worden ingezet (C2: 11%), werd in de helft van de gevallen alsnog een informele tolk ingezet (D1: 5% van alle contacten met anderstaligen). Een informele tolk werd het minst vaak ingezet in de GGZ (2%), JGZ (3%) en de ziekenhuiszorg (3%).

Tabel 4.3 Percentages anderstaligen, totaal en per sector, waarbij een professionele tolk wel of niet noodzakelijk (B) en ingezet (C) is, en waarbij wel of geen informele tolk is ingezet (D) (registraties; n=2.061)*

	A: % met taalbarrière	B: professionele tolk noodzakelijk?		C: professionele tolk ingezet?		D: informele tolk ingezet?	
% van alle contacten met anderstaligen:		**B1: nee**	**B2: ja**	**C1: ja**	**C2: nee**	**D1: ja**	**D2: nee**
Totaal (n=2.061)	**41%** (n=853)	**25%** (n=513; 60% A)	**16%** (n=340; 40% A)	**5%** (n=105; 31% B2)	**11%** (n=235; 69% B2)	**5%** (n=105; 45% C2	**6%** (n=130; 55% C2)
Huisartsenzorg (n=1.219)	**43%** (n=529)	**28%** (n=344; 65% A)	**15%** (n=185; 35% A)	**1%** (n=18; 10% B2)	**14%** (n=167; 90% B2)	**7%** (n=85; 50% C2)	**7%** (n=82; 50% C2)
Ziekenhuiszorg (n=307)	**46%** (n=140)	**32%** (n=99; 71% A)	**13%** (n=41; 29% A)	**7%** (n=21; 51% B2)	**7%** (n=20; 49% B2)	**3%** (n=8; 40% C2)	**4%** (n=12; 60% C2)
GGZ (n=277)	**36%** (n=99)	**10%** (n=27; 27% A)	**26%** (n=72; 73% A)	**19%** (n=52; 72% B2)	**7%** (n=20; 28% B2)	**2%** (n=5; 25% C2)	**5%** (n=15; 75% C2)
JGZ (n=258)	**33%** (n=85)	**17%** (n=43; 51% A)	**16%** (n=42; 49% A)	**5%** (n=14; 33% B2)	**11%** (n=28; 67% B2)	**3%** (n=7; 25% C2)	**8%** (n=21; 75% C2)

* waarbij Nederlands niet de moedertaal is

4.3.2 Bij wie wordt een professionele tolk ingezet?

Enquête

Veelgenoemde *relevante* kenmerken van anderstaligen, die de inzet van een professionele tolk noodzakelijk maakten, waren in de enquête: herkomst (door 96% aangekruist), taalniveau Nederlands (door 89% aangekruist), moedertaal (door 86% aangekruist) en generatie (door 71% aangekruist). Als er een professionele tolk was ingezet, dan ging het volgens de zorgverleners

vooral om vrouwen (66%) en patiënten in de leeftijd van 25-44 jaar (45%), zonder opleiding (45%), die niet of nauwelijks Nederlands spreken (71% had taalniveau 'zeer onvoldoende') en die vooral Arabisch (23%), Berbers (10%) of Turks (9%) als moedertaal hebben.

Registraties

Uit de registraties van de 105 contacten waarbij een professionele tolk noodzakelijkerwijze was ingezet blijkt dat deze mensen vooral afkomstig waren uit niet-westerse landen (95%) in de leeftijdscategorie van 25-45 (41%) of 45-65 (31%). Deze patiënten waren vooral afkomstig uit Turkije (n=32), op afstand gevolgd door Marokko (n=9), Guinee (n=9), Eritrea (n=6), China (n=5), Afghanistan (n=4) en diverse overige landen. De kenmerken van deze anderstalige patiënten worden uitvoerig beschreven in bijlage E voor alle geregistreerde contacten en de vier sectoren.

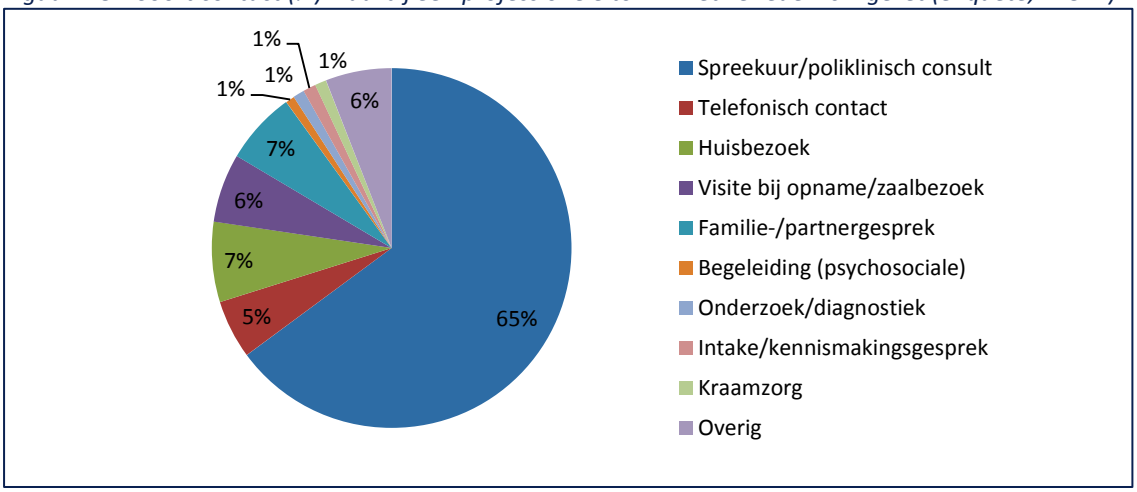
Een professionele tolk blijkt – in vergelijking met de groep patiënten waarbij de tolk ondanks de noodzaak niet wordt ingezet – vooral te worden ingezet bij mensen die niet of nauwelijks Nederlands spreken (65% had taalniveau 'zeer onvoldoende' versus 37% van de andere groep) en mensen die afkomstig zijn uit een niet-westers land (94% versus 89%). Andere kenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, generatie) verschilden niet of nauwelijks.

4.3.3 Bij wat voor soort contacten wordt een professionele tolk ingezet?

Enquête

Bij het meest recente contact waarbij een professionele tolk werd ingezet, betrof het volgens de zorgverleners die de enquête invulden vooral een spreekuur/poliklinisch consult (65%), zie figuur 4.8.

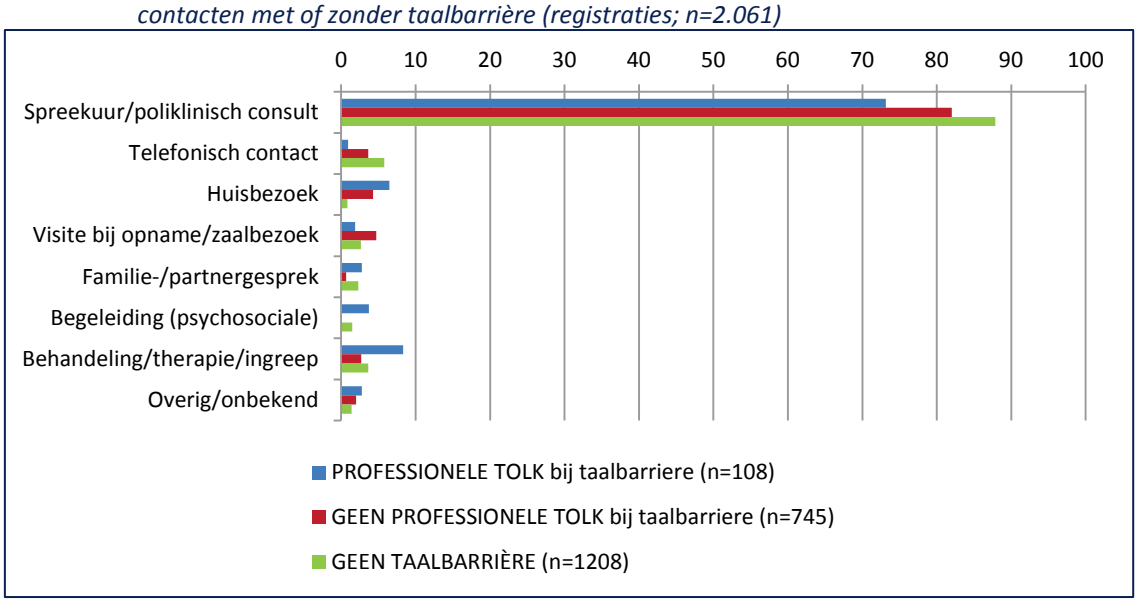
Figuur 4.8 Soort contact (%) waarbij een professionele tolk in het verleden is ingezet (enquête; n=874)



Registraties

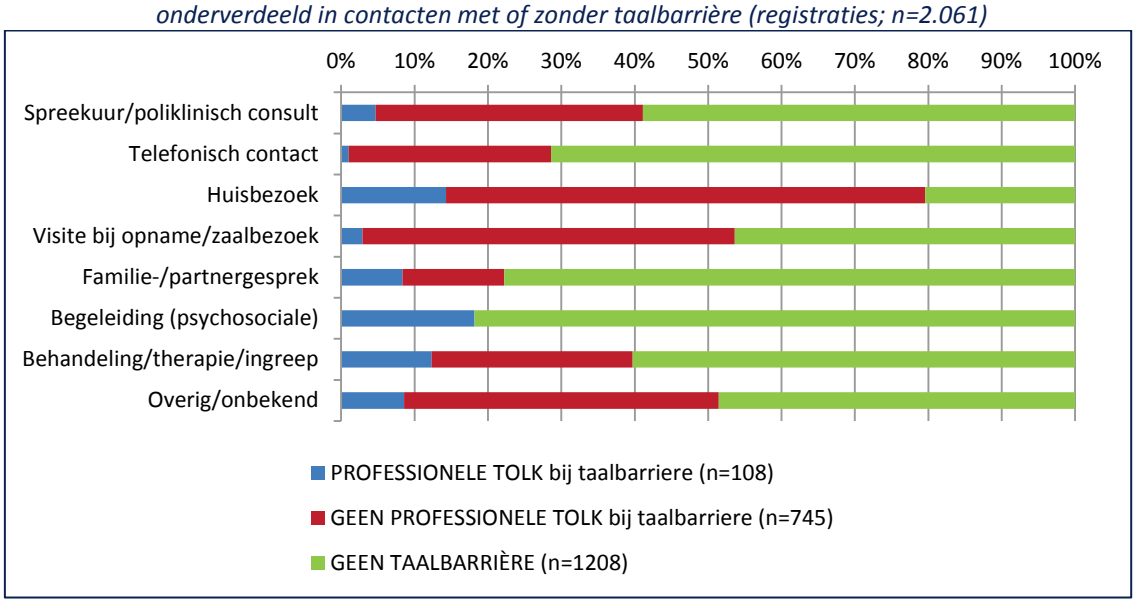
In de figuren 4.9 tot en met 4.12 staan de resultaten omtrent de aard en inhoud van alle geregistreerde contacten, uitgesplitst naar taalbarrière en/of professionele tolk. Als een professionele tolk werd ingezet (n=108), dan ging het in veruit de meeste contacten om een spreekuur of consult (zie figuur 4.9). Daarnaast ging het ook vaak, zij het in veel mindere mate, om een behandeling (vooral in de GGZ) of een huisbezoek (vooral in de JGZ). Professionele tolk(dienst)en werden het minst ingezet bij telefonische contacten en visites/zaalbezoek.

Figuur 4.9 Soort contacten (%) waarbij wel of geen professionele tolk is ingezet, onderverdeeld in contacten met of zonder taalbarrière (registraties; n=2.061)



Taalbarrières komen vooral voor bij huisbezoeken (in JGZ) en visites/zaalbezoek (in ziekenhuizen), zie figuur 4.10. Als professionele tolken worden ingezet, dan gaat het meestal om psychosociale begeleiding, huisbezoeken en een behandeling of therapie. Vergelijken we alleen de groep die te maken heeft met een taalbarrière, dan worden de tolken naar verhouding het vaakst ingezet bij de psychosociale begeleiding, familie-/partnergesprekken en behandeling/therapie.

