

# Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg



**INHOUDSOPGAVE:**

Samenvatting .....	3
Doel kwaliteitsnorm .....	4
2. Aanleiding kwaliteitsnorm.....	4
3. Zorginhoudelijke argumenten.....	5
4. Wettelijke argumenten.....	5
5. Wetenschappelijke onderbouwing .....	6
6. Toepassing kwaliteitsnorm .....	6
Stap 1: Is een tolk noodzakelijk? .....	6
Stap 2: Is een professionele tolk noodzakelijk of kan met een informele tolk worden volstaan? .....	7
Bijlage I .....	9
Beoordelingsschema inzet van tolken.....	9
Bijlage II.....	10
Wetenschappelijke bronnen.....	10

Maart 2014, KNMG, KNOV, LHV, NHG, NIP, NPCF, NVvP, op initiatief van Pharos.

### **Samenvatting**

**Een zorgverlener wordt geacht zorg te bieden conform professionele richtlijnen en standaarden. De patiënt heeft hier recht op. Een zorgverlener die te maken heeft met een anderstalige patiënt schat in of de taalbarrière het verlenen van adequate zorg in de weg staat. Indien dit het geval is schakelt de zorgverlener een tolk in om tot een effectieve communicatie te komen en schat in of dit een professionele tolk moet zijn. In een aantal situaties is het noodzakelijk dat een professionele tolk wordt ingezet om verantwoorde zorg te kunnen bieden. In andere situaties kan een informele tolk voldoende zijn om tot verantwoorde zorg te komen.**

**Van zorgverleners wordt verwacht dat zij kunnen inschatten in welke situaties een tolk nodig is en of dit een professionele, of een informele tolk kan zijn. Gebruik van een beoordelingsschema helpt bij het maken van deze keuze.**

## 1. Doel kwaliteitsnorm

Deze kwaliteitsnorm stelt de zorgverlener in staat om in aanvulling op de eigen professionele standaarden een zorgvuldige afweging te maken over de inzet van een professionele tolk en zal bijdragen aan een efficiënte inzet van middelen. Deze norm is bedoeld om zorgverleners een leidraad te bieden bij de keuze voor een tolkvoorziening. Dit zal afhankelijk van de beroepsgroep en setting bij implementatie verder uitgewerkt worden. Hieronder wordt in het kort de achtergrond van de totstandkoming van de kwaliteitsnorm en het wettelijke kader geschetst. Paragraaf 6 bevat de kern van de kwaliteitsnorm. Daarin worden twee stappen onderscheiden die behulpzaam zijn bij de afweging over de inzet van een tolk. In een schema (bijlage 1) wordt vervolgens weergegeven welke stappen de zorgverlener dient te doorlopen bij de afweging voor het inzetten van een professionele tolk.

## 2. Aanleiding kwaliteitsnorm

Op grond van de *Veldnorm voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg*<sup>1</sup> moest in alle gevallen waarin sprake is van een taalbarrière een professionele tolk ingeschakeld worden. De verandering van de financiering van tolkdiensten per 1 januari 2012 betekende een hernieuwde discussie over rechten en plichten van patiënt<sup>2</sup> en zorgverlener, over financiering en over het gebruik van informele tolken. Duidelijk is dat er in alle gevallen met een taalbarrière een tolkvoorziening nodig is. De vraag is wanneer dit een professionele of informele tolk moet zijn.<sup>3</sup>

