

Generieke richtlijn

Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein

Vastgesteld: 9 oktober 2025

Regi houder: Patiëntenfederatie Nederland

Deze richtlijn is ontwikkeld door vertegenwoordigers van beroeps- en patiëntenorganisaties, een vertegenwoordiger van Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen en een projectgroep onder leiding van Patiëntenfederatie Nederland.

De beroeps- en patiëntenorganisaties die hebben meegewerkt zijn:

- BPSW - de landelijke beroepsvereniging van professionals in het sociaal werk
- KAMG - Koepel Artsen Maatschappij + Gezondheid
- KNMP - Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- KNOV - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- NHG - Nederlandse Huisartsen Genootschap
- NIP - Nederlands Instituut van Psychologen
- NIV - Nederlandse Internisten Vereniging
- NVOG - Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- NVvH - Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- NVvP - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- ORTV - Orde Register Tolken en Vertalers
- Patiëntenfederatie Nederland
- Patiëntenorganisatie Stichting Interculturele Zorg (voorheen SGAN)
- V&VN - Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

De projectgroep bestond uit een onafhankelijk voorzitter, onderzoekers van het Amsterdam Center for Health Communication van de Universiteit van Amsterdam, een richtlijnmethodoloog van Amsterdam UMC en de projectleider, de projectondersteuner en de verantwoordelijk manager vanuit Patiëntenfederatie Nederland. De namen en affiliaties van de leden van de werkgroep en de projectgroep zijn te vinden in hoofdstuk 9.

Het doel van deze richtlijn is het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg door zorg- en hulpverleners, patiënten en hun naasten te ondersteunen met aanbevelingen voor de communicatie bij gesprekken waarbij er (mogelijk) sprake is van een taalbarrière. De aanbevelingen in deze richtlijn zijn gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, vakinhoudelijke inzichten en perspectieven van patiënten. Net als bij andere richtlijnen zijn de aanbevelingen geen wettelijke voorschriften.

Er kunnen zich omstandigheden voordoen waarbij een zorg- of hulpverlener het in het belang van de patiënt wenselijk vindt om van de richtlijn af te wijken, bijvoorbeeld in spoedgevallen. Daarnaast is het ontbreken van essentiële organisatorische randvoorwaarden een reden waardoor zorg- of hulpverleners de richtlijn niet kunnen volgen. Voorbeelden van organisatorische randvoorwaarden zijn: geen toegang hebben tot tolken (om financiële of andere redenen), onvoldoende tijd hebben voor gesprekken waarbij een taalbarrière speelt of wanneer er onvoldoende personele capaciteit is. Dit laat onverlet dat deze richtlijn bedoeld is om te fungeren als houvast om de communicatie tussen zorg- en hulpverleners en patiënten te verbeteren.

Autorisatieproces

De inhoud van dit kwaliteitsdocument is goedgekeurd door alle organisaties die hebben meegewerkt. De deelnemende organisaties hebben de goedkeuring als volgt bekrachtigd:

Autorisatie als richtlijn:

- BPSW - Beroepsvereniging van professionals in het sociaal werk
- KAMG - Koepel Artsen Maatschappij + Gezondheid
- KNOV - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- NIP - Nederlands Instituut van Psychologen
- NVvH - Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- V&VN - Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Autorisatie als leidraad*:

- NIV - Nederlandse Internisten Vereniging
- NVOG - Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Bestuurlijke goedkeuring:

- NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap

Bestuurlijke ondersteuning:

- KNMP - Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

Verklaring van geen bezwaar:

- NVvP - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Goedkeuring:

- ORTV - Orde Register Tolken en Vertalers
- Patiëntenfederatie Nederland
- Patiëntenorganisatie Stichting Interculturele Zorg (voorheen SGAN)
- Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen

Expertisecentrum Pharos faciliteert het verspreiden van deze richtlijn - www.pharos.nl/taalbarrieres

Dit project is financieel mogelijk gemaakt door:

Het programma Kwaliteit van zorg van ZonMw (projectnummer 5160122130002) en een bijdrage van Patiëntenfederatie Nederland.



* NIV en NVOG hebben dit kwaliteitsdocument geautoriseerd als leidraad, conform de definitie in het rapport Medisch specialistische richtlijnen 3.0 van de Federatie Medisch Specialisten (2023). Daarin staat dat een leidraad vooral procesgerichte afspraken of adviezen over organisatorische en uitvoerende zaken bevat, en niet primair ingaat op medische inhoud of indicatiestelling. Juridisch gezien is er volgens het rapport geen verschil tussen richtlijnen en kwaliteitsdocumenten met een andere naam.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	8
2. Algemene inleiding	13
2.1. Aanleiding en relevantie	13
2.2. Doel	15
2.3. Doelgroep	15
2.4. Methodologische aanpak	16
2.5. Reikwijdte van de generieke richtlijn	16
2.5.1. Welke taalbarrières?	16
2.5.2. Andere factoren die de communicatie beïnvloeden	16
2.6. Juridische betekenis	17
2.7. Omschrijvingen van de belangrijkste begrippen	17
2.7.1. Vormen van taalondersteuning	18
2.7.2. Gesprekstypen	20
2.7.3. Overige veelgebruikte begrippen	21
3. Perspectief van patiënten	22
3.1. Ervaringen	22
3.1.1. Geen keus	22
3.1.2. Weigeren van zorg of hulp	23
3.1.3. (Over)belasting van naasten	24
3.2. Wensen en behoeftes	24
3.2.1. Kennis en vertrouwen	24
3.2.2. Vormen van taalondersteuning	25
4. Module 1: Taalbarrière vaststellen	26
4.1. Uitgangsvraag	26
4.2. Aanbevelingen	26
4.3. Onderbouwing	26
4.3.1. Waarom is het belangrijk om vast te stellen óf er een taalbarrière is?	26
4.3.2. Wie is er verantwoordelijk voor het vaststellen van (de mate van) de taalbarrière?	27
4.3.3. Op welk moment kan worden vastgesteld óf en in welke mate er een taalbarrière is?	27
4.3.4. Hoe stel je vast óf en in welke mate er een taalbarrière is?	27
4.4. Overwegingen	30
4.4.1. Signaleren van taalbarrières vóór een afspraak	31
4.4.2. Signaleren van taalbarrières aan het begin van een afspraak	31
4.4.3. Noteren van taalbarrière in het dossier	31

5. Module 2: Vorm(en) van taalondersteuning kiezen	32
5.1. Uitgangsvraag	32
5.2. Aanbevelingen	32
5.3. Onderbouwing	33
5.3.1. (Beperkt) gemeenschappelijke taal	33
5.3.2. Zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt	34
5.3.3. Professionele tolk	35
5.3.4. Naaste die tolkt	37
5.3.5. Digitale hulpmiddelen	38
5.3.6. Vertaald materiaal	40
5.3.7. Communiceren met non-verbale communicatie	41
5.3.8. Persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken	41
5.3.9. Cultuurmediator	42
5.4. Overwegingen	43
5.4.1. (Beperkt) gemeenschappelijke taal	43
5.4.2. Zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt	44
5.4.3. Professionele tolk	44
5.4.4. Naaste die tolkt	45
5.4.5. Digitale hulpmiddelen	46
5.4.6. Vertaald materiaal	47
5.4.7. Non-verbale communicatie	47
5.4.8. Persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken	48
5.4.9. Cultuurmediator	48
6. Module 3: Realisatie communicatiedoelen evalueren	49
6.1. Uitgangsvraag	49
6.2. Aanbevelingen	49
6.3. Onderbouwing	49
6.3.1. Waarom is het belangrijk om de communicatiedoelen te evalueren?	49
6.3.2. Wie is er verantwoordelijk voor het evalueren van de communicatiedoelen?	50
6.3.3. Op welk moment kunnen communicatiedoelen geëvalueerd worden?	50
6.3.4. Hoe evalueer je communicatiedoelen?	50
6.4. Overwegingen	51

7. Verspreiden en implementeren	52
7.1. Verspreiden	52
7.2. Implementeren	53
7.2.1. Brede bewustwording en scholing	53
7.2.2. Organisatie van zorg: tijd	53
7.2.3. Organisatie van zorg: toegang tot vormen van taalondersteuning	54
7.3. Financiële gevolgen implementatie van de richtlijn	57
7.4. Adviezen voor stakeholders	57
7.5. Adviezen per groep van stakeholders	58
7.5.1. Beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen van zorg- en hulpverleners	58
7.5.2. Aanbieders van zorg en ondersteuning	58
7.5.3. Patiënten- en mantelzorgorganisaties	58
7.5.4. Brancheorganisaties	59
7.5.5. Zorgverzekeraars	59
7.5.6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	59
7.5.7. Gemeenten	59
7.5.8. Vereniging Nederlandse Gemeenten	59
7.5.9. Zorginstituut Nederland	59
7.5.10. Nederlandse Zorgautoriteit	60
7.5.11. Inspectie voor de gezondheidszorg	60
7.5.12. Beroepsorganisaties van tolken	60
7.5.13. Aanbieders van opleidingen en nascholingen voor zorg-/hulpverleners	60
7.5.14. Aanbieders van opleidingen en nascholingen voor tolken	60
7.5.15. Organisaties voor accreditatie en registratie van tolken	60
7.5.16. Kennisinstituten (zoals Pharos, Movisie, Nederlands Jeugdinstituut, Trimbos, Vilans)	60
7.5.17. Lokale en regionale samenwerkingsverbanden (zoals ROS'en, RHO's, VSV's)	60
7.5.18. Ontwikkelaars van digitale hulpmiddelen	60
7.5.19. Ontwikkelaars van digitale dossiers en (formats voor) verwijzen	61
7.6. Indicatoren en monitoring	61
7.6.1. Indicatoren voor implementatie van de richtlijn	61
7.6.2. Indicatoren voor toepassing vormen van taalondersteuning	61
8. Kennislacunes	62
8.1. Bewustwording en gedragsverandering	62
8.2. Inzet en effectiviteit van vormen van taalondersteuning	63
8.3. Uitkomsten	63
8.4. Kennis over implementatie	64

9. Verantwoording	65
9.1. Algemene achtergrondgegevens	65
9.2. Samenstelling werkgroep en klankbordgroepen	65
9.2.1. Richtlijnwerkgroep	65
9.2.2. Projectgroep	66
9.2.3. Klankbordgroepen	66
9.2.4. Overige experts die hebben meegelezen	67
9.2.5. Overige personen die hebben bijgedragen	67
9.3. Belangenverklaringen	67
9.4. Autoriserende partijen	67
9.5. Publicatiedatum	67
9.6. Procesinformatie ontwikkeling handreiking	67
9.6.1. Totstandkoming van het project	67
9.6.2. Voorbereidingsfase	68
9.6.3. Ontwikkelfase	68
9.6.4. Afrondingsfase	72
10. Bijlagen	73
Bijlage 1 Definities en omschrijvingen van begrippen	73
Bijlage 2 Samenvatting systematisch literatuuronderzoek	81
Bijlage 3 Samenvatting van de focusgroepen	87
Bijlage 4 Evidence-to-decision tabel	91
Bijlage 5 Mail Zorginstituut Nederland over bekostiging tolken	92
Bijlage 6 Referentielijst	93

1. Samenvatting

Achtergrond

In Nederland wonen bijna 2,5 miljoen mensen voor wie Nederlands niet de moedertaal is. Ze zijn hier gekomen om te werken, te studeren, vanwege familieredenen of omdat ze hun land zijn ontvlucht. Onder hen zijn veel mensen met wie zorgverleners niet of niet optimaal kunnen communiceren zonder taalondersteuning. Met het ouder worden van de eerste generatie mensen met een migratie- of vluchtachtergrond neemt hun vraag om zorg of ondersteuning toe. Dit betekent dat er in de praktijk steeds vaker een taalbarrière is tussen zorg- en hulpverleners en patiënten.

Als er goede taalondersteuning wordt ingezet wanneer er een taalbarrière is, heeft dat positieve effecten op de gezondheid van de patiënt. Het inzetten van goede taalondersteuning draagt bij aan samen beslissen, het bieden van passende zorg en ondersteuning en leidt tot meer tevredenheid bij zowel de patiënt als de zorg- of hulpverlener. Daarom is het van belang om taalbarrières zo goed mogelijk op te lossen. Deze op evidence gebaseerde richtlijn is ontwikkeld voor professionals in de zorg en het sociaal domein en biedt aanbevelingen en handvatten bij het bepalen of taal een barrière is, bij het kiezen van de juiste vorm(en) van taalondersteuning en het bepalen of de communicatiedoelen worden bereikt.

Hoe deze richtlijn tot stand is gekomen

Deze generieke richtlijn is systematisch ontwikkeld aan de hand van de AQUA-Leidraad. Hiervoor werd een richtlijnwerkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van beroepsorganisaties uit de zorg en het sociaal domein, patiëntvertegenwoordigers, en professionele tolken. Hun praktijkervaringen en expertise werden gecombineerd met wetenschappelijke inzichten en de expertise van de projectgroep.

Voor de wetenschappelijke onderbouwing van deze richtlijn zijn een systematisch literatuuronderzoek (1) en diverse focusgroepen met zorg- en hulpverleners, patiënt- en cliëntvertegenwoordigers, en tolken en cultuurmediators uitgevoerd. De GRADE-methode werd gebruikt voor het beoordelen van de kwaliteit van bewijs en het formuleren van aanbevelingen. Een uitgebreidere beschrijving van de betrokkenen en methodologische aanpak is te vinden in de modules zelf en in de verantwoording van deze richtlijn.

Doelgroep

De doelgroep van deze generieke richtlijn bestaat uit iedereen die een taalbarrière kan ervaren in gesprekken binnen de zorg en het sociaal domein. Dit betreft zorg- en hulpverleners, ondersteunende medewerkers, patiënten en hun naasten, die mogelijk te maken krijgen met taalbarrières die de kwaliteit van zorg, begeleiding, preventie of ondersteuning kunnen belemmeren. Voor een gedetailleerdere omschrijving van de doelgroep zie paragraaf 2.3.

Module 1 Taalbarrière vaststellen

Uitgangsvraag:

Hoe kunnen zorgverleners, hulpverleners en ondersteunend personeel vaststellen of en in welke mate er een taalbarrière bestaat en of die het bieden van goede zorg of ondersteuning belemmert?

Aanbevelingen:

1. Kijk of in het dossier of de verwijfsbrief vermeld staat welke taal of talen de patiënt spreekt, en of taalondersteuning nodig is.
2. Als er geen informatie beschikbaar is over de talen die de patiënt spreekt en de behoefte aan taalondersteuning, stel de patiënt dan open vragen in het Nederlands of een gemeenschappelijke taal om vast te stellen of er sprake kan zijn van een taalbarrière. Doe dit bij voorkeur voor het gesprek, of anders aan het begin. Stel de vragen aan de naaste als die de afspraak maakt.
3. Bepaal bij een mogelijke taalbarrière op basis van het verwachte gespreksonderwerp of taalondersteuning nodig is om goede zorg of ondersteuning te bieden.
4. Noteer bij een taalbarrière bij voorkeur in het dossier welke talen de patiënt spreekt en welke taalondersteuning nodig kan zijn. Geef dit in overleg met de patiënt ook door bij overdracht of verwijzing.

Toelichting:

Het is belangrijk om, waar mogelijk, al vóór een gesprek vast te stellen of er sprake kan zijn van een taalbarrière. Dit geeft de mogelijkheid om extra tijd te reserveren voor het gesprek en, indien nodig, een professionele tolk in te schakelen. Dit kan bijvoorbeeld door open vragen te stellen aan de patiënt wanneer deze belt om een afspraak te maken. Een voorbeeld van zo'n vraag is: "Hoe goed kunt u uw klacht(en) in het Nederlands beschrijven?" Als het niet mogelijk is om vooraf te bepalen of er een taalbarrière is, kunnen deze vragen aan het begin van het gesprek gesteld worden. Na het gesprek kan in het dossier worden genoteerd en/of bijgewerkt of er een taalbarrière is, hoeveel taalondersteuning nodig is, en of er voorkeuren zijn voor bepaalde vormen van taalondersteuning vanuit de zorg- of hulpverlener of de patiënt, evenals de haalbaarheid daarvan.

Module 2 Vorm(en) van taalondersteuning kiezen

Uitgangsvraag:

Hoe kunnen zorgverleners, hulpverleners, patiënten en naasten bepalen welke vormen van taalondersteuning het best passend zijn om de communicatie te ondersteunen? En wie bepaalt welke taalondersteuning wordt ingezet?

Aanbevelingen:

1. Bepaal wanneer er mogelijk sprake is van een taalbarrière samen met de patiënt welke vorm(en) van taalondersteuning het best passend is/zijn. Baseer dit op het verwachte gespreksonderwerp en de haalbaarheid:
 - a. Communiceer in het Nederlands of, als dat niet mogelijk is, in een andere gemeenschappelijke taal met de patiënt als de communicatie hiermee goed genoeg is voor de verwachte inhoud van het gesprek.
 - b. Zet een professionele tolk in of draag de patiënt over aan een gelijkwaardige zorgverlener of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt bij een gesprek dat naar verwachting complex, gevoelig of ingrijpend zal zijn. Doe dit bij voorkeur ook bij een eerste gesprek of intakegesprek.
 - c. Overweeg om een naaste die met de patiënt meekomt te laten tolken bij een gesprek dat naar verwachting eenvoudig zal zijn. Zorg ervoor dat minderjarigen niet tolken. Laat een naaste alleen tolken als de patiënt en naaste dat allebei willen, ze een vertrouwensband hebben, en de naaste beide talen goed beheerst.

- d. Overweeg om digitale hulpmiddelen in te zetten bij een gesprek dat naar verwachting eenvoudig zal zijn, of om andere vormen van taalondersteuning te ondersteunen, als de patiënt voldoende leesvaardig en digitaal vaardig is. Gebruik bij voorkeur een digitaal hulpmiddel met gecontroleerde, vertaalde zinnen. Gebruik een vrije vertaalapp alleen voor het vertalen van losse woorden of eenvoudige zinnen, en deel hierbij geen persoonsgegevens.
 - e. Bied vertaald materiaal of materiaal in eenvoudig Nederlands aan wanneer dit ook passend is voor patiënten bij wie er geen sprake is van een taalbarrière. Gebruik alleen materiaal in een taal die de patiënt (of naaste) goed beheerst.
 - f. Gebruik non-verbale communicatie, zoals gebaren, afbeeldingen, tekeningen en praatkaarten, ter ondersteuning van andere vormen van taalondersteuning.
 - g. Laat een persoon die niet als naaste, zorgverlener, of hulpverlener bij de patiënt betrokken is, alleen tolken in een acute situatie en uitsluitend als andere vormen van taalondersteuning nog niet beschikbaar zijn.
2. Vraag wat de reden is als een patiënt niet instemt met het inzetten van een professionele tolk of het overdragen aan een zorgverlener of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt. Leg nogmaals uit waarom je deze vorm van taalondersteuning nodig vindt. Als de patiënt niet instemt, noteer dit dan met de reden in het dossier.
 3. Overweeg om andere vormen van taalondersteuning aan de patiënt voor te stellen als de communicatiedoelen onvoldoende worden bereikt:
 - a. Overweeg om ad hoc een telefonische tolk in te zetten als tijdens het gesprek blijkt dat de communicatiedoelen onvoldoende worden bereikt. Als dit niet mogelijk is, overweeg dan om een vervolgesprek met een professionele tolk te plannen.
 - b. Overweeg om de patiënt over te dragen aan of door te verwijzen naar een zorgverlener of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt als de communicatiedoelen met een professionele tolk onvoldoende worden bereikt.
 - c. Overweeg om een cultuurmediator in te zetten als de communicatiedoelen met een professionele tolk onvoldoende worden bereikt en het niet mogelijk is om de patiënt over te dragen of door te verwijzen naar een zorgverlener of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt.

Toelichting:

Bij het kiezen van de juiste vorm(en) van taalondersteuning is het belangrijk om rekening te houden met (1) de voorkeuren van de patiënt, (2) het taalniveau van de patiënt en (3) het onderwerp en de complexiteit van het gesprek, en (4) de haalbaarheid van de vorm(en) van taalondersteuning. Naarmate een patiënt een hoger taalniveau heeft, volstaat het Nederlands als (beperkt) gemeenschappelijke taal vaker voor een goed gesprek. Vergevorderde sprekers hebben vaak geen of nauwelijks andere taalondersteuning nodig, terwijl dit voor beginnende sprekers alleen bij eenvoudige gesprekken geldt.

Goede toegang tot tolken is een randvoorwaarde om goede zorg te kunnen bieden in lijn met de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en professionele standaarden. De financiering voor het inzetten van tolken is per sector anders en nog niet voor alle sectoren goed geregeld. Dit betekent dat in sommige sectoren de kosten van tolken bij de zorgaanbieders liggen. Op de website www.zoschakeltueentolkin.nl staat per sector actuele informatie over hoe de financiering geregeld is. Ook de extra tijd die nodig is voor gesprekken waarbij sprake is van een taalbarrière, is voor veel zorgverleners niet geregeld.

Module 3 Realisatie communicatiedoelen evalueren

Uitgangsvraag:

Hoe kunnen zorgverleners en hulpverleners beoordelen of de communicatiedoelen worden bereikt bij een taalbarrière?

Aanbevelingen:

1. Vraag de patiënt om in eigen woorden te vertellen wat jullie hebben besproken. Doe dit op meerdere momenten tijdens het gesprek, maar in ieder geval aan het einde. Gebruik bij voorkeur een terugvraagmethode. Noteer in het dossier of de gekozen vorm(en) van taalondersteuning voldoet/voldoen.

Toelichting:

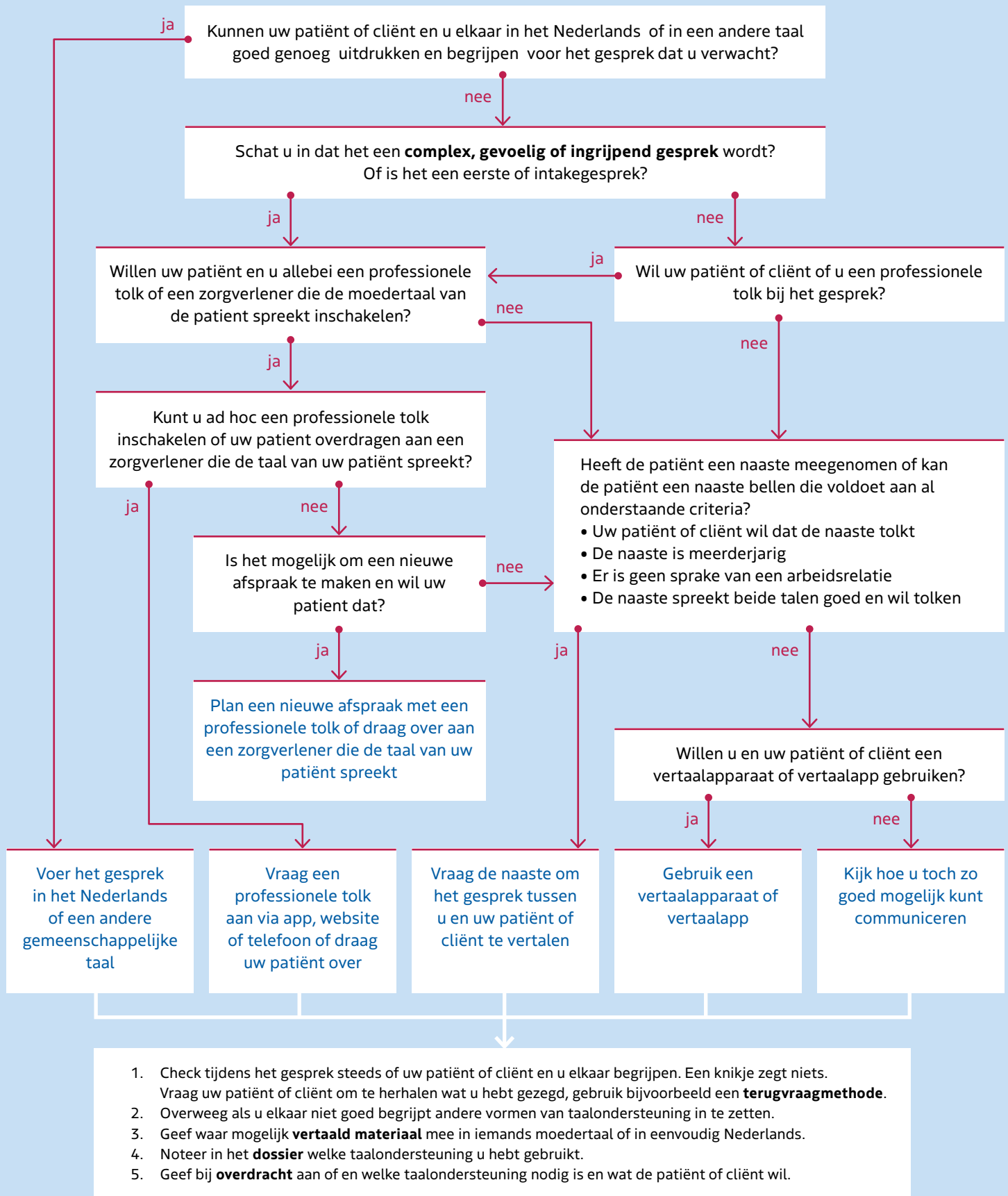
Het is in alle gesprekken, ongeacht de mate van de taalbarrière, belangrijk om te controleren of de gebruikte vorm(en) van taalondersteuning bijdraagt (bijdragen) aan het behalen van de communicatiedoelen. Hiervoor kan de terugvraagmethode worden toegepast, bijvoorbeeld: "Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Kunt u me vertellen wat u thuis gaat doen of wat u thuis gaat vertellen?" of "Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Kunt u in uw eigen woorden vertellen: (1) wat het probleem is, (2) wat u daaraan kunt doen en (3) waarom het belangrijk is dat u dat doet?" Stel de vragen op een neutrale, niet-oordelende manier, zodat de patiënt of cliënt zich veilig voelt om eerlijk te antwoorden. Bij aanhoudende problemen, bijvoorbeeld qua begrip, kan worden overwogen om extra taalondersteuning in te zetten of een nieuwe afspraak te plannen met een professionele tolk.

Beslisboom

De beslisboom op de volgende pagina is ontwikkeld door de projectgroep en de richtlijnwerkgroep op basis van de aanbevelingen en op basis van de input in de commentaarronde aangescherpt.

Een andere taal? Zo lossen we dat samen op

Richtlijn Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein | beslisboom voor zorg- en hulpverleners



Hoe u een professionele tolk inschakelt vindt u op www.zoschakeltueentolkin.nl

2. Algemene inleiding

2.1. Aanleiding en relevantie

Iedere zorg- en hulpverlener wil goede en passende zorg en ondersteuning bieden. Iedereen heeft recht op 'de hoogst haalbare standaard van lichamelijke en geestelijke gezondheid' (2). Dit kan alleen met een gezondheidszorg die beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit is. Een kenmerk van kwalitatief goede zorg en hulp is dat deze passend zijn. Wanneer zorg- en hulpverleners samen met de patiënt beslissen over wat nodig en wenselijk is, leidt dit tot betere en meer passende zorg en ondersteuning. Zorg- en hulpverleners zetten zich hier volledig voor in. Bij een taalbarrière is het bieden van goede zorg een extra uitdaging, zowel voor zorg- en hulpverleners als voor patiënten en hun naasten.