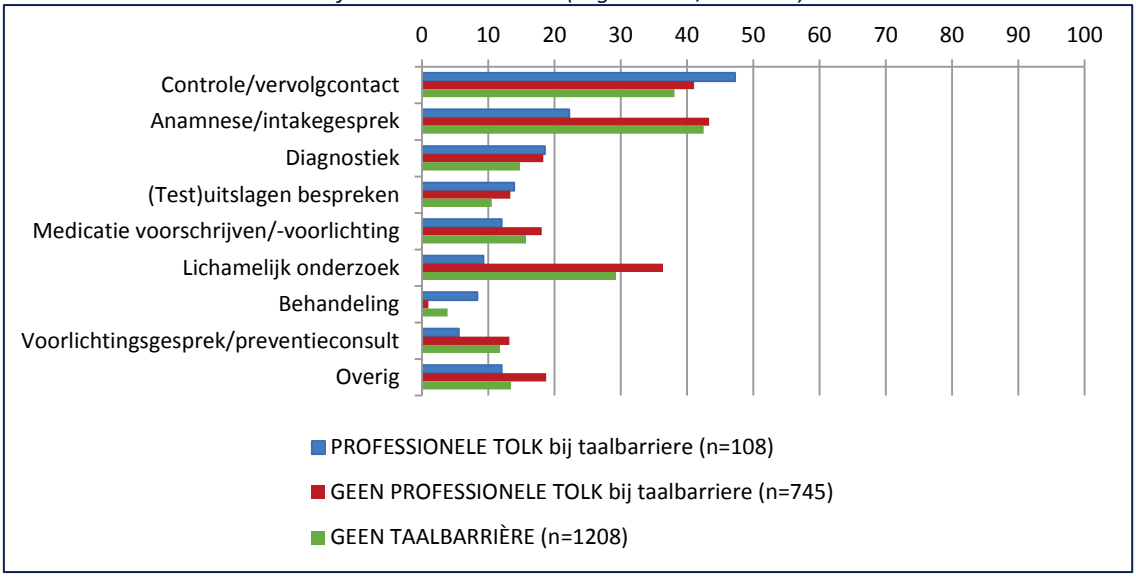
Figuur 4.10 Relatieve inzet van professionele tolken naar soort contact (% wel of niet ingezet), onderverdeeld in contacten met of zonder taalbarrière (registraties; n=2.061)



Voor wat betreft de inhoud van de contacten (zie figuur 4.11) blijkt dat een professionele tolk meestal werd ingezet bij controles of vervolgcontacten, gevolgd door anamneses/intakes, diagnostiek en het bespreken van testresultaten. Daarbij werd een tolk relatief vaak ingezet bij de controles/vervolgcontacten en bij behandelingen. Professionele tolk(dienst)en werden naar verhouding het minst ingezet bij voorlichtingsgesprekken of preventieconsulten. Verder viel op dat

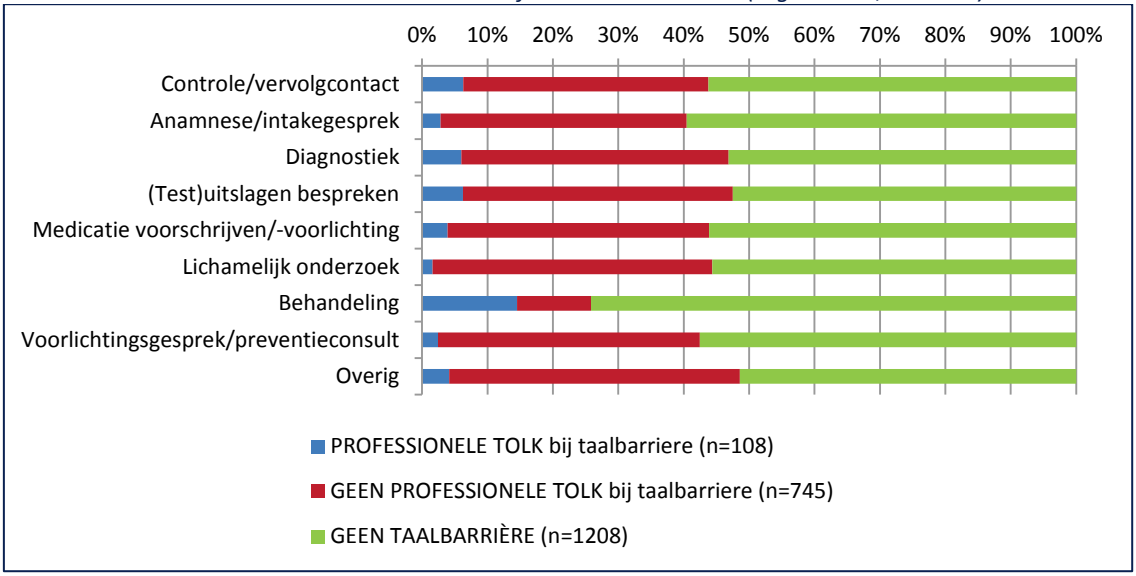
bij anamneses/intakegesprekken en lichamelijk onderzoek, die beide vooral in de huisartsenzorg en JGZ plaatsvinden, een professionele tolk relatief weinig werd ingezet.

Figuur 4.11 Inhoud van de contacten (%) waarbij wel of geen professionele tolk is ingezet, onderverdeeld in contacten met of zonder taalbarrière (registraties; n=2.061)



Taalbarrières komen bij elk type contact ongeveer in gelijke mate voor (zie figuur 4.12). Als er sprake is van een taalbarrière, dan worden de tolken naar verhouding het vaakst ingezet bij een behandeling. In andere situaties wordt een professionele tolk ongeveer even vaak ingezet. Opmerkelijk is dat in het geval van een taalbarrière een professionele tolk relatief weinig wordt ingezet bij voorlichtings-/preventieconsulten, anamneses/intakes en medicatievoorlichting, terwijl taal juist ook in deze gevallen van groot belang is.

Figuur 4.12 Inzet van professionele tolken naar inhoud van het contact (% wel of niet ingezet), onderverdeeld in contacten met of zonder taalbarrière (registraties; n=2.061)

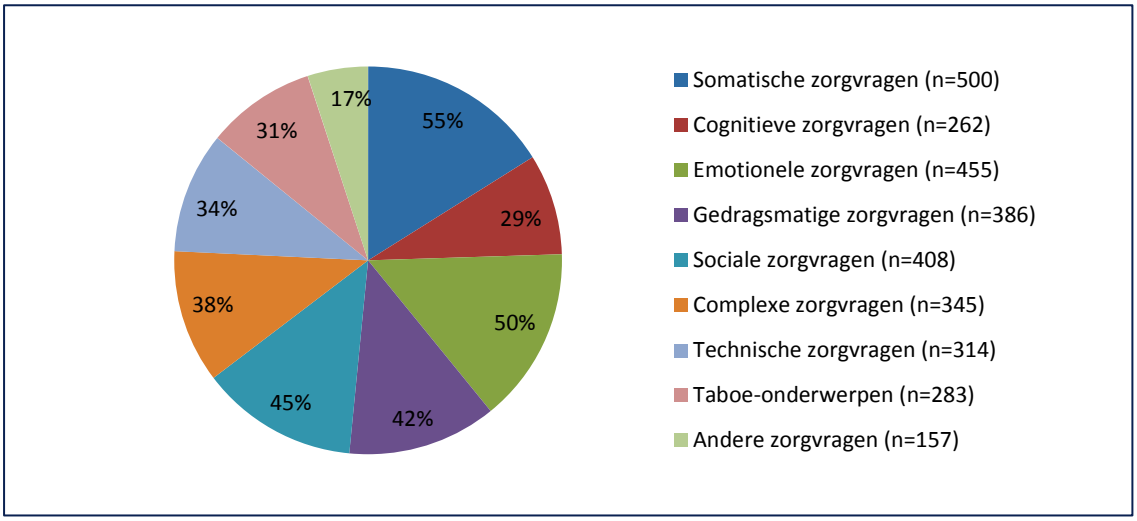


4.3.4 Bij welke zorgvragen wordt een professionele tolk ingezet?

Enquête

Met de enquête is in kaart gebracht bij wat voor soort zorgvragen de zorgverleners in het verleden een professionele tolk hebben ingezet. De zorgvragen werden geclassificeerd aan de hand van het SCEGS-model (NHG, 2013), onderverdeeld in een somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie (zie Bijlage F). Alle mogelijke soorten zorgvragen werden door de zorgverleners genoemd. Figuur 4.13 laat de verdeling zien van het soort zorgvragen waarbij 914 zorgverleners wel eens een professionele tolk hebben ingezet. Let wel: omdat de zorgverleners meerdere soorten zorgvragen konden noemen, tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Figuur 4.13 Soort zorgvragen (%) waarbij een professionele tolk is ingezet (enquête; n=914)



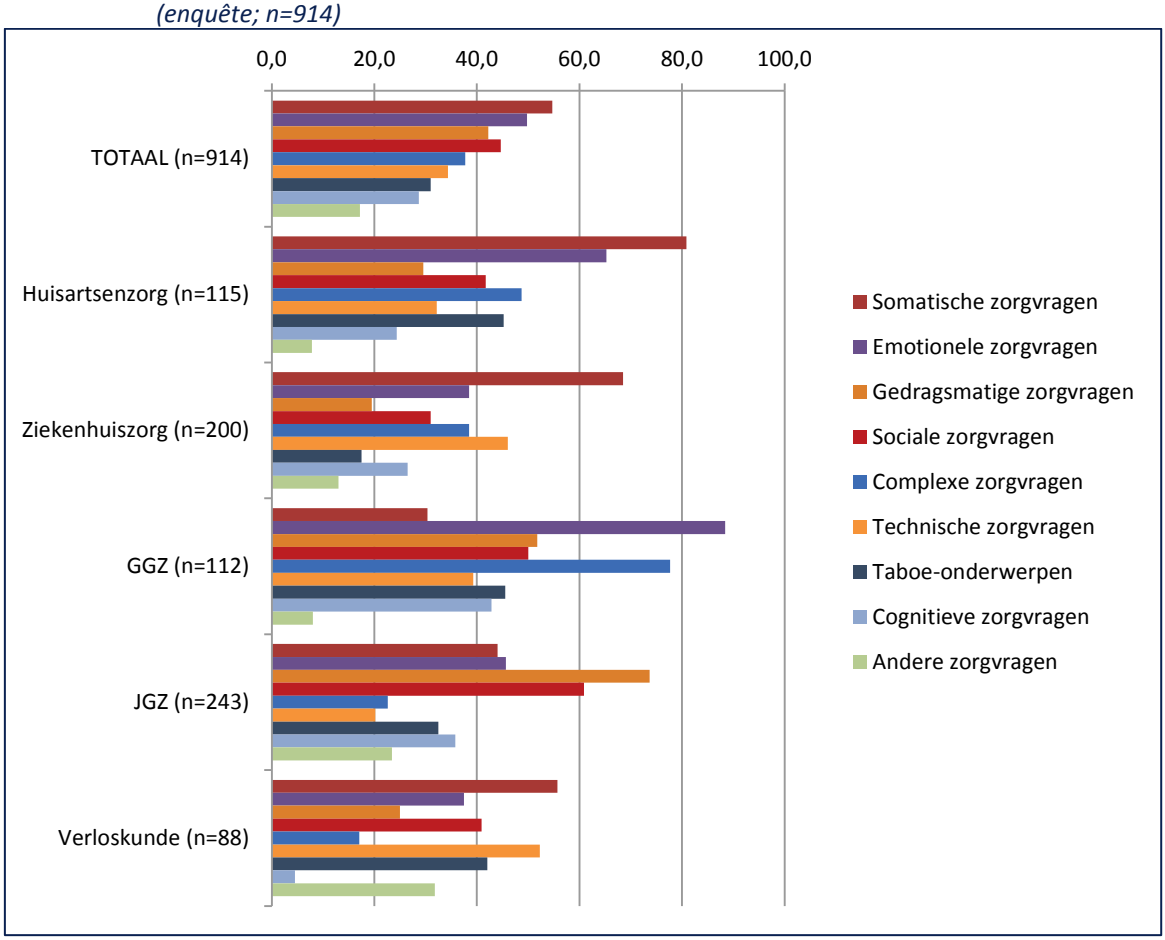
Over het algemeen zetten zorgverleners de professionele tolken vooral in bij somatische (55%), emotionele (50%), sociale (45%), gedragsmatige (42%) of complexe (38%) zorgvragen. En minder vaak bij technische vragen (34%), taboeonderwerpen (31%) of cognitieve zorgvragen (29%). In box 4.1 staan per zorgvraag daarbij de onderwerpen die over het algemeen het meest aan de orde kwamen.

Box 4.1 Voorbeelden van meest genoemde zorgvragen (van meest naar minst genoemd)

Somatische zorgvragen (55%): anamneses (somatische klachten), zwangerschap en chronische klachten
Emotionele zorgvragen (50%): psychische problemen, rouw, zwangerschap
Sociale zorgvragen (45%): gezins-/relatieproblemen, financiën/werk, huisvesting
Gedragsmatige zorgvragen (42%): opvoed-/gedragsproblemen, leefstijl/voeding, slaapproblemen
Complexe zorgvragen (38%): ernstige psychische/psychiatrische problemen (bijvoorbeeld PTSS), slecht-nieuwsgesprek/ongeneeslijke ziekten (kanker, HIV), palliatieve/terminale zorg
Technische zorgvragen (34%): diagnostiek/onderzoek/anamnese, medicatie, behandeling/zorgplan
Taboe onderwerpen (31%): huiselijk geweld/mishandeling, seksualiteit/seksueel misbruik, verslavingen
Cognitieve zorgvragen (29%): taal-/spraakontwikkeling, ontwikkelingsstoornis, dementie
Andere zorgvragen: zwangerschap, consultatiebureau

In figuur 4.14 staan de diverse soorten zorgvragen weergegeven per sector. Hieruit blijkt dat een professionele tolk in de huisartsenzorg vooral is ingezet bij somatische en emotionele zorgvragen, in de ziekenhuiszorg vooral bij somatische en technische of complexe zorgvragen, in de GGZ vooral bij emotionele en complexe zorgvragen, in de JGZ vooral gedragsmatige en sociale zorgvragen, en in de verloskunde vooral bij somatische en technische zorgvragen. Taboeonderwerpen kwamen samen met cognitieve zorgvragen het minst voor, maar in de huisartsenzorg, GGZ en verloskunde werd een professionele tolk relatief vaak ingezet bij deze gevoelige onderwerpen.

Figuur 4.14 Soort zorgvragen (%) waarbij een professionele tolk is ingezet, totaal en per sector (enquête; n=914)



4.4 Tolkenbeleid en financiering van tolken

Enquête

In de enquête is aan de zorgverleners ook gevraagd om het gevolgde tolkenbeleid en de financiering ten aanzien van de inzet van professionele tolken in de zorg nader te specificeren. Zie tabel 4.4 voor de antwoorden op deze vragen.

Op de vraag naar welk beleid de eigen instelling/praktijk hanteerde, antwoordden de meeste zorgverleners (39%) dat het om eigen, intern tolkenbeleid ging. Daarnaast wisten ongeveer drie op de tien zorgverleners (29%) niet wat het beleid is, of was er volgens de zorgverleners helemaal

geen beleid (16%). Slechts een klein deel (7%) refereerde aan de beschikbare kwaliteitsnorm (initiatief van Pharos, 2014). Overige antwoorden liepen zeer uiteen, variërend van helemaal geen inzet van tolken of terughoudendheid hierin, tot oplossingen zoals de inzet van collega's om te tolken.

Met betrekking tot de financiering gaven de meeste zorgverleners aan niet te weten hoe professionele tolken door de eigen instelling/praktijk worden gefinancierd (44%), en dat interne financiële middelen worden ingezet (26%). Alternatieve financieringsmogelijkheden die werden genoemd zijn: subsidies uit achterstandsfondsen (7%), de regeling voor asielzoekers (RZA, 5%) of betaling door de patiënt zelf (3%). Tegelijk zei 14% dat er geen financiële middelen/regelingen waren (8%) of dat er helemaal geen tolken worden ingezet door de eigen instelling/praktijk (6%).