Op het afschaffen van de tolkenvergoeding is de nodige kritiek geweest. Het ontslaat de zorgverlener namelijk niet van de plicht om verantwoorde zorg te leveren. Ook legt het een grotere druk op de zorgverlener om alsnog die maatregelen te treffen die ertoe leiden dat goede zorg geleverd kan worden. Daarbij komt dat patiënten waarbij sprake is van een taalbarrière niet altijd de middelen hebben om een professionele tolk te betalen. Ook is het de vraag of van migranten of vluchtelingen die relatief kort in Nederland wonen kan worden verlangd dat zij de Nederlandse taal dermate goed beheersen dat de zorgverlener bij hen kan voldoen aan de informatieplicht van de zorgverlener en de eis van 'informed consent'.<sup>4</sup> Uit de praktijk blijkt dan ook dat zorgverleners en zorginstellingen deze situatie proberen op te lossen door hiervoor middelen vrij te maken die voor andere doeleinden zijn bestemd, dat anderstalige patiënten naar andere instellingen worden doorgeschoven of dat gekozen wordt voor ad hoc oplossingen zonder dat er een afwegingskader bestaat of kwaliteitsgaranties zijn.<sup>5</sup> Tegelijkertijd moet worden onderkend dat de Veldnorm uit 2008 weinig ruimte laat voor een eigen afweging van de zorgverlener. Niet alle communicatieproblemen hoeven te worden opgelost door de inzet van een professionele tolk. Soms kan worden volstaan met een informele tolk zoals een familielid of met een andere oplossing die de taalbarrière wegneemt. Voor Pharos was dit aanleiding om beroepsverenigingen en patiëntenfederatie NPCF samen te brengen om gezamenlijk een kwaliteitsnorm op te stellen.

---

<sup>1</sup> *Wanneer laten tolken? - Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg* (2008). Bron: [www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties](http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties)

<sup>2</sup> Daar waar patiënt staat kan ook cliënt gelezen worden.

<sup>3</sup> *KNMG-standpunt Tolken in de zorg* (2011) Bron: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties>

<sup>4</sup> Ook wel genoemd 'geïnformeerde toestemming'.

<sup>5</sup> Ministerie van VWS (2013). Brief aan Tweede Kamer, 119322-104128-MC, 28-5-2013.

### 3. Zorginhoudelijke argumenten

Goede communicatie tussen een zorgverlener en een patiënt is noodzakelijk zodat de patiënt zijn klachten goed kan uitleggen en de zorgverlener in staat wordt gesteld goede zorg te leveren. Als zorgverlener en patiënt onvoldoende met elkaar kunnen communiceren kunnen zij elkaar over essentiële zaken niet informeren. Een zorgverlener heeft behoefte aan informatie van de patiënt, over diens eigen gezondheid, de aard van de klachten/hulpvraag, het effect van de behandeling. Anderzijds is de zorgverlener verplicht de patiënt informatie te verschaffen over aspecten van de behandeling, zodat de patiënt ‘informed consent’ kan geven. Dit kan problematisch zijn bij een taalbarrière tussen de zorgverlener en de patiënt. Als zorgverlener en patiënt elkaar door een taalbarrière onvoldoende begrijpen is het risico zeer groot dat de patiënt niet de juiste hulp of behandeling krijgt. In het geval van een taalbarrière moet de zorgverlener daarom maatregelen treffen om die barrière op te heffen, bijvoorbeeld door het inschakelen van een tolk. Dit geldt zeker voor werkvelden, zoals de ggz, waar taal nog centraler staat dan elders.

### 4. Wettelijke argumenten

Er zijn verschillende regelingen waarin eisen worden gesteld aan de communicatie door zorgverleners. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is bepaald dat zorg die vanuit instellingen wordt verleend van goede kwaliteit moet zijn. Dat betekent dat die zorg tijdig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet zijn. Het leveren van kwalitatief goede zorg impliceert dat de zorgverlener en de patiënt goed met elkaar kunnen communiceren in een voor beiden begrijpelijke taal. In de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) is een soortgelijke bepaling opgenomen voor beroepsbeoefenaren die niet in een instelling werkzaam zijn.