Het bieden van goede en passende zorg en ondersteuning is de verantwoordelijkheid van professionals, managers en bestuurders. Artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders tot 'het leveren van goede zorg' (3). De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) legt de rechten van patiënten vast, zoals het recht op informatie, informed consent en samen beslissen (4). Een belangrijk aspect van de WGBO is de verplichting voor zorgaanbieders tot 'goed hulpverlenerschap'. In de Jeugdwet zijn bepalingen opgenomen die ervoor zorgen dat de Jeugdwet op dit punt gelijkstaat aan de WGBO. Daarnaast is het goed communiceren met én informeren van de patiënt een onderdeel van de beroepscode voor professionals in de zorg en het sociaal domein, zoals de beroepscode voor de sociaal werker (5) en de KNMG-Gedragscode voor artsen (6).

Taal is essentieel om goede en passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden en ontvangen. Taal is nodig om te bespreken welke problemen een patiënt ervaart en welke zorgvragen en wensen er zijn. Taal is essentieel voor zorg- en hulpverleners om te voldoen aan de informatieplicht (zie hierboven), uit te leggen wat een behandeling inhoudt en welke complicaties kunnen optreden. Taal is ook nodig om het zorgaanbod af te stemmen op de zorgvragen van de patiënt en vertrouwen op te bouwen tussen zorg- of hulpverlener en patiënt. Daarnaast is taal onmisbaar om de grenzen van de patiënt goed af te stemmen. Taal vormt de basis van de zorg en het sociaal domein.

Vaardigheid in de Nederlandse taal is niet vanzelfsprekend. Op 1 januari 2022 was bijna 15% van de Nederlandse bevolking, ruim 2,5 miljoen mensen, in het buitenland geboren. (7). Deze mensen zijn naar Nederland gekomen om te werken, te studeren, zich te herenigen met familie, of omdat ze hun land zijn ontvlucht. In 80-90% van de gevallen spreken nieuwkomers bij aankomst (nog) geen Nederlands. (8). Het leren van Nederlands is belangrijk, maar ook moeilijk en tijdrovend. Mensen die een inburgeringsexamen hebben gehaald, behalen minimaal A2-niveau (situatie in 2024). Dit niveau is echter vaak niet voldoende om complexe onderwerpen te bespreken zonder taalondersteuning. Zelfs wanneer iemand zich in het dagelijks leven goed redt in het Nederlands, betekent dit niet dat dit ook lukt tijdens gesprekken over gezondheid. Tijdens zulke gesprekken worden soms moeilijke (medische) woorden gebruikt die zelfs voor moedertaalsprekers lastig te begrijpen zijn.

Het bieden van goede en passende zorg en ondersteuning is moeilijker wanneer er een taalbarrière is. Voor een patiënt kan het moeilijk zijn om ervaringen, klachten en problemen uit te leggen in een taal die niet de moedertaal is. Voor zorg- en hulpverleners kan het lastig zijn om te begrijpen wat een patiënt bedoelt of om aan de informatieplicht te voldoen als niet duidelijk is hoe goed de patiënt hen begrijpt. Wanneer er misverstanden ontstaan, kan dat leiden tot frustratie of zelfs woede bij zowel zorg- en hulpverleners als patiënten.

Een taalbarrière kan nadelige gevolgen hebben voor zorg en gezondheid. Wanneer er een taalbarrière is tussen een zorg- of hulpverlener en een patiënt, leidt dit tot meer miscommunicatie, minder tevredenheid bij zowel de patiënt als de zorg- of hulpverlener, een lagere zorgkwaliteit, een verminderde patiëntveiligheid en minder therapietrouw (9–12). Een taalbarrière kan er bovendien voor zorgen dat bepaalde onderwerpen (onopzettelijk) worden gemeden of niet aan bod komen, zoals de patiëntgeschiedenis (13), gevoelige informatie en zorgen (13,14), gevoelens en klachten van de patiënt (15) en details van de ziekte of symptomen (16).

Een taalbarrière kan het bieden van zorg en ondersteuning in de weg staan. Om goede zorg te kunnen leveren en nadelige gevolgen te voorkomen, is het essentieel dat er taalondersteuning wordt ingezet. Toch herkennen Nederlandse zorgverleners taalbarrières vaak onvoldoende en maken zij niet altijd effectief gebruik van professionele tolken of andere manieren om een taalbarrière op te lossen. (17,18). Ook in de rest van Europa weten veel zorg- en hulpverleners, patiënten en hun naasten niet wanneer en waarom zij een professionele tolk of andere hulpmiddelen kunnen inzetten om passende zorg te bieden, zoals het inschakelen van naasten als tolk of het gebruik van vertaalapplicaties. (19,20). De toegankelijkheid, kwaliteit en veiligheid van de zorg komen hierdoor onder druk te staan.

Het oplossen van een taalbarrière en het inzetten van taalondersteuning is niet altijd makkelijk. Het inschakelen van een professionele tolk kost tijd en geld, die niet beschikbaar zijn, bijvoorbeeld in een spoedsituatie. Vertaalapplicaties zijn niet even betrouwbaar voor alle talen. Naasten beheersen niet altijd beide talen goed genoeg. Voor sommige Nederlandse woorden bestaat geen (goede) vertaling, of heeft de vertaling daarnaast een andere betekenis. Kortom, er zijn veel factoren om rekening mee te houden bij het kiezen van de best passende taalondersteuning.

De huidige 'Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg' (21) is aan vervanging toe. Beroeps- en patiëntenorganisaties ontwikkelden deze kwaliteitsnorm in 2013 om zorg- en hulpverleners te ondersteunen bij de keuze om wel of niet een tolk in te zetten. De kwaliteitsnorm is echter toe aan actualisatie wat betreft inhoud, vorm en wetenschappelijke onderbouwing. Ten eerste zijn er de afgelopen jaren nieuwe onderzoeksresultaten beschikbaar gekomen. Ten tweede richt de huidige kwaliteitsnorm zich uitsluitend op het inzetten van professionele tolken en naasten die tolken, terwijl er inmiddels ook andere methoden beschikbaar zijn, zoals digitale hulpmiddelen of cultuurmediators. Tot slot is de huidige kwaliteitsnorm beperkt geïmplementeerd en voor veel zorg- en hulpverleners onbekend.

Daarom deed de Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten eind 2019 een oproep aan de Kwaliteitsraad van Zorginstituut Nederland om prioriteit te geven aan de ontwikkeling van een nieuw kwaliteitsinstrument voor het omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein (22). De oproep werd ondertekend door meer dan 200 beroeps- en belangenorganisaties, hoogleraren en (ervarings-)deskundigen. Het pleidooi kreeg brede steun van zowel het Zorginstituut Nederland als het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (23). De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie ZonMw stelde financiering beschikbaar voor de ontwikkeling van de generieke richtlijn. Ook Patiëntenfederatie Nederland droeg financieel bij aan het project.

De gebruikte termen. De term 'generiek' wordt gebruikt omdat de adviezen toepasbaar zijn in de gehele zorg en het sociaal domein. Gedurende het project is de term richtlijnmodule gebruikt. Op basis van de commentaren is ervoor gekozen om de term 'richtlijn' te gebruiken. De term richtlijn is duidelijker dan richtlijnmodule, vooral ook omdat er drie modules zijn uitgewerkt. En het document voldoet in alle opzichten aan de definitie van een richtlijn.

2.2. Doel

Het doel van deze generieke richtlijn is om de toegankelijkheid, kwaliteit en kosteneffectiviteit van de zorg en het sociaal domein te verbeteren voor mensen die de Nederlandse taal (nog) niet goed beheersen. Dit wordt bereikt door onderbouwde aanbevelingen te doen voor taalondersteuning, gericht op zowel zorg- en hulpverleners als patiënten. De aanbevelingen geven antwoord op de drie door de richtlijnwerkgroep opgestelde uitgangsvragen:

1. Hoe kunnen zorgverleners, hulpverleners en ondersteunend personeel vaststellen of en in welke mate er een taalbarrière bestaat en of die het bieden van goede zorg of ondersteuning belemmert? (Module 1)
2. Hoe kunnen zorgverleners, hulpverleners, patiënten en naasten bepalen welke vormen van taalondersteuning het best passend zijn om de communicatie te ondersteunen? En wie bepaalt welke taalondersteuning wordt ingezet? (Module 2)
3. Hoe kunnen zorgverleners en hulpverleners beoordelen of de communicatiedoelen worden bereikt bij een taalbarrière? (Module 3)

2.3. Doelgroep

De doelgroep van deze generieke richtlijn bestaat uit iedereen die een taalbarrière kan ervaren in gesprekken binnen de zorg en het sociaal domein. Dit betreft zorg- en hulpverleners, ondersteunende medewerkers, patiënten en hun naasten, die mogelijk te maken krijgen met taalbarrières die de kwaliteit van zorg, begeleiding, preventie of ondersteuning kunnen belemmeren. Een omschrijving van wat wordt verstaan onder 'de zorg en het sociaal domein' is te vinden in bijlage 1.

In Nederland wonen ruim 2,5 miljoen mensen voor wie Nederlands niet de moedertaal is. Het aantal mensen dat mogelijk een taalbarrière ervaart, zal naar verwachting de komende jaren toenemen door de komst van vluchtelingen, arbeids- en kennismigranten, en internationale studenten. (24–28). Het leren van de Nederlandse taal kost tijd en is niet voor iedereen haalbaar. Zelfs voor een patiënt die de taal in dagelijkse situaties redelijk goed beheerst, kunnen emotionele onderwerpen ervoor zorgen dat de patiënt zich moeilijk uit kan drukken in een taal die niet diens moedertaal is. Patiënten en zorg- en hulpverleners hebben de kennis en vaardigheden nodig om taalbarrières adequaat op te lossen, zodat alle patiënten toegang hebben tot goede zorg. Dit helpt om gezondheidsverschillen te verkleinen, onnodige of vermijdbare zorgkosten te verlagen en een inclusievere samenleving te bevorderen.

Zorg- en hulpverleners zijn onder andere: artsen, apothekers, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, verzorgenden, gezondheidsbevorderaars, maatschappelijk werkers, sociaal werkers, paramedici (zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, huidtherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten), verloskundigen, kraamverzorgenden, tandartsen en andere mondzorgprofessionals en psychologen. Dit betreft hun werk in het kader van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet publieke gezondheid en andere wetten en regelingen die betrekking hebben op gezondheid. Of vanuit een ander perspectief gezien, hun werk dat valt onder de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) of de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Verder is deze richtlijn praktisch relevant voor beleidsmedewerkers, managers en bestuurders bij organisaties in de zorg en het sociaal domein, zoals gezondheidscentra, ziekenhuizen, beroeps- en brancheorganisaties, opleidings- en nascholingsinstellingen, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, gemeenten, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), richtlijnontwikkelaars en kennisinstituten.

2.4. Methodologische aanpak

Voor de ontwikkeling van deze generieke richtlijn is de AQUA-Leidraad (29) gevolgd. Dit betekent dat wetenschappelijke inzichten zijn gecombineerd met praktijkervaringen en de expertise van leden van de richtlijnwerkgroep om concrete aanbevelingen te formuleren.

De richtlijnwerkgroep bestond uit vertegenwoordigers van diverse beroepsorganisaties, zorg- en hulpverleners, patiëntvertegenwoordigers en professionele tolken. Het doel van de werkgroep was om knelpunten te analyseren en prioriteren, uitgangsvragen vast te stellen en aanbevelingen per vraag op te stellen.

Voor de wetenschappelijke onderbouwing zijn recente onderzoeken systematisch geanalyseerd en zijn aanvullende onderzoeken uitgevoerd om ontbrekende informatie aan te vullen. Een uitgebreidere beschrijving van de betrokkenen en de methodologische aanpak is te vinden bij de modules zelf en in de verantwoording van deze richtlijn (hoofdstuk 9).

2.5. Reikwijdte van de generieke richtlijn

2.5.1. Welke taalbarrières?

Deze richtlijn gaat over het omgaan met taalbarrières bij mensen die een andere moedertaal hebben dan het Nederlands en de Nederlandse taal niet of niet volledig beheersen.

Meerdere mensen hebben tijdens het project gevraagd om ook de communicatie met mensen die doof of slechthorend zijn op te nemen in de richtlijn. Vanwege de projectplanning en het beschikbare budget was dit helaas niet mogelijk. De richtlijnwerkgroep beschouwt dit echter als een belangrijke en waardevolle uitbreiding en adviseert om te onderzoeken hoe dit gerealiseerd kan worden.

2.5.2. Andere factoren die de communicatie beïnvloeden

De focus van deze richtlijn is gericht op het oplossen van communicatiebelemmeringen die ontstaan doordat twee of meer personen niet of onvoldoende dezelfde taal beheersen. Echter, wanneer er een taalbarrière is, spelen vaak ook andere factoren een rol die de communicatie en het bieden van zorg of ondersteuning kunnen bemoeilijken. Zo zijn taal en cultuur in veel gevallen samen bepalend in interculturele (gezondheids)communicatie (30). Hoewel zulke factoren buiten de reikwijdte van deze richtlijn vallen, is het belangrijk om kort stil te staan bij enkele aspecten die invloed kunnen hebben op interculturele (gezondheids)communicatie.

Wanneer men spreekt over taalbarrières, wordt vaak benadrukt dat het niet alleen om de taalbarrière zelf gaat, maar ook om cultuurverschillen. Het adequaat omgaan met cultuurverschillen is van groot belang in gesprekken binnen de zorg en het sociaal domein (31–34). Er kunnen culturele verschillen zijn in de perceptie van ziekte, aandoeningen, zorg en medicatie (31,32). Deze perceptie wordt bijvoorbeeld beïnvloed door iemands religieuze opvattingen, normen en waarden (31), of door ervaringen met de zorg in andere landen. Zo kan een patiënt religieuze argumenten geven voor zijn ziekte of aandoening, of een bepaald wereldbeeld hebben waardoor de patiënt moeite heeft met het beantwoorden van vragen van de zorg- of hulpverlener. Bij cultuurverschillen tussen zorg- of hulpverlener en patiënt is het extra belangrijk om bewust om te gaan met deze verschillen, respect te tonen voor de patiënt, uitleg te geven over de oorzaken en gevolgen van de ziekte of aandoening, en te verduidelijken waarom de zorg- of hulpverlener samen met de patiënt tot beslissingen probeert te komen (31).

In veel culturen speelt de familie, en soms zelfs de gemeenschap, een belangrijke rol in het zorg- en hulpproces (31). Voor sommige patiënten kan het waardevol zijn om niet als individu te worden aangesproken of betrokken bij de besluitvorming, maar om de familie – als die aanwezig is – te betrekken bij het zorg- en hulpproces. Dit kan er ook toe leiden dat sommige patiënten de voorkeur

geven aan het laten tolken door een naaste in plaats van het gebruik van andere vormen van taalondersteuning. Wees je als zorg- of hulpverleners bewust van de (mogelijke) rol van de familie voor de patiënt in het zorg- en hulpproces en heb aandacht voor de familie, als dit gewenst is door de patiënt en diens familie.

Interculturele communicatie kan worden beïnvloed door de vooroordelen en aannames van zorg- en hulpverleners over patiënten met een andere achtergrond dan die van henzelf (31). Wanneer zorg- en hulpverleners hun ervaringen of opvattingen over een patiënt van een bepaalde afkomst generaliseren naar andere patiënten, kan dit resulteren in (ervaren) discriminatie of ongelijke behandeling. Wees je als zorg- of hulpverlener, om dit te voorkomen, bewust van je eigen, al dan niet bewuste, vooroordelen en aannames over patiënten met een migratieachtergrond. Niet voor niets raden recente Nederlandse rapporten aan om zorg- en hulpverleners te trainen in cultuursensitief werken (33,34).

Ook de achtergrond en de verschillende eigenschappen van de patiënt hebben invloed op de communicatie. Zo kan een taalbarrière groter worden als een patiënt te maken heeft (gehad) met moeilijke of schokkende gebeurtenissen (35), weinig vertrouwen heeft in de zorg- of hulpverlener of het zorgsysteem (16,36), weinig kennis heeft van het zorgsysteem (32), lagere gezondheidsvaardigheden (37,38) heeft, een verstandelijke beperking of beperkt (werk-)geheugen (39) heeft, ouder is (40), of financiële problemen ervaart (40). Voor het zorg- en hulpproces is het belangrijk dat zorg- en hulpverleners rekening houden met dergelijke factoren. Dit kan onder andere door de tijd te nemen om de verwachtingen en behoeftes van de patiënt uit te vragen of door uitleg te geven over het Nederlandse zorgstelsel.

Het is essentieel dat zorg- en hulpverleners zich bewust zijn van de bovengenoemde factoren, omdat deze de zorg- of ondersteuningsrelatie en de communicatie aanzienlijk kunnen beïnvloeden. Om deze factoren goed te kunnen adresseren, is effectieve communicatie met de patiënt nodig. Daarom is het belangrijk om eerst, of in ieder geval tegelijkertijd, de taalbarrière op te lossen door de meest geschikte vorm(en) van taalondersteuning in te zetten.

2.6. Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op evidence gebaseerde inzichten en aanbevelingen. Na autorisatie door een beroepsvereniging wordt een richtlijn of handreiking gezien als onderdeel van de 'professionele standaard'. De aanbevelingen in een richtlijn of handreiking zijn voornamelijk gebaseerd op de 'gemiddelde' patiënt en zijn niet voor elk individueel geval van toepassing. Er kunnen zich omstandigheden voordoen waarbij de zorgverlener besluit dat het in het belang van de patiënt wenselijk is om van de richtlijn of handreiking af te wijken. Ook kunnen er praktische redenen zijn waarom het voor de zorgverlener niet haalbaar is om aan de richtlijn te voldoen, bijvoorbeeld bij het ontbreken van randvoorwaarden zoals tijd, financiering en personele capaciteit. Wanneer om individuele redenen de richtlijn niet wordt gevolgd, wordt dit bij voorkeur gedocumenteerd met opgaaf van de voornaamste reden.

2.7. Omschrijvingen van de belangrijkste begrippen

Een uitgebreide lijst met omschrijvingen is te vinden in bijlage 1.

2.7.1. Vormen van taalondersteuning

Communiceren in een (beperkt) gemeenschappelijke taal	Communiceren in een taal die zowel de zorg- of hulpverlener als de patiënt (beperkt) beheersen. In hoeverre communiceren in het Nederlands of een andere gemeenschappelijke taal mogelijk is, hangt af van het taalniveau van de patiënt en de zorg- of hulpverlener in relatie tot het gespreksonderwerp. Mensen met een half-gevorderd taalniveau (A2, bijvoorbeeld mensen die net hun inburgeringsexamen hebben gehaald) kunnen bijvoorbeeld wel in het Nederlands vertellen over eenvoudige klachten (zoals 'pijn' of 'jeuk'), maar kennen niet alle moeilijkere termen en kunnen daar niet zonder ondersteuning over praten. Hoe belangrijker het is dat iemand ongedwongen zijn eigen verhaal kan vertellen, des te hoger taalniveau nodig is om effectief in een (beperkt) gemeenschappelijke taal te kunnen communiceren.
Cultuurmediator (ook wel: cultuurcoach, sleutelpersoon, culturele mediator, cultuurbemiddelaar – en in sommige gevallen: geestelijk verzorger) (41)	Iemand die de communicatie faciliteert tussen mensen die verschillende talen spreken en een verschillende culturele achtergrond hebben. Cultuurmediators geven informatie over cultuur-gerelateerde waarden, levensoriëntaties, overtuigingen, veronderstellingen en sociaal-culturele conventies. Ze doen dit door cultuurspecifieke uitdrukkingen en concepten te verduidelijken die misverstanden kunnen veroorzaken. 'Cultuurmediator' is in Nederland geen geregistreerd beroep. Dit betekent dat er geen gestandaardiseerde gedragscode is en cultuurmediators niet onder een wettelijk, professioneel kader vallen. Ze hoeven ook geen taaltoetsen af te leggen. Sommige cultuurmediators zijn ook beëdigd tolk en kunnen, in overleg en met instemming van de patiënt en de zorg- en hulpverlener, beide rollen vervullen.
Digitale hulpmiddelen	Alle digitale of online programma's en applicaties die worden gebruikt om een taalbarrière op te lossen, zowel tijdens een gesprek als daarbuiten. Digitale hulpmiddelen worden ingezet om actief te vertalen (in tegenstelling tot bijvoorbeeld vertaald materiaal). Voorbeelden van digitale hulpmiddelen zijn applicaties met domeinspecifieke, voor-vertaalde zinnen, vrije vertaalapplicaties (waarbij je alles kunt intypen of inspreken wat je wilt), en overige kunstmatige intelligentie die niet primair bedoeld is als vertaalapplicatie, maar daar wel voor gebruikt kan worden.
Naaste die tolkt/vertaalt (21,42–44)	Dit zijn familieleden, vrienden of kennissen van de patiënt die voor of tijdens het gesprek worden gevraagd om te tolken. Ze komen mee naar het gesprek of worden gebeld. Ze treden soms op als belangenbehartiger en vertrouwenspersoon van de patiënt. Ze hebben geen geheimhoudingsplicht, werken niet volgens professionele standaarden en zijn niet gebonden aan een beroepscode.

Non-verbale communicatie (ook wel: 'getting by') (45)	Communiceren op alternatieve manieren dan via taal, bijvoorbeeld door middel van gebaren of tekeningen.
Persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken (46)	Dit zijn personen die op het moment zelf (ad hoc) bij het gesprek worden gevraagd om te tolken. Het zijn willekeurige personen, bijvoorbeeld: andere zorg- of hulpverleners, andere medewerkers, patiënten in de wachtkamer. Ze hebben geen geheimhoudingsplicht, werken niet volgens professionele standaarden en zijn niet gebonden aan een beroepscode. Let op: tolkenbemiddelaars spreken van 'ad hoc tolkdiensten', wat bij hen betekent dat het gaat om een tolkdienst die niet vooraf is gereserveerd.
Tolk (ook wel: professionele tolk) (21,47-51)	Een tolk is een professional die een geaccrediteerde opleiding tot tolk heeft afgerond en/of is geslaagd voor de vereiste taal- en tolkvaardigheid- en attitudetoetsen. Tolken moeten daarnaast ook voldoen aan eisen voor jaarlijkse bijscholing. Tolken beheersen de talen op C1 niveau, het hoogste geregistreerde niveau, of B2 niveau (voor de beschrijving van taalniveaus zie bijlage 1). Een tolk is onpartijdig en staat neutraal in het gesprek; een tolk mag geen informatie toevoegen of weglaten en bemiddelt alleen op talig niveau, tenzij anders wordt afgesproken. Een tolk wordt geacht de bedoeling van zowel de zorgverlener als de patiënt goed weer te geven. Tolken die zijn ingeschreven in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), moeten voldoen aan gestelde kwaliteits- en integriteitseisen, waaronder de wettelijk vastgelegde geheimhoudingsplicht.
Vertaald materiaal (52)	Alle vormen van geschreven materiaal dat van het Nederlands naar een andere taal is vertaald. Dit kan zowel in geprinte vorm zijn als digitaal.
Zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt	Zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt en waar de patiënt vanwege een taalbarrière aan wordt overgedragen of naar verwezen door een zorgverlener die vanwege de taalbarrière geen goede zorg kan verlenen. De zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt heeft dezelfde competenties en kan dezelfde zorg of ondersteuning bieden als de zorg- of hulpverlener die de patiënt overdraagt of verwijst. Let op: het betrekken van een collega-zorgverlener om te tolken valt niet onder 'Zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt' maar onder 'Persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken'.

2.7.2. Gesprekstypen

Complex gesprek (53,54)	Een gesprek kan om allerlei redenen complex zijn. Het is aan de zorg- of hulpverlener om te bepalen of er sprake is van een (te verwachten) complex gesprek. Bij de afweging kan onder andere worden meegenomen of één of meerdere van de volgende punten aan de orde is/zijn: • De zorg- of hulpvraag van de patiënt is onduidelijk. • Er spelen meerdere problemen tegelijkertijd op somatisch, psychisch en/of sociaal gebied. • Er wordt gesproken over psychische of gedragsproblemen of er is sprake van woede of agressie. • Er wordt gedetailleerde of ingewikkelde informatie gevraagd of gedeeld. • Er worden moeilijke keuzes gemaakt over behandeling of verwijzing. • Er is onduidelijkheid over (de effecten van) het mogelijke aanbod of de behandeling. • Er wordt expliciet informed consent voor een behandeling gevraagd aan de patiënt of diens vertegenwoordiger. • Er wordt gesproken over deelname aan een klinische trial.
Eenvoudig gesprek	Een eenvoudig gesprekken is in het kader van deze richtlijn een gesprek dat niet complex, gevoelig of ingrijpend is. Het is aan de zorg- of hulpverlener om te bepalen of er sprake is van een (te verwachten) eenvoudig gesprek.
Gevoelig gesprek	Een gesprek kan door de patiënt en/of de naaste als gevoelig worden ervaren. Voorbeelden van onderwerpen die bij veel mensen gevoelig liggen zijn seksualiteit, huiselijk geweld, conflictsituaties, kanker, geestelijke gezondheid en het levenseinde. Wat voor de ene patiënt een gevoelig onderwerp is, hoeft dat voor een andere niet te zijn. Het is aan de zorg- of hulpverlener om te bepalen of er sprake is van een (te verwachten) gevoelig gesprek.
Ingrijpend gesprek	Een gesprek is ingrijpend als de uitkomst grote gevolgen kan hebben voor de patiënt en/of voor een naaste. Denk bijvoorbeeld aan slechtnieuwsgesprekken, gesprekken over een operatie of zware behandeling en gesprekken waarbij overwogen wordt om een melding te doen, bijvoorbeeld bij Veilig Thuis). Het is aan de zorg- of hulpverlener om te bepalen of er sprake is van een (te verwachten) ingrijpend gesprek.

2.7.3. Overige veelgebruikte begrippen

Patiënt ook wel cliënt of zorgvrager (55)	De term 'patiënt' verwijst, afhankelijk van de context, naar de patiënt, cliënt, zorgvrager, wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt/cliënt, of naar een mens of burger.
Sociaal domein (56)	Het veld dat uitvoering geeft aan de Jeugdwet, Wmo en deels de Wet Publieke Gezondheid. Hierin werken gemeenten en maatschappelijke organisaties samen aan gezondheid, welzijn en veiligheid, met als doel de brede benadering van gezondheid en ondersteuning te bevorderen en burgers volwaardig te laten participeren.
Taalbarrière	Een communicatiebelemmering die ontstaat doordat twee (of meer) personen niet of onvoldoende dezelfde taal beheersen.
Terugvraagmethode (ook wel terugvertelmethode) (57)	Een manier voor zorg- en hulpverleners om na te gaan of een boodschap goed is overgekomen bij de patiënt, is door de patiënt in eigen woorden te vragen wat er zojuist is besproken.
Zorg (58–61)	De kern van de zorgsector bestaat uit alle aanbieders van zorg gericht op genezing of langdurige verzorging en verpleging. In termen van financiering is dit in grote lijnen de zorg die gefinancierd wordt uit de basisverzekering of de AWBZ. Daarnaast vallen ook sectoren als de jeugdzorg, kinderopvang, internaten (waaronder asielzoekerscentra), sociaal cultureel werk, welzijn ouderen, maatschappelijke opvang en Arbo-zorg onder de zorg (CBS).