Tabel 4.4 Beleid en financiering voor de inzet van professionele tolken in de zorg volgens zorgverleners

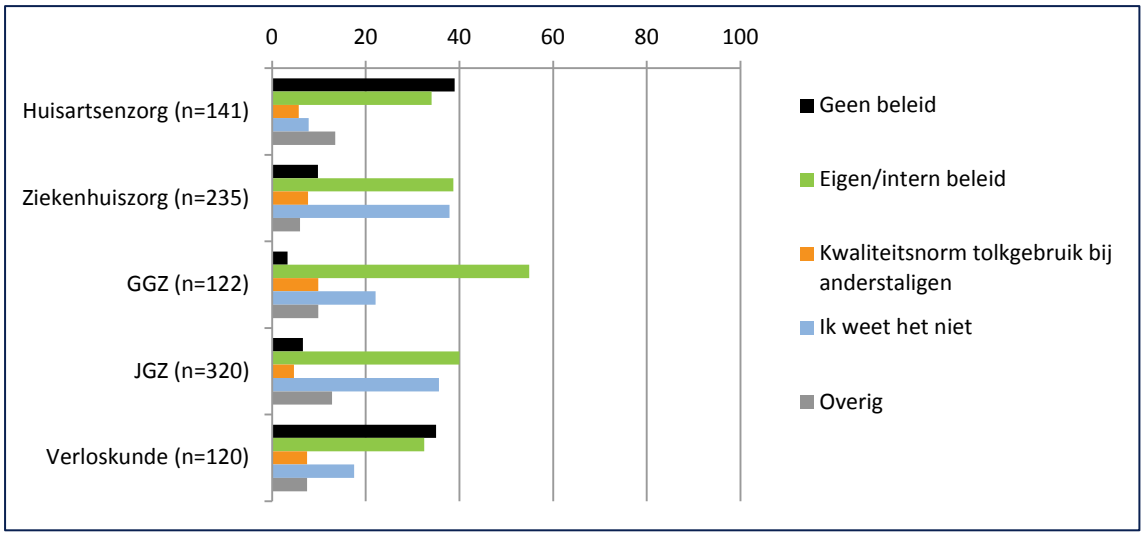
Beleid	**n=1.021**	
Geen beleid	168	(16%)
Eigen/intern beleid	396	(39%)
Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg	66	(6%)
Enkel inzet van tolken wanneer dit echt noodzakelijk is	25	(2%)
Geen inzet van tolken	16	(2%)
Inzet van tolken/tolkentelefoon is mogelijk	11	(1%)
Enkel inzet van tolken als er sprake is van vergoeding	10	(2%)
Enkel inzet van tolken voor asielzoekers	9	(2%)
In overleg met management	9	(2%)
Inzet van (eigen) collega's om te tolken	3	(0,3%)
Overig	15	(1%)
Weet niet	291	(29%)
Financiering	**n=1.053**	
Interne financiële middelen	276	(26%)
Subsidie vanuit achterstandsfondsen	77	(7%)
Regeling voor asielzoekers (RZA)	48	(5%)
Patiënt/cliënt betaalt de tolk (deels) zelf	29	(3%)
Overig	13	(1%)
Niet van toepassing: er zijn geen financiële middelen/regelingen	85	(8%)
Niet van toepassing: er worden geen professionele tolken ingezet	64	(6%)
Weet niet	461	(44%)

Er was naar verhouding het meest sprake van 'geen beleid' in de huisartsenzorg (39%) en de verloskunde (35%), en het minst in de GGZ (4%). De Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen werd het vaakst genoemd door zorgverleners in de GGZ (10%) en het minst in de JGZ (5%). Zie figuur 4.15.

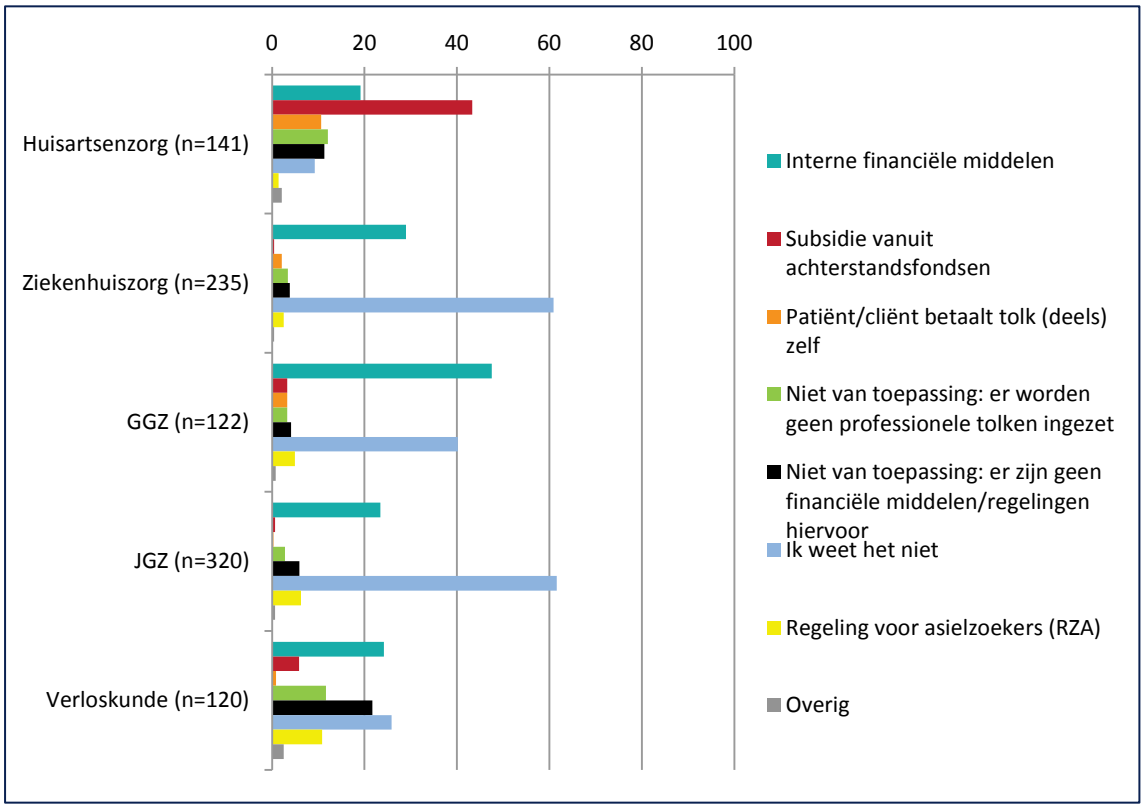
Als het gaat over de financiering dan weet meer dan de helft van de zorgverleners in de ziekenhuiszorg (61%) en in de JGZ (62%) niet hoe de inzet van tolken wordt gefinancierd. Zie figuur 4.16. In de huisartsenzorg worden tolken vaak vanuit achterstandsfondsen gefinancierd (43%).

Aan het einde van de enquête was er een mogelijkheid om aanvullende opmerkingen of toelichtingen te geven over de inzet van tolken in de zorg. Door 126 zorgverleners werd hier gebruik van gemaakt en zij refereerden hierbij ook relatief vaak naar de financiering en het beleid omtrent de inzet van tolken (37%).

Figuur 4.15 Soorten tolkenbeleid (%) in de verschillende sectoren (enquête; n=1.021)



Figuur 4.16 Financiering van tolken (%) in de verschillende sectoren (enquête; n=1.053)



4.5 Extrapolaties naar de landelijke situatie

Met behulp van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek over het zorggebruik in 2015 (zie www.statline.nl) zijn de gegevens uit de registraties voor de afzonderlijke sectoren geëxtrapoleerd naar de landelijke situatie. Tabel 4.5 geeft de resultaten van deze extrapolaties beknopt weer voor de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, GGZ en JGZ. Per sector zijn landelijke aantallen geschat voor de werkelijke inzet van professionele tolken (feitelijke tolkinzet), en de aantallen als een professionele tolk altijd zou worden ingezet als dat volgens de zorgverleners noodzakelijk is (noodzakelijke tolkinzet).

Per sector staan achtereenvolgens omschreven:
- de samenstelling van de doelgroep anderstaligen waarbij sprake is van een taalprobleem (volgens de registraties);
- de totale omvang van deze doelgroep in Nederland (volgens het CBS);
- CBS-gegevens over het zorggebruik (% dat jaarlijks minimaal 1 contact heeft en wat voor die groep dan het gemiddelde aantal contacten per jaar is);
- het percentage contacten waarbij een professionele tolk wordt ingezet of noodzakelijk wordt geacht als sprake is van een taalbarrière (gegevens uit de registraties); en
- de geschatte omvang van het jaarlijkse aantal zorgcontacten in Nederland voor die doelgroep, waarbij een tolk wordt ingezet of noodzakelijk is, met de bijbehorende marges (95%-betrouwbaarheidsintervallen gebaseerd op de CBS-marges voor het zorggebruik).

Kerncijfers over het zorggebruik gaan enerzijds over het percentage van de betreffende doelgroep dat jaarlijks minimaal 1 zorgcontact heeft met de huisarts, een specialist in het ziekenhuis (ziekenhuiszorg), of een psychiater of psycholoog (geestelijke gezondheidszorg), en anderzijds over het gemiddelde aantal contacten dat die doelgroep dan jaarlijks heeft. Het product van deze kerncijfers en de totale omvang van de doelgroep resulteert per sector in het totale aantal zorgcontacten van die doelgroep in Nederland. Gecombineerd met het percentage contacten waarbij een professionele tolk wordt ingezet of noodzakelijk wordt geacht (uit de registraties), levert dit uiteindelijk schattingen op van het totale aantal zorgcontacten per jaar waarbij in die sector een professionele tolk wordt of moet worden ingezet.

Uit deze extrapolatie blijkt dat de absolute omvang van de noodzakelijke inzet van tolken vooral groot is in de JGZ en de huisartsenzorg, en dat het geschatte ‘tekort’ aan de inzet van professionele tolken in deze sectoren ook het grootst is, namelijk 175.505 (256.180-80.675) en 130.288 (144.091-13.803). Het verschil tussen de noodzakelijke en feitelijke inzet van tolken is het kleinst in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk 26.086 (98.507-72.421). In de ziekenhuissector is dit verschil iets groter. Hier zijn jaarlijks bijna twee keer zo veel professionele tolken nodig dan dat ze worden ingezet.

Tabel 4.5 Extrapolaties van de feitelijke en noodzakelijke inzet van professionele tolken naar de landelijke situatie, op basis van CBS-gegevens (2015) en registraties van contacten met de doelgroep (anderstaligen met een taalbarrière) in vier sectoren

	totale omvang doelgroep in Nederland	zorggebruik* (contact per jaar)		% inzet professionele tolk	% noodzaak professionele tolk	totaal aantal jaarlijkse contacten met anderstaligen (95% CI)
		%	gem.			
Huisartsenzorg:						
Kenmerken anderstaligen: mannen en vrouwen, 16+ jaar, 1e generatie niet-westers (86%)	1.073.646	5,23	7,33	3,35	34,97	*Feitelijke tolkinzet:* **13.803** (12.019-15.457) *Noodzakelijke tolkinzet:* **144.091** (125.468-161.353)
Ziekenhuiszorg:						
Kenmerken anderstaligen: mannen en vrouwen, alle leeftijden, niet-westers (83%)	1.113.274	3,32	8,26	15,49	29,5	*Feitelijke tolkinzet:* **47.290** (39.163-56.183) *Noodzakelijke tolkinzet:* **90.062** (74.585-106.998)
Geestelijke gezondheidszorg:						
Kenmerken anderstaligen: mannen en vrouwen, 16-65 jaar, niet-westers (85%)	973.705	1,3	10,7	53,47	72,73	*Feitelijke tolkinzet:* **72.421** (39.985-115.738) **Noodzakelijke tolkinzet: 98.507** (54.388-157.427)
Jeugd-gezondheidszorg[#]:						
Kenmerken anderstaligen: kinderen, 0-18 jaar (of hun ouders), niet-westers (76%)	576.086	90	1,0	15,56	49,41	*Feitelijke tolkinzet:* **80.675** (62.575-99.757) *Noodzakelijke tolkinzet:* **256.180** (198.704-316.775)

* percentage met tenminste 1 contact per jaar (%) en gemiddeld aantal contacten per jaar (gem.) als er minimaal 1 contact is

[#] gegevens over het zorggebruik in de JGZ zijn gebaseerd op 20 contactmomenten in 18 jaar, volgens het Landelijke professionele kader uitvoering basispakket JGZ (NCJ, 2015), en een bereik van 90% bij 0-18 jarigen

4.6 Samenvatting en nabeschouwing over de inzet van tolken

Noodzaak versus inzet van professionele tolken

De actuele en gedetailleerde gegevens van de registraties wijzen uit dat een professionele tolk bij één op de drie gevallen waarin dat volgens zorgverleners noodzakelijk is, daadwerkelijk wordt ingezet. Deze verhouding tussen de omvang en noodzaak van professionele tolken komt overeen met de inschatting van het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVCN) dat in 2015 ten opzichte van 2011 (voor de afschaffing van de tolkenvergoeding) nog maar 30% van de tolkdiensten wordt afgenomen in de gezondheidszorg. Dit suggereert dat het verschil tussen de werkelijke en noodzakelijke inzet van tolken vooral wordt verklaard door de ontbrekende financiering. Maar we weten uit de eerder beschreven resultaten in hoofdstuk 3 dat het ook vaak te maken heeft met de omstandigheden en de betrokken personen (gebrek aan tijd, verkeerde inschatting van zorgverleners, patiëntvoorkeuren) en met de toegankelijkheid van tolkvoorzieningen (onbekendheid bij zorgverleners en gebrek aan een geschikte tolk).

Een professionele tolk wordt bij 5% van alle contacten met anderstaligen (of 13% van alle contacten met een taalbarrière) ingezet. De inzet van deze tolken is absoluut gezien het grootst in de JGZ en de GGZ. In de geestelijke gezondheidszorg is de match tussen de noodzakelijke en feitelijke inzet van deze tolken het grootst. Dit resultaat is mogelijk toe te schrijven aan het belang van goede communicatie in deze sector; taal is immers essentieel voor de diagnostiek en behandeling in de GGZ.