De Wgbo (Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst) kent twee bepalingen die in dit verband relevant zijn. In artikel 7:453 BW is bepaald dat de zorgverlener de zorg van een goed zorgverlener in acht neemt en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid zoals die voortvloeit uit de geldende professionele standaard. Daarnaast is in de Wgbo bepaald dat de zorgverlener de patiënt voldoende moet informeren (artikel 7:448 BW). In dit artikel is nadrukkelijk de verplichting op de zorgverlener gelegd om de patiënt op duidelijke wijze en desgevraagd schriftelijk in te lichten over de behandeling. Met de term ‘duidelijk’ wordt bedoeld dat de zorgverlener zich begrijpelijk uitdrukt. De zorgverlener moet niet alleen informeren maar ook controleren of de patiënt heeft begrepen wat is gezegd. De wet stelt niet expliciet de eis dat de zorgverlener nagaat of de patiënt de verstrekte informatie daadwerkelijk begrepen heeft. Niettemin ligt het voor de hand dat de zorgverlener dit in de gaten houdt, omdat het informeren van een patiënt zonder dat deze de informatie begrijpt weinig zinvol is. Uit de memorie van toelichting bij de Wgbo blijkt dat als de patiënt geen Nederlands spreekt of verstaat, de hulpverlener bij het geven van inlichtingen de hulp kan invoeren van iemand die de taal van de patiënt machtig is.<sup>6</sup> Deze norm wordt ook in het tuchtrecht gehanteerd. Op grond van tuchtrechtelijke jurisprudentie moeten zorgverleners bij het informeren van patiënten die onvoldoende Nederlands spreken of verstaan de hulp invoeren van iemand die de taal van de patiënt machtig is, desgewenst een professionele tolk.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Memorie van toelichting bij art. 7: 448 BW (kamerstukken II 21 561, nr. 3, p.11).

<sup>7</sup> Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg, 2005/222, 19 oktober 2006.

## 5. Wetenschappelijke onderbouwing

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat bij een taalbarrière tussen zorgverlener en patiënt het risico groot is dat de patiënt niet de juiste behandeling krijgt. Tevens blijkt de inzet van professionele tolken de uitkomsten van zorg aantoonbaar te verbeteren (zie bijlage 2). Huisartsen en behandelaars in de ggz benoemen nadrukkelijk de baten van het gebruik van professionele tolken.<sup>8</sup> Om verantwoorde zorg te leveren moet de zorgverlener maatregelen treffen om de taalbarrière weg te nemen zodat de zorg op doelmatige en effectieve wijze geleverd kan worden. Soms zal dit inhouden dat een professionele tolk wordt ingeschakeld. Dan is de tolk feitelijk integraal onderdeel van verantwoorde zorg en kwaliteitsbeleid.

## 6. Toepassing kwaliteitsnorm

Zorgverleners dienen te beoordelen óf een tolk ingeschakeld moet worden, en zo ja of dit een professionele of informele tolk kan zijn. Deze beoordeling is afhankelijk van het werkveld, de omstandigheden en van de zorgvraag. Bij die beoordeling speelt de wens van de patiënt uiteraard een belangrijk rol, zeker als de patiënt zelf iemand wil meenemen om te tolken. Om deze reden zijn wegingsfactoren opgenomen in het bijgevoegde beoordelingsschema (zie bijlage 1). Bij het beantwoorden van de hoofdvragen (stap 1 en stap 2) biedt het schema de zorgverlener de mogelijkheid om met behulp van de wegingsfactoren de specifieke omstandigheden in een kader te plaatsen. Hierbij moeten de afzonderlijke wegingsfactoren in onderlinge samenhang worden gezien om de hoofdvraag met 'ja' of 'nee' te beantwoorden. Deze stappen helpen zorgverleners om gepast en doelmatig met tolkeninzet om te gaan.

### *Stap 1: Is een tolk noodzakelijk?*

In alle gevallen waarin er sprake is van een taalbarrière moet de zorgverlener inschatten wat het taalniveau is van het Nederlands (of van een eventuele gemeenschappelijke taal) van de patiënt. Een tolk is nodig als dit taalniveau onvoldoende is. De inschatting hiervan is onderdeel van het professioneel handelen zoals geformuleerd in wettelijke kaders en beroepsnormen en derhalve de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

Relevante wegingsfactoren voor de inzet van een tolk zijn:

1. Is de (gemeenschappelijke) taalbeheersing onvoldoende voor de patiënt om zich uit te drukken, een behandeling te begrijpen en om 'informed consent' te kunnen geven?
2. Ontbreken aanvaardbare en adequate alternatieven voor de inzet van een tolk?

---

<sup>8</sup> Regioplan (2009). Kosten- en batenanalyse van tolkdiensten - eindrapport -. Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS.