3. Perspectief van patiënten

Bij het ontwikkelen van deze generieke richtlijn zijn zogenoemde ‘klankbordgroepen’ geraadpleegd. Deze groepen werden opgezet en geleid door de drie patiëntvertegenwoordigers in de richtlijnwerkgroep. De klankbordgroepen bestonden uit (vertegenwoordigers van) ervaringsdeskundigen, oftewel patiënten die een taalbarrière ervaren (voor de samenstelling zie paragraaf 11.2.3). In totaal waren er drie klankbordgroepen verspreid over het land: één in Amsterdam, één in Amersfoort en één in Helmond. De groepen werden periodiek gevraagd om hun ideeën en advies over verschillende onderwerpen te delen.

Daarnaast werd met elke klankbordgroep één formele focusgroep gehouden om meer inzicht te krijgen in hoe zij idealiter willen dat de taalbarrière wordt opgelost (wensen en behoeften) en hoe het oplossen van de taalbarrière op dit moment gebeurt (ervaringen). Voor de focusgroepen werd de klankbordgroep gevraagd een achterbanraadpleging te doen bij ervaringsdeskundigen in hun persoonlijke omgeving, zodat zoveel mogelijk diverse wensen, behoeften en ervaringen werden verzameld.

Hieronder volgt een samenvatting van de bevindingen uit de klankbordgroepen, waarbij nadrukkelijk het patiëntperspectief wordt weergegeven, zoals dit door de leden van de klankbordgroepen (patiëntvertegenwoordigers) zelf werd verwoord.

3.1. Ervaringen

3.1.1. Geen keus

Alle klankbordgroepen geven aan dat patiënten(vertegenwoordigers) op dit moment geen afweging kunnen maken over de vormen van taalondersteuning waarmee een taalbarrière kan worden opgelost, omdat zij geen keuze ervaren.

“Ik heb geen keus, want de arts doet toch niets [om de taalbarrière op te lossen].”

Patiëntvertegenwoordiger, Amsterdam

Wanneer patiënten wordt gevraagd welke afwegingen zij maken om te beslissen hoe de taalbarrière opgelost moet worden, geven zij vaak aan dat zij geen andere optie hebben dan het meenemen van hun eigen ‘tolk’, zoals een naaste of soms een toevallige voorbijganger. Dit komt vaak voort uit het feit dat patiënten merken dat sommige zorg- of hulpverleners niet bereid zijn een professionele tolk in te schakelen. Patiënten weten over het algemeen niet dat zij het recht hebben om een professionele tolk te vragen en worden hier niet actief door de zorg- of hulpverlener over geïnformeerd.

Wanneer patiënten zelf om een professionele tolk vragen, wordt hen vaak verteld dat dit geen optie is, bijvoorbeeld vanwege de kosten.

“Vragen om een [professionele] tolk wordt niet per se ontmoedigd, maar zeker ook niet aangemoedigd.”

Patiëntvertegenwoordiger, Amsterdam

De huidige praktijk is dat veel zorg- of hulpverleners patiënten vragen om iemand mee te nemen die kan tolken. Soms wordt in een brief, bijvoorbeeld over de afspraakbevestiging, vermeld dat de patiënt zelf een tolk moet meenemen. Als de meegebrachte persoon goed kan tolken, wordt gevraagd of deze de volgende keer weer mee kan komen. Vervolgafspraken worden dan vaak ingepland op basis van de beschikbaarheid van de naaste om te tolken. Als de persoon die mee is niet goed kan tolken, wordt gevraagd of de patiënt de volgende keer iemand meeneemt die beter kan tolken. Patiënten

zijn afhankelijk en kwetsbaar, waardoor zij vaak niet in staat zijn om eisen te stellen of om een professionele tolk te blijven vragen. Daarom nemen zij standaard iemand mee om te tolken, omdat zij het gevoel hebben dat de zorg- of hulpverlener zelf weinig moeite doet om de taalbarrière op te lossen.

“Een man liep zes maanden lang met een blaasontsteking rond. Hij stelde het bezoek aan de arts steeds uit [om zijn naasten niet te belasten door ze te laten tolken]. Hij probeerde zichzelf met kruiden te genezen. Zo bleef het probleem maar doorsudderen.”

Patiëntvertegenwoordiger, Amsterdam

Of een patiënt wel of niet een naaste kan meenemen om te tolken, is afhankelijk van het sociale netwerk van de patiënt. Patiënten met een (groot) sociaal netwerk die hulp kunnen inschakelen van een naaste, doen dit doorgaans. Vaak komt een naaste, zoals een zoon of dochter die tijd heeft, mee naar een gesprek. Dit wordt echter door veel naasten, waaronder sommige patiëntvertegenwoordigers, ervaren als een verplichting en als belastend. Patiënten voelen zich vaak afhankelijk en bezwaard om een naaste (wéér) te vragen om mee te komen.

Een groot sociaal netwerk of een familiegebonden cultuur biedt dus geen garantie voor het kunnen of willen meenemen van een naaste om te tolken. Er zijn voorbeelden van patiënten die zorg of hulp uitstellen, omdat ze een naaste niet willen belasten. Dit leidt vaak tot verergering van klachten en problemen, waardoor ze (onnodig) op de spoedeisende hulp of huisartsenspoedpost belanden. Deze zorg had voorkomen kunnen worden als er eerder een professionele tolk was ingeschakeld.

Patiënten zonder of met een klein sociaal netwerk, zoals vluchtelingen die recent in Nederland zijn aangekomen, hebben meer moeite met het vinden van een naaste die mee kan komen om te tolken. In veel gevallen spreekt de naaste zelf ook onvoldoende Nederlands om effectief te kunnen tolken. Deze patiënten vragen soms uit wanhoop een onbekende voorbijganger op straat om voor hen te tolken, of wachten in de wachtkamer totdat iemand hun taal spreekt, en nemen deze persoon ad hoc mee naar de spreekkamer om te tolken. Dit brengt de privacy van de patiënt in gevaar.

3.1.2. Weigeren van zorg of hulp

In de meeste klankbordgroepen wordt aangegeven dat veel patiënten ervaren dat zij suboptimale zorg of hulp ontvangen, of dat deze volledig wordt geweigerd omdat zij de Nederlandse taal niet voldoende beheersen.

“Er was een vluchteling, een zwangere vrouw. Zij kon zelf geen hulp vinden voor het tolken. Uiteindelijk kreeg ze een miskraam [omdat haar klachten niet goed en te laat besproken waren].”

Patiëntvertegenwoordiger, Amersfoort

Patiëntvertegenwoordigers in alle klankbordgroepen konden meerdere voorbeelden noemen van situaties, variërend van tandartszorg tot psychiatrie, waarbij patiënten werden weggestuurd van een afspraak omdat zij de taal onvoldoende beheersen en geen naaste hadden meegenomen om te tolken. Soms wordt tegen patiënten gezegd dat ze niet mogen komen als ze niemand meenemen om te tolken. In uiterste gevallen kan het niet inzetten van een tolk leiden tot onnodige gezondheidsschade of zelfs overlijden.

Patiënten die geen zorg of hulp kunnen ontvangen, blijven soms herhaaldelijk terugkomen omdat hun klachten niet verholpen worden. Doordat de taalbarrière niet adequaat wordt opgelost, begrijpen zij niet wat er met hen aan de hand is en wat zij moeten doen om van hun klachten af te komen. Zij komen terug uit wanhoop en onbegrip, en hebben absoluut geen intentie om de ‘vervelende patiënt’ te zijn. Desondanks kan dit herhaaldelijk terugkomen leiden tot ergernis bij zorg- of hulpverleners, wat de relatie tussen zorg- of hulpverlener en patiënt niet ten goede komt.

“Ik ben niet alleen dochter, maar ook tolk, psycholoog, huisarts, ...”
Patiëntvertegenwoordiger, Helmond

Sommige patiënten (vertegenwoordigers) ervaren discriminatie door zorg- of hulpverleners, bijvoorbeeld door stigma's of vooroordelen. Wanneer wordt aangenomen dat een patiënt de Nederlandse taal niet (voldoende) spreekt, niet de nodige scholing of vaardigheden heeft, niet mondig genoeg is of de patiëntenrechten niet kent, wordt de bejegening vaak negatiever ervaren dan wanneer een patiënt de taal wel spreekt, de patiëntenrechten kent en erom durft te vragen.

3.1.3. (Over)belasting van naasten

Alle klankbordgroepen geven aan dat het (moeten) tolken belastend is voor de naaste die dit vaak herhaaldelijk en in verschillende contexten doet.

Bijna alle patiëntvertegenwoordigers die deelnamen aan de klankbordgroepen worden zelf als naaste betrokken bij het tolken. Ook naasten die tolken, ervaren verschillende moeilijkheden. Ze doen dit vaak omdat ze het als een verplichting richting hun ouders, familieleden of gemeenschap beschouwen. Het wordt echter in veel gevallen als een belasting ervaren, wat de relatie tussen patiënt en naaste niet altijd ten goede komt. Vooral bij gevoelige onderwerpen kan de naaste zelf (psychische) klachten ontwikkelen. Patiëntvertegenwoordigers vinden het daarom onacceptabel als minderjarigen worden ingezet om te tolken.

Hoewel patiëntvertegenwoordigers erkennen dat het belangrijk is om alle informatie adequaat over te brengen, geeft een deel van hen toe niet altijd alles te vertolken. De belangrijkste redenen die zij noemen om niet alles te tolken, zijn:

1. Bij sommige (taboe-)onderwerpen kunnen naasten zich schamen om te tolken.
2. Bij slecht nieuws willen naasten de patiënt beschermen.
3. Niet alle naasten beheersen het Nederlands, de taal van de patiënt of de 'medische taal' voldoende, waardoor ze niet alles kunnen tolken.
4. In sommige gevallen, bijvoorbeeld wanneer een patiënt iets vervelends zegt tegen of over de zorg- of hulpverlener, willen naasten de zorg- of hulpverlener en de verhoudingen beschermen.

Soms speelt er tussen een patiënt en naaste geen schaamte of taboe, en kan de naaste zowel goed tolken als alles bespreken met en in het bijzijn van de patiënt. Dit kan echter niet bij voorbaat worden aangenomen. Patiëntvertegenwoordigers geven doorgaans aan dat een naaste graag meegaat met de patiënt, maar dit vooral voor (emotionele) steun is. Van naasten kan niet verwacht worden dat zij tolken, tenzij dit uitdrukkelijk de wens of voorkeur is van de patiënt en de naaste.

3.2. Wensen en behoeftes

3.2.1. Kennis en vertrouwen

In de meeste klankbordgroepen wordt aangegeven dat patiënten behoefte hebben aan meer kennis en vertrouwen, wat de basis vormt voor de communicatie en de band tussen de zorg- of hulpverlener en de patiënt.

Patiënten merken dat zij kennis missen over hun eigen lichaam, ziektes, het Nederlandse zorgsysteem en hun rechten als patiënt. Er is een sterke behoefte aan voorlichting door experts en professionals. Patiëntvertegenwoordigers merken dat patiënten bereid zijn alles te geloven wat wordt gezegd door een professionele tolk of 'iemand in een witte jas', terwijl informatie van een naaste minder snel wordt geloofd.

“Natuurlijk moet men de Nederlandse taal leren, maar bij gevoelige situaties klapt iemand toch weer dicht.”

Patiëntvertegenwoordiger, Helmond

Alle patiëntvertegenwoordigers geven aan dat het in de kern draait om vertrouwen: vertrouwen tussen zorg- of hulpverlener en patiënt, en vertrouwen tussen de professionele tolk of naaste en de patiënt. Weinig vertrouwen kan een reden zijn om een professionele tolk te weigeren en liever een naaste mee te nemen. Daarom wordt in alle klankbordgroepen benadrukt dat het belangrijk is om te kijken naar en te vragen wat de voorkeur van de patiënt is met betrekking tot het oplossen van de taalbarrière.

3.2.2. Vormen van taalondersteuning

Alle klankbordgroepen geven aan dat het ideaal is dat de patiënt de Nederlandse taal voldoende beheerst, maar dat dit niet altijd haalbaar is, waardoor er behoefte bestaat aan bepaalde vormen van taalondersteuning.

Patiënten zouden het liefst zelf de Nederlandse taal goed beheersen, zodat zij zonder belemmeringen hun eigen verhaal kunnen doen. Een zorg- of hulpverlener die hen in hun moedertaal te woord kan staan, is voor hen een goed alternatief. Voor de meeste patiënten die een taalbarrière ervaren, zijn deze oplossingen echter niet haalbaar, zoals de patiëntvertegenwoordigers zelf erkennen. Als beste alternatief noemen zij de sterke behoefte aan een professionele tolk of cultuurmediator. Ze begrijpen dat het inzetten van een professionele tolk niet in alle gevallen mogelijk is, bijvoorbeeld in spoedsituaties, maar hebben wel een sterke behoefte om geïnformeerd te worden over deze vorm van taalondersteuning. Andere vormen van taalondersteuning, zoals een vertaalapp of een naaste die tolkt, bieden niet altijd voldoende ondersteuning, al kunnen ze soms nuttig zijn. Een professionele tolk kan daarnaast helpen de autonomie en onafhankelijkheid van de patiënt te vergroten.

4. Module 1: Taalbarrière vaststellen

4.1. Uitgangsvraag

Hoe kunnen zorgverleners, hulpverleners en ondersteunend personeel vaststellen of en in welke mate er een taalbarrière bestaat en of die het bieden van goede zorg of ondersteuning belemmert?

4.2. Aanbevelingen

1. Kijk of in het dossier of de verwijfsbrief vermeld staat welke taal of talen de patiënt spreekt, en of taalondersteuning nodig is.
2. Als er geen informatie beschikbaar is over de talen die de patiënt spreekt en de behoefte aan taalondersteuning, stel de patiënt dan open vragen in het Nederlands of een gemeenschappelijke taal om vast te stellen of er sprake kan zijn van een taalbarrière. Doe dit bij voorkeur voor het gesprek, of anders aan het begin. Stel de vragen aan de naaste als die de afspraak maakt.
3. Bepaal bij een mogelijke taalbarrière op basis van het verwachte gespreksonderwerp of taalondersteuning nodig is om goede zorg of ondersteuning te bieden.
4. Noteer bij een taalbarrière bij voorkeur in het dossier welke talen de patiënt spreekt en welke taalondersteuning nodig kan zijn. Geef dit in overleg met de patiënt ook door bij overdracht of verwijzing.

4.3. Onderbouwing

Voordat taalondersteuning kan worden geboden, is het belangrijk om eerst vast te stellen of er sprake is van een taalbarrière die de zorg of ondersteuning kan belemmeren. Hieronder wordt achtereenvolgens toegelicht waarom, door wie, op welk(e) moment(en) en op welke manier(en) dit kan worden bepaald.

Voor alle onderdelen is wetenschappelijke literatuur, samen met eerdere aanbevelingen en rapporten, de basis, aangevuld met inzichten uit de focusgroepen en getoetst op basis van de expertise van de leden van de richtlijnwerkgroep.

4.3.1. Waarom is het belangrijk om vast te stellen óf er een taalbarrière is?

Om de meest passende vorm van taalondersteuning te bepalen, is het belangrijk om eerst vast te stellen of er een taalbarrière is. Dit klinkt misschien eenvoudig, maar dat is het lang niet altijd.

In veel gevallen schatten zowel zorg- of hulpverleners (45,62–64) als patiënten (65) hun eigen taalbeheersing verkeerd in. Dit kan ertoe leiden dat de taalvaardigheid van een patiënt beter of slechter wordt ingeschat door de zorg- of hulpverlener dan deze in werkelijkheid is.

Soms zeggen patiënten dat zij behoorlijk goed Nederlands begrijpen, maar knikken ze in werkelijkheid alleen sociaal wenselijk mee met de zorg- of hulpverlener. Ook komt het voor dat zorg- of hulpverleners die in een (beperkt) gemeenschappelijke taal spreken met een patiënt denken dat de naaste de informatie adequaat overbrengt, terwijl de taalbeheersing van de naaste in de gemeenschappelijke taal niet voldoende is.

4.3.2. Wie is er verantwoordelijk voor het vaststellen van (de mate van) de taalbarrière?

Zorgaanbieders zijn op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verantwoordelijk voor het bieden van goede zorg. Zorgverleners zijn op basis van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) verantwoordelijk voor het informeren van patiënten, informed consent en samen beslissen. Van patiënten mag worden verwacht dat zij hun best doen om hun zorgverlener(s) goed te informeren.

Wanneer er aanleiding is om te denken dat een taalbarrière het bieden van goede zorg belemmert, ligt de verantwoordelijkheid om te streven naar de best passende vorm van taalondersteuning bij de zorg- of hulpverleners en ondersteunende medewerkers (3–6, 66). Het leven van een patiënt kan in sommige gevallen afhangen van duidelijke communicatie. Voor het zorgproces heeft het voordelen als vooraf al bekend is of er taalondersteuning nodig is. Daarom is het belangrijk om met andere zorg- of hulpverleners en ondersteuners af te spreken hoe een taalbarrière wordt vastgesteld en welke taalondersteuning wanneer en hoe wordt ingezet.

4.3.3. Op welk moment kan worden vastgesteld óf en in welke mate er een taalbarrière is?

Uit de focusgroepen blijkt dat (de mate van) een taalbarrière idealiter al vóór het gesprek of de afspraak duidelijk is, zodat, indien nodig, vooraf taalondersteuning kan worden geregeld door een ondersteunend medewerker en er extra tijd kan worden gereserveerd voor het gesprek of de afspraak. Als vóór het gesprek of de afspraak niet bekend is of juist is ingeschat of en in welke mate er een taalbarrière is, kan tijdens het gesprek of de afspraak nog worden vastgesteld of er sprake is van een taalbarrière waar taalondersteuning bij nodig is. Idealiter wordt dit aan het begin van het gesprek of de afspraak vastgesteld. De manieren waarop kan worden vastgesteld óf en in welke mate er een taalbarrière is, worden hieronder toegelicht (zie paragraaf 4.3.4).

Op dit moment wordt in de praktijk vaak pas in tweede instantie een professionele tolk betrokken bij gesprekken tussen patiënten en zorg- of hulpverleners (18). Dit wordt bevestigd tijdens de focusgroepen met zorg- of hulpverleners en patiëntvertegenwoordigers. Wanneer je er tijdens of na afloop van een gesprek achter komt dat het wederzijdse begrip toch niet zo goed was en je alsnog een professionele tolk wilt inzetten, kost dat veel (onnodige) extra tijd. Het liefst stel je dus zo vroeg mogelijk vast óf en in welke mate er sprake is van een taalbarrière.

4.3.4. Hoe stel je vast óf en in welke mate er een taalbarrière is?

Er zijn op hoofdlijnen drie groepen te onderscheiden voor wat betreft de mate van een taalbarrière (65), namelijk:

1. Geen of hooguit een minimale taalbarrière. Dit is bijvoorbeeld het geval bij patiënten die uitstekend Nederlands beheersen in dagelijkse situaties. Over het algemeen komen deze patiënten goed uit hun woorden in het Nederlands en kunnen zij duidelijk beschrijven welke problemen ze ervaren. Daarom hebben deze patiënten in de meeste gevallen geen of slechts beperkte taalondersteuning nodig. Het is echter belangrijk te beseffen dat deze patiënten sommige moeilijke (medische) woorden niet kennen, bijvoorbeeld omdat zulke woorden in dagelijkse situaties weinig worden gebruikt. Ook kan het zijn dat zij in een emotionele situatie alsnog niet goed uit hun woorden kunnen komen in een taal die niet hun moedertaal is. In enkele gevallen kan er dus voor deze groep patiënten (extra) taalondersteuning nodig zijn.
2. Kleine tot matige taalbarrière. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer iemand inmiddels wel wat Nederlands spreekt, maar de taal (nog) niet vloeiend beheerst. Dit kunnen bijvoorbeeld patiënten zijn die alleen wat veelgebruikte Nederlandse woorden kennen of patiënten die recent hun inburgeringsexamen hebben gehaald en al wat eenvoudige zinnen begrijpen. Vooral voor deze groep patiënten met zeer uiteenlopende taalniveaus is het belangrijk om te bepalen hoe groot de taalbarrière daadwerkelijk is. Dit maakt het mogelijk te bepalen of en welke taalondersteuning er nodig is.

3. Grote taalbarrière. Dit is het geval wanneer een patiënt niet of nauwelijks Nederlands spreekt. Deze patiënten zijn bijvoorbeeld te herkennen doordat zij uit zichzelf hun moedertaal spreken in plaats van Nederlands, duidelijk moeite hebben om in het Nederlands te reageren, of zelf al iemand hebben meegenomen om te tolken of vertalen (34). Patiënten die niet of nauwelijks Nederlands spreken, zullen in alle gevallen taalondersteuning nodig hebben, al zal de mate van ondersteuning die nodig is afhangen van de situatie.

In de wetenschappelijke literatuur zijn verschillende methoden onderzocht waarmee een zorg- of hulpverlener kan vaststellen of de taalbarrière zo groot is dat taalondersteuning nodig is. Over het algemeen zijn deze methoden te onderscheiden in twee benaderingen: zelfbeoordeling door de patiënt en mondelinge evaluatie door de zorg- of hulpverlener. Uit de focusgroepen met zorg- en hulpverleners, patiëntvertegenwoordigers en professionele tolken/cultuurmediators blijkt verder dat ook ondersteunende medewerkers, zoals assistenten en baliemedewerkers, een rol kunnen spelen bij het bepalen van (de mate van) de taalbarrière.

Beoordeling door de patiënt zelf

De eerste benadering om te achterhalen of en in welke mate er sprake is van een taalbarrière, is door de patiënt dit zelf te laten beoordelen. Dit kan bijvoorbeeld door de patiënt een korte vragenlijst te laten invullen voor het gesprek of tijdens een intakeprocedure, of door aan het begin van het gesprek mondeling enkele eenvoudige vragen te stellen. Voorbeelden van dit soort vragen over iemands taal-, communicatie- en gezondheidsvaardigheden en voorkeurstaal zijn:

- Zelfbeoordeelde taalvaardigheid: “Hoe goed spreekt u Nederlands?”
- Zelfbeoordeelde communicatievaardigheid: “Hoe goed kunt u een probleem uitleggen aan een zorg- of hulpverlener?”
- Zelfbeoordeelde gezondheidsvaardigheid: “Hoe goed kunt u (geschreven/gesproken) informatie van de zorg- of hulpverlener over uw gezondheid begrijpen?”
- Zelfbeoordeelde voorkeurstaal: “In welke taal wilt u het liefst zorg/hulp krijgen?”

Deze vragen kunnen bijvoorbeeld als volgt worden ingeleid: “Om u goed te kunnen helpen, is het belangrijk dat ik weet hoe goed u Nederlands spreekt en begrijpt, en wat ik kan doen om u hierbij te ondersteunen. Daarom stel ik u enkele vragen.”

Bovenstaande voorbeeldvragen laten duidelijk zien dat het vaststellen van de (mate van) taalbarrière breder is dan alleen iemands taalvaardigheid. Onderzoek heeft aangetoond dat het alleen vragen naar iemands voorkeurstaal niet voldoende is om te bepalen of er een professionele tolk nodig is (68). Over het algemeen is het aan te raden om eerst te kijken naar hoe een patiënt de vragen over taal-, communicatie- en gezondheidsvaardigheid beantwoordt. Als de patiënt deze vragen beantwoordt met ‘heel goed’, is er waarschijnlijk geen tot een minimale taalbarrière. Als de patiënt deze vragen beantwoordt met ‘heel slecht’ tot ‘goed’, is er waarschijnlijk sprake van een kleine tot grote taalbarrière en is de volgende vraag wat de voorkeurstaal van de patiënt is. Deze aanpak blijkt de meest accurate manier te zijn om te bepalen of en in welke mate er een taalbarrière is (67).

Hoewel het vaststellen van de taalbarrière enigszins gestandaardiseerd kan worden met dit soort vragen(lijsten), is er enige kritiek op de effectiviteit van zelfbeoordeling door patiënten. Bijvoorbeeld, wanneer de vragen door de zorg- of hulpverlener zelf worden gesteld, kan het zijn dat iemand sociaal wenselijke antwoorden geeft over bijvoorbeeld zijn of haar taalvaardigheden. Ook kan het zijn dat patiënten zich schamen om aan te geven dat er sprake is van een taalbarrière of dat zij taalondersteuning nodig hebben (36), of dat zij dergelijke vragen niet voldoende begrijpen (35), waardoor de zorg- of hulpverlener alsnog geen goede inschatting heeft van de (mate van) taalbarrière.

Mondelinge evaluatie door de zorg- of hulpverlener

De tweede benadering om te achterhalen of en in welke mate er sprake is van een taalbarrière, is door middel van een mondelinge evaluatie door de zorg- of hulpverlener op basis van open vragen in een gesprek. Daarmee kun je als zorg- of hulpverlener zelf bepalen of de patiënt de vragen goed begrijpt en omgekeerd of je de antwoorden van de patiënt goed kunt begrijpen. Dit kan bijvoorbeeld op basis van de volgende vragen (69):

- “Kunt u me vertellen waarom u hier bent?”
 - Als iemand moeite heeft om de vraag te begrijpen of antwoord te geven in het Nederlands, ga dan door met de volgende vraag. Is dit niet het geval, dan heeft iemand waarschijnlijk geen of hooguit beperkte taalondersteuning nodig. “Ik heb wat extra informatie nodig. Kunt u me meer vertellen over [bijv. eerdere opnames, medische aandoeningen en behandelingen]?”
 - Heeft u als zorg- of hulpverlener moeite om het antwoord te begrijpen, ga dan door met de volgende vraag. Als dit niet het geval is, heeft iemand waarschijnlijk geen of hooguit beperkte taalondersteuning nodig.
- “Heeft u een professionele tolk nodig?”
 - Zo ja, zet dan het proces in gang. Zo nee, noteer dan duidelijk in het dossier wat de reden hiervoor is.

Bij het laatste punt hierboven, het inzetten van een professionele tolk, werd in de focusgroepen door zorg- of hulpverleners benadrukt dat het belangrijk is de patiënt goed te informeren over het doel van het gesprek, de verwachte effecten van de taalbarrière op de communicatie, en waarom het noodzakelijk is of de voorkeur heeft om een professionele tolk in te schakelen. Volgens zorg- of hulpverleners draagt een dergelijke aanpak bij aan wederzijds begrip en vertrouwen. Een meer sturende manier kan zijn dat de zorg- of hulpverlener uitlegt waarom het moeilijk is om iemand goed te helpen zonder een professionele tolk. Tijdens alle focusgroepen werd benadrukt dat het belangrijk is om zo vroeg mogelijk vast te stellen of en in welke mate er sprake is van een taalbarrière. Er lijkt daarmee een belangrijke rol weggelegd voor het kennismakingsgesprek tussen zorg- of hulpverlener en de patiënt.

Daarnaast gaven zorg- of hulpverleners aan dat zij niet in alle gevallen voldoende tijd hebben om zelf uit te vragen of en in welke mate er een taalbarrière is. In het ideale geval zou er daarom een professionele tolk aanwezig zijn bij alle eerste intakegesprekken, zodat zo vroeg mogelijk en in de taal van de patiënt besproken kan worden of er in de toekomst daadwerkelijk behoefte is aan de professionele tolk. Ook als een naaste mee is met de patiënt, kan met de hulp van de professionele tolk worden beoordeeld of een professionele tolk in de toekomst nodig is, of dat de naaste voldoende adequaat kan tolken.