Anderzijds schiet de noodzakelijke inzet van professionele tolken vooral tekort in de JGZ en huisartsenzorg. In de huisartsenzorg is de inzet van deze tolken het geringst. Huisartsen zetten tolken maar bij 1 op de 10 patiënten noodzakelijkerwijs in en maken, net als in de JGZ, relatief vaak gebruik van een informele tolk. In de jeugdgezondheidszorg spreken zorgverleners bovendien relatief vaak dezelfde taal en is er, net als in de verloskunde, veel onbekendheid of onervarenheid met tolkvoorzieningen.

Inzet van andere hulp of hulpmiddelen bij taalproblemen

Als er sprake is van taalbarrières, dan wordt meestal wel extra hulp of hulpmiddelen ingezet. Volgens de registraties gaat het dan meestal om een meegebrachte informele tolk (in 49% van de contacten met een taalbarrière). vooral in de huisartsenzorg wordt vaak een beroep gedaan op een informele tolk (in 57% van de contacten met een taalbarrière). Het gebruik van andere hulpmiddelen was over het algemeen zeer gering (in 4% van alle contacten met anderstaligen). Maar als er andere middelen worden ingezet, dan gaat het in de huisartsenzorg relatief vaak om visuele informatie, en in de verloskunde vaak om digitale middelen (online woordenboek of vertaalwebsite) of schriftelijke informatie.

Bij ruim een kwart van de contacten (of 12% van alle contacten met anderstaligen) wordt helemaal niets gedaan om het taalprobleem in de communicatie te verhelpen. Met gevolgen voor de kwaliteit en kosten van de zorg. Want volgens zorgverleners is de zorg dan minder effectief, doordat bijvoorbeeld de zorgvraag niet goed kan worden vastgesteld, of leidt dit tot extra zorggebruik of onnodige gezondheidsrisico's.

Keuze voor een professionele tolk

Volgens zorgverleners is de zorgvraag leidend voor de noodzaak en keuze om een professionele tolk in te zetten, gevolgd door de situatie of omstandigheden. Maar door de diversiteit aan zorgvragen en verschillen tussen de sectoren is het lastig om algemene uitspraken te doen over welke zorgvragen precies doorslaggevend zijn voor de keuze om een tolk in te zetten. Het gaat veelal om combinaties van somatische, emotionele, sociale, gedragsmatige en complexe of technische vragen. Waarbij elke sector wel zijn eigen specifieke (combinatie van) zorgvragen kent. De noodzaak voor het inzetten van een professionele tolk was verhoudingsgewijs het grootst bij complexe zorgvragen en taboeonderwerpen (huisartsenzorg, GGZ en verloskunde).

Professionele tolken worden meestal ingezet bij controles of vervolgcontacten, anamneses/intakes en diagnostiek. Deze tolken worden naar verhouding vaak ingezet bij behandelingen of therapie (vooral in de GGZ), en het minst bij voorlichtingsgesprekken of preventieconsulten (in de JGZ en huisartsenzorg), terwijl taal hierbij juist (ook) van groot belang is. Professionele tolken worden hoofdzakelijk ingezet bij eerste generatie migranten (98%), afkomstig uit niet-westerse landen (91%), met een slechte beheersing van de Nederlandse taal. Het betreft vooral vrouwen en patiënten in de leeftijd tussen 25 en 65 jaar.

Kanttekeningen bij de extrapolaties

Tot slot is het belangrijk om op te merken dat bij de extrapolaties naar de landelijke situatie weliswaar is uitgegaan van de actuele gegevens van de registraties van een groot aantal contacten met anderstalige patiënten, maar dat hierbij de volgende aannames zijn gedaan:

- dat het zorggebruik van de onderzochte groep anderstaligen in de Randstad overeenkomt met de landelijke cijfers van het CBS over het zorggebruik;
- dat als een tolk noodzakelijk is en/of ingezet wordt, dit bij alle eventuele (vervolg)contacten met anderstaligen net zo goed geldt (en dan opnieuw een tolk moet worden ingezet);
- dat de zorgverleners in de Randstad die deelnamen aan de registraties representatief zijn voor hun sector en dat zij dezelfde afwegingen en keuzes maken omtrent tolken als de andere zorgverleners binnen hun sector in de rest van het land (dus dat de overwegingen in de Randstad overeenkomen met die in de rest van Nederland).

Als één of meerdere aannames niet kloppen, dan resulteert dit in over- of onderschattingen van de noodzaak en inzet van tolken in de zorg. Bijvoorbeeld: als de zorgconsumptie van de anderstaligen met een taalbarrière in werkelijkheid lager ligt dan die voor de landelijke populatie, dan betekent dit een overschatting. En als een tolk alleen nodig is bij een intake of eerste contact, dan betekent dit eveneens een overschatting. Maar als het zorggebruik van anderstaligen in werkelijkheid juist hoger ligt, bijvoorbeeld omdat er meerdere (vervolg)contacten nodig zijn om de zorgvraag te verhelderen, dan betekent dit eerder een onderschatting.

Uiteindelijk is de representativiteit van de registraties doorslaggevend voor de betrouwbaarheid van de kwantitatieve resultaten en extrapolaties. Door het grote aandeel van de huisartsenzorg (59%) in de registraties, zijn de extrapolaties mogelijk vooral betrouwbaar voor de huisartsenzorg. Vanwege het geringe aantal deelnemende zorgverleners aan de registraties in de GGZ en JGZ (minder dan 20) en de betrekkelijk geringe aantallen geregistreerde contacten met anderstaligen in deze sector, is de betrouwbaarheid van de extrapolaties voor deze sectoren kleiner.

Referenties

Asmoredjo J, Sixma H, Plass AM, Rademakers J, Wassie N, et al.. *Culturele validatie van vier CQI meetinstrumenten - Deel 1: Groepsgesprekken en cognitieve interviews.* Utrecht: NIVEL, 2013

Bensing J, Schipaanboord A, Geurts C, Vliet L van, Fletcher I, et al.. *Een internationaal observatieonderzoek naar de kwaliteit van communicatie vanuit het perspectief van de patiënt.* Utrecht: NIVEL, 2009

Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Pat Educ Couns,* 2013; 91:131–140

De Maesschalck S. *Linguistic and cultural diversity in the consultation room: a tango between physicians and their ethnic minority patients.* Gent: Ghent University; 2012

Devillé W, Wiegers TA. *Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2012*. Utrecht: NIVEL, 2012

Esch T van, Brabers A, Dijk C van, Groenewegen P, Jong J de. *Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken.* Utrecht: NIVEL, 2015

Fransen MP, Harris VC, Essink-Bot M. Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst. Alleen een tolk inzetten is meestal niet genoeg. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2013; 157:A5581

KNMG, KNOV, LHV, NHG, NIP, NPCF, NVvP, op initiatief van Pharos. *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg.* Hoofddorp: Pharos; 2014

Langendijk-van den Berg, Verdonk P, Abma T. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. *Ned Tijdschr Geneesk,* 2014; 158:A7702

Meeuwesen L, Harmsen JAM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med*, 2006; 63:2407-2417

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (mevrouw drs. E.I. Schippers), Brief met kenmerk FEZ-U-3064251: *Invulling subsidietaakstellingen VWS*. Den Haag: Ministerie van VWS, 25 mei 2011

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). *Landelijke professionele kader uitvoering basispakket JGZ.* Utrecht: NCJ, september 2015

Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Horst HE van der, et al.. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK). *Huisarts Wet*, 2013; 56(5):222-230

Ösenbruggen A van, Boersma N, Bont PFH. *Kosten- en batenanalyse van tolkdiensten.* Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek, 2009

Pharos. *Wanneer laten tolken?: Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg.* Utrecht: Pharos, 2008

Pharos, KNMG, NIP. *Effecten van het stoppen van tolkenfinanciering op de zorg: casuïstiek.* Hoofddorp/Utrecht/Utrecht: Pharos/KNMG/NIP, 2013

Pharos. *Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: wat is er nodig?* Utrecht: Pharos, 2016

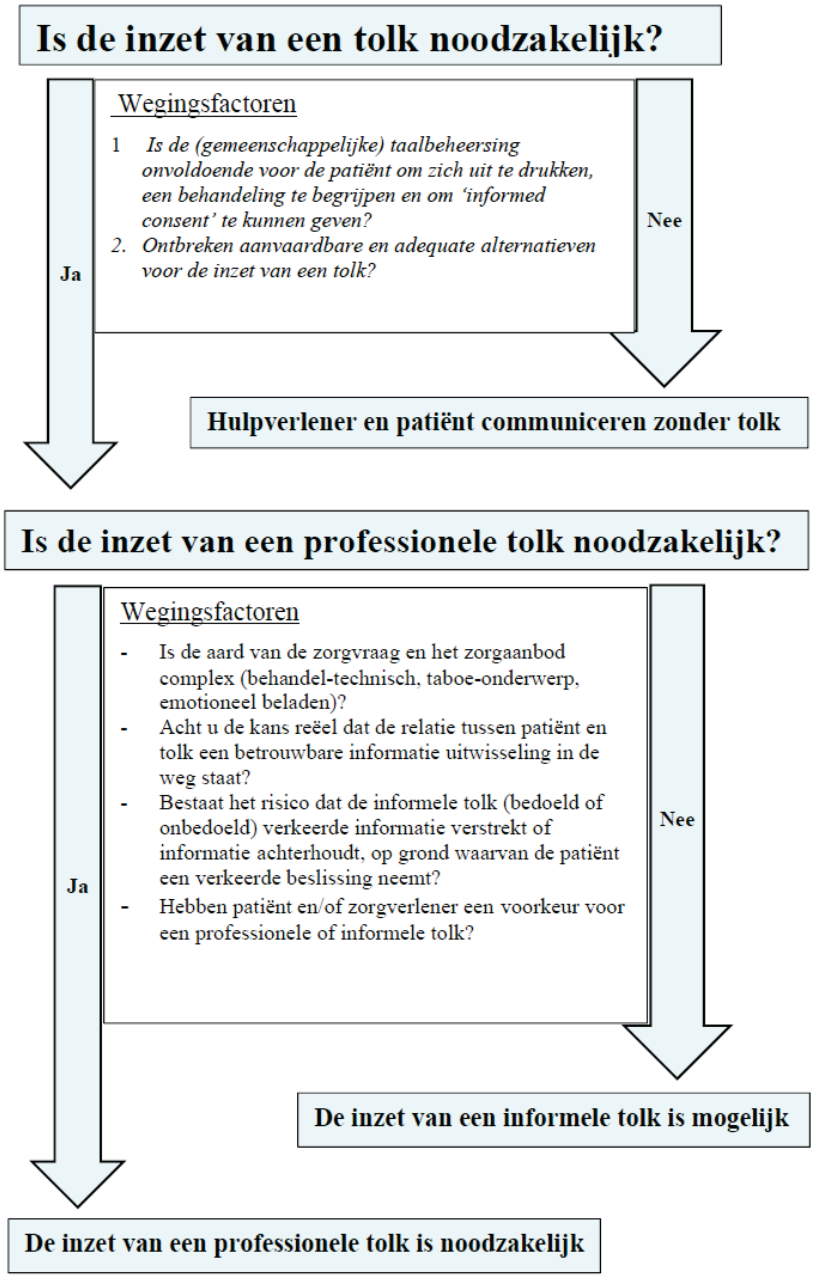
Rosse F van, Bruijne MC de, Broekens MA, Stronks K, Essink-Bot ML, Wagner C. *Etnische herkomst en zorggerelateerde schade: monitor zorggerelateerde schade in Nederlandse ziekenhuizen.* Amsterdam/Utrecht: VU/AMC/NIVEL; 2013

Street RL. How clinician–patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Pat Educ Couns,* 2013; 92(3):286–291

Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Pat Educ Couns*, 2009; 74(3):295-301

Bijlage A Beoordelingsschema

Beoordelingsschema inzet van tolken



Bijlage B Methoden en respons: enquête en registraties

Om de noodzaak en omvang van professionele tolken te kunnen bepalen is het onderzoek uitgevoerd met behulp van een enquête onder zorgverleners in het hele land, en registraties van contacten met anderstalige patiënten in de Randstad.

Enquête

Het doel van de enquête was het krijgen van meer inzicht in de aard, de omvang en de noodzaak van de inzet van tolken in de gezondheidszorg. Zie bijlage C voor een voorbeeld van de enquête. Naast het inventariseren van de hoeveelheid anderstalige patiënten en de eventueel toegepaste hulpmiddelen om met deze patiënten te communiceren, is er nagegaan hoe vaak en bij welke zorgvragen professionele tolken doorgaans worden ingezet. Daarnaast werd er in de enquête gevraagd om de meest recente situatie te beschrijven waarin een professionele tolk werd ingezet. Onder andere werd hierbij gevraagd om kenmerken van patiënten en situaties te omschrijven en of zorgverleners de inzet van een professionele tolk – achteraf gezien - al dan niet noodzakelijk vonden. Tot slot werd er gevraagd wat het beleid en de financiering was rondom de inzet van een professionele tolk en werden enkele demografische vragen gesteld. De enquête kon online worden ingevuld van half september 2015 tot half februari 2016.

Registraties van contacten met anderstalige patiënten

Het doel van de registraties was om een actueel en gedetailleerd beeld te krijgen van de zorgverleners over hun contacten met anderstalige patiënten. Aan zorgverleners is gevraagd om gedurende 25 werkdagen (maximaal 5 contacten per dag) contacten met anderstalige patiënten te omschrijven aan de hand van een registratieformulier. Op dit formulier werd per contact aangegeven of er sprake was van een taalbarrière, of er noodzaak was voor het inzetten van een (professionele) tolk en zo ja, wat de redenen waren voor deze noodzaak van een tolk. Daarnaast werd via dit formulier gevraagd of men uiteindelijk daadwerkelijk gebruik heeft gemaakt van een professionele tolk, en wat de eventuele gevolgen zouden zijn als de professionele tolk uiteindelijk niet werd ingezet. Voor elk ingevuld registratieformulier tot en met de vraag “Was er sprake van een taalbarrière?” ontving de zorgverlener een vergoeding van €4.50. Zorgverleners konden zich aanmelden met behulp van een aanmeldformulier. Met een e-mail of SMS werden zij dagelijks herinnerd om het registratieformulier in te vullen. De zorgverleners konden zich van eind september 2015 tot begin januari aanmelden voor de registraties. De registraties werden tot halverwege februari 2016 ingevoerd.