### *Toelichting*

Bij het beoordelen van het taalniveau kan in de eerste plaats worden gedacht aan de beheersing van het Nederlands door de patiënt. Maar het kan bijvoorbeeld ook een gemeenschappelijke vreemde taal zijn zoals het Engels. Eerste vragen kunnen zijn: Spreekt u Nederlands? Welke taal kunnen wij spreken? Hebben we een tolk nodig? Overigens geven open vragen sneller een indruk van het taalniveau van de patiënt dan gesloten vragen die alleen met ja of nee kunnen worden beantwoord. Het nagaan of een vraag begrepen is geeft meteen een indruk over deze wegingsfactor. Het is belangrijk deze wegingsfactor in relatie te zien met de andere wegingsfactoren.

Beheerst en begrijpt de patiënt de (gemeenschappelijke) taal voldoende, zodat de zorgverlener voldoet aan de voorwaarden voor 'informed consent' (de eerste wegingsfactor), dan hoeft er geen tolk te worden ingeschakeld mits de zorgverlener zelf de gemeenschappelijke (vreemde) taal voldoende beheerst. Te denken valt in dit opzicht aan specifieke medische terminologie.

Een geringe taalbarrière kan worden weggenomen door de tweede wegingsfactor (alternatieven) hierin te betrekken. Zo kan soms de patiënt worden verwezen naar een zorgverlener die de taal van de patiënt wel spreekt. Maar ook een informatiefolder in een vreemde taal kan de patiënt bijvoorbeeld duidelijkheid verschaffen over (een bepaald aspect van) de zorg, mits de patiënt de eigen taal kan lezen. Verder worden er steeds meer digitale en audiovisuele hulpmiddelen ontwikkeld, die ingezet kunnen worden al dan niet in combinatie met tolken. Dit moet wel nadrukkelijk in relatie met de eerste wegingsfactor worden gezien.

Wanneer deze twee wegingsfactoren met ja worden beantwoord, dient een tolk te worden ingeschakeld. Dan dient zich de vraag aan of het om een professionele dan wel een informele tolk moet gaan.

### *Stap 2: Is een professionele tolk noodzakelijk of kan met een informele tolk worden volstaan?*

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen professionele tolken en informele tolken.

Professionele tolken werken volgens professionele standaarden en beroepscode, en zijn onderworpen aan kwaliteitscontrole. Dit garandeert dat de tolk adequaat vertaalt, onpartijdig is en vertrouwelijkheid van het gesprek zal bewaren. De professionele tolk wordt geacht de bedoeling van zowel de zorgverlener als de patiënt goed weer te geven.

Informele tolken zijn bijvoorbeeld familie, vrienden of kennissen. Zij hebben geen geheimhoudingsplicht, werken niet volgens professionele standaarden en zijn niet gebonden aan een beroepscode. Toch kunnen zij in bepaalde zorgsituaties als tolk fungeren. Patiënten dringen in sommige situaties zelf aan op het gebruik van een (eigen) informele tolk. Het is belangrijk deze wens zeer serieus te nemen. Vaak spelen dan zaken als sociale steun (vertrouwen, zorgende rol, belangenbehartiging) een rol.

Een aparte categorie is nog de andere zorgverlener die de taal van de patiënt spreekt en als tolk wordt ingezet. Op deze vorm van tolken is een mix van bovenstaande kwalificaties van toepassing, maar er is geen sprake van kwaliteitscontrole. De afwegingen die leiden tot de keuze voor een (informele) tolk worden met de patiënt besproken en vastgelegd in het patiëntendossier.

De risico's bij het inschakelen van een informele tolk vertalen zich in de wegingsfactoren die in het schema zijn opgenomen.

Relevante wegingsfactoren bij inzet van een professionele of informele tolk zijn:

- Is de aard van de zorgvraag en het zorgaanbod complex (behandel-technisch, taboeonderwerp, emotioneel beladen)?
- Acht u de kans reëel dat de relatie tussen patiënt en tolk een betrouwbare informatie uitwisseling in de weg staat?
- Bestaat het risico dat de informele tolk (bedoeld of onbedoeld) verkeerde informatie verstrekt of informatie achterhoudt, op grond waarvan de patiënt een verkeerde beslissing neemt?
- Hebben patiënt en zorgverlener een voorkeur voor een professionele of informele tolk?