Bij deze vragen is het opnieuw belangrijk om te beseffen dat patiënten zich kunnen schamen omdat ze de taal niet spreken. Dit kan ertoe leiden dat de taalbarrière groter wordt, dat patiënten door schaamte pas later zorg of hulp zoeken, of dat zij niet durven te vragen om de taalondersteuning die zij nodig hebben (36). Naast het stellen van open vragen kan het daarom nuttig zijn om ook bewust om te gaan met andere factoren die kunnen wijzen op een (grote) taalbarrière (zie hieronder).

Beoordeling door ondersteunende medewerkers

Tijdens alle focusgroepen werd benadrukt dat het belangrijk is om zo vroeg mogelijk vast te stellen of en in welke mate er sprake is van een taalbarrière. Wanneer uit het dossier of de verwijfsbrief niet duidelijk blijkt of en welke taalondersteuning nodig is, kan dit tijdens het maken van een afspraak worden beoordeeld. Ondersteunende medewerkers kunnen bijvoorbeeld vooraf telefonisch vragen stellen aan de patiënt om in te schatten of er een taalbarrière is die het gesprek zou kunnen belemmeren en, zo ja, welke vorm van taalondersteuning het meest geschikt is. Ook wanneer een naaste belt om namens de patiënt een afspraak te maken, kan dit wijzen op een taalbarrière en de mogelijke behoefte aan taalondersteuning. In zulke gevallen kunnen ondersteunende medewerkers bijvoorbeeld vooraf regelen dat er een professionele tolk of vertaalapparaat beschikbaar is voor het gesprek.

Factoren die kunnen duiden op een taalbarrière

Er is sprake van een (grote) taalbarrière als een patiënt:

- uit zichzelf een andere taal dan Nederlands spreekt (35);
- duidelijk moeite heeft om te reageren in het Nederlands (35);
- zelf iemand heeft meegenomen om te tolken of te vertalen (35);
- iemand anders laat bellen om een afspraak te maken;
- veel twijfelt of verwarring of ongemak toont voor het geven van antwoord;
- heel stil of passief is of alleen maar knikt.

Let op: dit zijn factoren die een taalbarrière kunnen aangeven, maar dat betekent niet dat alle patiënten voor wie dit geldt daadwerkelijk een taalbarrière ervaren. Het blijft in alle gevallen belangrijk om het gesprek open aan te gaan met de patiënt en persoonlijke voorkeuren te bespreken.

4.4. Overwegingen

Al met al blijkt dat het belangrijk is om goed en tijdig vast te stellen óf er sprake is van een taalbarrière en, zo ja, in welke mate. Op die manier kan de best passende vorm van taalondersteuning bepaald en ingezet worden, en kan er vooraf extra tijd worden gereserveerd voor een gesprek.

De conclusie van de richtlijnwerkgroep is dat het tijdig signaleren van taalbarrières kan voorkomen dat patiënten meerdere keren terugkomen omdat zij bepaalde informatie toch niet hebben begrepen, en de overige negatieve effecten van een taalbarrière kan helpen voorkomen. Of dit nu gebeurt doordat de patiënt zelf aangeeft dat een professionele tolk of andere vorm van taalondersteuning nodig is, of doordat een zorg- of hulpverlener beoordeelt dat een patiënt taalondersteuning nodig heeft: signaleren dat taal een barrière is, is mogelijk kosteneffectief en bevordert de gelijkwaardigheid van zorg voor anderstalige patiënten.

Vaststellen of er sprake is van een taalbarrière kost geen geld, maar wel tijd. Als het vaststellen van (de mate van) de taalbarrière goed gebeurt, kan dit in vervolgspraken bijdragen aan het besparen van tijd en kosten, bijvoorbeeld omdat de best passende vorm van taalondersteuning direct kan worden ingezet. Het (tijdig) vaststellen van een taalbarrière, of er taalondersteuning nodig is om de taalbarrière op te lossen en welke vorm(en) zo nodig het best passend is, ziet de werkgroep daarom als aanvaardbaar. In de praktijk kan het soms al snel duidelijk zijn dat iemand de taal absoluut niet beheerst, of juist al heel goed beheerst, al is het belangrijk om alert te blijven op mogelijke onder- en overschattingen (62).

Bij patiënten die de Nederlandse taal al wat beheersen, maar (nog) niet vloeiend, is het meestal moeilijker om in te schatten of er een taalbarrière zal zijn. In die gevallen kan het lastiger zijn om te bepalen of en hoeveel taalondersteuning iemand nodig heeft. Het is daarom noodzakelijk om voortdurend te evalueren of het niet inzetten van taalondersteuning, bijvoorbeeld doordat de taalbarrière zeer gering is, of de gekozen vorm van taalondersteuning, bijvoorbeeld een vertaalapparaat, gedurende het gesprek (korte termijn) of het behandel- of ondersteuningstraject (lange termijn) afdoende is om adequaat te communiceren met de patiënt.

Soms kan de zorg- of hulpvraag in het begin simpel lijken en kan het zijn dat de patiënt in eerste instantie zelf goed zijn verhaal doet, maar dat gaandeweg blijkt dat er andere, complexere problematiek naar boven komt waardoor de patiënt de taal niet meer voldoende kan spreken of verstaan. Dit kan het geval zijn bij emotioneel geladen onderwerpen (bijvoorbeeld als de patiënt wil praten over meegemaakte moeilijke of schokkende gebeurtenissen), vertrouwensproblemen, cultuurverschillen of lage gezondheidsvaardigheden.

Bij langdurige behandel- of ondersteuningstrajecten kan het zo zijn dat een patiënt na verloop van tijd de Nederlandse taal beter leert, een sociaal netwerk heeft of opbouwt dat kan ondersteunen op het vlak van taal, of juist dat de taalbeheersing verslechtert, bijvoorbeeld door dementie of afasie. Overweeg dan of er een (andere) vorm van taalondersteuning nodig is om de taalbarrière op te lossen. In Module 3 wordt besproken hoe communicatiedoelen geëvalueerd kunnen worden.

4.4.1. Signaleren van taalbarrières vóór een afspraak

Het is goed om zoveel mogelijk vóór een afspraak al te bepalen of (en in welke mate) er sprake is van een taalbarrière. Ondersteunende medewerkers die contact hebben met een patiënt over het plannen van een afspraak, kunnen de haalbaarheid van het vaststellen van een taalbarrière vergroten.

Als een naaste belt namens de patiënt, of als een patiënt duidelijk moeite heeft om de medewerker te begrijpen, kunnen dat signalen zijn dat er taalondersteuning nodig is. Ook kunnen ondersteunende medewerkers de patiënt of een naaste een paar korte vragen stellen waarmee relatief gemakkelijk kan worden bepaald of iemand taalondersteuning nodig heeft, die vervolgens tijdig kan worden gebeld of gepland voor een daadwerkelijke afspraak.

Wanneer daarmee is vastgesteld dat er sprake is van een taalbarrière, is het zeer raadzaam om extra tijd te reserveren voor het gesprek of zelfs een dubbel gesprek te plannen.

4.4.2. Signaleren van taalbarrières aan het begin van een afspraak

Wanneer het niet mogelijk is of niet lukt om vóór een gesprek of afspraak te bepalen of er sprake is van een taalbarrière (bijvoorbeeld omdat het een spoedsituatie betreft, of omdat een patiënt onaangekondigd bij de balie staat), is het belangrijk dit aan het begin van de afspraak te doen, zodat er mogelijk nog kan worden geschakeld.

Door vervolgens in het dossier te noteren of en welke taalondersteuning iemand nodig kan hebben, kan hier bij vervolgafspraken en doorverwijzingen/overdrachten meteen rekening mee worden gehouden. Dit helpt om het inzetten van een professionele tolk beter te plannen en daarmee beter haalbaar te maken. Met name de huisarts lijkt hier vanwege zijn coördinerende eerstelijnsfunctie (70) een centrale rol in te kunnen spelen.

4.4.3. Noteren van taalbarrière in het dossier

Het opvragen en verwerken van de taal/talen die iemand spreekt wordt in principe niet aangemerkt als het verwerken van bijzondere persoonsgegevens. Soms kan dit toch het geval zijn, bijvoorbeeld als uit de taal iemands etniciteit of politieke of religieuze opvatting blijkt. In dat geval kan de verwerking van deze informatie privacygevoelig zijn. Maar omdat deze gegevens noodzakelijk zijn voor preventieve en/of goede geneeskundige zorg, net als de gezondheidsgegevens die in het dossier worden genoteerd, mogen de gegevens toch verwerkt worden (uitzondering AVG en UAVG). Hierbij is het belangrijk dat zorgvuldig met de gegevens wordt omgegaan, dat ze op de juiste manier worden verwerkt en gedeeld.

5. Module 2: Vorm(en) van taalondersteuning kiezen

5.1. Uitgangsvraag

Hoe kunnen zorgverleners, hulpverleners, patiënten en naasten bepalen welke vormen van taalondersteuning het best passend zijn om de communicatie te ondersteunen? En wie bepaalt welke taalondersteuning wordt ingezet?

5.2. Aanbevelingen

1. Bepaal wanneer er mogelijk sprake is van een taalbarrière samen met de patiënt welke vorm(en) van taalondersteuning het best passend is/zijn. Baseer dit op het verwachte gespreksonderwerp en de haalbaarheid:
 - a. Communiceer in het Nederlands of, als dat niet mogelijk is, in een andere gemeenschappelijke taal met de patiënt als de communicatie hiermee goed genoeg is voor de verwachte inhoud van het gesprek.
 - b. Zet een professionele tolk in of draag de patiënt over aan een gelijkwaardige zorgverlener of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt bij een gesprek dat naar verwachting complex, gevoelig of ingrijpend zal zijn. Doe dit bij voorkeur ook bij een eerste gesprek of intakegesprek.
 - c. Overweeg om een naaste die met de patiënt meekomt te laten tolken bij een gesprek dat naar verwachting eenvoudig zal zijn. Zorg ervoor dat minderjarigen niet tolken. Laat een naaste alleen tolken als de patiënt en naaste dat allebei willen, ze een vertrouwensband hebben, en de naaste beide talen goed beheerst.
 - d. Overweeg om digitale hulpmiddelen in te zetten bij een gesprek dat naar verwachting eenvoudig zal zijn, of om andere vormen van taalondersteuning te ondersteunen, als de patiënt voldoende leesvaardig en digitaal vaardig is. Gebruik bij voorkeur een digitaal hulpmiddel met gecontroleerde, vertaalde zinnen. Gebruik een vrije vertaalapp alleen voor het vertalen van losse woorden of eenvoudige zinnen, en deel hierbij geen persoonsgegevens.
 - e. Bied vertaald materiaal of materiaal in eenvoudig Nederlands aan wanneer dit ook passend is voor patiënten bij wie er geen sprake is van een taalbarrière. Gebruik alleen materiaal in een taal die de patiënt (of naaste) goed beheerst.
 - f. Gebruik non-verbale communicatie, zoals gebaren, afbeeldingen, tekeningen en praatkaarten, ter ondersteuning van andere vormen van taalondersteuning.
 - g. Laat een persoon die niet als naaste, zorgverlener, of hulpverlener bij de patiënt betrokken is, alleen tolken in een acute situatie en uitsluitend als andere vormen van taalondersteuning nog niet beschikbaar zijn.
2. Vraag wat de reden is als een patiënt niet instemt met het inzetten van een professionele tolk of het overdragen aan een zorgverlener of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt. Leg nogmaals uit waarom je deze vorm van taalondersteuning nodig vindt. Als de patiënt niet instemt, noteer dit dan met de reden in het dossier.

3. Overweeg om andere vormen van taalondersteuning aan de patiënt voor te stellen als de communicatiedoelen onvoldoende worden bereikt:
 - a. Overweeg om ad hoc een telefonische tolk in te zetten als tijdens het gesprek blijkt dat de communicatiedoelen onvoldoende worden bereikt. Als dit niet mogelijk is, overweeg dan om een vervolgesprek met een professionele tolk te plannen.
 - b. Overweeg om de patiënt over te dragen aan of door te verwijzen naar een zorgverlener of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt als de communicatiedoelen met een professionele tolk onvoldoende worden bereikt.
 - c. Overweeg om een cultuurmediator in te zetten als de communicatiedoelen met een professionele tolk onvoldoende worden bereikt en het niet mogelijk is om de patiënt over te dragen of door te verwijzen naar een zorgverlener of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt.

5.3. Onderbouwing

Wanneer is vastgesteld dat er een taalbarrière is die de communicatie tussen de zorg- of hulpverlener en de patiënt belemmert, is het belangrijk om een passende vorm van taalondersteuning in te zetten. Hiervoor zijn diverse mogelijkheden, die niet voor elke situatie even geschikt zijn.

Hieronder wordt per vorm van taalondersteuning allereerst besproken welk wetenschappelijk bewijs er is voor de effectiviteit van die vorm uit het systematisch literatuuronderzoek (1). Daarna wordt bekeken hoe zorg- of hulpverleners en patiëntvertegenwoordigers hierover denken, op basis van de inzichten uit de focusgroepen. Het wetenschappelijke bewijs wordt aangevuld met inzichten uit aanvullende bronnen, zoals grijze literatuur (bijvoorbeeld internationale rapporten of richtlijnen), en de expertise van de leden van de richtlijnwerkgroep.

5.3.1. (Beperkt) gemeenschappelijke taal

Systematisch literatuuronderzoek

Een (beperkt) gemeenschappelijke taal kan, als de patiënt en de zorg- of hulpverlener (voldoende) vloeiend kunnen spreken in het Nederlands of een andere gemeenschappelijke taal, leiden tot vergelijkbaar begrip van de gegeven informatie als het inzetten van een professionele tolk (71).

De wetenschappelijke literatuur toont ook aan dat de communicatie over het algemeen beter verloopt bij een gemeenschappelijke taal; zo stellen patiënten meer vragen, worden verschillende onderwerpen beter besproken tussen patiënt en zorg- of hulpverlener, en zijn patiënten meer tevreden met de ontvangen zorg en communicatie (13,71) dan wanneer er een professionele tolk wordt ingezet.

Wanneer een zorg- of hulpverlener (beperkt) een gemeenschappelijke taal spreekt met de patiënt, in plaats van een professionele tolk in te zetten, is er geen verschil in de gemiddelde gespreksduur (13,71,72).

Focusgroepen

Uit de focusgroepen, met name de patiëntvertegenwoordigers, blijkt dat patiënten het liefst in een gemeenschappelijke taal communiceren met de zorg- of hulpverlener. Echter, het leren van een nieuwe taal is moeilijk en kost tijd, zoals in voorgaande paragrafen is uitgewerkt. In veel gevallen zal er daarom extra of andere taalondersteuning nodig zijn.

Aanvullende bronnen

Door verschillende open vragen te stellen aan de patiënt (zie Module 1), kan worden achterhaald of en in welke mate er sprake is van een taalbarrière (67,68), en daarmee in hoeverre er sprake is van een (beperkt) gemeenschappelijke taal. Hoe kleiner de taalbarrière, des te meer er sprake is van een gemeenschappelijke taal tussen de patiënt en de zorg- of hulpverlener, en des te vaker een gesprek goed gevoerd kan worden in het Nederlands.

Echter, wanneer er wordt gesproken in een taal die niet iemands moedertaal is, is de kans op miscommunicatie groter (73) en kan een patiënt alsnog angstig zijn voor een gesprek over – vooral mentale of emotionele – gezondheid (74).

Of een gesprek dus goed kan worden gevoerd in het Nederlands als (beperkt) gemeenschappelijke taal, is afhankelijk van het niveau van de gemeenschappelijke taal van de zorg- of hulpverlener en de patiënt, en van het gespreksonderwerp of de zorgvraag.

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

In gesprekken met de richtlijnwerkgroep wordt aangegeven dat het in sommige situaties al kan helpen om met de woorden die zowel de patiënt als de zorg- of hulpverlener van elkaar begrijpen, een gezamenlijk gesprek te voeren. Een belangrijke overweging hierbij is dat er in dat geval geen andere partij in het gesprek betrokken hoeft te worden, die mogelijk andere belangen heeft of niet direct beschikbaar is.

Wel wordt door de richtlijnwerkgroep nogmaals benadrukt hoe belangrijk en lastig het kan zijn om iemands taalniveau in te schatten: sommige mensen lijken goed Nederlands te kunnen spreken, maar begrijpen het in de praktijk niet zo goed. (zie Module 1).

5.3.2. Zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt

Systematisch literatuuronderzoek

In gesprekken waarin patiënten in hun moedertaal kunnen communiceren met de zorg- of hulpverlener, komen uitspraken over ‘partnerschap’ en ‘facilitering’ vaker voor, vergeleken met gesprekken waarin een professionele tolk wordt ingezet of een (beperkt) gemeenschappelijke taal wordt gesproken (72). Bovendien lijken gesprekken tussen zorg- of hulpverleners en patiënten die dezelfde moedertaal spreken, gemiddeld korter te duren dan gesprekken waarbij een professionele tolk wordt ingeschakeld (72).

Focusgroepen

Uit de focusgroepen met zorg- en hulpverleners komt naar voren dat het in sommige gevallen al helpt om alleen het eerste gesprek te laten voeren door een zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt, omdat dit ervoor kan zorgen dat de patiënt de organisatie waar iemand voor werkt beter vertrouwt.

Volgens zorg- en hulpverleners werken er in het ideale geval binnen een organisatie zorg- of hulpverleners die verschillende talen spreken. Patiëntvertegenwoordigers vinden een zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt over het algemeen de beste dan wel fijnste optie voor het oplossen van de taalbarrière. Hierbij wordt genoemd dat het spreken van dezelfde taal in principe voldoende is en dat er niet per definitie gezocht hoeft te worden naar een zorg- of hulpverlener uit hetzelfde land als de patiënt. Desondanks worden een zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt en een professionele tolk gezien als gelijkwaardige vormen van taalondersteuning.

Aanvullende bronnen

Het inzetten van zorgverleners die de moedertaal van de patiënt spreken wordt in een internationale richtlijn gezien als de beste manier om de taalbarrière op te lossen (75), zelfs beter dan het inzetten van een professionele tolk.

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

In navolging van de patiëntvertegenwoordigers en een internationale richtlijn, ziet de richtlijnwerkgroep een zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt als de favoriete vorm van taalondersteuning om de taalbarrière op te lossen. De richtlijnwerkgroep geeft echter wel aan dat dit niet in alle gevallen haalbaar is, bijvoorbeeld omdat er niet veel meertalige zorg- of hulpverleners zijn, waardoor het kan zijn dat een patiënt ver moet reizen om hiervan gebruik te kunnen maken.

5.3.3. Professionele tolk

Systematisch literatuuronderzoek

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat het inzetten van een professionele tolk, vergeleken met de situatie zonder tolk, leidt tot een betere kwaliteit van leven voor patiënten (76), meer uitnodigingen van de zorg- of hulpverlener aan de patiënt om vragen te stellen (77), en beter begrip van de patiënt door de zorg- of hulpverlener (77).

Vergeleken met een naaste of ad hoc persoon die tolkt, leidt het inzetten van een professionele tolk tot beter begrip van de gegeven informatie (78), waaronder de diagnose (79), en tot meer patiënttevredenheid (78). Gesprekken waarin sprake is van een taalbarrière duren langer, maar dit zou te voorkomen zijn door het inzetten van een professionele tolk (80).

Daarnaast kan het inzetten van een professionele tolk, vergeleken met het niet inzetten van een tolk, zorgkosten en een slechte kwaliteit van zorg voorkomen (80,81). Het inzetten van een professionele tolk leidt, vergeleken met geen professionele tolk, tot een kortere opnameduur van patiënten op de spoedeisende hulp, maar tot een langere opnameduur op een afdeling (76,82,83). Hierbij is het onduidelijk wat dit betekent voor de kwaliteit van de zorg en wat de oorzaak is van de langere of kortere ligduur.

Wat betreft heropnames zijn de resultaten gemengd: sommige studies laten zien dat het niet uitmaakt of er wel of geen professionele tolk wordt ingezet (82,83), terwijl andere studies aantonen dat er minder heropnames zijn wanneer er een professionele tolk wordt ingezet (76).

Bij het inzetten van een professionele tolk is het daarnaast relevant om onderscheid te maken tussen drie verschillende modaliteiten die tegenwoordig kunnen worden gebruikt: fysiek aanwezig, telefonisch, of via videobellen.

Uit de literatuur blijkt dat een professionele tolk die fysiek aanwezig is of via videobellen wordt ingeschakeld, over het algemeen tot betere uitkomsten leidt dan een telefoontolk. Fysiek aanwezige en videotolken scoren vergelijkbaar op het gebied van patiënttevredenheid (84) en begrip (85), maar de videotolk wordt beter beoordeeld dan een fysiek aanwezige professionele tolk (86).

Zowel fysiek aanwezige als videotolken leiden tot beter begrip door de patiënt (78) en meer patiënttevredenheid (78) vergeleken met telefoontolken. Telefoontolken en videotolken verschillen niet van elkaar op het gebied van de tijdsduur die er wordt getolkt (79), de vaardigheden van de professionele tolk (85), technische moeilijkheden (85) en de kwaliteit van de vertaling (79).

Over vertragingen in de communicatie is het bewijs gemengd: in sommige studies wordt geconcludeerd dat een telefoontolk leidt tot meer vertragingen (79), terwijl in andere studies geen verschillen worden gevonden (85). Een professionele tolk via videobellen is echter duurder dan een telefoontolk (79).

Focusgroepen

Zowel zorg- of hulpverleners als patiëntvertegenwoordigers benoemen in de focusgroepen dat zij in veel gevallen idealiter een professionele tolk inzetten in het gesprek. Deze kan het best vooraf worden geboekt, bijvoorbeeld door een ondersteunende medewerker, om tijd te besparen tijdens het gesprek zelf.

Vooraf voor gesprekken waarin cultuur een rol speelt bij de bespreekbaarheid van een onderwerp, zoals gesprekken waarbij taboe en schaamte een rol kunnen spelen, vinden patiëntvertegenwoordigers dat alleen een professionele tolk – en geen andere vorm van taalondersteuning – volstaat. Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt de professionele tolk gezien als een noodzaak, maar wordt erkend dat de professionele tolk, vooral via de telefoon, het gevoel niet (goed) kan overbrengen.

Over het algemeen zijn zorg- of hulpverleners het eens met de literatuuraanbeveling dat een professionele tolk die fysiek aanwezig is of via videobellen wordt ingeschakeld fijner is dan een telefoontolk, vooral wanneer non-verbale communicatie belangrijk is. Desondanks is de telefoontolk soms de beste optie, bijvoorbeeld als de patiënt weinig vertrouwen heeft in een professionele tolk, eerder slechte ervaringen heeft gehad, of als de patiënt uit een kleine gemeenschap komt waarin de patiënt en de professionele tolk elkaar wellicht kennen, waardoor de privacy in het geding kan komen. Door geen namen te noemen en doordat men elkaar niet ziet, kan dat helpen om een veilige afstand te creëren voor de patiënt en om anoniem te blijven.

Aanvullende bronnen

In internationale richtlijnen (75,87–90) en systematische literatuuronderzoeken (91–93) wordt de professionele tolk over het algemeen beschouwd als de gouden standaard voor het adequaat oplossen van taalbarrières. Het is belangrijk om niet zomaar aan te nemen dat iemand die de taal beperkt spreekt geen professionele tolk nodig heeft of wil gebruiken (75).

Nederlandse rapporten uit 2016 (18) en 2022 (33) hebben uitgewezen dat het niet inzetten van een professionele tolk wanneer dit nodig is kan leiden tot kwaliteitsvermindering, ongelijke toegang, en extra zorggebruik. In ongeveer 16% van de gesprekken in de gezondheidszorg is een professionele tolk nodig (18). Afhankelijk van het gespreksonderwerp of de zorgvraag en de omstandigheden van een patiënt kan in andere gevallen worden volstaan met andere vormen van taalondersteuning. Daardoor kan het dat in sommige sectoren, zoals de GGZ of de jeugdgezondheidszorg, over het algemeen meer behoefte is aan de inzet van professionele tolken dan in andere sectoren (18,33).

In situaties waarin een professionele tolk noodzakelijk is om goede zorg of ondersteuning te kunnen bieden, bijvoorbeeld bij technisch ingewikkelde behandelingen, taboe- of emotioneel beladen onderwerpen, wordt deze in 43% van de gevallen nooit en in 29% van de gevallen zelden ingezet door zorg- of hulpverleners (33). Slechts bij één op de drie patiënten die een professionele tolk nodig heeft, blijkt deze daadwerkelijk te worden ingezet (18). Dit kan te maken hebben met het ontbreken van bekostiging, de administratieve lasten, een gebrek aan tijd, en het ontbreken van bewustzijn bij zorgverleners over het feit dat het inzetten van een professionele tolk noodzakelijk is en tot de mogelijkheden behoort (18,33).

Toch denken zorgverleners dat het gebruik van professionele tolken zich uiteindelijk juist weer terugbetaalt, bijvoorbeeld in gezondheidswinst voor de patiënt en tijdswinst voor zorg- of hulpverleners doordat de zorg of ondersteuning efficiënter kan worden georganiseerd. Zorg- of hulpverleners hechten hierbij waarde aan hun eigen professionele autonomie om in te kunnen schatten of er wel of geen professionele tolk nodig is. Daarbij geldt dat 'het aannemelijk is dat een zorgverlener niet onnodig vaak een professionele tolk zal inzetten vanwege de extra tijd en moeite die het vergt dit te organiseren' (33) – wanneer een zorg- of hulpverlener een professionele tolk inschakelt, is dit nagenoeg in alle gevallen terecht (18).

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

De richtlijnwerkgroep stelt, in navolging van internationale richtlijnen, dat de professionele tolk overwegend de gouden standaard is voor het adequaat oplossen van taalbarrières en het het beste aansluit bij de algemene wensen en behoeften van patiënten. De richtlijnwerkgroep benadrukt echter dat het inzetten van een professionele tolk alleen kan als de patiënt daarmee instemt.

Als de patiënt weigert een professionele tolk in te zetten terwijl de zorg- of hulpverlener vindt dat dit nodig is om goede zorg te bieden, ontstaat er een dilemma waarbij de zorg- of hulpverlener en de patiënt in sommige gevallen zelfs tegenover elkaar kunnen komen te staan. In dergelijke situaties is het aan de zorg- of hulpverlener om uit te vragen waarom de patiënt een professionele tolk niet wenst, en om (nogmaals) toe te lichten waarom deze vorm van taalondersteuning noodzakelijk wordt geacht. Het kan hierbij helpen als de zorg- of hulpverlener uitlegt wat de rol van de professionele tolk is: namelijk onpartijdig en neutraal vertolken van wat er wordt gezegd, en dat de professionele tolk een geheimhoudingsplicht heeft.

Soms kan de professionele tolk worden geweigerd vanwege de invloed van een aanwezige naaste. In dat geval kan worden bekeken of het mogelijk is om de patiënt zonder de naaste te spreken, om te achterhalen of een professionele tolk niet toch wenselijk is. Mocht de patiënt opnieuw aangeven geen professionele tolk te willen, dan is het aan de zorg- of hulpverlener om dit vast te leggen in het dossier, indien mogelijk met de reden voor de weigering.

De vorm waarin de professionele tolk wordt ingeschakeld (fysiek, via video of telefoon) maakt daarbij minder uit, zolang de tolk maar wordt ingezet wanneer dat nodig is. Als de professionele tolk zichtbaar is (vooral fysiek, maar ook via video), is het in sommige gevallen belangrijk om rekening te houden met het feit of de tolk aansluit bij de patiënt qua etniciteit, gender en leeftijd. In sommige situaties, bijvoorbeeld bij schaamte, privacy- of veiligheidsproblemen, kan het juist onwenselijk zijn om een fysiek aanwezige professionele tolk te gebruiken. In andere gevallen, zoals slechtnieuwsgesprekken, kan het juist wel wenselijk zijn dat de professionele tolk fysiek aanwezig is.