Deelnemers onderzoek

De deelnemers aan dit onderzoek waren zorgverleners die contacten hebben met anderstalige patiënten. Inclusiecriteria waren verder:

- *voor de enquête:*
  Alle zorgverleners in Nederland die werkzaam zijn in vijf sectoren: huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdgezondheidszorg (JGZ) en verloskunde.
- *voor de registraties:*
  Zorgverleners in/rondom de vier grote steden (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht) die werkzaam zijn in vier sectoren: huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, GGZ, en JGZ.

Werving

Het onderzoek richtte zich op die groepen zorgverleners waarvan bekend is dat zij zorg leveren aan een grote groep allochtone patiënten en (voorheen) grote afnemers zijn van professionele tolken: GGZ-instellingen, jeugdgezondheidszorginstellingen, ziekenhuizen en huisartsen die werken in/rond de vier grote steden. Om zorgverleners te werven voor dit onderzoek zijn verschillende instellingen, ziekenhuizen, praktijken en organisaties gecontacteerd via een actieve en passieve benadering.

Actieve werving

Om zorgverleners te werven voor het onderzoek zijn verschillende instellingen, ziekenhuizen en praktijken telefonisch benaderd met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. Na definitieve toezegging vanuit een instelling, ziekenhuis of praktijk werd gevraagd of één contactpersoon binnen de organisatie uitnodigingsmails wilde versturen naar de zorgverleners. Zo werd aan de GGZ-instellingen gevraagd om deze mail uit te zetten onder de werkzame psychologen/psychiaters en aan ziekenhuizen werd gevraagd om deze mail uit te zetten onder de specialismen inwendige geneeskunde en geriatrie. In de mails werd het onderzoek kort uitgelegd en werden weblinks naar de twee onderdelen (enquête en registraties) vermeld. Twee weken na het versturen van de eerste uitnodigingsmail werd aan de contactpersonen gevraagd om een herinneringsmail te sturen om zorgverleners nogmaals te vragen voor deelname aan het onderzoek.

Passieve werving

Naast het actief (telefonisch) benaderen van instellingen, ziekenhuizen en praktijken, is er ook via een zogeheten passieve manier geworven voor deelnemende zorgverleners aan het onderzoek. Door het plaatsen van oproepen op internet (diverse websites) en in nieuwsbrieven voor de verschillende sectoren, het versturen van een uitnodiging voor deelname aan het onderzoek naar huisartsen in achterstandswijken, en het uitdelen/neerleggen van flyers op congressen en symposia werd het onderzoek breed onder de aandacht gebracht. Er zijn 51 organisaties benaderd voor het plaatsen van oproepen en voor 5 congressen verzoeken voor het verspreiden van flyers. In totaal gaven 32 organisaties daadwerkelijk aan een oproep te willen plaatsen. In totaal zijn er uiteindelijk 59 oproepen geplaatst: met name via de website en sociale media (n=48; 81%). Daarnaast zijn tijdens congressen en symposia in totaal 580 flyers verspreid.

In totaal hebben 9 ziekenhuizen, 7 GGZ-instellingen en 5 JGZ-organisaties in/rondom de vier grote steden aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek en de uitnodigingsmail te willen verspreiden. Daarnaast is aan meer dan 500 huisartsen in achterstandswijken een uitnodigingsmail verstuurd (conform de postcodegebieden zoals gerapporteerd door Devillé & Wiegers, 2012). Aangezien de mail aan de zorgverleners in instellingen via de instellingen zelf verstuurd werd, kan er enkel een ruwe schatting worden gemaakt van de hoeveelheid aangeschreven zorgverleners via de actieve werving. Een ruwe schatting is ongeveer 3000 zorgverleners.

Respons

In tabel B.1 staat de verdeling van de respons op de enquête en de registraties weergegeven voor de verschillende sectoren. Het aantal deelnemers aan de enquête was veel groter (n=1.188) dan de 93 zorgverleners die deelnamen aan de registraties, en de resultaten van de enquête gingen over vijf sectoren (inclusief de verloskunde), terwijl de registraties zich beperkten tot vier sectoren in de Randstad. Bij de enquête is vooral de JGZ vertegenwoordigd (ruim een kwart van het aantal zorgverleners) en bij de registraties ging meer dan de helft over contacten met anderstaligen in de huisartsenzorg (59%).

Tabel B.1 Respons op de enquete en de registraties, per sector

	Enquête	Registraties	
Beroepsgroep:	*Zorgverleners*	*Zorgverleners*	*Contacten*
Totaal	1.188	93	2.061
Huisartsenzorg	138 (12%)	30	1.219 (59%)
Geestelijke gezondheidszorg	121 (10%)	19	277 (13%)
Jeugdgezondheidszorg	319 (27%)	9	258 (13%)
Ziekenhuiszorg	227 (19%)	35	307 (15%)
Verloskunde	120 (10%)	-	-

In tabel B.2 staan de functies van de respondenten op de enquête en de registraties weergegeven, voor zover bekend.

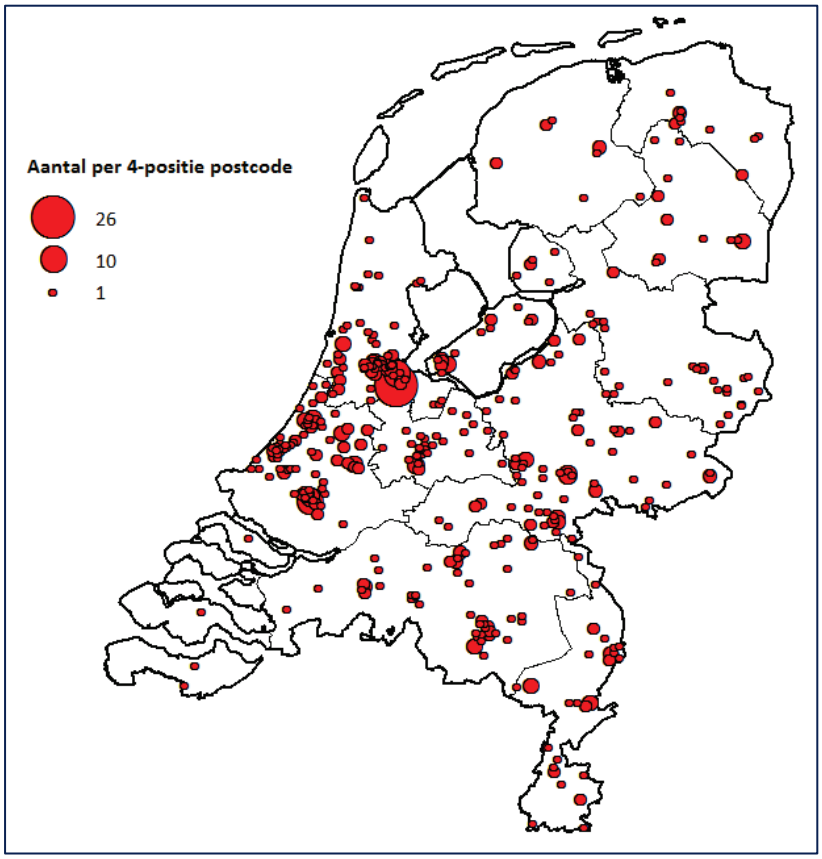
Tabel B.2 Functies van respondenten

	Enquête	Registraties	
Beroepsgroep:	*Zorgverleners*	*Zorgverleners*	*Contacten*
Totaal	1.004	93	1.968
Arts	415 (41%)	55 (59%)	1.417 (72%)
Praktijkondersteuner	14 (1%)	3 (3%)	105 (5%)
Verpleegkundige	310 (31%)	15 (16%)	90 (5%)
Psycholoog	55 (6%)	6 (7%)	73 (4%)
Verloskundige	102 (10%)	-	-
Anders	108 (11%)	14 (15%)	283 (14%)

Enquête

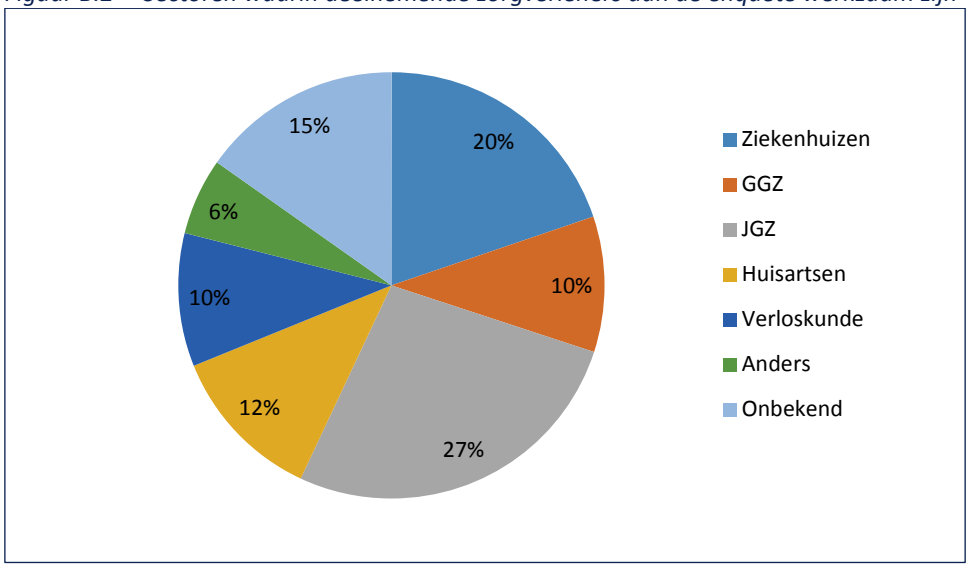
In totaal is de enquête door 1.188 zorgverleners ingevuld Dus door circa een derde van alle circa 3000 benaderde personen. In figuur B.1 is duidelijk te zien dat zorgverleners vanuit het hele land de enquête hebben ingevuld.

Figuur B.1 Spreiding van zorgverleners die deelnamen aan de enquête in Nederland (n=1.188)



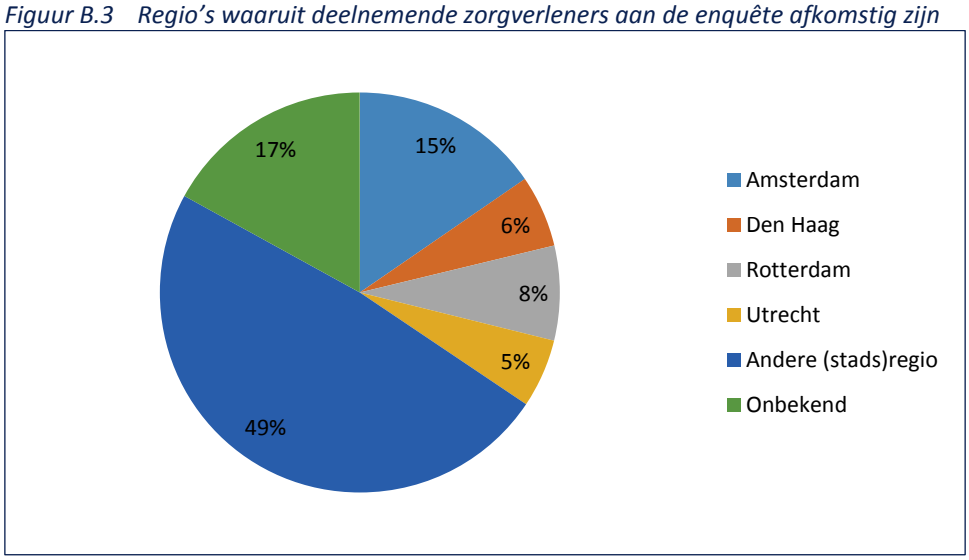
Figuur B.2 laat de verdeling van respondenten over de sectoren zien. Het grootste deel is werkzaam in de JGZ (27%), gevolgd door de ziekenhuiszorg (20%) en de huisartsenzorg (12%). In de categorie 'anders' bevinden zich zorgverleners die in andere sectoren zoals bijvoorbeeld logopedie, kraamzorg, thuiszorg en ouderenzorg werkzaam zijn.

Figuur B.2 Sectoren waarin deelnemende zorgverleners aan de enquête werkzaam zijn



Met betrekking tot de regio's waaruit zorgverleners afkomstig zijn, was circa de helft (49%) van de respondenten op de enquête afkomstig uit een andere regio dan in/rond de vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht (zie figuur B.3). De enquête is relatief vaak ingevuld door zorgverleners in Amsterdam (15%). In totaal waren de vier grote steden verantwoordelijk voor een derde (34%) van de respondenten op de enquête.