### *Toelichting*

Iedere situatie vraagt om een zorgvuldige afweging vooraf en evaluatie achteraf. Het inzetten van een informele tolk kent namelijk risico's. Zo kan de taalbeheersing van een informele tolk onvoldoende zijn om complexe gezondheidsproblemen te vertolken. Ook kan er te veel emotionele betrokkenheid zijn bij de problematiek van de patiënt om goed te kunnen tolken of kan de objectiviteit van de tolk in het geding zijn. Dat laatste is bijvoorbeeld aan de orde als de informele tolk een eigen belang heeft bij de behandeling van de patiënt. Ook lenen bepaalde (medische) onderwerpen zich niet goed voor vertolking door een informele tolk. Voorbeelden zijn o.a. onderwerpen in de taboe sfeer en emotionele onderwerpen (denk aan problemen rondom seksualiteit, gynaecologische problemen, ongeneeslijke ziekten, psychische problematiek, vermoeden huiselijk geweld, relatie- en gezinsproblemen). Dat dit nadrukkelijk voor psychiatrische problematiek geldt, wordt geïllustreerd door het feit dat de ggz de grootste afnemer is van professionele tolkdiensten.<sup>9</sup>

Het inzetten van minderjarige als tolk bij de zorg aan een ouder, is vanwege voor de hand liggende redenen, te allen tijde af te raden, behalve in evidente noodgevallen of bij duidelijk eenvoudige hulpvragen.

Als de zorgverlener de inzet van een professionele tolk nodig acht heeft het werken met telefonische tolken de sterke voorkeur vanwege de kosteneffectiviteit.