5.3.4. Naaste die tolkt

Systematisch literatuuronderzoek

De (beperkte) wetenschappelijke literatuur laat zien dat naasten die tolken in specifieke situaties, zoals voor het evalueren van patiëntuitkomsten enkele weken na een operatie (94), tot even goede of vergelijkbare beoordelingen kunnen leiden als professionele tolken.

Focusgroepen

De focusgroepen met zorg- of hulpverleners sluiten hier goed bij aan; daarin wordt genoemd dat een naaste die tolkt in sommige gevallen helpend kan zijn en extra contextuele informatie kan geven die de patiënt zelf niet benoemt. Er zijn echter veel twijfels over de kwaliteit van de vertaling: wat wordt wel of niet vertaald, en hoe goed gebeurt dat? Een minderjarig kind zou nooit mogen tolken.

Daarnaast benoemen zorg- of hulpverleners dat naasten het gesprek kunnen hinderen, bijvoorbeeld als er een mogelijk conflict is met de patiënt. Denk bijvoorbeeld aan: Veilig Thuis of verdenking van mishandeling. Tot slot is een naaste die tolkt niet ideaal als het gesprek een andere wending krijgt dan de patiënt verwacht, bijvoorbeeld als bij iemand met eenvoudig klinkende oogklachten blijkt dat deze patiënt een soa heeft.

Patiënten (of patiëntvertegenwoordigers) geven tijdens de focusgroepen aan dat zij vaak ervaren geen andere keuze te hebben dan een naaste mee te nemen om te tolken. Hiervoor moeten ze soms meerdere mensen smeken om mee te komen, omdat anders geen vorm van taalondersteuning wordt ingezet. In dit soort gevallen gaat de naaste mee die tijd heeft.

Echter, niet alle patiënten vertrouwen de naaste, bijvoorbeeld omdat de naaste een vrouw is of omdat ze alleen iemand 'in witte jas' vertrouwen. Er kan ook sprake zijn van schaamte bij de patiënt of naaste om bepaalde (gevoelige) onderwerpen te bespreken. Desondanks wordt het als prettig ervaren als er iemand mee is die goed op de hoogte is van de situatie van de patiënt, bijvoorbeeld informatie over medicatie.

Er ligt hierbij een rol weggelegd voor ondersteunende medewerkers, omdat zij bij het maken van een afspraak bijvoorbeeld al kunnen vragen: "We vinden het fijn als u iemand meeneemt die u vertrouwt. Kunt en wilt u dat? En zo ja, kan die persoon voor u tolken, en wilt u dat ook?"

Aanvullende bronnen

Een Nederlands rapport uit 2016 heeft aangetoond dat een naaste die tolkt in de praktijk de vorm van taalondersteuning is die het vaakst wordt ingezet om de taalbarrière op te lossen, maar dat deze vorm niet in alle gevallen volstaat (18). Internationale richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken raden het over het algemeen af om ongetrainde naasten te laten tolken tijdens het gesprek (75,91,92).

Een belangrijke reden hiervoor is waarschijnlijk dat de naaste geen 'neutrale' tolk is, maar zelf een rol heeft als gesprekspartner in de communicatie (44,95) en slechts een gedeelte vertolkt van wat er door de patiënt en zorg- of hulpverlener wordt gezegd (96). Soms kan het wel helpend zijn dat een naaste extra contextuele informatie kan geven die de patiënt zelf niet benoemt of kan optreden als belangenbehartiger van de patiënt (44,97).

Doordat de patiënt ervan uitgaat dat de naaste in zijn belang optreedt, kan het zo zijn dat de patiënt meer vertrouwen heeft in een eigen meegenomen naaste die tolkt dan in een professionele tolk (97). Een zorg- of hulpverlener mag echter niet van patiënten verwachten dat zij iemand om te tolken meenemen naar het gesprek (75).

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

Bij het overwegen of het passend is om een naaste te laten tolken, is het belangrijk om niet alleen de effecten op het gesprek of de patiënt te onderzoeken, maar ook op de naaste zelf. De naaste die tolkt, kan zelf negatieve effecten ervaren, zoals overbelasting of psychologische klachten. De richtlijnwerkgroep vindt het daarom in geen enkel geval acceptabel om een minderjarige te laten tolken.

Een ander aandachtspunt is dat een naaste die tolkt, de patiënt bewust of onbewust kan beïnvloeden met de vertaling. De richtlijnwerkgroep raadt het inzetten van een naaste die tolkt daarom af voor complexe, gevoelige of ingrijpende gesprekken.

Daarnaast wordt aanbevolen om naasten alleen te laten tolken als er een goede vertrouwensrelatie is met de patiënt, de naaste beide talen voldoende beheerst, en zowel de patiënt als de naaste hiermee instemmen.

5.3.5. Digitale hulpmiddelen

Systematisch literatuuronderzoek

In de literatuur over digitale hulpmiddelen kunnen momenteel twee soorten worden onderscheiden: vrije vertaalapplicaties, waarbij je zelf woorden en zinnen kunt intypen of inspreken om te vertalen (bijvoorbeeld Google Translate of SayHi), en domein-specifieke digitale hulpmiddelen die vaste, voorvertaalde zinnen bevatten.

Vrije vertaalapplicaties vertalen simpele zinnen over het algemeen even accuraat als een menselijke vertaler, maar bij lastige(re) zinnen worden er meer fouten gemaakt in de vertaling door vrije vertaalapplicaties (98,99). Dit verklaart mede waarom in een vergelijking tussen vrije vertaalapplicaties en domein-specifieke voorvertaalde hulpmiddelen, het laatste leidt tot beter

begrip bij patiënten, betere ondersteuning in het kunnen spreken met of antwoorden van zorg- of hulpverleners, en tot meer tevredenheid bij zowel patiënten als zorg- of hulpverleners (100,101).

In de literatuur is geen informatie terug te vinden over de inzet van hulpmiddelen die gebruikmaken van kunstmatige intelligentie, zoals ChatGPT.

Focusgroepen

Uit alle focusgroepen blijkt dat met name vrije vertaalapplicaties al veel worden ingezet in de praktijk, vooral binnen het (para)medisch domein. Vooral in relatief eenvoudige situaties, zoals het plannen van een afspraak, het vertalen van één woord, 'smalltalk' onderweg met een patiënt, of het bespreken van een menukaart met een opgenomen patiënt, wordt aangegeven dat digitale hulpmiddelen al ver kunnen helpen bij het oplossen van een taalbarrière, zonder dat een andere vorm van taalondersteuning nodig is.

Bij complexere situaties volstaat enkel een digitaal hulpmiddel echter niet, maar kan het wel als aanvullende vorm van taalondersteuning worden ingezet.

Zorg- of hulpverleners benadrukken ook dat de vertalingen niet voor alle talen even betrouwbaar zijn, vooral voor niet-westerse talen laat de kwaliteit van vrije vertaalapplicaties vaak te wensen over. Bij het gebruik van digitale hulpmiddelen wordt benadrukt dat het belangrijk is om je ervan bewust te zijn dat niet alle patiënten digitaal of leesvaardig zijn. De functie om zinnen in te spreken of vertalingen te laten beluisteren kan in sommige gevallen een oplossing bieden.

Een ander aandachtspunt dat terugkomt in de focusgroepen is dat digitale hulpmiddelen geen non-verbale emoties kunnen vertalen, en geen verwarring of misverstanden kunnen signaleren wanneer de vertaling bijvoorbeeld niet klopt.

Aanvullende bronnen

In aanvullende literatuur worden met name de beperkingen van digitale hulpmiddelen benadrukt. Zo blijkt dat digitale hulpmiddelen vooral goed kunnen werken voor Angelsaksische of West-Europese talen, omdat veel van de taalmodellen in bijvoorbeeld kunstmatige intelligentie op het Engels zijn gebaseerd (102,103). Een recent Nederlands rapport (34) heeft daarbij uitgewezen dat het niet wenselijk is om digitale hulpmiddelen in te zetten tijdens emotionele, zware, complexe of zeer inhoudelijke gesprekken. Echter, deze hulpmiddelen bieden juist wel mogelijkheden voor eenvoudige gesprekken over praktische zaken of voor acute situaties waarin niet gewacht kan worden op een professionele tolk. Digitale hulpmiddelen kunnen ook helpen als een patiënt de taal redelijk beheerst en alleen specifieke (medische) woorden niet begrijpt.

Hoewel het prettig is dat er een grote diversiteit aan digitale hulpmiddelen gratis en op ieder moment beschikbaar is, zijn zorg- of hulpverleners terughoudend in het inzetten ervan, omdat zij niet goed weten of de privacy en kwaliteit van de vertaling wel gewaarborgd zijn (34). Wat betreft privacy maken zorg- of hulpverleners zich over het algemeen zorgen over de veiligheid van vrije vertaalapps. Het rapport (34) concludeert dat er eerst verbetering nodig is in de kwaliteit van de vertaling van digitale hulpmiddelen, dat er duidelijkere informatie nodig is, en dat alleen als er richtlijnen (op organisatieniveau) vastgelegd zijn met betrekking tot privacy vertaalapps breder ingezet kunnen worden.

In het rapport wordt aanbevolen om digitale hulpmiddelen gemakkelijk beschikbaar te stellen binnen een organisatie, onder andere door het beschikbaar maken van telefoons, tablets, computers of vertaalapparaten. Het gebruik van eigen apparaten, zoals mobiele telefoons, wordt afgeraden. Daarnaast wordt geadviseerd om binnen de organisatie, beroep of branche digitale

hulpmiddelen te selecteren waarvan bekend is wat de kwaliteit van de vertaling is en hoe de privacy wordt gewaarborgd. Ook kan er een overzicht worden gemaakt van situaties waarin digitale hulpmiddelen een geschikte vorm van taalondersteuning zijn, inclusief een werkinstructie over hoe deze hulpmiddelen ingezet kunnen worden. Op deze manier kunnen zorg- of hulpverleners beter ondersteund worden bij het inzetten van digitale hulpmiddelen (34).

Er zijn echter ook bronnen die aangeven dat het gebruik van digitale hulpmiddelen niet problematisch is, zolang er geen gegevens worden ingevoerd die herleidbaar zijn tot een patiënt of een zorg- of hulpverlener (104,105).

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

De richtlijnwerkgroep is positief over het gebruik van digitale hulpmiddelen voor eenvoudige, korte interacties. Zodra gesprekken moeilijker worden, zijn digitale hulpmiddelen volgens de werkgroep minder geschikt, omdat hierbij nuances niet goed besproken kunnen worden. De richtlijnwerkgroep adviseert daarom het gebruik van digitale hulpmiddelen voornamelijk ter ondersteuning van andere vormen van taalondersteuning.

Er zijn echter zorgen over applicaties van commerciële partijen die worden gebruikt om gevoelige informatie te communiceren, waarbij vaak onbekend is wat er met de gegevens gebeurt. Het advies is daarom om in de basis geen privacygevoelige informatie, zoals namen of tot de patiënt herleidbare gegevens, in digitale hulpmiddelen in te voeren, tenzij men er zeker van is dat de privacy van de patiënt en zorg- of hulpverlener is gewaarborgd.

Tevens wordt door de richtlijnwerkgroep – in overeenstemming met de aanbeveling van het eerder genoemde Nederlandse rapport (34) – geadviseerd om, voor zover mogelijk, niet de eigen mobiele telefoon of die van de patiënt te gebruiken om mee te vertalen, maar bijvoorbeeld een werktelefoon.

5.3.6. Vertaald materiaal

Systematisch literatuuronderzoek

In de literatuur is weinig bewijs voor de effectiviteit van vertaald materiaal als vorm van taalondersteuning op zich. Eén studie heeft aangetoond dat een herinneringsbrief in de moedertaal van de patiënt niet zorgde voor meer of minder afspraken voor een preventieve mammografie dan een herinneringsbrief in het Engels (106). Hierbij zou het kunnen zijn dat de herinnering zelf belangrijker is dan de taal waarin deze wordt gegeven.

Focusgroepen

Uit de focusgroepen met zorg- of hulpverleners blijkt dat vertaald materiaal vaak wordt gezien als een belangrijke aanvulling op andere vormen van taalondersteuning tijdens het gesprek. Zorg- of hulpverleners geven vaak informatie mee aan de patiënt in diens eigen taal, bijvoorbeeld door informatie van thuisarts.nl te vertalen met Google Translate.

In de focusgroepen met patiëntvertegenwoordigers worden echter zorgen uitgesproken dat niet alle patiënten kunnen lezen of schrijven, en niet allemaal iemand in hun omgeving hebben die hen hierbij kan helpen. Filmpjes in de moedertaal van de patiënt kunnen in sommige gevallen een oplossing bieden.

Aanvullende bronnen

Wanneer er materiaal beschikbaar is in de moedertaal van de patiënt, wordt in internationale literatuur en richtlijnen aanbevolen om dit aan hem mee te geven (35,89,90). Dit dient bij voorkeur op een patiëntvriendelijke manier te gebeuren, door simpele woorden en korte zinnen of opsommingen te gebruiken, zonder medisch jargon, en vertaald door een gecertificeerde vertaler. Daarnaast kan aan professionele tolken worden gevraagd om instructies voor patiënten op te schrijven, zodat zij deze thuis kunnen nalezen.

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

De richtlijnwerkgroep geeft aan dat de online informatievoorziening voor anderstaligen op de websites van Nederlandse ziekenhuizen momenteel vaak onvoldoende is, vooral omdat deze niet in verschillende talen beschikbaar is.

5.3.7. Communiceren met non-verbale communicatie

Systematisch literatuuronderzoek

Op basis van de literatuur kunnen geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van communiceren met non-verbale communicatie in vergelijking met andere vormen van taalondersteuning.

Focusgroepen

In de focusgroepen met zorg- of hulpverleners wordt genoemd dat in sommige gevallen, bijvoorbeeld ter overbrugging van het wachten op een professionele tolk, het uitbeelden met handen en voeten al heel behulpzaam kan zijn. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een fysiotherapeut die een oefening voordoet, waarna de patiënt deze kan nabootsen.

In de focusgroepen met patiëntvertegenwoordigers komt naar voren dat handen, voeten en gebaren ondersteunend kunnen werken, en dat patiënten soms proberen eruit te komen met de beperkte middelen die zij tot hun beschikking hebben. Echter, soms wordt een patiënt geweigerd omdat de taalbarrière niet kan worden opgelost, onder andere doordat de zorg- of hulpverlener weigert om een professionele tolk in te schakelen en er geen naaste mee is om te tolken.

Aanvullende bronnen

Volgens eerdere studies, richtlijnen en rapporten (18,88,107,108) wordt in de praktijk regelmatig uitsluitend gecommuniceerd met non-verbale communicatie, zelfs wanneer een professionele tolk eigenlijk noodzakelijk is. Dit kan te maken hebben met het feit dat patiënten hun zorg- of hulpverleners niet tot last willen zijn, of omdat zij geen vertrouwen hebben in een professionele tolk (107). Echter, in geen van de bronnen wordt communiceren met non-verbale communicatie als voldoende gezien om de taalbarrière adequaat op te lossen.

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

Hoewel de richtlijnwerkgroep inziet dat communiceren met non-verbale communicatie in alle gevallen mogelijk is, volstaat dit lang niet in alle gevallen voor het leveren van goede zorg en ondersteuning. De richtlijnwerkgroep raadt het daarom af om non-verbale communicatie als op zichzelf staande vorm van taalondersteuning te gebruiken.

5.3.8. Persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken

Systematisch literatuuronderzoek

Iemand die ad hoc wordt ingezet om te tolken, vertaalt over het algemeen minder consistent en minder volledig dan een professionele tolk (72). De kans op inaccurate vertalingen is groter wanneer een persoon ad hoc wordt ingezet, vergeleken met een fysiek aanwezige of via videobellen ingeschakelde professionele tolk (86). Bovendien maakt een persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken vaker klinisch significante fouten in de vertaling dan een fysiek aanwezige professionele tolk (86).

Focusgroepen

In de focusgroepen met zorg- of hulpverleners komt naar voren dat zij vooral in ongeplande situaties, waarin de patiënt geen naaste heeft meegenomen om te tolken, gebruikmaken van wat zij tot hun beschikking hebben. Soms is dat een persoon, zoals een collega, die ad hoc wordt ingezet om te tolken.

In de focusgroepen met patiëntvertegenwoordigers wordt aangegeven dat voor relatief simpele zaken, zoals het maken van een (vervolg)afpraak, vrijwilligers ingezet kunnen worden die op dat moment kunnen tolken. Het inzetten van een persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken, wordt ervaren als beter dan niets, maar is verre van ideaal.

Op dit moment zijn er situaties bekend waarin patiënten mensen 'van straat plukken' of in de wachtkamer zoeken totdat ze iemand vinden die ad hoc kan tolken. Deze 'toevallige tolken' hebben geen geheimhoudingsplicht en beschikken bovendien niet over de kennis van en betrokkenheid bij een patiënt die een naaste die tolkt wel heeft.

Aanvullende bronnen

Het ad hoc inzetten van ongetrainde personen om te tolken wordt afgeraden in internationale richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken (75,91,92). Omdat meertalige zorg- of hulpverleners momenteel vaak worden gevraagd om ad hoc te tolken, wordt in een andere richtlijn aanbevolen deze zorg- of hulpverleners te trainen, zodat zij daadwerkelijk als professionele tolken kunnen optreden (89).

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

De richtlijnwerkgroep vindt het in de basis onwenselijk om ad hoc een (ongetraind) persoon in te zetten als tolk, vooral wanneer er andere, betere alternatieven beschikbaar zijn.

5.3.9. Cultuurmediator

Systematisch literatuuronderzoek

In de wetenschappelijke literatuur zijn geen resultaten te vinden over de effectiviteit van een cultuurmediator in vergelijking met andere vormen van taalondersteuning bij het oplossen van de taalbarrière.

Focusgroepen

Uit de focusgroepen met zorgverleners blijkt dat de functie van een cultuurmediator in het (para) medisch domein nauwelijks bekend is. Sommigen, met name zorgverleners in ziekenhuizen, zetten af en toe een geestelijk verzorger in voor extra gesprekken, bijvoorbeeld bij behandelbeslissingen. In het sociaal domein wordt de meerwaarde van een cultuurmediator wel erkend, vooral voor complexe gesprekken, zoals conflictsituaties. Ook sommige patiëntvertegenwoordigers geven aan dat in de ideale situatie een Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC'er), vergelijkbaar met een cultuurmediator, zou worden ingezet. VETC'ers en cultuurmediators vertalen niet alleen de taal, maar ook de cultuur, wat positieve effecten kan hebben.

Zorg- of hulpverleners geven over het algemeen aan dat zij in de praktijk prioriteit geven aan het oplossen van de taalbarrière boven de cultuurbarrière. Hierbij wordt benadrukt dat het oplossen van de taalbarrière vaak al voldoende is om adequaat te communiceren en cultuurverschillen bespreekbaar te maken. Het helpt daarbij als de zorg- of hulpverlener zelf beschikt over adequate culturele communicatieve vaardigheden.

In de focusgroep met professionele tolken en cultuurmediators komt naar voren dat cultuurmediators momenteel geen professionele normen, richtlijnen en registraties hebben, zoals die er wel zijn voor professionele tolken. Hierdoor bestaat er veel onduidelijkheid over de rol van de cultuurmediator. In de praktijk worden cultuurmediators ook ingezet om te tolken, terwijl zij daar meestal niet voor zijn opgeleid. Desondanks zijn zowel professionele tolken als cultuurmediators van mening dat cultuurmediators van toegevoegde waarde kunnen zijn bij het signaleren en oplossen van (aanhoudende) communicatieproblemen. Waar een professionele tolk gebonden is aan zijn eed om alles neutraal, onpartijdig en letterlijk te vertalen, kan de cultuurmediator soms meer vrijheid nemen en cultuurspecifieke uitingen helpen toelichten.

Aanvullende bronnen

In de literatuur (89,90,109) wordt aanbevolen om de cultuur van de patiënt en zijn familie te respecteren. Er wordt hierbij veel belang gehecht aan het trainen van interculturele competenties en vaardigheden van zorg- en hulpverleners zelf (89), maar in sommige gevallen kan een cultuurmediator een oplossing bieden. Een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uit 2019 (20) heeft laten zien dat cultuurmediators verschillende rollen kunnen vervullen, zoals het ondersteunen van communicatie, het oplossen van socioculturele barrières, het verbeteren van de therapeutische relatie tussen zorg- of hulpverlener en patiënt, en het bieden van psychosociale ondersteuning.

Enkele drempels voor het inzetten van cultuurmediators zijn dat zij vaak onvoldoende zijn getraind en geen professionele standaarden hebben. In Nederland zet Pharos, het landelijk expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, zich actief in voor het bevorderen van het werken met cultuurmediators (110). Daarnaast zet Nidos, de jeugdbeschermingsorganisatie voor vluchtelingen, cultuurmediators in bij de begeleiding van jonge vluchtelingen (111).

Aanvullende informatie uit de richtlijnwerkgroep

De leden van de richtlijnwerkgroep zien veel (meer)waarde in het inzetten van cultuurmediators, maar maken zich met name zorgen over de haalbaarheid hiervan. In aansluiting bij de titel van deze richtlijn gaat het hen primair om het adequaat oplossen van de taalbarrière. Vanwege het ontbreken van professionele standaarden en het feit dat cultuurmediators doorgaans niet zijn opgeleid als professionele tolken, kan momenteel niet worden aangenomen dat een cultuurmediator een taalbarrière kan oplossen. Desondanks wordt erkend dat een taalbarrière vaak sterk samenhangt met een cultuurbarrière. Als een zorg- of hulpverlener zelf niet de benodigde interculturele competenties heeft om hiermee adequaat om te gaan, kan een cultuurmediator ondersteunend zijn, maar dan vooral als aanvulling op een professionele tolk.

5.4. Overwegingen

Bij het kiezen van een of meer vormen van taalondersteuning is het belangrijk om deze met de patiënt te bespreken. De wensen en voorkeuren van de patiënt zijn leidend voor het bieden van goede zorg. Als zorgverlener kun je wel je eigen voorkeuren kenbaar maken op basis van de adviezen in deze richtlijn en deze toelichten aan de patiënt. Mocht de patiënt niet akkoord gaan, dan is het van belang dit in het dossier te noteren en samen te beslissen welke vorm van taalondersteuning het beste past. Hieronder wordt per vorm van taalondersteuning een afweging gepresenteerd, gebaseerd op gezondheidseffecten, haalbaarheid, aanvaardbaarheid, gelijkwaardigheid en kosteneffectiviteit. (zie ook de Evidence-to-decision tabel in bijlage 4).

5.4.1. (Beperkt) gemeenschappelijke taal

Gezien de positieve (gezondheids)effecten van het communiceren in een (beperkt) gemeenschappelijke taal, zal deze vorm van taalondersteuning bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Deze vorm kost bovendien geen (extra) geld of tijd. Daarmee is deze vorm van taalondersteuning doorgaans haalbaar, aanvaardbaar, en kosteneffectief.

Wel is het belangrijk om goed in te schatten of de patiënt daadwerkelijk zijn verhaal voldoende kan doen in de gemeenschappelijke taal en of de zorg- of hulpverlener de nodige informatie adequaat kan overbrengen in de gemeenschappelijke taal en in staat is om in de gemeenschappelijke taal te controleren of de patiënt de informatie juist heeft begrepen.

Als de zorg- of hulpverlener en patiënt voldoende kunnen communiceren in de (beperkt) gemeenschappelijke taal, dan kan deze vorm van taalondersteuning worden ingezet. Het helpt daarbij als je langzaam spreekt en eenvoudige woorden gebruikt.

Mocht tijdens het gesprek of traject blijken dat de (beperkt) gemeenschappelijke taal toch niet afdoende is, bijvoorbeeld doordat de patiënt om een reden toch liever terugvalt op de eigen moedertaal of doordat de zorg- of hulpverlener merkt dat de informatie onvoldoende overgebracht wordt in de gemeenschappelijke taal, dan is het belangrijk om te overwegen om een andere vorm van taalondersteuning – bij voorkeur een professionele tolk – in te zetten.

Houd in gedachten dat een (beperkt) gemeenschappelijke taal, bijvoorbeeld Engels, in sommige gevallen niet aanvaardbaar is, zoals bij complexe gesprekken of zorg. Het gesprek wordt dan al snel emotioneel geladen en er wordt veel (medisch) jargon gebruikt, waardoor je de benodigde diepgang in het gesprek niet voldoende kunt bereiken als de gemeenschappelijke taalbeheersing te beperkt is.

5.4.2. Zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt

Een zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt heeft in principe alleen maar positieve (gezondheids)effecten. Deze vorm van taalondersteuning draagt bij aan een verkleining van gezondheidsverschillen tussen patiënten waarbij er wel sprake is van een taalbarrière en patiënten waarbij er geen sprake is van een taalbarrière, vooral als de zorg- of hulpverlener en patiënt niet (voldoende) kunnen communiceren in het Nederlands of een andere (beperkt) gemeenschappelijke taal.

Daarnaast kan een zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt vaak ook eventuele cultuurbarrières wegnemen, wat zorgt voor verdere verkleining van gezondheidsverschillen. Daarmee is deze vorm van taalondersteuning zeer aanvaardbaar. Echter, de aanvaardbaarheid kan dalen als de zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt uit dezelfde gemeenschap komt als de patiënt en er bijvoorbeeld gevoelige onderwerpen besproken worden.

De toegang tot zorg- en hulpverleners die de moedertaal van de patiënt spreken wordt onder andere bepaald door de beschikbaarheid van zorg- en hulpverleners in een taal, hun bereidheid om zorg te bieden aan (extra) patiënten in eigen taal en hun bereidheid om vindbaar te zijn op de talen die ze spreken. Om informatie over de talen te delen is toestemming van de zorg- of hulpverlener nodig. Hierbij is het belangrijk dat zorgvuldig met de gegevens wordt omgegaan, dat ze op de juiste manier worden verwerkt en gedeeld. Het opvragen en verwerken van de taal/talen die iemand spreekt wordt in principe niet aangemerkt als het verwerken van bijzondere persoonsgegevens. Soms kan dit toch het geval zijn, bijvoorbeeld als uit de taal iemands etniciteit of politieke of religieuze opvatting blijkt. Hier moet dus rekening mee worden gehouden bij het verzamelen en delen van gegevens van deze zorg- en hulpverleners.

Ook de haalbaarheid van deze vorm van taalondersteuning is over het algemeen laag, omdat er relatief weinig zorg- of hulpverleners met diverse achtergronden beschikbaar zijn, of omdat deze niet in de buurt van de patiënt beschikbaar en daardoor onbereikbaar zijn.

In veel gevallen zal het niet nodig zijn om de patiënt door te verwijzen naar een zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt, omdat de taalbarrière met een andere vorm van taalondersteuning, zoals een professionele tolk of een (beperkt) gemeenschappelijke andere taal, kan worden opgelost. Een doorverwijzing kan namelijk betekenen dat de patiënt langer moet wachten op zorg of hulp, verder moet reizen, of anderszins hogere kosten moet maken.

Het is daarom belangrijk om de een eventuele doorverwijzing goed af te stemmen met de patiënt. Met name aanhoudende communicatieproblemen, die bijvoorbeeld veroorzaakt kunnen worden door cultuurverschillen, kunnen een reden zijn om een eventuele verwijzing (opnieuw) bespreekbaar te maken.