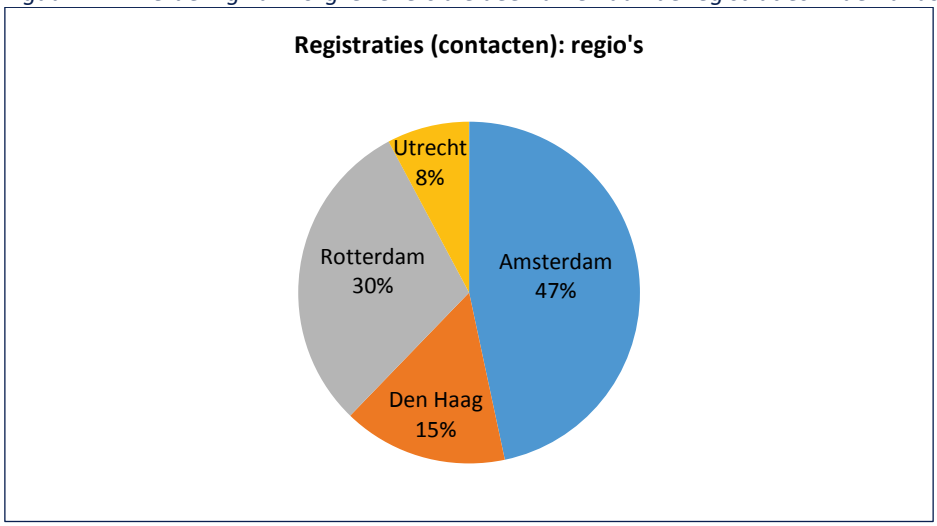
Figuur B.3 Regio's waaruit deelnemende zorgverleners aan de enquête afkomstig zijn



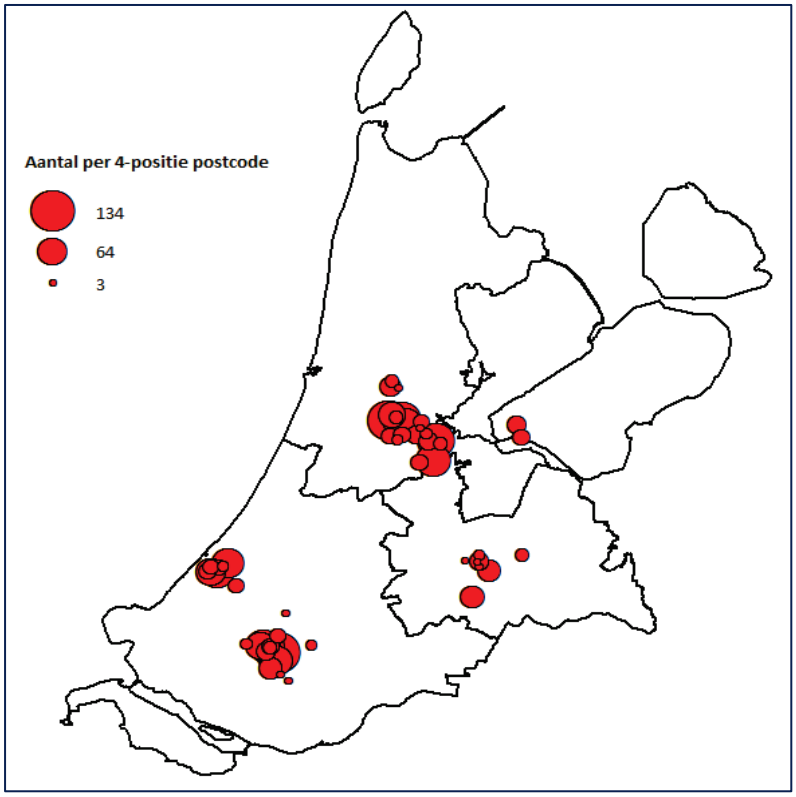
Registraties

Van de 150 zorgverleners uit de Randstad die zich – veelal na het invullen van de enquête – aanvankelijk voor de registraties hadden aangemeld, deden uiteindelijk 93 zorgverleners daadwerkelijk aan de registraties mee. De contacten met anderstaligen zijn vooral geregistreerd door zorgverleners in of rond Amsterdam (47%). Zie figuur B.4 voor een verdeling van zorgverleners over de regio's en figuur B.5 voor de spreiding van het aantal registraties.

Figuur B.4 Verdeling van zorgverleners die deelnamen aan de registraties in de Randstad (n=93)



Figuur B.5 Spreiding van aantal geregistreerde contacten met anderstaligen in de Randstad (n=2.061)



Begeleidingscommissie

Voor een goed verloop van het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld. Deze commissie had een adviserende rol en bestond uit vertegenwoordigers van belanghebbende partijen als het gaat om tolken in de gezondheidszorg en/of die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg. De commissie bestond uit de volgende leden:

- Diederik van Meersbergen, KNMG (voorzitter);
- Marije Yassi, GGD Amsterdam/Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN);
- Simone Goossen, GGD GHOR Nederland;
- Hanneke Bot, GGZ (Pro Persona);
- Floor van Rosse, wetenschappelijk medewerker Onderwijs en Onderzoek (Erasmus Medisch Centrum);
- Evert Bloemen, Pharos (expertisecentrum gezondheidsverschillen);
- Lidwien Verweij, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS);
- Maria van den Muijsenbergh, huisarts (Radboud UMC).

Bijlage C Enquête

Tolken in de zorg

Deze enquête is voor zorgverleners en gaat over de contacten met anderstalige patiënten/cliënten. Doel is om inzicht te krijgen in de aard, omvang en noodzaak van de inzet van tolken in de gezondheidszorg.

Werkt u in de geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg, jeugdgezondheidszorg, verloskundige zorg of ziekenhuiszorg? Dan stellen wij het zeer op prijs als u de vragenlijst invult. Het gaat om maximaal 19 vragen en het invullen kost u enkele minuten. Uw antwoorden worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt.

U kunt ook meedoen als u geen ervaring heeft met een professionele tolk of tolkendienst.

Heeft u vragen over deze enquête? Neem dan contact op met de helpdesk: nivel@desan.nl/020 520 7291.

Contacten met anderstaligen

De volgende vragen gaan over uw contacten als zorgverlener met anderstalige patiënten/cliënten.

Anderstaligen zijn personen voor wie Nederlands niet de moedertaal is.

1. **Hoeveel procent van uw patiënten/cliënten is anderstalig?** *Geef een schatting.*
   ____ %
   - ❑ Ik weet het niet

Taalproblemen zijn er als de anderstalige geen of onvoldoende Nederlands spreekt, en ook geen andere gemeenschappelijke taal spreekt om met u te communiceren.

2. **Hoe vaak is taal een probleem in uw contacten met anderstaligen?** *Geef een schatting.*
   - ❑ **Nooit** → *Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. <EINDE VRAGENLIJST>*
   - ❑ **Bij minder dan 1 op de 10** contacten met anderstaligen (<10%)
   - ❑ **Bij een tiende tot een vijfde** van mijn contacten met anderstaligen (10-19%)
   - ❑ **Bij een vijfde tot een kwart** van mijn contacten met anderstaligen (20-24%)
   - ❑ **Bij een kwart tot de helft** van mijn contacten met anderstaligen (25-49%)
   - ❑ **Bij de helft tot driekwart** van mijn contacten met anderstaligen (50-74%)
   - ❑ **Bij driekwart of meer** van mijn contacten met anderstaligen (75-90%)
   - ❑ **Bij bijna alle** contacten met anderstaligen (>90%)
   - ❑ Ik weet het niet

3. **Welke <u>hulp(middelen)</u> gebruikt u om met anderstaligen te communiceren?**
   Meerdere antwoorden mogelijk.
   - ❑ Geen hulp(middelen)
   - ❑ Ik spreek zelf andere talen (bijv. Engels, Frans, Duits, Berbers)
   - ❑ Informele tolk (meegebrachte familieleden, vrienden, kennissen)
   - ❑ Professionele tolk (tolk van beroep)
   - ❑ (Online) woordenboek of vertaalwebsites
   - ❑ Collega zorgverlener inschakelen die andere taal spreekt
   - ❑ Visuele informatie (plaatjes/foto's, video's, posters)
   - ❑ Schriftelijke informatie in andere taal
   - ❑ Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC)/allochtone zorgconsulenten
   - ❑ Doorverwijzing naar een andere zorginstelling waar ze oplossing(en) hebben voor het taalprobleem
   - ❑ Andere hulp(middelen), namelijk: _____

Inzet van tolken

De volgende vragen gaan over de inzet van tolken bij uw contacten met anderstaligen.

<u>Informele tolken</u> zijn meegebrachte familieleden of andere personen uit het persoonlijke netwerk van de patiënt/cliënt, die helpen bij het vertalen in het contact met de zorgverlener.
<u>Professionele tolken</u> zijn tolk van beroep. Ze werken volgens professionele standaarden, zijn gebonden aan een beroepscode en onderworpen aan kwaliteitscontroles.

4. **Hoe vaak brengen uw anderstalige patiënten/cliënten een <u>informele tolk</u> mee, als sprake is van een taalprobleem?** *Geef een schatting.*
   - ❑ **Minder dan een kwart** van de anderstaligen brengt dan een informele tolk mee (<25%)
   - ❑ Een **kwart tot de helft** van de anderstaligen brengt dan een informele tolk mee (25-50%)
   - ❑ De **helft tot driekwart** van de anderstaligen brengt dan een informele tolk mee (50-75%)
   - ❑ **Meer dan driekwart** van de anderstaligen brengt dan een informele tolk mee (75-100%)
   - ❑ Ik weet het niet

5. **Hoe vaak zet u een <u>professionele tolk</u> in tijdens uw contacten met anderstaligen?**
   - ❑ Nooit → *Ga naar vraag 10*
   - ❑ Hooguit 1 x per jaar
   - ❑ Ongeveer elk half jaar (2 x per jaar)
   - ❑ Ongeveer 1-2 x per kwartaal (3-9 x per jaar)
   - ❑ Ongeveer 1-2 x per maand (10-19 x per jaar)
   - ❑ Ongeveer 2-3 x per maand (20-35 x per jaar)
   - ❑ Vrijwel wekelijks, 3-4 x per maand (36-50 x per jaar)
   - ❑ Ongeveer 1-2 x per week (50-100 x per jaar)
   - ❑ Vrijwel dagelijks, 3-5 x per week (>100 x per jaar)

6. Bij wat voor soort zorgvragen heeft u in het verleden een professionele tolk ingezet?
Meerdere antwoorden mogelijk. Kies per zorgvraag steeds één categorie waarin deze volgens u het beste past. Geef ook een korte omschrijving van de zorgvraag.

- ❑ **Somatische** zorgvragen*, bijvoorbeeld: maagpijn, keelontsteking, terugkerende of chronische lichamelijke klachten, etc.*
- ❑ **Cognitieve** zorgvragen*, bijvoorbeeld: (vermoeden van) dementie, niet-aangeboren hersenletsel, taal-/leer-/ontwikkelingsstoornis, etc.*
- ❑ **Emotionele** zorgvragen*, bijvoorbeeld: psychische aandoeningen, stressklachten en burn-out, angst- en paniekstoornissen, rouw-/verliesverwerking, etc.*
- ❑ **Gedragsmatige** zorgvragen, *bijvoorbeeld: opvoed-/gedragsproblemen, leefstijlverandering/preventieconsult (roken, voeding, bewegen), etc.*
- ❑ **Sociale** zorgvragen, *bijvoorbeeld: relatie-/gezinsproblemen, werk, huisvesting, financiën, etc.*
- ❑ **Complexe** zorgvragen, *bijvoorbeeld: ernstige psychische problemen, ongeneeslijke ziekten, palliatieve of terminale zorg, etc.*
- ❑ **Technische** zorgvragen, *bijvoorbeeld: diagnostiek, medicatie(voorlichting), etc.*
- ❑ **Taboe-onderwerpen***, bijvoorbeeld: seksualiteit, verslavingen, (vermoeden van) huiselijk geweld/mishandeling of seksueel misbruik, etc.*
- ❑ **Iets anders**, namelijk:

Recente ervaring met een professionele tolk

Hierna gaat het over de meest recente situatie waarin u een professionele tolk heeft ingezet.

7. Wanneer heeft u voor het laatst een professionele tolk ingezet?
Maand ___/Jaar ____

8. Om wat voor soort situatie en soort patiënt/cliënt ging het?
Beschrijf hieronder de kenmerken van dit contact en van de anderstalige patiënt/cliënt.

A. Soort contact

- ❑ Spreekuur/poliklinisch consult
- ❑ Telefonisch contact
- ❑ Huisbezoek
- ❑ Visite bij opname/zaalbezoek

❑ Familiegesprek
❑ Ander soort contact, namelijk:

B. Inhoud van het contact *(Meerdere antwoorden mogelijk.)*
❑ Acute zorg/spoedeisende hulp/crisis of noodsituatie
❑ Anamnese/intakegesprek
❑ Controle/vervolgcontact
❑ Diagnostiek
❑ Informatie en toestemming over behandeling/onderzoek (informed consent)
❑ Lichamelijk onderzoek
❑ Medicatie voorschrijven/-voorlichting
❑ Slechtnieuwsgesprek
❑ (Test)uitslagen bespreken
❑ Voorlichtingsgesprek/preventieconsult (bijv. voor leefstijlverandering of preconceptiezorg)
□ Andere inhoud, namelijk:

C. Belangrijkste reden voor het contact *(Geef een korte omschrijving.)*
Reden voor het contact was…

D. <u>Kenmerken patiënt/cliënt</u>
Beschrijf hier relevante kenmerken van de patiënt/cliënt die de inzet van een professionele tolk noodzakelijk maakten. Meerdere antwoorden mogelijk.
❑ **Geslacht**
  □ Man
  □ Vrouw
❑ **Leeftijd** *(geef eventueel een schatting)*
  □ 0-11 jaar (kind/tiener)
  □ 12-15 jaar (puber/adolescent)
  □ 16-24 jaar (jongvolwassene)
  □ 25-44 jaar (volwassene)
  □ 45-64 jaar (middelbare volwassene)
  □ 65-84 jaar (oudere)
  □ 85 jaar of ouder (bejaarde)
❑ **Opleiding**
  □ Geen opleiding (afgerond)
  □ Laag (lagere school/basisonderwijs, lbo, mavo/vmbo)
  □ Middelbaar (mbo, havo of vwo)
  □ Hoog (hbo of wo)

- ❑ **Taalniveau Nederlands**
  - □ Zeer onvoldoende (spreekt niet of nauwelijks Nederlands)
  - □ Onvoldoende (spreekt zeer gebrekkig Nederlands)
  - □ Voldoende (kan zich redden in het Nederlands)
  - □ Goed (spreekt makkelijk in het Nederlands)
  - □ Zeer goed (spreekt vloeiend, bijna accentloos Nederlands)
- ❑ **Moedertaal**
  - □ Arabisch
  - □ Berbers (Marokko)
  - □ Duits
  - □ Engels
  - □ Farsi (Iran)
  - □ Frans
  - □ Indonesisch
  - □ Koerdisch
  - □ Mandarijn (China)
  - □ Papiaments (voormalige Nederlandse Antillen)
  - □ Pahtu (Afghanistan)
  - □ Pools
  - □ Sranan (Suriname)
  - □ Turks
  - □ Andere moedertaal, namelijk:

  - □ Ik weet het niet
- ❑ **Generatie allochtoon**
  - □ Eerste generatie (geboren in een ander land)
  - □ Tweede generatie (zelf geboren in Nederland, maar ouder(s) geboren in ander land)
  - □ Derde generatie of meer/autochtoon (zelf geboren in Nederland, maar grootouder(s) geboren in ander land)
  - □ Ik weet het niet
- ❑ **Herkomst**: geboorteland patiënt/cliënt of diens ouder(s)
  - □ Niet-westers land, namelijk:
    - □ Turkije
    - □ Marokko
    - □ Suriname
    - □ Voormalige Nederlandse Antillen
    - □ Afghanistan
    - □ Irak
    - □ Iran
    - □ Somalië
    - □ Ander niet-westers land, namelijk:
      - in Afrika
      - in Latijns-Amerika
      - in Azië

- □ Westers land, namelijk:
  - □ in Europa
  - □ in Noord-Amerika (bijv. Canada of Verenigde Staten)
  - □ in Oceanië (bijv. Australië of Nieuw Zeeland)
  - □ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
  - □ Japan
- □ Ik weet het niet

9. Vond u de inzet van een professionele tolk absoluut noodzakelijk in deze situatie, of was een informele tolk of een andere oplossing (achteraf gezien) ook mogelijk?