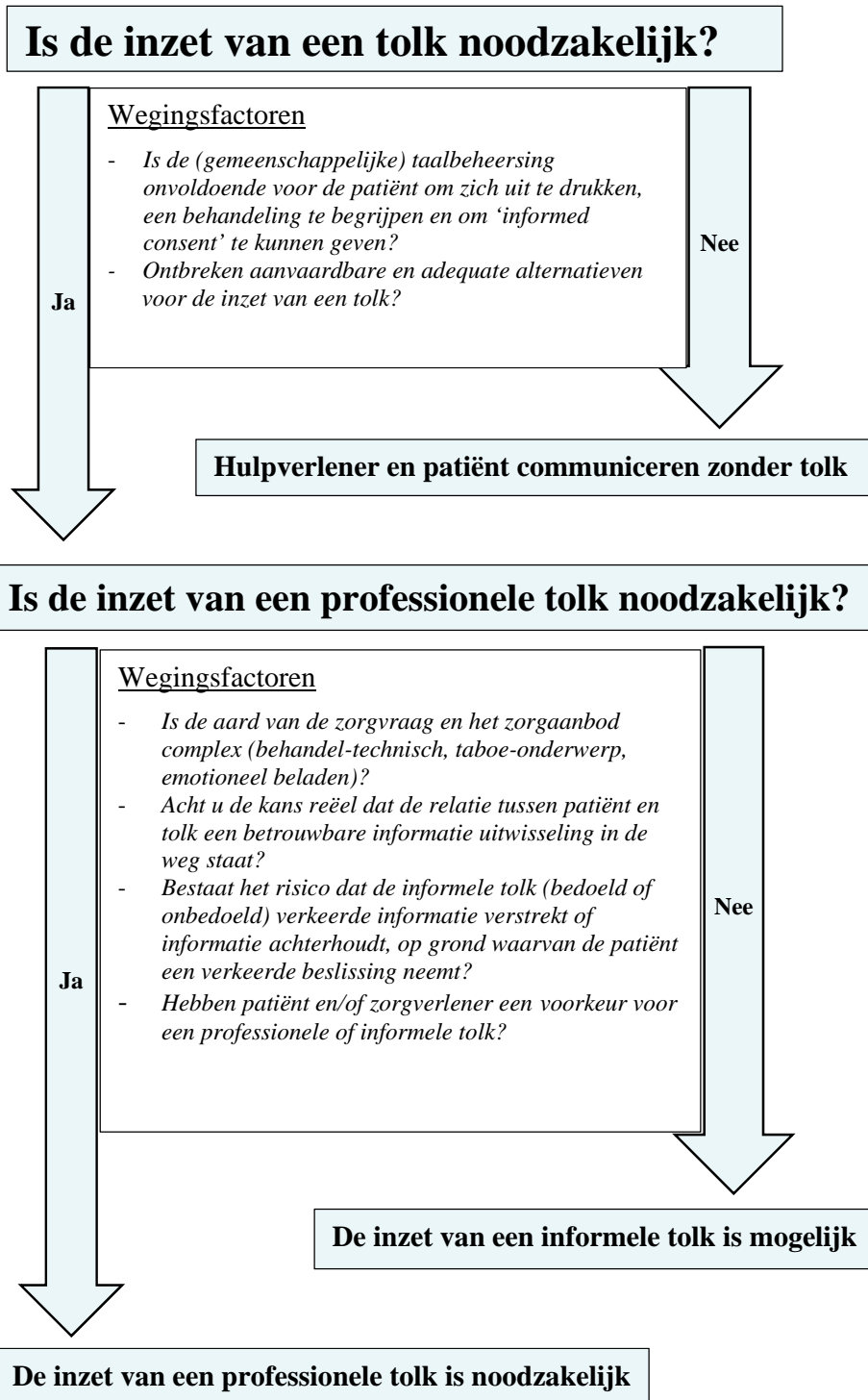
---

<sup>9</sup> Regioplan (2009). Kosten- en batenanalyse van tolkdiensten – eindrapport -. Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS.



## Bijlage I

### Beoordelingschema inzet van tolken



## Bijlage II

### Wetenschappelijke bronnen

Er is vooral in de Verenigde Staten onderzoek gedaan naar de effecten van tolkgebruik op de kwaliteit van met name medische zorg. Een greep uit de relevante literatuur.

#### 1. Risico's van taalbarrière voor kwaliteit van zorg

In geval van een taalbarrière krijgen patiënten minder vaak adequate medicatie voorgeschreven en vindt er minder uitleg plaats over medicatie resulterend in lagere therapietrouw. Ook zijn er minder follow-up afspraken. De kans op een ziekenhuisopname is groter evenals de kans daarbij op complicaties. Een psychiatrische opname duurt vaak langer. Verwijzing naar ambulante psychologische zorg vindt minder vaak (?) plaats. Anderstalige patiënten maken minder opmerkingen tijdens consulten en deze opmerkingen worden vaker genegeerd door artsen, hetgeen leidt tot slechtere medische uitkomsten. Bij een taalbarrière is er een lagere patiënttevredenheid en dit is gerelateerd aan lagere kwaliteit van zorg.<sup>10</sup>

#### 2. Effecten tolkgebruik op zorg en kosten

Enkele reviews van studies over het effect van professionele tolken op communicatie (misverstand en begrip), zorggebruik, kwaliteit van zorg, gezondheid en patiënttevredenheid komen tot de volgende conclusie: inzet van professionele tolken verbetert de kwaliteit van zorg meer dan inzet van informele tolken, en wel tot ongeveer hetzelfde niveau als bij patiënten zonder taalbarrières.<sup>11</sup>

Ouders van zieke kinderen rapporteren bij het gebruik van telefonische tolken betere communicatie en grotere tevredenheid met de zorg dan zonder tolkgebruik. Zorgverleners onderschatten de wensen van patiënten om tolken in te zetten.<sup>12</sup>

Alleen van professionele tolken is een positief effect op gezondheidsuitkomsten aangetoond. Voor informele tolken is dit niet onderzocht.