5.4.3. Professionele tolk

Het inzetten van een professionele tolk, met name als deze fysiek aanwezig is of via videobellen wordt

ingeschakeld, heeft vrijwel uitsluitend positieve (gezondheids)effecten, is aanvaardbaar en bevordert de gelijkwaardigheid van zorg voor anderstalige patiënten. Hoewel het inzetten van een professionele tolk voor veel zorg- of hulpverleners, evenals voor patiënten, de ideale vorm van taalondersteuning is, is het niet in alle gevallen haalbaar. Soms is bijvoorbeeld acuut handelen nodig vanwege een spoedsituatie en is er geen tijd om een professionele tolk in te schakelen.

Om het inzetten van een professionele tolk beter haalbaar te maken, helpt het wanneer zorg of hulp vooraf kan worden gepland en de professionele tolk van tevoren geboekt kan worden. Hier ligt een rol voor ondersteunende medewerkers. Door bij het maken van een afspraak bijvoorbeeld te vragen of er een professionele tolk nodig is – en zo ja, in welke taal – kan bekeken worden of deze alvast gereserveerd kan worden.

Naast de haalbaarheid is het belangrijk om ook de kosteneffectiviteit van het inzetten van de professionele tolk af te wegen. Het inzetten van een professionele tolk, is relatief duur. Bij complexe, gevoelige of ingrijpende gesprekken is het echter extra belangrijk dat emoties en nuances goed worden overgebracht. In dergelijke situaties zijn volgens de richtlijnwerkgroep andere vorm van taalondersteuning niet aan te bevelen, met uitzondering van een zorgverlener in eigen taal.

Ook voor eerste gesprekken of intakegesprekken met een patiënt concludeert de werkgroep dat de voordelen van het inzetten van een tolk opwegen tegen de kosten. Wanneer tijdens het eerste gesprek direct kan worden bepaald wat de zorgvraag is, welke andere problemen er spelen (gezondheidsproblemen of bijvoorbeeld een verstandelijke beperking), of wat iemands achtergrond is (bijvoorbeeld of de patiënt medisch onderlegd is) en vertrouwen kan worden opgebouwd kan dit op termijn tijdswinst opleveren in de zorg- of hulpverlening. Bovendien kan door bij het eerste gesprek de tijd te nemen en met een professionele tolk te werken, worden voorkomen dat patiënten vaker terugkomen omdat zij niet begrijpen wat er aan de hand is.

In andere, relatief eenvoudige situaties (bijvoorbeeld het plannen van een afspraak, herhaalafspraken of 'smalltalk') kunnen relatief kleine gezondheidsvoordelen worden behaald, en kan worden volstaan met een andere, goedkopere of gratis vorm van taalondersteuning.

Een op locatie aanwezige tolk is duurder dan een tolk via telefoon of videobellen maar heeft in bepaalde situaties zoveel meerwaarde dat dit toch kan worden overwogen. Bijvoorbeeld wanneer het nodig is dat de tolk precies kan zien wat er wordt gedaan of aangewezen, wanneer een patiënt niet met een telefonische tolk durft te werken, wanneer het een gesprek is met meerdere personen of wanneer groepsvoorlichting wordt gegeven. In situaties waarin er – ondanks de geheimhoudingsplicht van de tolk – bij de zorgverlener of patiënt expliciete zorgen zijn over de privacy van de patiënt, heeft het de voorkeur om een tolk via de telefoon in te zetten. Het extra advies hierbij is om de naam van de patiënt niet te noemen. Dergelijke situaties kunnen zich voordoen wanneer de patiënt uit een heel kleine gemeenschap komt, waarvan maar weinig mensen in Nederland de taal spreken.

Soms kan een patiënt de voorkeur geven aan een professionele tolk van hetzelfde geslacht of met een vergelijkbare achtergrond. In dat geval kan het standpunt van de KNMG over vrije artskeuze (112) worden gevolgd, met als vuistregel: 'een instelling probeert alleen aan het verzoek voor een zorgverlener van een bepaalde sekse te voldoen als de patiënt dit bij het maken van de afspraak aangeeft. In spoedsituaties zijn de keuzemogelijkheden van de patiënt echter veel beperkter, of zelfs niet aanwezig.'

Een patiënt behoudt in alle gevallen het recht om een professionele tolk te weigeren. Indien een patiënt weigert, dient de reden van de weigering – indien mogelijk – in het dossier te worden vastgelegd. De voorkeur voor een professionele tolk van hetzelfde geslacht geldt vooral voor tolken die fysiek aanwezig zijn of via een videobelverbinding deelnemen. Voor tolken via telefoon, waar het ontbreken van visuele communicatie al voor meer afstand en privacy zorgt, komt uit de focusgroepen dat dit minder relevant is.

5.4.4. Naaste die tolkt

Over het algemeen is het belangrijk om naasten – net als bij gesprekken zonder taalbarrière – primair te zien als de persoon die mee is voor (emotionele) steun en mogelijk deelnemer aan het gesprek. Dit geldt in het bijzonder voor gesprekken waarin de patiënt een (minderjarig) kind is en de naaste diens ouder, verzorger, broer of zus is.

Daarnaast is het belangrijk om te beseffen dat het inzetten van een naaste die tolkt niet voor alle patiënten haalbaar is, aangezien niet iedereen een sociaal netwerk heeft waarin mensen zowel Nederlands als de moedertaal van de patiënt voldoende beheersen. Het kan dan ook niet van de patiënt gevraagd of geëist worden om een naaste mee te nemen om te tolken.

Gezien de beperkte positieve (gezondheids)effecten van het inzetten van een naaste die tolkt, en de onduidelijke kwaliteit van de vertaling, zal deze vorm van taalondersteuning bovendien niet in alle gevallen bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Over het algemeen is het alleen aanvaardbaar om een naaste in te zetten als tolk wanneer er sprake is van een eenvoudig gesprek, een acute situatie zonder toegang tot een beter alternatief, of wanneer zowel de patiënt als de naaste expliciet de voorkeur geven aan de naaste als tolk.

Wanneer een patiënt met een naaste komt met de intentie dat deze tolkt, is het belangrijk eerst te beoordelen of de naaste meerderjarig is. Zorg ervoor dat minderjarige kinderen niet tolken vanwege de grote nadelen, zoals psychische klachten, die dit voor hen kan meebrengen, zowel op korte als lange termijn. En ook vanwege de nadelige gevolgen voor de kwaliteit van het gesprek. Als de naaste meerderjarig is, is het belangrijk om na te gaan of deze bereid en in staat is om te tolken.

In sommige gevallen kan een combinatie van een naaste die tolkt, samen met een professionele tolk, worden ingezet tijdens het eerste gesprek. De professionele tolk kan dan beoordelen of de naaste geschikt is om bij toekomstige gesprekken te tolken. Daarnaast is het belangrijk om de relatie tussen de patiënt en de meegekomen naaste uit te vragen. Het is bijvoorbeeld onacceptabel om een werkgever te laten tolken voor een arbeidsmigrant bij een onderwerp dat invloed heeft op diens baan, of om een naaste te laten tolken wanneer er sprake is van huiselijk geweld door diezelfde persoon.

Het is aan te raden om direct bij patiënten, zonder tussenkomst van een naaste, te controleren of zij daadwerkelijk instemmen met het tolken door de naaste. Dit kan bijvoorbeeld door de vraag te stellen met behulp van digitale hulpmiddelen of een professionele (telefoon)tolk. Wanneer deze toetsing wordt uitgevoerd vanwege verdenkingen van een mogelijk conflict tussen de patiënt en de naaste, is het verstandig om dit te doen zonder de naaste aanwezig te laten zijn.

Bij het inzetten van een naaste om te tolken, is het belangrijk om er rekening mee te houden dat deze vorm van taalondersteuning voor de patiënt prettig kan zijn, maar tegelijkertijd belastend voor de naaste kan zijn. Vooral wanneer het regelmatig voorkomt dat de naaste wordt meegenomen om te tolken, is het goed om te vragen of deze zich nog steeds in staat voelt om deel te nemen aan het gesprek en te tolken.

Het kan helpen om aan het begin van het gesprek het onderwerp te benoemen en tijdens het gesprek regelmatig te controleren of zowel de patiënt als de naaste zich comfortabel voelen met de situatie en de rol van de naaste als tolk.

5.4.5. Digitale hulpmiddelen

Het inzetten van digitale hulpmiddelen als vorm van taalondersteuning is in veel gevallen goed haalbaar en kosteneffectief, aangezien veel middelen gratis beschikbaar zijn en door snelle ontwikkelingen kwalitatief steeds beter worden, vooral voor Angelsaksische en West-Europese talen. In sommige gevallen komt de patiënt zelf al aanzetten met een telefoon waarop een vertaalapplicatie is geopend.

De haalbaarheid en aanvaardbaarheid van digitale hulpmiddelen hangen echter af van de digitale vaardigheden van zowel de zorg- of hulpverlener als de patiënt, van het niveau van de taalbeheersing, van het vermogen van de patiënt om te lezen en schrijven, en van het gespreksonderwerp. Als de digitale of leesvaardigheden van een patiënt laag zijn, is het gebruik van deze vorm van taalondersteuning niet vanzelfsprekend en kan dit zelfs bijdragen aan het vergroten van gezondheidsverschillen.

Verder is het belangrijk om erop te letten dat er geen persoonlijke of gevoelige informatie wordt ingevoerd in een digitaal hulpmiddel, aangezien er nog onvoldoende zicht is op de mate waarin de privacy van de patiënt en de zorg- of hulpverlener wordt gewaarborgd.

Zorg- of hulpverleners wordt aanbevolen het beleid rondom het gebruik van digitale hulpmiddelen te volgen dat is vastgesteld door hun werkgever of beroepsorganisatie (113). Het is raadzaam om binnen een organisatie of instelling duidelijk vast te leggen welke digitale hulpmiddelen zijn toegestaan en welke de voorkeur hebben.

Daarnaast is het vooral belangrijk om de aanvaardbaarheid van digitale hulpmiddelen als vorm van taalondersteuning af te wegen. Voor eenvoudige situaties waarin korte en duidelijke zinnen gebruikt kunnen worden, is het gebruik van vrije vertaalapplicaties aanvaardbaar. In bepaalde gevallen, zoals in de acute zorg of bij de voorbereiding van een gesprek, kunnen digitale hulpmiddelen met vaste voorvertaalde zinnen bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Echter, voor complexe, gevoelige of ingrijpende gesprekken is het niet aan te bevelen om digitale hulpmiddelen te gebruiken omdat de kwaliteit van de vertalingen op dit moment nog onvoldoende is. De kwaliteit van de vertalingen is lager voor minder vaak gebruikte taalcombinaties (bijvoorbeeld Nederlands-Tigrinya) dan voor vaak voorkomende taalcombinaties (bijvoorbeeld Nederlands-Engels).

Zelfs als digitale hulpmiddelen in de toekomst voldoende betrouwbaar worden qua vertalingskwaliteit en privacybescherming, is het nog steeds belangrijk rekening te houden met het taalniveau van de patiënt, omdat dit invloed heeft op de aanvaardbaarheid van de taalondersteuning.

5.4.6. Vertaald materiaal

Vertaald materiaal kan positieve (gezondheids)effecten hebben, mits de patiënt kan lezen en schrijven. Als een patiënt analfabeet is, is het belangrijk om te controleren of er iemand is die voor de patiënt kan lezen. Als de patiënt wel kan lezen, heeft vertaald materiaal vooral potentie als het gaat om het verstrekken van informatie voor of achteraf. Het kan voor de patiënt nuttig zijn om zich voor te bereiden op een gesprek of om informatie later opnieuw te kunnen lezen.

Wanneer de patiënt kan lezen, is het meegeven van vertaald materiaal een aanvaardbare vorm van taalondersteuning die bijdraagt aan het verkleinen van gezondheidsverschillen, mits dit dezelfde aanpak is die voor Nederlandstalige patiënten zou worden gekozen. Bij het afwegen of vertaald materiaal als op zichzelf staande vorm van taalondersteuning voldoende is, is het belangrijk om te bedenken of deze vorm ook ingezet zou worden bij een patiënt zonder taalbarrière. Als dit niet het geval is, kan vertaald materiaal voor patiënten met een taalbarrière alleen volstaan in aanvulling op een andere vorm van taalondersteuning.

De haalbaarheid is situatie-afhankelijk: als er bestaand vertaald materiaal beschikbaar is of als informatie relatief eenvoudig te vertalen is met behulp van digitale hulpmiddelen, is de haalbaarheid groter. Als er geen vertaald materiaal beschikbaar is of als de informatie niet adequaat vertaald kan worden met digitale hulpmiddelen, is de haalbaarheid lager.

5.4.7. Non-verbale communicatie

Deze vorm van taalondersteuning is haalbaar en kosteloos, maar wordt zelden als op zichzelf staand

aanvaardbaar beschouwd, tenzij het echt niet anders mogelijk is. Er is geen informatie over de (gezondheids)effecten van deze vorm van taalondersteuning, en het is onbekend in hoeverre deze bijdraagt aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Houd er rekening mee dat gebaren verschillende betekenissen en ladingen kunnen hebben in diverse culturen, en dat veel patiënten hun eigen lichaam niet goed kennen. Zo kan bijvoorbeeld een tekening van de maag onvoldoende duidelijk maken waar dit orgaan zich bevindt of wat er mis mee kan zijn.

Voor patiënten die de Nederlandse taal of een andere gemeenschappelijke taal voldoende beheersen en het menselijk lichaam goed kennen, kan deze vorm van taalondersteuning afdoende zijn. In alle andere gevallen kan deze vorm worden ingezet als aanvulling op andere vormen van taalondersteuning.

5.4.8. Persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken

Het inzetten van een persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken is doorgaans niet haalbaar, omdat het vaak lastig is om op het laatste moment iemand te vinden die kan tolken. Ook leidt deze vorm van taalondersteuning over het algemeen niet tot minder gezondheidsverschillen, omdat de kwaliteit van de vertaling vaak onvoldoende is. Bovendien heeft een persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken geen geheimhoudingsplicht ten opzichte van de patiënt. Daarom wordt deze vorm van taalondersteuning in principe niet als aanvaardbaar beschouwd.

Echter, in sommige situaties, zoals spoedsituaties, wordt laten tolken door een persoon die ad hoc wordt ingezet als betere optie gezien dan helemaal geen taalondersteuning.

5.4.9. Cultuurmediator

De gezondheidseffecten van het inschakelen van een cultuurmediator zijn nog onduidelijk. Hoewel het inzetten van een cultuurmediator over het algemeen als aanvaardbaar wordt beschouwd en kan bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen patiënten die een taalbarrière ervaren en degenen die dat niet ervaren, is er weinig informatie over de haalbaarheid en (kosten)effectiviteit van deze vorm van taalondersteuning. Er kan daarnaast twijfel bestaan over de aanvaardbaarheid, vooral omdat cultuurmediators geen geheimhoudingsplicht hebben en er geen officiële kaders bestaan.

Er is wel informatie beschikbaar over cultuurmediators op de websites van Pharos en jeugdbeschermingsorganisatie Nidos (110,111). Nidos leidt ook cultuurmediators op en Pharos leidt sleutelpersonen op. Momenteel werken cultuurmediators vooral op vrijwillige basis en vervullen zij de rol van voorlichter en verbinder. Bij Nidos zijn de cultuurmediators in dienst (110).

6. Module 3: Realisatie communicatiedoelen evalueren

6.1. Uitgangsvraag

Hoe kunnen zorgverleners en hulpverleners beoordelen of de communicatiedoelen worden bereikt bij een taalbarrière?

6.2. Aanbevelingen

1. Vraag de patiënt om in eigen woorden te vertellen wat jullie hebben besproken. Doe dit op meerdere momenten tijdens het gesprek, maar in ieder geval aan het einde. Gebruik bij voorkeur een terugvraagmethode. Noteer in het dossier of de gekozen vorm(en) van taalondersteuning voldoet/voldoet.

6.3. Onderbouwing

Wanneer is vastgesteld welke vorm(en) van taalondersteuning wordt of worden ingezet, is het belangrijk om na te gaan of de communicatiedoelen daarmee kunnen worden bereikt. Hieronder wordt toegelicht waarom, door wie, op welk moment en op welke manier geëvalueerd kan worden of deze doelen zijn behaald. Voor alle onderdelen zijn wetenschappelijke literatuur, eerdere aanbevelingen en rapporten de basis, aangevuld met inzichten uit de focusgroepen en getoetst aan de expertise van de leden van de richtlijnwerkgroep.

6.3.1. Waarom is het belangrijk om de communicatiedoelen te evalueren?

Ieder gesprek heeft een doel en communicatie is pas effectief wanneer de doelen zijn behaald. Effectieve communicatie heeft verschillende positieve effecten, zoals een hogere patiënttevredenheid, betere zorgkwaliteit en een betere fysieke en mentale gezondheid (114). Daarom is het belangrijk om communicatiedoelen te evalueren: zijn de doelen van het gesprek behaald of niet?

In de literatuur worden zes communicatiedoelen onderscheiden (115):

1. **Relatie bevorderen:** Respect, vertrouwen en een hechte, harmonieuze relatie tussen patiënt en zorgverlener vormen de basis voor een therapeutische relatie. Het opbouwen van een goede en effectieve relatie is daarom een belangrijk communicatiedoel.
2. **Informatie verzamelen:** Zorg- en hulpverleners hebben informatie nodig over de klachten, symptomen, ervaringen en verwachtingen van hun patiënt. Dit helpt hen om een diagnose te stellen, klachten en symptomen goed te interpreteren en een passend behandelplan op te stellen. Het verzamelen van informatie is daarom een communicatiedoel.
3. **Informatie geven:** Zorg- en hulpverleners zijn verplicht hun patiënt te informeren. Dit kan nodig zijn om gezondheidsproblemen of oplossingen uit te leggen, de patiënt te ondersteunen bij het maken van een beslissing of om onzekerheid te verminderen. Goede informatievoorziening is dus een communicatiedoel.
4. **Besluitvorming:** Geïnformeerde en gezamenlijke besluitvorming zijn centrale principes in de zorg. De patiënt heeft informatie nodig over de voors en tegens van verschillende behandelopties en ondersteund worden om eigen waarden af te wegen. Het stimuleren van besluitvorming die is gebaseerd op informatie en voorkeuren is daarom een communicatiedoel.

5. Ziekte- en behandelinggerelateerd gedrag stimuleren: In veel gevallen van zorg is het doel dat de patiënt gedrag in een positieve richting aanpast. Dit kan helpen om ziekte of problemen te voorkomen, gezondheid en welzijn te verbeteren of te behouden. Het stimuleren van adequaat en passend ziekte- of behandelinggerelateerd gedrag is daarom een communicatiedoel.
6. Reageren op emoties: Zorgvragen gaan vaak gepaard met emoties. Een patiënt kan zich bang, boos, machteloos of verdrietig voelen. Het is belangrijk dat zorg- en hulpverleners deze emoties erkennen en erop reageren, bijvoorbeeld door geruststelling of door ervoor te zorgen dat deze emoties andere communicatiedoelen niet belemmeren. Het reageren op emoties, waarbij de zorg- en hulpverlener de patiënt ondersteunt en, indien nodig, doorverwijst, is een belangrijk communicatiedoel.

6.3.2. Wie is er verantwoordelijk voor het evalueren van de communicatiedoelen?

In alle focusgroepen wordt aangegeven dat de zorg- en hulpverlener verantwoordelijk is voor het evalueren van de communicatiedoelen. Dit is niet anders dan de verantwoordelijkheid van de zorg- en hulpverlener voor het vaststellen van (de mate van) een taalbarrière en het inzetten van de juiste vorm van taalondersteuning.

In de focusgroepen werd benadrukt dat de manier waarop gecontroleerd wordt of patiënt en zorg- en hulpverlener elkaar goed hebben begrepen, losstaat van taalbarrières. Ook in gesprekken zonder taalbarrière is het belangrijk om het begrip te evalueren, zodat er tijdig bijgestuurd kan worden.

In gevallen waar wel een taalbarrière is, is het extra belangrijk om het begrip te toetsen, zodat de wijze en de mate van taalondersteuning indien nodig op tijd aangepast kunnen worden.

6.3.3. Op welk moment kunnen communicatiedoelen geëvalueerd worden?

In de focusgroepen werd aangegeven dat het evalueren van de communicatiedoelen voornamelijk aan het einde van een gesprek of afspraak hoort plaats te vinden.

Tegelijkertijd kunnen er ook tijdens het gesprek kleine momenten worden ingebouwd om te controleren of de communicatiedoelen worden behaald. Door al eerder, bijvoorbeeld aan het begin van het gesprek, een evaluatie te doen, kan er sneller bijgestuurd worden.

Dit maakt het mogelijk om snel extra taalondersteuning in te zetten of, indien nodig, direct een professionele tolk in te schakelen, in plaats van een aparte afspraak te maken, hoewel dit soms wel nuttig kan zijn.

De manieren waarop de communicatiedoelen geëvalueerd kunnen worden, worden hieronder toegelicht (paragraaf 6.3.4). Beide beschreven manieren kunnen zowel tijdens als aan het einde van een gesprek of afspraak worden toegepast.

Naast de hierna beschreven methoden gaven enkele zorg- en hulpverleners in de focusgroepen aan dat zij idealiter een patiënt opnieuw zouden willen zien om te controleren of alle informatie goed is begrepen en toegepast. Dit kan, indien nodig, in aanwezigheid van een professionele tolk. In sommige gevallen kan de evaluatie van de communicatiedoelen dus ook na een gesprek of afspraak plaatsvinden.

6.3.4. Hoe evalueer je communicatiedoelen?

Terugvraagmethode

Uit zowel de wetenschappelijke literatuur als de aanvullende focusgroepen komt één duidelijk, unaniem antwoord naar voren op de vraag hoe zorg- en hulpverleners kunnen nagaan of de communicatiedoelen zijn bereikt: de terugvraagmethode.

Bij het toepassen van de terugvraagmethode wordt de patiënt gevraagd om in eigen woorden samen te vatten wat er is besproken. Dit kan bijvoorbeeld gaan over hoe de patiënt de medicatie gaat gebruiken of welke oefeningen thuis kunnen worden gedaan.

Bij het terugvragen is het belangrijk om de formulering van de vraag goed in gedachten te houden. Ten eerste is het belangrijk om open vragen te stellen. Ten tweede is het belangrijk dat vragen niet de indruk wekken dat de patiënt zich in een overhoring bevindt. Een vraag als “Kunt u mij vertellen wat u heeft begrepen?” kan de patiënt onzeker of boos maken. Patiënten zijn vaak bang voor een ‘oordeel’ van de zorg- of hulpverlener over hoe de informatie is begrepen (116,117). Daarom is het raadzaam om de terugvraag te stellen op een manier die de zorg- of hulpverlener zelf kwetsbaar maakt. Een klassiek voorbeeld van de terugvraagmethode is:

- “Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Wat gaat u thuis vertellen of doen?”

De terugvraagmethode leidt tot een reeks positieve (gezondheids)uitkomsten, waaronder hogere tevredenheid, betere therapietrouw, verbeterde zelfzorg, een hogere kwaliteit van leven, beter begrip, minder angst, minder heropnames en zelfs meer blijdschap (118,119).

Ask Me 3 techniek

Een andere manier om te evalueren of de communicatiedoelen zijn behaald, is de Ask Me 3-techniek (120,121). Deze techniek houdt in dat een patiënt aan het einde van een gesprek of afspraak drie vragen kan beantwoorden, namelijk:

1. “Wat is mijn (gezondheids-)probleem?”
2. “Wat moet ik daaraan doen?”
3. “Waarom is het belangrijk dat ik dat doe?”

Deze techniek kan worden toegepast door de zorg- of hulpverlener, die de vragen aan het einde van het gesprek expliciet stelt. Daarnaast kan de zorg- of hulpverlener de techniek gebruiken om de belangrijkste conclusies samen te vatten of te controleren of alle relevante informatie goed is overgedragen aan de patiënt (122).

De Ask Me 3-techniek heeft verschillende positieve kenmerken. Zo betreft het de patiënt actief bij de eigen zorg en helpt het de patiënt om de behandeling en zorg beter te begrijpen. Dit kan bijdragen aan meer vertrouwen tussen de patiënt en de zorg- of hulpverlener (123).

Eerdere wetenschappelijke onderzoeken hebben bewezen dat de Ask Me 3-techniek positieve effecten heeft in gesprekken waarbij geen sprake is van een taalbarrière. De methode bevordert het begrip, verhoogt de patiënttevredenheid, verbetert de therapietrouw en verhoogt de kwaliteit van leven (118,124-127).

Daarnaast draagt het bij aan effectieve communicatie en een sterke band met de zorg- of hulpverlener (128). Voor anderstalige patiënten leidt de Ask Me 3-techniek tot betere kennis en zelfzorg (129).

6.4. Overwegingen

Zowel de terugvraagmethode als de Ask Me 3-techniek zijn strategieën waar weinig discussie over is qua overwegingen. Voor nagenoeg alle gesprekstypes in de zorg en het sociaal domein geldt dat de terugvraagmethode haalbaar, aanvaardbaar en kosteneffectief is, en leidt tot meer gelijkwaardigheid voor alle patiënten, ongeacht de mate van de taalbarrière.

Het inzetten van beide methodes kost wat tijd, maar kan al met één of een paar korte vragen leiden tot positieve gezondheidseffecten. Er zijn verder geen kosten verbonden aan de methoden.

7. Verspreiden en implementeren

Dit hoofdstuk beschrijft de activiteiten die Patiëntenfederatie Nederland en de andere organisaties die de richtlijn hebben opgesteld kunnen ondernemen om de richtlijn te verspreiden, de randvoorwaarden voor implementatie en adviezen voor stakeholders die bijdragen aan het bieden van goede zorg en ondersteuning aan mensen met een taalbarrière.

Vanwege de brede scope van de richtlijn, de diversiteit van de potentiële gebruikers en de verschillende vormen van zorg, bevat dit hoofdstuk geen gedetailleerd implementatieplan. Het opstellen van implementatieplannen is aan de beroeps- en patiëntenorganisaties. Daarbij is van elkaar leren en afstemmen wenselijk.

7.1. Verspreiden

Patiëntenfederatie Nederland zal samen met de organisaties die betrokken waren bij de werkgroep de richtlijn en een samenvatting voor de praktijk breed verspreiden onder beroeps- en landelijke organisaties in de zorg en het sociaal domein, zodra het autorisatieproces bij de betrokken beroepsorganisaties is afgerond.

Landelijke organisaties worden gevraagd om de richtlijn onder hun leden te verspreiden. Ook beroepsorganisaties die niet aan het project hebben deelgenomen, zullen worden uitgenodigd de richtlijn te autoriseren.

Doelgroepen voor het verspreiden van de richtlijn en bijbehorende materialen:

- De deelnemende beroeps- en patiëntenorganisaties en andere relevante beroeps- en patiëntenorganisaties.
- Organisaties van patiënten, mantelzorgers, vluchtelingen en migranten, en tolkenorganisaties.
- Brancheorganisaties in de zorg en het sociaal domein.
- Opleidingsinstellingen voor zorg- en hulpverleners (MBO, HBO, WO).
- Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie en Veiligheid.
- Zorgverzekeraars Nederland.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten en DIVOSA (vereniging van directeurs in het sociaal domein).
- ZonMw, Zorginstituut Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Centraal Medisch Tuchtcollege en de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg.
- Richtlijnen Netwerk Nederland en overkoepelende kwaliteitsorganisaties (zoals AKWA GGZ, SKILZ).
- Kennisinstituten (o.a. Pharos, Movisie, Nederlands Jeugdinstituut, Trimbos).