- ❑ **Ja**, een professionele tolk was absoluut noodzakelijk want…:
  (meerdere antwoorden mogelijk)
  - ❑ de zorgvraag maakte het noodzakelijk
  - ❑ de situatie of omstandigheden maakte(n) het noodzakelijk
  - ❑ de meegebrachte informele tolk was niet geschikt omdat hij/zij:
    (meerdere antwoorden mogelijk)
    - □ onvoldoende Nederlands en geen gemeenschappelijke taal sprak (die ik wel spreek)
    - □ minderjarig was
    - □ niet betrouwbaar/niet onafhankelijk was
    - □ te zeer betrokken was of zelf onderdeel uitmaakte van het probleem
  - ❑ andere hulp(middelen) waren niet geschikt
  - ❑ andere hulp(middelen) waren niet beschikbaar
  - ❑ om een andere reden absoluut noodzakelijk, namelijk:
    _____
- ❑ **Nee**, een professionele tolk was niet absoluut noodzakelijk, want…
  (meerdere antwoorden mogelijk)
  - ❑ een (andere) informele tolk was eventueel ook mogelijk, maar toen niet beschikbaar
  - ❑ ander(e) hulp(middelen) was/waren ook mogelijk, maar daar heb ik toen niet aan gedacht
  - ❑ ander(e) hulp(middelen) was/waren eventueel ook mogelijk, maar toen niet beschikbaar
  - ❑ om een andere reden niet absoluut noodzakelijk, namelijk: _____
- ❑ Ik weet het niet

Overwegingen en tolkenbeleid

De volgende vragen gaan over uw afwegingen en het beleid van uw instelling/praktijk ten aanzien van het inzetten van een professionele tolk.

10. Wilde u in het afgelopen jaar wel eens een professionele tolk inzetten, terwijl u dat toch niet heeft gedaan?

- ❑ Nee, ik had geen professionele tolk nodig -> Ga naar vraag 12
- ❑ Nee, ik heb steeds een professionele tolk ingezet als dat nodig was -> Ga naar vraag 12
- ❑ Ja, ik heb wel overwogen om een professionele tolk in te zetten, maar toch niet gedaan

11. Wat waren voor u redenen om toch <u>geen</u> professionele tolk in te zetten?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ❑ Het ging om acute zorgvragen/crisissituaties
- ❑ Ik dacht eerst dat een tolk niet nodig zou zijn
- ❑ Contacten duurden te kort om een tolk te regelen
- ❑ Ik wist niet hoe ik een professionele tolk kon inschakelen
- ❑ Ik ben/was onbekend met de tolkendienst/tolkentelefoon
- ❑ Er was geen professionele tolk beschikbaar (voor die taal)
- ❑ Ik heb slechte ervaringen met een professionele tolk
- ❑ Patiënten/cliënten gaven de voorkeur aan een informele tolk
- ❑ Ik volg het tolkenbeleid van mijn organisatie/instelling/praktijk
- ❑ Ik stuur iedereen met een taalprobleem door naar een collega of andere instelling/organisatie
- ❑ De financiering van een professionele tolk is onduidelijk of ontbreekt
- ❑ Andere reden(en), namelijk: _____

12. Welk beleid volgt uw instelling/praktijk ten aanzien van het inzetten van tolken?

- ❑ Geen beleid ten aanzien van tolken
- ❑ Eigen/intern beleid
- ❑ Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg (initiatief van Pharos, Maart 2014)
- ❑ Anders, namelijk: _____
- ❑ Ik weet het niet

Toelichting: *geef hier een korte omschrijving van uw tolkenbeleid.*

13. Hoe financiert uw instelling/praktijk de inzet van een professionele tolk?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ❑ Interne financiële middelen
- ❑ Subsidie vanuit achterstandsfondsen
- ❑ Patiënt/cliënt betaalt de tolk (deels) zelf
- ❑ Anders, namelijk:

- ❑ Niet van toepassing: er worden geen professionele tolken ingezet
- ❑ Niet van toepassing: er zijn geen financiële middelen/regelingen hiervoor
- ❑ Ik weet het niet

14. Heeft u nog aanvullende opmerkingen of toelichtingen over de inzet van tolken in de zorg?

Dan kunt u die hier opschrijven.

Achtergrondvragen

Tot slot volgen hier nog enkele vragen over uw beroepsuitoefening en werkgebied.

15. In welke zorgsector werkt u?

- ❑ Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- ❑ Huisartsenzorg
- ❑ Jeugdgezondheidszorg
- ❑ Medisch specialistische zorg (ziekenhuiszorg)
- ❑ Verloskunde
- ❑ Andere sector, namelijk:

16. Wat is uw beroep of functie?

- ❑ Arts, mijn specialisme is :

[scroll-list ?]
Anesthesiologie
Bedrijfsgeneeskunde
Cardiologie
Cardio-thoracale chirurgie
Dermatologie en venerologie
Geriatrie (Ouderengeneeskunde)
Heelkunde (chirurgie)
Huisartsgeneeskunde
Interne geneeskunde
Jeugdgezondheidszorg/Maatschappij en Gezondheid/Sociale Geneeskunde
Keel-neus-oorheelkunde (Oto-rhino-laryngologie)
Kindergeneeskunde
Klinische genetica
Longziekten en tuberculose (Pneumologie)
Maag-darm-leverziekten (Gastro-enterologie)
Maatschappij en Gezondheid (Sociale geneeskunde)
Medische microbiologie
Neurochirurgie
Neurologie
Nucleaire geneeskunde
Obstetrie en Gynaecologie
Oogheelkunde
Orthopedie
Pathologie
Plastische chirurgie
Psychiatrie
Radiologie
Radiotherapie
Reumatologie
Revalidatiegeneeskunde

Spoedeisende geneeskunde
Sportgeneeskunde
Stralingsgeneeskunde
Urologie
Verzekeringsgeneeskunde

- ❑ Praktijkondersteuner of (dokters)assistent
- ❑ Psycholoog
- ❑ Verloskundige
- ❑ Verpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist
- ❑ Andere functie, namelijk:

17. Welke andere talen spreekt u zelf <u>voldoende</u> om in te communiceren met uw patiënten/cliënten? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- ❑ Arabisch
- ❑ Berbers (Marokko)
- ❑ Duits
- ❑ Engels
- ❑ Frans
- ❑ Indonesisch
- ❑ Mandarijn (China)
- ❑ Papiaments (voormalige Nederlandse Antillen)
- ❑ Sranan (Suriname)
- ❑ Turks
- ❑ Andere taal/talen, namelijk:

18. In welke regio bent u werkzaam?

- ❑ Amsterdam
- ❑ Den Haag
- ❑ Rotterdam
- ❑ Utrecht
- ❑ Andere regio, namelijk:

19. Wat is het postcodegebied van uw organisatie, instelling of praktijk?
_____ (vier cijfers)

<Verloskundigen en zorgverleners buiten 4 grote steden (vraag 15: 'verloskunde' of 'andere sector', OF vraag 18: 'Andere regio'): EINDE VRAGENLIJST>
[NB Registraties zijn niet op hen van toepassing!]

Vervolgonderzoek: registraties

Om een scherp beeld te krijgen van de aard, omvang en noodzaak van tolken in de gezondheidszorg, doen we ook onderzoek met registraties. Hiervoor vragen we **zorgverleners in/rond de 4 grote steden (regio Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht)** om **gedurende 1 maand** (25 werkdagen) hun contacten met anderstaligen te registreren. Deelname wordt financieel gecompenseerd.

Wilt u meedoen of meer informatie over de registraties? U kunt zich tot december 2015 aanmelden voor de registraties via www.nivel.nl/registratie-tolken.

Mogelijk wordt u ook op een andere manier uitgenodigd voor deelname aan de registraties, bijvoorbeeld via uw beroepsorganisatie. Uiteraard staat deelname vrij en hoeft u maar op één uitnodiging te reageren.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

De resultaten van dit onderzoek worden medio 2016 bekend gemaakt. Het rapport is dan te downloaden of te bestellen via de website www.nivel.nl.

Bijlage D Registratieformulier

Registratieformulier contacten met anderstaligen 'Tolken in de zorg' van NIVEL en KNMG

Vul dit formulier alleen in voor een anderstalige patiënt/cliënt (die Nederlands niet als moedertaal heeft).

Datum contact: _____

Naam zorgverlener: _____

1. Kenmerken anderstalige patiënt/cliënt

Beschrijf hier de kenmerken van de anderstalige patiënt/cliënt

Anderstaligen zijn personen voor wie Nederlands niet de moedertaal is.

A. Geslacht
- ❑ Man
- ❑ Vrouw

B. Leeftijd *(geef eventueel een schatting)*
- ❑ 0-11 jaar (kind/tiener)
- ❑ 12-15 jaar (puber/adolescent)
- ❑ 16-24 jaar (jongvolwassene)
- ❑ 25-44 jaar (volwassene)
- ❑ 45-64 jaar (middelbare volwassene)
- ❑ 65-84 jaar (oudere)
- ❑ 85 jaar of ouder (bejaarde)

C. Opleiding
- ❑ Geen opleiding (afgerond)
- ❑ Laag (lagere school/basisonderwijs, lbo, mavo/vmbo)
- ❑ Middelbaar (mbo, havo of vwo)
- ❑ Hoog (hbo of wo)

D. Taalniveau Nederlands
- ❑ Zeer onvoldoende (spreekt niet of nauwelijks Nederlands)
- ❑ Onvoldoende (spreekt zeer gebrekkig Nederlands)
- ❑ Voldoende (kan zich redden in het Nederlands)
- ❑ Goed (spreekt makkelijk in het Nederlands)
- ❑ Zeer goed (spreekt vloeiend, bijna accentloos Nederlands)

E. Moedertaal
- ❑ Arabisch
- ❑ Berbers (Marokko)
- ❑ Duits
- ❑ Engels
- ❑ Farsi (Iran)
- ❑ Frans
- ❑ Indonesisch
- ❑ Koerdisch
- ❑ Mandarijn (China)
- ❑ Papiaments (voormalige Nederlandse Antillen)
- ❑ Pahtu (Afghanistan)
- ❑ Pools
- ❑ Sranan (Suriname)
- ❑ Turks
- ❑ Andere moedertaal, namelijk

F. Generatie allochtoon
- ❑ Eerste generatie allochtoon (geboren in een ander land)
- ❑ Tweede generatie allochtoon (zelf geboren in Nederland, maar ouder(s) geboren in ander land)
- ❑ Derde generatie of meer/autochtoon (zelf geboren in Nederland, maar grootouder(s) in ander land)

G. Herkomst: geboorteland patiënt/cliënt of diens ouder(s)
- ❑ Turkije
- ❑ Marokko
- ❑ Suriname
- ❑ Voormalige Nederlandse Antillen
- ❑ Afghanistan
- ❑ Irak
- ❑ Iran
- ❑ Somalië
- ❑ Ander niet-westers land (in Afrika, Latijns-Amerika, Azië), namelijk:

- ❑ Westers land (in Europa, Noord-Amerika, Oceanië; of Indonesië/voormalig Nederlands-Indië of Japan), namelijk:

2. Kenmerken van het contact

Beschrijf hier het contact met de anderstalige patiënt/cliënt.

E. Soort contact
- ❑ Spreekuur/poliklinisch consult
- ❑ Telefonisch contact
- ❑ Huisbezoek/visites
- ❑ Visite bij opname/zaalbezoek
- ❑ Familiegesprek
- ❑ Ander soort contact, namelijk:

F. Inhoud van het contact *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ❑ Acute zorg/spoedeisende hulp/crisis of noodsituatie
- ❑ Anamnese/intakegesprek
- ❑ Controle/vervolgcontact
- ❑ Diagnostiek
- ❑ Informatie en toestemming over behandeling/onderzoek (informed consent)
- ❑ Lichamelijk onderzoek
- ❑ Medicatie voorschrijven/-voorlichting
- ❑ Slechtnieuwsgesprek
- ❑ (Test)uitslagen bespreken
- ❑ Voorlichtingsgesprek/preventieconsult (bijv. voor leefstijlverandering of preconceptiezorg)
- ❑ Andere inhoud, namelijk:

G. Omschrijf kort de belangrijkste reden voor het contact *Reden voor het contact was……*

3. Taalprobleem en oplossingen

Geef hier aan of er sprake was van een taalprobleem en welke oplossingen of hulp(middelen) er eventueel zijn ingezet.

Taalproblemen zijn er als de anderstalige geen of onvoldoende Nederlands spreekt, en ook geen andere gemeenschappelijke taal spreekt om met u te communiceren.

A. Was taal een probleem bij dit contact?

- ❑ Ja
- ❑ Nee, want patiënt/cliënt spreekt voldoende Nederlands → **Einde registratie**
- ❑ Nee, patiënt/cliënt spreekt een taal die ik ook spreek (gemeenschappelijke taal) → **Einde registratie**
- ❑ Nee, andere reden namelijk: → **Einde registratie**

B. Welke hulp(middelen) heeft u ingezet voor het taalprobleem?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ Geen hulp(middelen) ingezet → **Ga naar vraag 4A**
- ❑ Informele tolk (meegebrachte familieleden, vrienden, kennissen)
- ❑ Professionele tolk (tolk van beroep)
- ❑ (Online) woordenboek of vertaalwebsite
- ❑ Collega zorgverlener ingeschakeld die andere taal spreekt
- ❑ Visuele informatie (plaatjes/foto's, video's, posters)
- ❑ Schriftelijke informatie in andere taal
- ❑ Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC)/allochtone zorgconsulenten
- ❑ Doorverwijzing naar een andere zorginstelling waar ze oplossing(en) hebben voor het taalprobleem
- ❑ Andere hulp(middelen), namelijk:

C. Was het taalprobleem hiermee verholpen?

- ❑ Nee, helemaal niet (communicatie bleef heel moeizaam)
- ❑ Een beetje (communicatie werd er iets beter op)
- ❑ Grotendeels (maar nog wel problemen in communicatie)
- ❑ Jazeker (geen probleem meer in communicatie)

4. Inzet van een professionele tolk

Hier gaat het om uw overwegingen om wel of niet een professionele tolk in te zetten.