Inzet van professionele tolken leidt aanvankelijk in de eerstelijns tot meer medische zorgconsumptie en dus hogere kosten, maar leidt daarna tot minder verwijzingen en ziekenhuisopnames, en meer preventie. Het gebruik van tolken in de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) leidt eveneens tot minder vervolconsulten en een vermindering van klinische opnames, zonder dat een langer verblijf bij de SEH is of een toename van kosten. Hierdoor is inzet van tolken uiteindelijk kosteneffectief. Het leidt bovendien tot meer tevredenheid bij patiënten én zorgverleners.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Bischoff A (2012). Do language barriers increase inequalities? Do interpreters decrease inequalities? In: Ingelby D et al. *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities* (COST Series on Health and Diversity – Vol. 2); 128-143. Apeldoorn: Garant; Cohen AL et al. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*; 116 (3): 575-579; Divi C et al. (2007). Patients with limited English experience more serious errors. *International Journal for Quality in Health Care*; 19 (2): 60-67; Flores G (2006). Language barriers to health care in the United States. *New England Journal of Medicine*; 355 (2): 229-231; Ginsburg JA (2007). *Language Services for Patients with limited English Proficiency: a position paper*. Philadelphia, PA: American College of Physicians.

<sup>11</sup> Karliner LS et al. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*; 42, 2: 727-754.

<sup>12</sup> Cunningham H et al. (2008). Satisfaction with telephonic interpreters in pediatric care. *Journal of the National Medical Association*; 100 (4): 429-434.

<sup>13</sup> Flores G (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research & Review*; 62 (3): 255-299; Bernstein J et al. (2002). Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up. *Journal of Immigration Health*;

Een inventarisatie onder Nederlandse huisartsen en ggz-behandelaars bevestigde de in de literatuur genoemde positieve effecten van professioneel tolkgebruik op de zorg, zowel kwalitatief als kwantitatief.<sup>14</sup>

### 3. Voordelen professionele tolk boven informele tolk

De taalvaardigheid van tweetalige stafleden wordt zelden getest en kan inadequaat zijn in vergelijking met professionele tolken. Een vergelijkend onderzoek laat een twaalf maal grotere kans op klinisch relevante vertaalfouten zien bij gebruik van ongetrainde tweetalige medewerkers. Hetzelfde geldt voor tolken door familieleden, mede omdat bij hen de eigen ideeën over de zorgbehoefte van de patiënt een rol kunnen spelen. Het gebruik van kinderen als tolk wordt algemeen als slechte zorg gezien.<sup>15</sup>

In een editorial wordt gepleit voor een ‘realiteitsmodel’. Het is een gegeven dat de praktijk vraagt om flexibele oplossingen in geval van taalbarrières in zorgcontacten met migranten. Afhankelijk van de situatie is de ene keer een professionele tolk aangewezen, de andere keer is een informele tolk (meer vrouwen in de zorgende en belangen behartigende rol van tolk) een goede optie.<sup>16</sup>

## 4. Barrières voor inzet professionele tolken in de gezondheidszorg

Ondanks de gunstige effecten op patiënt tevredenheid, op communicatie en kwaliteit van zorg wordt binnen de gezondheidszorg vaak onvoldoende gebruik gemaakt van beschikbare tolkdiensten. De gewoonte om met ongetrainde ad hoc informele tolken te werken, het idee meer tijd kwijt te zijn met de inzet van professionele tolken en de kosten van een tolkdienst zijn barrières voor het opzetten en gebruik maken van professionele tolkdiensten.<sup>17</sup>

---

4 (4): 171-176; Jacobs EA et al. (2005). The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patients satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*; 22 Suppl. 2: 306-311; Jacobs EA et al (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health*; 94: 866-869; Ku L & Flores G (2005). Pay now or pay later: Providing interpreters services in health care. *Health Affairs*; 24 (2): 435-444; Muela Ribera et al. (2008). *Is the use of interpreters in medical consultation justified? A critical review of the literature*. Tessenderlo (Belgium): PASS International.

<sup>14</sup> Regioplan (2009). Kosten- en batenanalyse van tolkdiensten – eindrapport -. Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS.

<sup>15</sup> Gany F et al. (2007). The impact of medical interpretation method on time and errors. *Journal of General Internal Medicine*; 22 (suppl. 2): 319-323.

<sup>16</sup> Meeuwesen L (2012). Language barriers in migrant health: a blind spot (editorial). *Patient Education and Counseling*; 86:135-136.

<sup>17</sup> Ramirez D et al (2008). Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*; 19 (2): 352-362.