Met de betrokken beroepsorganisaties wordt afgestemd wanneer de richtlijn breed kan worden verspreid.

Het ontwikkelen van een versie van de richtlijn voor patiënten en naasten is helaas niet mogelijk binnen het huidige project. De patiëntenorganisatie die aan de ontwikkeling van de richtlijn heeft bijgedragen, Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland, zal in 2025 materialen voor patiënten, naasten en sleutelpersonen ontwikkelen.

7.2. Implementeren

Om ervoor te zorgen dat zorg- en hulpverleners, patiënten en naasten de aanbevelingen kunnen opvolgen, is het belangrijk dat in een aantal randvoorwaarden wordt voorzien. In module 1, 2 en 3 zijn al specifieke randvoorwaarden genoemd voor de verschillende vormen van taalondersteuning, gebaseerd op de onderbouwing, de focusgroepen en overwegingen van de richtlijnwerkgroep. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de randvoorwaarden voor drie hoofdthema's 1) Brede bewustwording en scholing, 2) Extra tijd nodig om goede zorg te kunnen bieden en 3) Toegang tot de verschillende vormen van taalondersteuning.

7.2.1. Brede bewustwording en scholing

Tijdens de focusgroepen werd door de leden van de richtlijnwerkgroep benadrukt hoe belangrijk het is om in opleidingen en nascholingen aandacht te besteden aan het omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein. Zorg- en hulpverleners gaven aan dat hier momenteel weinig aandacht voor is en dat zij kennis en vaardigheden missen op het gebied van werken met tolken en andere vormen van taalondersteuning. Wetenschappelijke literatuur bevestigt dat het belangrijk is dat toekomstige zorg- en hulpverleners leren hoe ze adequaat kunnen communiceren wanneer een professionele tolk wordt ingezet (130).

Ook de onderzoekers van Berenschot, die in 2022 in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek deden naar de inzet van tolken in de gezondheidszorg en het sociaal domein, concludeerden dat in alle sectoren meer aandacht nodig is voor interculturele communicatie tussen zorg- en hulpverleners en het omgaan met taalbarrières (33). Respondenten gaven ook aan dat zorg- en hulpverleners scholing nodig hebben op het gebied van interculturele communicatie en training in het controleren of informatie goed is overgekomen en of de patiënt alles begrijpt.

De richtlijnwerkgroep benadrukt dat naast bewustwording bij zorg- en hulpverleners en patiënten ook bredere bewustwording nodig is bij ondersteunende medewerkers, managers en bestuurders, omdat gezamenlijke inzet vereist is voor het bieden van goede zorg bij een taalbarrière.

Voor brede bewustwording en scholing is het volgende nodig:

- Beschikbaarheid van (beeld)materialen die zowel emotioneel als intellectueel aanspreken, zodat stakeholders kunnen bijdragen aan het creëren van bewustwording bij zorgverleners, patiënten, naasten, ondersteunende medewerkers, managers, beleidsmakers en bestuurders.
- Delen van good practices, bijvoorbeeld over het verbeteren van werkprocessen die bijdragen aan het effectief oplossen van taalbarrières.
- Praktische materialen voor het herkennen van en omgaan met taalbarrières, en de verantwoordelijkheden van zorgverleners, organisaties, patiënten en naasten.
- Delen van de richtlijn en praktische materialen via social media, nieuwsbrieven, (vak)bladen en een centraal platform.
- Opnemen van het omgaan met taalbarrières in de basiscurricula van opleidingen voor zorgverleners.
- Voor tolken zorg- en sociaal domeinspecifieke opleidingen, nascholingen, toetsing en registratie.
- Toegankelijk maken van informatie over het omgaan met taalbarrières.

7.2.2. Organisatie van zorg: tijd

Om goede zorg en ondersteuning te bieden, hebben zorgverleners in veel gevallen meer tijd nodig voor gesprekken waarbij een taalbarrière speelt dan voor gesprekken zonder een taalbarrière. Naast de tijd voor de communicatie zelf, kost het extra tijd om te bepalen of en in welke mate er sprake is van een taalbarrière, welke taalondersteuning nodig is, en om deze ondersteuning te regelen. Bovendien is er meer tijd nodig om terug te vragen of de patiënt en zorg- of hulpverlener elkaar goed hebben begrepen.

Het goed oplossen van de taalbarrière levert ook tijdswinst op. Respondenten uit het onderzoek door Berenschot (32) gaven aan dat zij verwachtten dat het inzetten van professionele tolken zich terugbetaalt, zowel in effectiviteit van zorg (gezondheidswinst) als in efficiëntie van zorg (tijdswinst voor zorgverleners). Ook de richtlijnwerkgroep en deelnemers aan de focusgroepen benadrukken dat het inzetten van tolken tijd bespaart.

Het inzetten van vertaalapps en het laten tolken door naasten kost zorgverleners minder tijd dan het inzetten van professionele tolken. Om ervoor te zorgen dat zorgverleners wanneer nodig professionele tolken inzetten, is een randvoorwaarde dat zij daar voldoende tijd voor krijgen en dat het aanvragen goed worden ingeregeld.

Wat de beschikbare tijd betreft, is het volgende nodig:

- Zorgverleners en ondersteunende medewerkers hebben de mogelijkheid om extra tijd te reserveren voor gesprekken waarin professionele tolken, vertaalapps, naasten of andere vormen van taalondersteuning nodig zijn om goede zorg te kunnen bieden.
- Er worden afspraken gemaakt over het efficiënt aanvragen van professionele tolken, het plannen van afspraken/consulten bij zorgverleners die de (moeder)taal van de patiënt spreken, en het regelen van digitale hulpmiddelen.

7.2.3. Organisatie van zorg: toegang tot vormen van taalondersteuning

Professionele tolk

Veel zorgverleners ervaren problemen bij het inzetten van professionele tolken, waardoor zij minder vaak een tolk inzetten dan ze zelf nodig achten, zo concludeerden onderzoekers van Berenschot in 2022 (32). Drieënveertig procent (43%) van de respondenten uit de zorg en het sociaal domein gaf aan nooit een professionele tolk in te zetten wanneer ze die nodig hebben, terwijl slechts tien procent (10%) aangaf vaak, heel vaak of altijd een tolk in te zetten wanneer dat nodig is. Als redenen voor het niet inzetten van professionele tolken werden genoemd: het ontbreken van financiering, gebrek aan informatie over de mogelijkheden om een professionele tolk in te schakelen, de tijd die het kost om een professionele tolk in te schakelen, en gebrek aan kennis over het oplossen van taal- en cultuurbarrières.

Het ministerie van VWS heeft inmiddels beleidsmatig duidelijkheid gegeven in een brief aan de Tweede Kamer op 27 november 2023: “Goede en passende zorg begint met duidelijke communicatie. Daarom is het belangrijk om de inzet van professionele tolken, voor situaties waar dit noodzakelijk is, structureel te regelen.” Het ministerie van VWS baseert zich hierbij op het standpunt van Zorginstituut Nederland ten aanzien van de inzet van tolken uit 2020: “Zorgverleners dienen op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) goede zorg te verlenen, waarbij zij handelen in overeenstemming met de verantwoordelijkheid die voortvloeit uit de professionele standaard. Het leveren van kwalitatief goede zorg impliceert dat de zorg- en hulpverlener en de patiënt goed met elkaar kunnen communiceren in een voor beiden begrijpelijke taal” (22).

Dit standpunt over de inzet en bekostiging van tolken was onderdeel van het rapport van Zorginstituut Nederland over tolken in de geestelijke gezondheidszorg. Zorginstituut Nederland bevestigde in 2024 schriftelijk aan de projectgroep dat het standpunt over de bekostiging van tolken breder van toepassing is op alle zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (zie bijlage 5).

Het overheidsbeleid is nu inhoudelijk dus duidelijk maar de financiering van tolken is nog maar voor een deel van de sectoren geregeld. Voor de GGZ voor patiënten van 18 jaar en ouder en voor de eerstelijnsgeboortezorg zijn de afgelopen jaren regelingen ingesteld op basis waarvan de kosten voor tolken gedeclareerd kunnen worden bij zorgverzekeraars. Het ministerie van VWS heeft aan de Nederlandse Zorgautoriteit een adviesaanvraag gedaan met betrekking tot de bekostiging voor de huisartsenzorg (Kamerbrief, december 2024). Daarbij is ook gevraagd om te onderzoeken of de

oplossing voor de huisartsenzorg ook zou kunnen werken voor de overige eerstelijnszorg. Voor de medisch-specialistische zorg stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat de kosten voor tolken in de tarieven zijn opgenomen (Kamerbrief, november 2023). Voor de zorg en ondersteuning die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallen (Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet publieke gezondheid (Wpg)), zijn gemeenten verantwoordelijk voor de kosten, aldus het ministerie van VWS in de eerdergenoemde brief aan de Tweede Kamer. Voor de Wet langdurige zorg stelt het ministerie dat er geen signalen zijn dat het ontbreken van financiering een drempel vormt voor het inzetten van tolken (Kamerbrief, november 2023).

Voor het effectief inzetten van professionele tolken is het volgende nodig:

- Structurele financiering voor tolken, zodat alle zorg- en hulpverleners voor alle groepen patiënten een tolk kunnen inzetten wanneer dat nodig is om goede zorg te bieden.
- Informatie over hoe de financiering geregeld is en hoe professionele tolken kunnen worden ingeschakeld, is voor alle zorgverleners beschikbaar en vindbaar.
- In (digitale) dossiers is informatie over taalbarrière, de behoefte aan en de vorm van taalondersteuning en laaggeletterdheid snel en eenvoudig te noteren en te vinden.
- Professionele tolken met expertise in zorg en sociaal domein zijn beschikbaar en inzetbaar, in lijn met de behoefte in de zorg en het sociaal domein.
- Praktische oplossingen voor het aanvragen van professionele tolken (bijvoorbeeld door ondersteunende medewerkers) moeten gedeeld en toegepast worden.

Een voorbeeld van toegankelijke informatie voor zorg- en hulpverleners over de toegang tot tolken is de website www.zoschakeltueentolkin.nl.

Zorgverleners die de moedertaal van de patiënt spreken

Het inzetten van zorgverleners die de moedertaal van de patiënt spreken voor zorg of ondersteuning is afhankelijk van de beschikbaarheid en vindbaarheid van deze zorgverleners.

Voor het effectief inzetten van zorgverleners die de moedertaal van de patiënt spreken, is het volgende nodig:

- Binnen zorgorganisaties is bekend welke zorgverleners welke talen goed beheersen en welke zorg zij wanneer in die talen willen en kunnen bieden.
- Er zijn afspraken over hoe en wanneer patiënten kunnen worden overgedragen of geaccepteerd vanuit andere zorgaanbieders.
- Toegankelijke overzichten van zorgverleners die zorg en ondersteuning kunnen bieden, zowel voor individuele als groepszorg zijn beschikbaar.

Voorbeelden van initiatieven die bijdragen aan de vindbaarheid van zorgverleners die de moedertaal van de patiënt spreken en dezelfde culturele achtergrond hebben:

- [Landelijk overzicht interculturele ggz en maatschappelijke ondersteuning](#)
- Allomedics
- [Stichting meertalige logopedie Nederland](#)

Naaste die tolkt

Om naasten effectief te laten tolken, is het belangrijk dat:

- Zorg- en hulpverleners praktische informatie hebben over hoe zij kunnen vragen of de patiënt en naaste instemmen met het vertalen door de naaste, hoe ze kunnen werken met naasten die vertalen, en wat ze kunnen doen wanneer het niet passend is om de naaste te laten vertalen.
- Er informatie beschikbaar is voor patiënten en naasten over deze richtlijn, wanneer vertalen door een naaste wel of niet wenselijk is, welke andere vormen van taalondersteuning er zijn, en hoe de naaste kan bijdragen aan goede zorg.

Digitale hulpmiddelen

Onderzoeksbureau EQUALIS voerde eind 2023 onderzoek uit in opdracht van het ministerie van VWS naar het gebruik van digitale hulpmiddelen bij taalbarrières in de zorg en het sociaal domein (33). De onderzoekers concludeerden: "Het gebruik van digitale hulpmiddelen voor het overkomen van taalbarrières in de zorg en het sociaal domein is momenteel nog beperkt, terwijl het gebruik hiervan een positieve impact kan hebben op de kwaliteit van zorg." De onderzoekers gaven aan dat zorgverleners slechts een klein deel van de beschikbare digitale hulpmiddelen kennen, en dat de kwaliteit vaak als onvoldoende wordt ervaren, vooral vanwege onduidelijkheden over privacy.

Uit de focusgroepen kwam naar voren dat zorgverleners vaak gebruikmaken van vertaalapps zoals Google Translate voor eenvoudige gesprekken of als ondersteuning. De richtlijnwerkgroep concludeerde dat digitale hulpmiddelen, gezien de huidige tekortkomingen in kwaliteit en privacy, alleen geschikt zijn voor eenvoudige gesprekken en ter ondersteuning van andere gesprekken.

Voor effectieve inzet van digitale hulpmiddelen is het belangrijk dat:

- Digitale hulpmiddelen beschikbaar zijn die hoge kwaliteit gesproken en geschreven vertalingen bieden, specifiek voor de zorg en het sociaal domein, met waarborging van de privacy van patiënten, zorgverleners en zorgaanbieders.
- Voor alle betrokkenen duidelijk en goed vindbaar is welke digitale hulpmiddelen zij kunnen gebruiken en wat de kwaliteit en veiligheid van deze hulpmiddelen zijn.
- Zorg- en hulpverleners getraind worden in het gebruik van digitale hulpmiddelen, conform de Europese wetgeving.

Vertaalde materialen

Vertaalde materialen, materialen in eenvoudig Nederlands en visuele ondersteuning spelen een cruciale rol in de zorg en ondersteuning van mensen die de Nederlandse taal nog niet (voldoende) beheersen. Deze materialen zijn essentieel voor een effectieve communicatie. Uit het onderzoek van EQUALIS blijkt dat veel zorgverleners niet bekend zijn met de beschikbare materialen en platforms. Om de deelbaarheid te bevorderen, is het aan te bevelen om materialen online beschikbaar te stellen en digitaal te delen met patiënten en naasten (131).

Voor effectieve inzet van vertaalde materialen is het belangrijk dat:

- Er goede, betrouwbare en actuele databases zijn waar zorg- en hulpverleners, patiënten en naasten vertaalde materialen kunnen vinden.
- Er een duidelijk beleid is voor het gebruik van vertaalapps voor het vertalen van websites en materialen, en zorgverleners, patiënten en naasten kunnen zien hoe vertalingen tot stand zijn gekomen.

Enkele vindplekken voor vertaalde en eenvoudige materialen:

- De [Kennisbank van Pharos](#), het meest bekende platform, volgens het onderzoek van EQUALIS (33).
- Het [overzicht van vertaalde materialen](#) van GGD GHOR Nederland.
- De [Talentool geboortezorg](#) op Kennisnet Geboortezorg.
- Het bedrijf [Inforium BV](#) werkt met AI-vertalingen van vertaalde materialen.

Cultuurmediators

Het werk van cultuurmediators is in Nederland nog relatief onbekend. In andere landen hebben zij al een grotere rol in de zorg en het sociaal domein. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft gerapporteerd over de rol van cultuurmediators en het wetenschappelijke bewijs van hun invloed op gezondheid en zorg. In de systematische review (1) voor deze richtlijn werden echter geen onderzoeken gevonden naar de uitkomsten van het inzetten van een cultuurmediator in relatie tot de taalbarrière en gezondheid. Omdat 'cultuurmediator' geen geregistreerd beroep is in Nederland, is er alleen een aanbeveling gedaan over het inzetten van cultuurmediators wanneer sprake is van een cultuurbarrière.

Leden van de richtlijnwerkgroep en deelnemers aan de focusgroepen zien duidelijke meerwaarde in het inzetten van cultuurmediators.

Om cultuurmediators effectief in te kunnen zetten, is het belangrijk dat:

- Er officiële kaders komen voor het inzetten van cultuurmediators.
- Zorg- en hulpverleners weten wat cultuurmediators zijn en wat zij wel en wat zij niet kunnen betekenen in de zorg en het sociaal domein

7.3. Financiële gevolgen implementatie van de richtlijn

Een gedegen analyse van de financiële gevolgen van de implementatie van deze richtlijn was om verschillende redenen binnen dit project niet haalbaar omdat er maar zeer beperkt gegevens beschikbaar zijn over de kosten en baten van de verschillende vormen van taalondersteuning. Dit komt onder andere doordat de bekostiging van tolken per sector anders is geregeld (zie paragraaf 7.1.3). Daar komt bij dat het gebruik van de verschillende vormen van taalondersteuning zal worden beïnvloed door moeilijk te voorspellen ontwikkelingen, zoals de mate van implementatie van de richtlijn, de bekostiging van tolken in de verschillende zorgsectoren, de ontwikkelingen in de kwaliteit en betrouwbaarheid van digitale hulpmiddelen, de toename van het aantal nieuwe mensen met een migratieachtergrond en asielzoekers, en een mogelijke aanpassing van het vereiste taalniveau in het kader van inburgering.

Over onderzoeken naar de kosten en baten van de inzet van professionele tolken:

- Onderzoeksbureau Regioplan voerde in 2009, in opdracht van VWS, een kosten-batenanalyse uit voor de huisartsenzorg en de GGZ (132). De onderzoekers stelden vast dat het niet mogelijk was om inzicht te geven in een groot deel van de kwantitatieve en kwalitatieve baten.
- Op basis van een review van internationaal onderzoek naar kosten-batenanalyses voor het inzetten van professionele tolken werd geconcludeerd dat er weinig kosten-batenanalyses zijn uitgevoerd, dat deze slechts enkele vormen van zorg betreffen, dat de onderzoeken met verschillende uitkomstmaten werken, en dat het niet goed mogelijk is gebleken om de kwantitatieve en kwalitatieve baten voor patiënten, het zorgsysteem en de maatschappij goed te berekenen (133).
- De data die nodig zijn om goede kosten-batenanalyses uit te voeren, worden (nog) niet verzameld. Een minimale voorwaarde zou zijn dat eenduidig in dossiers wordt geregistreerd of er sprake is van een taalbarrière en welke vorm van taalondersteuning is ingezet. Deze gegevens worden echter nog niet (eenduidig) geregistreerd.

7.4. Adviezen voor stakeholders

Op elk niveau in de zorg en het sociaal domein is inzet nodig om ervoor te zorgen dat zorg- en hulpverleners goede zorg kunnen bieden in situaties waarin zich een taalbarrière voordoet.

Algemene adviezen voor stakeholders:

- Stimuleer bewustwording van de impact van taalbarrières en de verantwoordelijkheden van zorg- en hulpverleners en zorgaanbieders om ook wanneer er sprake is van een taalbarrière goede zorg te bieden. Neem dit mee bij het bevorderen van samen beslissen.
- Bevorder de verspreiding en implementatie van deze richtlijn en integreer het effectief omgaan met taalbarrières in werkprocessen.
- Ontwikkel met mensen uit de praktijk een toolbox met beknopte, praktische materialen. Neem hierin links op naar websites met materialen en informatie over hoe de financiering voor tolken geregeld is.
- Zorg voor (na)scholingen met accreditatie over omgaan met taalbarrières en werken met tolken en maak dit een vast onderdeel van basisopleidingen.

- Selecteer samen met andere stakeholders welke digitale hulpmiddelen ingezet kunnen worden, en bied duidelijkheid over kwaliteit, privacy en het juiste gebruik. Zorg, gezien de snelle ontwikkelingen, voor regelmatige actualisering.
- Stimuleer het ontwikkelen van materialen in eenvoudig Nederlands, gesprekskaarten, beeldmaterialen en vertaalde materialen.
- Bevorder de ontwikkeling van een landelijk platform voor informatie en materialen over het omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein.
- Overweeg of de richtlijn in de toekomst kan worden uitgebreid met de communicatie met mensen die doof of slechthorend zijn.

7.5. Adviezen per groep van stakeholders

7.5.1. Beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen van zorg- en hulpverleners

- Autoriseer de richtlijn, verspreid deze onder leden en bevorder de implementatie. Stimuleer de ontwikkeling van praktische materialen voor zorgverleners.
- Beoordeel of specifieke uitwerkingen van de richtlijn nodig zijn voor bepaalde groepen professionals (zoals voor verzorgenden) of voor bepaalde ziektebeelden (dementie, afasie).
- Bevorder en evalueer de implementatie van de richtlijn en bijbehorende materialen.
- Bepleit structurele oplossingen voor de financiering van tolken.
- Pleit voor standaard registratiemogelijkheden in dossiers en standaarden voor overdrachtsbrieven in (bijv. ZorgDomein) voor informatie over taalbarrières, zoals voorkeurstaal/-talen gebruikte taalondersteuning.
- Overweeg in nieuwe richtlijnen, kwaliteitsstandaarden of handreikingen en bij revisies, te verwijzen naar de richtlijn Omgaan met taalbarrières..
- Verwijs naar digitale hulpmiddelen die ingezet kunnen worden.

7.5.2. Aanbieders van zorg en ondersteuning

- Stel beleid op voor het omgaan met taalbarrières en maak dit bijvoorbeeld bekend in de vorm van een handreiking voor zorgverleners, managers, ondersteunende medewerkers, ketenpartners, patiënten en naasten.
- Zorg ervoor dat zorg- en hulpverleners voldoende tijd kunnen reserveren voor gesprekken waarin een taalbarrière speelt.
- Bied zorgverleners training aan in het omgaan met taalbarrières en het werken met tolken.
- Voor organisaties waarbij de financiering van tolken nog niet geregeld is: begroot voldoende middelen voor het inzetten van tolken en maak afspraken met zorgverzekeraars of gemeenten.
- Pleit voor structurele oplossingen voor de financiering van tolken.
- Zorg voor een goede afspiegeling van de bevolking onder zorg- en hulpverleners zodat zorgverleners ingezet kunnen worden die de taal van de patiënt spreken.
- Breng in kaart welke talen medewerkers beheersen en of zij beschikbaar willen zijn om zorg in andere talen te bieden. Deel deze informatie binnen de organisatie en, waar van toepassing, ook breder, zodat zichtbaar wordt in welke talen zorg geboden kan worden.

7.5.3. Patiënten- en mantelzorgorganisaties

- Ontwikkel en verspreid materialen voor patiënten, naasten en sleutelpersonen om hen te informeren over en handvatten te bieden voor het omgaan met taalbarrières.
- Breng in kaart wat de ervaringen zijn van leden die de Nederlandse taal niet voldoende beheersen, met betrekking tot de zorg.
- Vertaal informatie voor patiënten in de belangrijkste talen.
- Pleit, samen met andere stakeholders, voor structurele financiering en toegang tot tolken voor zorg- en hulpverleners.

7.5.4. Brancheorganisaties

- Pleit voor structurele oplossingen voor de financiering van tolken in de zorg en het sociaal domein.
- Pleit voor het opnemen van velden voor voorkeurstaal, taalbarrière en gebruikte taalondersteuning in digitale dossiers en formats voor overdrachtsbrieven.
- Zorg voor een overzicht van digitale hulpmiddelen die ingezet kunnen worden, en houd dit actueel.
- Ontwikkel een handreiking voor leden over het implementeren van de richtlijn.

7.5.5. Zorgverzekeraars

- Draag bij aan doelmatige en congruente bekostiging voor tolken en aan doelmatige inkoop van tolkendiensten.
- Stimuleer de ontwikkeling van een handreiking voor het inkopen en monitoren van tolkendiensten.
- Onderzoek hoe het doorverwijzen naar zorgverleners die de moedertaal van de patiënt spreken efficiënt georganiseerd kan worden.
- Stimuleer innovatie op het gebied van digitale hulpmiddelen om taalbarrières op te lossen, omdat dit bijdraagt aan de toegang tot en de kwaliteit van zorg, en kosten kan besparen.
- Informeer medewerkers en klanten over de richtlijn, het beleid en de financiering van tolken.
- Onderzoek mogelijkheden voor het inzetten van extra tijd voor contacten met patiënten waarbij een taalbarrière speelt.

7.5.6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- Zorg ervoor dat de bekostiging voor het inzetten van tolken voor alle zorg- en hulpverleners structureel geregeld wordt voor alle professionals in de zorg en het sociaal domein.
- Draag bij aan het bevorderen van de kwaliteit van tolken in de zorg en het sociaal domein door te stimuleren dat het veld kaders, accreditatie en registratie ontwikkelt voor tolken met domeinspecifieke kennis en vaardigheden.
- Ontwikkel beleid om het inzetten van zorgverleners die de moedertaal van de patiënt spreken te bevorderen.
- Stimuleer het veld om beleid en handvatten voor de praktijk te ontwikkelen voor het inzetten van digitale hulpmiddelen. Stimuleer tevens onderzoek naar de bruikbaarheid, effectiviteit en implementatie van digitale hulpmiddelen.
- Verken op basis van signalen uit de praktijk de behoeften en mogelijkheden voor de financiering van extra tijd die zorgverleners nodig hebben om goede zorg te bieden wanneer er sprake is van een taalbarrière.

7.5.7. Gemeenten

- Maak afspraken over het inzetten en de financiering van tolken voor de zorg en ondersteuning in het kader van de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet publieke gezondheid met eigen diensten (wijkteams, GGD'en) en met zorgaanbieders waarmee contracten worden gesloten.
- Informeer zorg- en hulpverleners, beleidsmedewerkers en bestuurders over het beleid voor het inzetten van tolken in de zorg en het sociaal domein.

7.5.8. Vereniging Nederlandse Gemeenten

- Informeer gemeenten over het landelijk beleid met betrekking tot het omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein, en over deze richtlijn.
- Draag bij aan doelmatige en congruente bekostiging voor tolken, en aan doelmatige inkoop van tolkendiensten.

7.5.9. Zorginstituut Nederland

- Stimuleer dat deze richtlijn wordt opgenomen in het Register van Kwaliteitsstandaarden.
- Biedt duidelijkheid over de kaders voor de inzet van professionele tolken voor alle domeinen van zorg en maatschappelijke ondersteuning.
- Benoem (het omgaan met) taalbarrières en het inzetten van tolken in rapporten en beleid gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen, samen beslissen en passende zorg.

7.5.10. Nederlandse Zorgautoriteit

- Draag bij aan doelmatige en congruente bekostiging voor tolken, en aan doelmatige inkoop van tolkendiensten. Houd daarbij rekening met de impact op de kwaliteit en beschikbaarheid van tolken én eenvoudige, eenduidige en duurzame toegang tot tolken. Betrek hierbij organisaties van zorgverleners, patiënten en tolken.
- Ontwikkel samen met stakeholders een advies over de inkoop en monitoring van tolkendiensten voor de verschillende bekostigingsvormen.
- Neem toegang tot tolken voor zorgverleners op in toezichtstaken.

7.5.11. Inspectie voor de gezondheidszorg

- Informeer inspecteurs en beleidsmedewerkers over de richtlijn.
- Overweeg om in toetsingskaders op te nemen of aanbieders beleid hebben voor het inzetten van tolken en digitale hulpmiddelen.
- Wees alert op, registreer en rapporteer knelpunten en incidenten gerelateerd aan taalbarrières en het inschakelen van tolken.