Professionele tolken zijn tolk van beroep. Ze werken volgens professionele standaarden, zijn gebonden aan een beroepscode en onderworpen aan kwaliteitscontroles.

A. Vond u de inzet van een professionele tolk, achteraf gezien, noodzakelijk bij dit contact?
Let op: het gaat om de noodzaak, niet of u daadwerkelijk een professionele tolk heeft ingezet.

- ❑ **Nee, niet noodzakelijk → Einde registratie**
- ❑ **Ja, noodzakelijk want…:**
  (meerdere antwoorden mogelijk)
  - □ de zorgvraag maakte het noodzakelijk
  - □ de situatie of omstandigheden maakte(n) het noodzakelijk
  - □ de meegebrachte informele tolk was niet geschikt
  - □ andere hulp(middelen) was/waren niet geschikt
  - □ andere hulp(middelen) was/waren niet beschikbaar

Licht uw reden(en) kort toe:

B. Waarom heeft u toch geen professionele tolk ingezet?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ Het ging om een acute zorgvraag/crisissituatie
- ❑ Ik dacht eerst dat een tolk niet nodig zou zijn
- ❑ Het contact duurde te kort om een tolk te regelen
- ❑ Ik wist niet hoe ik een professionele tolk kon inschakelen
- ❑ Ik ben/was onbekend met de tolkendienst/tolkentelefoon
- ❑ Er was geen professionele tolk beschikbaar (voor die taal)
- ❑ Ik heb slechte ervaringen met een professionele tolk
- ❑ De patiënt/cliënt gaf de voorkeur aan een informele tolk
- ❑ Ik volg het tolkenbeleid van mijn organisatie/instelling
- ❑ Ik stuurde de patiënt/cliënt door naar een collega of andere instelling/organisatie
- ❑ De financiering van een professionele tolk is onduidelijk of ontbreekt
- ❑ Andere reden(en), namelijk:

C. Wat zijn volgens u de gevolgen van het niet inzetten van een professionele tolk?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ Het contact kostte extra tijd
- ❑ Ik kon de zorgvraag van de patiënt/cliënt niet goed vaststellen
- ❑ Er is geen informed consent bereikt
- ❑ Er is een extra contact nodig voor deze patiënt/cliënt
- ❑ De patiënt/cliënt loopt extra (gezondheids)risico's doordat hij/zij mijn instructies of adviezen niet goed begreep (bijv. verkeerd medicatiegebruik)
- ❑ Het contact heeft niet bijgedragen aan de vertrouwensband tussen mij en de patiënt/cliënt
- ❑ Ander(e) gevolg(en), namelijk:

Hier kunt u deze registratie eventueel nog toelichten. *(niet verplicht)*

Hartelijk dank voor het invullen!

Voer deze registratie in via het online registratieformulier voor deze contactdatum.
(Zie de link in uw herinneringsbericht.)

Bijlage E Kenmerken van anderstaligen

In onderstaande tabel staan de kenmerken van 853 anderstalige patiënten waarbij sprake was van een taalprobleem, zoals beschreven door zorgverleners in de registraties en voor zover deze kenmerken bij zorgverleners bekend waren. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt in drie groepen: 1) wel professionele tolk nodig en ingezet, 2) wel professionele tolk nodig maar niet ingezet, en 3) geen professionele tolk nodig (en niet ingezet).

Tabel E.1 Kenmerken van anderstaligen waarbij sprake is van een taalprobleem en waarbij wel of geen professionele tolk is ingezet (registraties; n=853)

	totaal		huisartsenzorg		ziekenhuiszorg		GGZ		JGZ	
Wel professionele tolk nodig én ingezet:	(n=105)		(n=18)		(n=21)		(n=52)		(n=14)	
Geslacht:										
Man	38	(36%)	6	(33%)	7	(33%)	20	(39%)	5	(36%)
Vrouw	54	(51%)	11	(61%)	12	(57%)	26	(50%)	5	(36%)
Leeftijd:										
0-11 jaar	5	(5%)	0	(0%)	2	(9%)	3	(6%)	0	(0%)
16-24 jaar	7	(7%)	0	(0%)	0	(0%)	5	(10%)	2	(14%)
25-44 jaar	43	(41%)	2	(11%)	4	(19%)	25	(48%)	12	(86%)
45-64 jaar	32	(31%)	12	(67%)	2	(10%)	18	(35%)	0	(0%)
65+ jaar	17	(16%)	4	(22%)	13	(62%)	0	(0%)	0	(0%)
Opleiding:										
Geen opleiding	35	(33%)	6	(33%)	6	(29%)	22	(42%)	1	(7%)
Laag	36	(34%)	9	(50%)	4	(19%)	16	(31%)	7	(50%)
Middel	11	(11%)	0	(0%)	1	(5%)	10	(19%)	0	(0%)
Hoog	5	(5%)	0	(0%)	1	(5%)	3	(6%)	1	(7%)
Weet ik niet	17	(16%)	3	(17%)	9	(43%)	1	(2%)	4	(29%)
Herkomst:										
Niet-westers	99	(94%)	18	(100%)	20	(95%)	49	(94%)	12	(86%)
Westers	5	(5%)	0	(0%)	0	(0%)	3	(6%)	2	(14%)
Generatie:										
Eerste generatie	103	(98%)	18	(100%)	21	(100%)	51	(98%)	13	(93%)
Tweede generatie	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(7%)
Taalniveau:										
Zeer onvoldoende	68	(65%)	10	(56%)	15	(71%)	31	(60%)	12	(86%)
Onvoldoende	34	(32%)	8	(44%)	5	(24%)	20	(38%)	1	(7%)
Voldoende	3	(3%)	0	(0%)	1	(5%)	1	(2%)	1	(7%)
Wel professionele tolk nodig, maar niet ingezet:	(n=235)		(n=167)		(n=20)		(n=20)		(n=28)	
Geslacht:										
Man	76	(32%)	55	(33%)	10	(50%)	10	(50%)	1	(4%)
Vrouw	148	(63%)	107	(64%)	10	(50%)	8	(40%)	23	(82%)

-tabel E.1 wordt vervolgd -

- vervolg tabel E.1 -

	totaal		huisartsenzorg		ziekenhuiszorg		GGZ		JGZ	
Leeftijd:										
0-11 jaar	8	(3%)	6	(4%)	0	(0%)	0	(0%)	2	(7%)
16-24 jaar	6	(3%)	4	(2%)	0	(0%)	1	(5%)	1	(4%)
25-44 jaar	86	(37%)	47	(28%)	5	(25%)	9	(45%)	25	(89%)
45-64 jaar	84	(36%)	70	(42%)	5	(25%)	9	(45%)	0	(0%)
65-84 jaar	47	(20%)	38	(23%)	9	(45%)	0	(0%)	0	(0%)
85 jaar of ouder	3	(1%)	2	(1%)	1	(5%)	0	(0%)	0	(0%)
Opleiding:										
Geen opleiding	58	(25%)	49	(29%)	4	(20%)	3	(15%)	2	(7%)
Laag	98	(42%)	59	(35%)	7	(35%)	15	(75%)	17	(61%)
Middel	12	(5%)	7	(4%)	0	(0%)	1	(5%)	4	(14%)
Hoog	2	(1%)	1	(1%)	0	(0%)	1	(5%)	0	(0%)
Weet ik niet	65	(28%)	51	(31%)	0	(0%)	0	(0%)	5	(18%)
Herkomst:										
Niet-westers	208	(89%)	153	(92%)	18	(90%)	17	(85%)	20	(71%)
Westers	24	(10%)	12	(7%)	2	(10%)	3	(15%)	7	(25%)
Weet ik niet	2	(1%)	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(4%)
Generatie:										
Eerste generatie	225	(96%)	164	(98%)	14	(70%)	20	(100%)	27	(96%)
Tweede generatie	1	(0,4%)	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
Weet ik niet	4	(2%)	1	(1%)	2	(10%)	0	(0%)	1	(4%)
Taalniveau:										
Zeer onvoldoende	88	(37%)	66	(39%)	7	(35%)	5	(25%)	10	(36%)
Onvoldoende	115	(49%)	84	(50%)	11	(55%)	9	(45%)	11	(39%)
Voldoende	28	(12%)	16	(10%)	2	(10%)	5	(25%)	5	(18%)
Goed	1	(0,4%)	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(4%)
Weet ik niet	1	(0,4%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(4%)
Géén professionele tolk nodig:	(n=513)		(n=344)		(n=98)		(n=27)		(n=43)	
Geslacht:										
Man	145	(28%)	106	(31%)	28	(29%)	9	(33%)	2	(5%)
Vrouw	335	(65%)	219	(64%)	64	(65%)	15	(56%)	37	(86%)
Leeftijd:										
0-11 jaar	33	(6%)	25	(7%)	3	(3%)	0	(0%)	5	(12%)
12-15 jaar	8	(2%)	4	(1%)	3	(3%)	1	(4%)	0	(0%)
16-24 jaar	8	(2%)	5	(1%)	3	(3%)	0	(0%)	0	(0%)
25-44 jaar	166	(32%)	71	(21%)	44	(45%)	16	(59%)	35	(81%)
45-64 jaar	157	(31%)	119	(35%)	28	(29%)	7	(26%)	3	(7,0%)
65-84 jaar	134	(26%)	114	(33%)	17	(17%)	3	(11%)	0	(0%)
85 jaar of ouder	6	(1%)	6	(2%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
Opleiding:										
Geen opleiding	162	(32%)	140	(41%)	10	(10%)	7	(26%)	5	(12%)
Laag	141	(28%)	94	(27%)	19	(19%)	8	(30%)	20	(46%)
Middel	48	(9%)	24	(7%)	11	(11%)	5	(18%)	8	(18%)
Hoog	13	(2%)	6	(2%)	2	(2%)	3	(11%)	2	(5%)
Weet ik niet	146	(29%)	79	(23%)	55	(56%)	4	(15%)	8	(19%)

-tabel E.1 wordt vervolgd -

- vervolg tabel E.1 -

	totaal		huisartsenzorg		ziekenhuiszorg		GGZ		JGZ	
Herkomst:										
Niet-westers	443	(86%)	302	(88%)	85	(87%)	24	(89%)	32	(74%)
Westers	49	(10%)	31	(9%)	9	(9%)	2	(7%)	7	(16%)
Weet ik niet	7	(1%)	12	(3%)	2	(2%)	0	(0%)	0	(0%)
Generatie:										
Eerste generatie	471	(92%)	313	(91%)	90	(92%)	26	(96%)	42	(98%)
Tweede generatie	23	(5%)	19	(6%)	3	(3%)	0	(0%)	1	(2%)
Derde generatie	3	(1%)	3	(1%)	4	(4%)	0	(0%)	0	(0%)
Weet ik niet	6	(1%)	2	(1%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
Taalniveau:										
Zeer onvoldoende	200	(39%)	143	(42%)	27	(28%)	11	(41%)	19	(44%)
Onvoldoende	217	(42%)	140	(41%)	53	(54%)	9	(33%)	15	(35%)
Voldoende	72	(14%)	52	(15%)	10	(10%)	4	(15%)	6	(14%)
Goed	10	(2%)	3	(1%)	3	(3%)	1	(4%)	3	(7%)
Zeer goed	2	(0,4%)	1	(0,3%)	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)
Weet ik niet	3	(1%)	2	(0,6%)	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)

Bijlage F Soort zorgvragen

Voor het in kaart brengen van de soort zorgvragen waarbij een professionele tolk is ingezet, is gebruik gemaakt van het SCEGS-model dat in medische opleidingen aan bod komt en dat bijvoorbeeld door huisartsen wordt gebruikt voor klachtexploratie bij Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (zie NHG-Standaard SOLK, mei 2013). SCEGS staat voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, en sociale dimensie. Deze dimensies vinden hun oorsprong in het bio-psychosociale model (Engel, 1977). Het model gaat er van uit dat (ervaren) gezondheid samenhangt met alle dimensies van het menselijk bestaan en dat de mens in voortdurende interactie met zijn omgeving staat.

Zie box F.1 voor voorbeelden van de diverse soorten zorgvragen.

*Box F.1 Voorbeelden van diverse soorten zorgvragen, gebaseerd op het SCEGS-model**

Somatische zorgvragen
Zorgvragen die betrekking hebben op bijvoorbeeld maagpijn, keelontsteking, terugkerende chronische klachten.

Cognitieve zorgvragen
Zorgvragen die betrekking hebben op bijvoorbeeld een (vermoeden van) dementie, niet-aangeboren hersenletsel, taal-/leer-/ontwikkelingsstoornis.

Emotionele zorgvragen
Zorgvragen die betrekking hebben op bijvoorbeeld psychische aandoeningen, stressklachten en burn-out, angst- en paniekstoornissen, rouw-/verliesverwerking.

Gedragsmatige zorgvragen
Zorgvragen die betrekking hebben op opvoed-/gedragsproblemen, leefstijlverandering/preventieconsult (roken, voeding, bewegen).

Sociale zorgvragen
Zorgvragen die betrekking hebben op relatie-/gezinsproblemen, werk, huisvesting, financiën.

Complexe zorgvragen
Zorgvragen die betrekking hebben op ernstige psychische problemen, ongeneeslijke ziekten, palliatieve of terminale zorg.

Technische zorgvragen
Zorgvragen die betrekking hebben op diagnostiek, medicatie(voorlichting).

Taboe onderwerpen
Zorgvragen die betrekking hebben op seksualiteit, verslavingen, (vermoeden van) huiselijk geweld/mishandeling of seksueel misbruik.

* Bron: NHG-standaard SOLK, 2013