7.5.12. Beroepsorganisaties van tolken

- Pleit voor structurele oplossingen voor de financiering van tolken in de zorg en het sociaal domein.
- Ontwikkel samen met stakeholders kaders, opleidingseisen, accreditatie en registratie voor tolken in de zorg en het sociaal domein.

7.5.13. Aanbieders van opleidingen en nascholingen voor zorg-/hulpverleners

- Neem omgaan met taalbarrières en werken met tolken op in het onderwijs en (na-)scholing voor zorg- en hulpverleners.
- Ontwikkel (na-)scholingen over omgaan met taalbarrières en biedt mogelijkheden om het werken met professionele tolken, naasten die tolken en digitale hulpmiddelen te oefenen.

7.5.14. Aanbieders van opleidingen en nascholingen voor tolken

- Ontwikkel samen met organisaties van tolken en andere stakeholders domeinspecifieke specialisaties voor professionele tolken in de zorg en het sociaal domein, aangezien deze sectoren andere kennis en vaardigheden vereisen dan het tolken in andere contexten (bijvoorbeeld in het juridisch domein).

7.5.15. Organisaties voor accreditatie en registratie van tolken

- Ontwikkel samen met andere stakeholders een professioneel kader, accreditatie en registratie voor tolken in de zorg en het sociaal domein.

7.5.16. Kennisinstituten (zoals Pharos, Movisie, Nederlands Jeugdinstituut, Trimbos, Vilans)

- Neem omgaan met taalbarrières op in onderzoeken, (beleids-)rapporten, bijeenkomsten, trainingen en communicatie-uitingen.
- Werk samen met stakeholders (zoals beroeps- en brancheorganisaties, verzekeraars) aan een overzicht van welke digitale hulpmiddelen ingezet kunnen worden, hoe en waarvoor. Gezien de snelle ontwikkelingen is het belangrijk om te zorgen dat dit overzicht actueel blijft.
- Overweeg samen met stakeholders welke materialen in andere talen beschikbaar kunnen worden gesteld, en faciliteer toegang tot deze materialen voor zorgverleners en patiënten.

7.5.17. Lokale en regionale samenwerkingsverbanden (zoals ROS'en, RHO's, VSV's)

- Bespreek praktijk en beleid van het omgaan met taalbarrières met ketenpartners.

7.5.18. Ontwikkelaars van digitale hulpmiddelen

- Ontwikkel digitale hulpmiddelen van hoge kwaliteit en veiligheid voor het omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein.

7.5.19. Ontwikkelaars van digitale dossiers en (formats voor) verwijzen

- Neem in samenspraak met stakeholders velden voor voorkeurs taal, taalniveau en gebruikte taalondersteuning op in digitale dossiers en formats voor overdrachtsbrieven.

7.6. Indicatoren en monitoring

Patiëntenfederatie Nederland zal een overzicht bijhouden van organisaties die de richtlijn hebben geautoriseerd, bestuurlijk hebben ondersteund of een verklaring van geen bezwaar hebben afgegeven. Een jaar na de afronding van het project zal Patiëntenfederatie Nederland deze organisaties benaderen om hun ervaringen met de implementatie van de richtlijn te peilen en om te bespreken welke stappen nodig zijn voor verdere bevordering van de implementatie op de lange termijn.

7.6.1. Indicatoren voor implementatie van de richtlijn

Indicatoren die gebruikt kunnen worden om de implementatie van de richtlijn te monitoren:

- Aantal beroepsorganisaties die de richtlijn hebben geautoriseerd, bestuurlijk hebben ondersteund of een verklaring van geen bezwaar hebben afgegeven.
- Aantal beroepsorganisaties en zorgaanbieders die de richtlijn onder de aandacht brengen van zorg- en hulpverleners en patiënten.
- Percentage zorg- en hulpverleners, patiënten, naasten en managers die bekend zijn met de richtlijn (gebaseerd op onderzoek).
- Aantal richtlijnen, handreikingen en kwaliteitsstandaarden die verwijzen naar de richtlijn.

7.6.2. Indicatoren voor toepassing vormen van taalondersteuning

Indicatoren die gebruikt zouden kunnen worden om de toepassing van verschillende vormen van taalondersteuning te monitoren, en daarmee een indicatie te geven van de implementatie van de richtlijn:

- Kosten voor het inzetten van tolken, op basis van gegevens van verzekeraars (bijv. GGZ 18+ en eerstelijns geboortezorg via NZa), huisartsenachterstandsfondsen en tolkendiensten (bijv. Global Talk, Acolad).
- Percentage zorg- en hulpverleners die professionele tolken inzetten wanneer nodig (gebaseerd op onderzoek – vergelijk met het onderzoek van Berenschot (32)).
- Percentage zorg- en hulpverleners die digitale hulpmiddelen gebruiken in vergelijking met het onderzoek van EQUALIS in 2023 (33).
- aalvaardigheid en behoefte aan taalondersteuning in digitale dossiers.

8. Kennislacunes

In deze generieke richtlijn doen we aanbevelingen op basis van een integratie van informatie uit verschillende (wetenschappelijke) bronnen en een afweging van de haalbaarheid en aanvaardbaarheid van verschillende vormen van taalondersteuning. Toch is er op sommige punten nog een gebrek aan kennis. Deze kennislacunes worden hieronder toegelicht.

8.1. Bewustwording en gedragsverandering

In Module 1 van deze generieke richtlijn doen we aanbevelingen over hoe zorg- en hulpverleners, evenals ondersteunende medewerkers, kunnen inschatten óf en in welke mate er sprake is van een taalbarrière. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur (niet onderdeel van het systematische literatuuronderzoek (1)), eerdere aanbevelingen en rapporten, en inzichten uit de focusgroepen, getoetst op basis van de expertise van de richtlijnwerkgroep. We hebben echter geen concrete informatie over hoe zorg- en hulpverleners precies kunnen handelen in de praktijk om een taalbarrière te kunnen inschatten.

Kennislacune 1:

Er is onderzoek nodig naar hoe zorg- en hulpverleners, patiënten en naasten ondersteund kunnen worden bij het inschatten van een taalbarrière, het maken van praktische keuzes tussen verschillende vormen van taalondersteuning, het vergroten van de bewustwording over de effectiviteit van deze vormen, en het herkennen van signalen die aangeven wanneer opschaling naar een effectievere oplossing nodig is (bijvoorbeeld het opschalen van een naaste die tolkt naar een professionele tolk).

In Module 2 van deze richtlijn doen we aanbevelingen over de manieren waarop zorg- en hulpverleners kunnen bepalen welke vorm(en) van taalondersteuning het best passen om de communicatie te ondersteunen. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op bevindingen uit het systematische literatuuronderzoek (1), de focusgroepen en aanvullende bronnen (zoals grijze literatuur en internationale rapporten), en de expertise van de richtlijnwerkgroep.

Ondanks dat we nu inzicht hebben in wanneer bepaalde vormen van taalondersteuning beter passend zijn, horen we uit praktijkvoorbeelden dat veel zorg- en hulpverleners, maar ook andere betrokkenen zoals managers en beleidsmedewerkers, zich ofwel niet bewust zijn van het belang van het oplossen van een taalbarrière, ofwel een negatieve houding hebben of lage intenties om een taalbarrière daadwerkelijk op te lossen.

Dit kan ertoe leiden dat patiënten een naaste nodig blijven hebben om te tolken, of zelfs dat zorg of hulp wordt geweigerd. We hebben echter geen concrete informatie over hoe zorg- en hulpverleners en andere betrokkenen kunnen worden overtuigd om te investeren in gedragsverandering rondom het oplossen van taalbarrières.

Kennislacune 2:

Er is onderzoek nodig naar manieren om zorg- en hulpverleners en andere betrokkenen te motiveren om te investeren in gedragsverandering rondom het oplossen van taalbarrières. Onderwerpen om te onderzoeken hierbij zijn bewustzijn over taalbarrières, attitudes, intenties en belemmerende factoren. Deze factoren zijn namelijk belangrijke voorspellers van gedrag en gedragsverandering.

Uit de focusgroepen en de ervaringen van de richtlijnwerkgroep blijkt dat patiënten en naasten zich vaak onvoldoende bewust zijn van het belang van het oplossen van een taalbarrière. Ook ervaren zij een gebrek aan kennis over zaken zoals het Nederlandse zorgsysteem of hebben zij andere

verwachtingen van zorg of hulp. We hebben echter geen concrete informatie over wat er precies nodig is om de bewustwording bij patiënten en naasten te vergroten.

Kennislacune 3:

Er is onderzoek nodig naar manieren waarop patiënten en naasten beter geïnformeerd kunnen worden over zaken zoals het Nederlandse zorgsysteem. Het is belangrijk om hierbij aandacht te besteden aan de behoeften en wensen van patiënten en naasten met betrekking tot de inhoud en de vorm van de informatie.

8.2. Inzet en effectiviteit van vormen van taalondersteuning

Zoals eerder vermeld, staan in Module 2 aanbevelingen over verschillende vormen van taalondersteuning. Echter, er is nog veel onbekend over enkele aspecten van de (effectiviteit van) verschillende vormen van taalondersteuning.

Kennislacune 4:

Er is onderzoek nodig naar de inzet en effectiviteit van verschillende vormen van taalondersteuning, zowel in het sociaal domein als in een bredere verscheidenheid aan zorgcontexten. Momenteel hebben we voor deze generieke richtlijn geen wetenschappelijke literatuur over het sociaal domein kunnen vinden. Wat betreft de zorg is er wel veel wetenschappelijke literatuur beschikbaar, maar deze is beperkt in het aantal verschillende zorgcontexten dat wordt behandeld. Dit kan de generaliseerbaarheid van sommige overwegingen beperken.

Kennislacune 5:

Er is onderzoek nodig naar relatief nieuwere vormen van taalondersteuning, zoals de effectiviteit van cultuurmediators en vormen van digitale taalondersteuning, zoals kunstmatige intelligentie. Voor digitale taalondersteuning is het belangrijk specifiek te kijken naar hoe de kwaliteit en betrouwbaarheid versneld kunnen worden verbeterd.

Kennislacune 6:

Er is onderzoek nodig naar de kosteneffectiviteit van verschillende vormen van taalondersteuning. Hoewel enkele wetenschappelijke publicaties over kosteneffectiviteit beschikbaar zijn, zijn deze studies niet in Nederland uitgevoerd.

8.3. Uitkomsten

In de onderbouwing van Module 2 worden bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur gepresenteerd die betrekking hebben op verschillende uitkomsten, zoals kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en de kwaliteit van vertalingen. Er ontbreekt echter informatie over enkele uitkomsten die ofwel door de richtlijnwerkgroep als relevant werden beschouwd, ofwel belangrijk zijn vanwege recente ontwikkelingen in het Nederlandse zorgsysteem.

Kennislacune 7:

Er is onderzoek nodig naar hoe ontwikkelingen rondom taalbarrières kunnen worden meegenomen in de bredere context van samen beslissen en passende zorg. Samen beslissen is een hoeksteen van patiëntgerichte en passende zorg. Wetenschappelijke literatuur laat zien dat patiënten met een migratieachtergrond over het algemeen ook graag betrokken zijn bij beslissingen rondom hun zorg.

Kennislacune 8:

Er is onderzoek nodig naar het specifieke verband tussen taalbarrières en lage gezondheidsvaardigheden. Hierbij is aandacht nodig voor hoe voorkomen kan worden dat aannames

worden gedaan over de wensen en vaardigheden van patiënten, zoals de veronderstelling dat “een oudere patiënt of patiënt met lage gezondheidsvaardigheden geen digitale hulpmiddelen wil of kan gebruiken.”

Kennislacune 9:

Er is onderzoek nodig naar een breder aantal uitkomstmaten met betrekking tot (het oplossen van) taalbarrières. De richtlijnwerkgroep beschouwde de volgende uitkomsten als relevant, maar deze kwamen niet terug in de wetenschappelijke literatuur, van meest naar minst relevant: kosteneffectiviteit, vertrouwen, aantal verkeerde diagnoses, tijdswinst/-verlies, uitgestelde zorg, aantal onderzoeken/diagnostiek, aantal/ernst van bijwerkingen, therapietrouw, gekozen alternatief voor vorm van taalondersteuning en de beschikbaarheid/toegankelijkheid van vormen van taalondersteuning.

Kennislacune 10:

Er is onderzoek nodig naar hoe fouten en incidenten die het gevolg zijn van het niet oplossen van taalbarrières gemonitord kunnen worden.

8.4. Kennis over implementatie

Om deze generieke richtlijn op een duurzame manier te integreren in de dagelijkse praktijk, zijn er enkele randvoorwaarden. We beschikken echter niet over informatie over bepaalde randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn.

Kennislacune 11:

Er is onderzoek nodig naar effectieve strategieën voor de implementatie van deze generieke richtlijn.

Kennislacune 12:

Er is onderzoek nodig naar de financiering van taalondersteuning, zodat inzicht wordt verkregen in de situaties, contexten en velden waarin (het ontbreken van) financiering de inzet van professionele tolken nog belemmert.

Kennislacune 13:

Er is onderzoek nodig naar hoe meer aandacht kan worden besteed aan het oplossen van taalbarrières in opleidingen en nascholingen. Dit betreft een breed vraagstuk, van de opleiding en nascholing van sociaal werkers tot die van specialisten in ziekenhuizen, en de opleiding van professionele tolken en cultuurmediators.

9. Verantwoording

9.1. Algemene achtergrondgegevens

De generieke richtlijn is ontwikkeld door de multidisciplinaire richtlijnwerkgroep, in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland, onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam en een richtlijnmethodoloog van het Amsterdam UMC en een onafhankelijk voorzitter. Het ontwikkelen van de richtlijn is mogelijk gemaakt door financiering van ZonMw (programma Kwaliteit van zorg, projectnummer 05160122130002) en Patiëntenfederatie Nederland. De opvattingen van ZonMw hebben de inhoud van de richtlijn niet beïnvloed.

9.2. Samenstelling werkgroep en klankbordgroepen

In 2022 werden een multidisciplinaire projectgroep en richtlijnwerkgroep ingesteld. De projectgroep leidde het onderzoek en deed voorstellen, die vervolgens in de richtlijnwerkgroep kritisch werden bediscussieerd. De drie patiëntvertegenwoordigers in de richtlijnwerkgroep stelden ieder een eigen klankbordgroep samen in hun omgeving. Zij vroegen hun klankbordgroep voorafgaand aan de bijeenkomsten van de richtlijnwerkgroep om input en reacties op de analyse van knelpunten en conceptaanbevelingen, zodat zij als patiëntvertegenwoordigers goed voorbereid konden bijdragen aan de richtlijnwerkgroep.

9.2.1. Richtlijnwerkgroep

Het doel van de richtlijnwerkgroep was om:

- de knelpunten die in de praktijk zijn opgehaald en afgeleid uit de wetenschappelijke literatuur te analyseren en prioriteren;
- uitgangsvragen vast te stellen en de meest relevante vraag te selecteren voor gericht, systematisch literatuuronderzoek;
- de aanbevelingen per uitgangsvraag vast te stellen.

Hiervoor maakten zij gebruik van hun eigen kennis, ervaring en praktijk. De primair betrokken organisaties werden uitgenodigd om gemandateerde vertegenwoordigers af te vaardigen naar de richtlijnwerkgroep. De richtlijnwerkgroep bestond uiteindelijk uit de volgende personen:

Gemandateerde vertegenwoordigers vanuit beroepsorganisaties:

- Fatiha Abdessadki, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Mujtaba Al Hadi, namens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Namam Ali, namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
Lid van JNIV diversiteit & inclusie commissie
 - Begeleid door dr. Olivier Richel, senior specialist-begeleider bij NIV
- Leonie Fassaert, namens de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
 - Begeleid door Roel Bakx, kinderchirurg in het Amsterdam UMC en tevens voorzitter van de Commissie Richtlijnen van de NVvH
- Rima Fessahaye, namens de beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)
- Wahiba Fissoune, namens de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Petra de Jong, namens de Koepel Artsen Maatschappij + Gezondheid (KAMG)
- Tom Kieffer, namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Heleen Koppelaar, namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Peggy van der Lans, namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

- Carla Loman, namens de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Sylvia Mennink, namens het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG)
- Mariëlle Moonen, namens de Orde Register Tolken en Vertalers (ORTV)
- Hanneke Raven, namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Gemandateerde patiëntvertegenwoordigers vanuit patiëntenorganisaties:

- Samira Laaboudi, namens Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland (SGAN)
- Nazlı Lale-Kahraman, namens Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland (SGAN)
- Esma Sabaz, namens Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland (SGAN)

Vertegenwoordiger namens Pharos:

- Elize Smal, Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen (vanaf februari 2025)
- Anke van Dam, Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen (vanaf 1 december 2023)
- Heleen Koudijs, Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen (van 1 januari tot 1 december 2023)
- Maarten Dekker, Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen (tot 1 januari 2023)

Op basis van aanvullende expertise:

- Yordi Lassooy-Tekle, onafhankelijk deelnemend professioneel tolk en cultuurmediator

9.2.2. Projectgroep

De projectgroep bestond uit de volgende leden:

- Simone Goosen (projectleider), initiator en campagneleider 'Tolken terug in de zorg, alstublieft', beleidsadviseur en epidemioloog, namens de Patiëntenfederatie Nederland
- Jako Burgers (voorzitter van de richtlijnwerkgroep, op persoonlijke titel), huisarts, strategisch medisch adviseur bij het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), bijzonder hoogleraar persoonsgerichte zorg in richtlijnen aan de Universiteit van Maastricht, op persoonlijke titel
- Aja Al-Waely, projectondersteuner, masterstudent zorgmanagement, namens de Patiëntenfederatie Nederland
- Miranda Langendam, assistant professor en onderzoeker, epidemioloog en richtlijnmethodoloog, namens het Amsterdam UMC
- Barbara Schouten, associate professor, Amsterdam Center for Health Communication (ACHC), Amsterdam School of Communication Research (ASCoR), namens de Universiteit van Amsterdam
- Nida Gizem Yilmaz, assistant professor, Amsterdam Center for Health Communication (ACHC), Amsterdam School of Communication Research (ASCoR), namens de Universiteit van Amsterdam
- Liza van Lent, postdoctoraal onderzoeker, Amsterdam Center for Health Communication (ACHC), Amsterdam School of Communication Research (ASCoR), namens de Universiteit van Amsterdam

9.2.3. Klankbordgroepen

Aan de klankbordgroepen namen onder meer de volgende personen deel:

- Nora Yaacoubi, ambulant begeleider
- Majid Mohaved, inburgeringsconsulent bij de gemeente
- Nasrin Fazelpoor, intercultureel maatschappelijk werk, gezinssysteem en opvoedingshulp
- Naima Jabri, sociaal werker
- K. Amhaouech, verpleegkundige
- Fatima Tanejjart, verzorgende
- S. Boudriz, ervaren mantelzorger
- A. El Alili, docent en tolk
- Chaïmae El Addouti, manager zorginstelling
- Layla Boudriz, verzorgende
- Fatiha Azzarfane, verzorgende individuele gezondheidszorg
- Aziza, ervaringsdeskundige patiënt
- Soubiha, cliënt/patiënt

- Malika El Houriria
- Fatima Oubenqaasou

De andere deelnemers geven er de voorkeur aan niet met naam te worden genoemd.

9.2.4. Overige experts die hebben meegelezen

- Evert Bloemen, arts niet praktiserend, tot 2022 werkzaam als senior adviseur bij Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen
- Markus Oei, KNO-arts, voorzitter Stichting Betrouwbare Bron

9.2.5. Overige personen die hebben bijgedragen

Advies bij opzet en uitvoering van het project:

- Klaartje Spijkers, senior adviseur patiëntbelang, Patiëntenfederatie Nederland

De volgende mensen hebben het wetenschappelijk onderzoekswerk ondersteund:

- Stefano Giani, informatiespecialist, Universiteitsbibliotheek, Universiteit van Amsterdam
- Lotte Mikkers, junior docent Communicatiewetenschap, Universiteit van Amsterdam
- Marieke Boschma, junior docent Communicatiewetenschap, Universiteit van Amsterdam
- Mirthe Zonneveld, researchmasterstudent Communicatiewetenschap, Universiteit van Amsterdam
- Emma Di Modica, masterstudent Communicatiewetenschap, Universiteit van Amsterdam
- Jeremy Casper, bachelorstudent Communicatiewetenschap, Universiteit van Amsterdam

Tekstredactie:

- Laura Jansma

9.3. Belangenverklaringen

De belangenverklaringen van de leden van de richtlijnwerkgroep kunnen worden opgevraagd bij Patiëntenfederatie Nederland, taal@patientenfederatie.nl.

9.4. Autoriserende partijen

Een lijst met partijen die de richtlijn hebben geautoriseerd, een verklaring van geen bezwaar hebben afgegeven of bestuurlijk akkoord hebben gegeven zal worden bijgehouden en gedeeld door Patiëntenfederatie Nederland.

9.5. Publicatiedatum

9 oktober 2025

9.6. Procesinformatie ontwikkeling handreiking

9.6.1. Totstandkoming van het project

In 2019 deed de Johannes Wier Stichting een openbare oproep aan de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland. De oproep werd ondertekend door meer dan 200 beroeps- en belangenorganisaties en experts. In de oproep werd de Kwaliteitsraad gevraagd prioriteit te geven aan het ontwikkelen van een richtlijn voor het omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein. De Kwaliteitsraad, het Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS gaven steun aan de oproep, en ZonMw stelde financiering beschikbaar voor het ontwikkelen van de richtlijn.

De Johannes Wier Stichting en Patiëntenfederatie Nederland bespraken met stakeholders welke organisatie het project zou kunnen leiden. Vanwege de brede scope werd ervoor gekozen het projectleiderschap bij Patiëntenfederatie Nederland te beleggen. Deze organisatie nodigde een patiëntenorganisatie, beroepsorganisaties van professionals in de zorg en het sociaal domein, en de Orde van Registratortolken en Vertalers uit om deel te nemen aan het project en de richtlijnwerkgroep. De keuze voor de organisaties was gebaseerd op hun betrokkenheid bij de oproep aan de Kwaliteitsraad, deelname aan een draagvlakbijeenkomst in 2020 en de brede vertegenwoordiging van professionals in de zorg en het sociaal domein. Ook het expertisecentrum gezondheidsverschillen Pharos werd uitgenodigd.

Voor het ontwikkelen van deze op wetenschappelijk bewijs gebaseerde generieke richtlijn is de AQUA-Leidraad gevolgd (29). Het traject bestond uit drie fasen: de voorbereidingsfase, de ontwikkelfase en de afrondingsfase. De inhoud van deze drie fasen wordt hieronder toegelicht.

9.6.2. Voorbereidingsfase

De voorbereidingsfase werd gestart met het instellen van de projectgroep en de richtlijnwerkgroep. In deze groepen waren relevante beroepsorganisaties en organisaties van zorggebruikers betrokken, zodat bij alle fasen van de ontwikkeling professionals uit de zorg en het sociaal domein, patiënten en cliënten, en methodologische experts konden bijdragen.

Vervolgens werden in de voorbereidingsfase het doel, de doelgroep, de reikwijdte en de werkwijze van de generieke richtlijn in grote lijnen beschreven. Ook werd vastgelegd wat er in de ontwikkel- en afrondingsfase gedaan zou worden. Daarnaast werd een overzicht ontwikkeld van bestaande (inter) nationale richtlijnen en van de ervaren knelpunten bij het omgaan met een taalbarrière, evenals de verschillende vormen van taalondersteuning. Het overzicht van vormen van taalondersteuning was gebaseerd op een wetenschappelijke publicatie (134) en ongepubliceerd wetenschappelijk werk uitgevoerd aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Communicatiewetenschap.

Voordat de werkgroep startte met de ontwikkeling van de richtlijn, werden de financiële en andere belangen van de leden van de projectgroep en de richtlijnwerkgroep vastgelegd door middel van belangenverklaringen van alle leden.

9.6.3. Ontwikkelfase

De ontwikkelfase bestond uit drie delen:

1. Knelpuntenanalyse en het formuleren van uitgangsvragen
2. Systematische samenvatting van kennis en kwalitatief onderzoek
3. Opstellen van het concept van de generieke richtlijn

Knelpuntenanalyse en formuleren uitgangsvragen

De resultaten van de voorbereidingsfase, en meer specifiek de geïdentificeerde knelpunten, werden tijdens een 'invitational conference' voorgelegd aan de doelgroepen van de generieke richtlijn. Het doel was om de doelgroep, processen en instrumenten voor de generieke richtlijn definitief af te bakenen en de knelpunten aan te vullen of te verfijnen. De bijgewerkte lijst van knelpunten werd voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep, zodat zij deze konden prioriteren. Op basis van de prioritering van de knelpunten werden door het projectteam uitgangsvragen en achtergrondvragen geformuleerd. Ook deze vragen werden voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep voor prioritering en goedkeuring. De uitkomsten van deze stappen bepaalden de focus van de systematische samenvatting van kennis en het kwalitatieve onderzoek.

Uiteindelijk zijn de volgende drie uitgangsvragen gesteld, zoals behandeld in Module 1 t/m 3 van deze generieke richtlijn:

1. Hoe kunnen zorgverleners, hulpverleners en ondersteunend personeel vaststellen of en in welke mate er een taalbarrière bestaat en of die het bieden van goede zorg of ondersteuning belemmert? (Module 1)
2. Hoe kunnen zorgverleners, hulpverleners, patiënten en naasten bepalen welke vormen van taalondersteuning het best passend zijn om de communicatie te ondersteunen? En wie bepaalt welke taalondersteuning wordt ingezet? (Module 2)
3. Hoe kunnen de zorg- en hulpverleners nagaan of de communicatiedoelen worden bereikt bij een taalbarrière? (Module 3)

Daarnaast zijn zeven achtergrondvragen gesteld. De projectgroep gebruikte de term 'achtergrondvragen' als werktitel. Antwoorden op de achtergrondvragen zijn door de richtlijn heen verwerkt als informatieve achtergrond of aanvulling(en), onder andere in de overwegingen. De achtergrondvragen waren:

- Welke omstandigheden vergroten (of verkleinen) de taalbarrière?
- Welke onderwerpen worden (onopzettelijk) gemeden of komen niet aan bod wanneer er sprake is van een taalbarrière?
- In welke contexten en situaties komt de privacy in het geding en welke vorm(en) van taalondersteuning is/zijn dan het best passend?
- Welke kennis, vaardigheden en attitude hebben de betrokkenen nodig om de specifieke vorm(en) van taalondersteuning in te kunnen zetten?
- Wat zijn de wettelijke, professionele en ethische verantwoordelijkheden van de betrokkenen voor de communicatie in geval van een taalbarrière in de verschillende contexten en situaties?
- Welke situaties/contexten, randvoorwaarden en praktische punten hebben (positieve/negatieve) gevolgen voor de uitvoerbaarheid en haalbaarheid van bepaalde vormen van taalondersteuning?
- Wat is er nodig in de opleidingen van zorg- en hulpverleners en professionele tolken om hen voldoende voor te bereiden op het omgaan met een taalbarrière in de medische/sociale context?

Systematische samenvatting van kennis en kwalitatief onderzoek

Deze generieke richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Dat betekent dat wetenschappelijk onderzoek een belangrijke rol heeft gespeeld bij de totstandkoming ervan. Tijdens de prioritering van de uitgangsvragen door de richtlijnwerkgroep werd bepaald dat uitgangsvraag 2 (over het kunnen bepalen van de vorm(en) van taalondersteuning) de essentie vormt voor de richtlijn. Daarom werd voor deze uitgangsvraag een zoekstrategie opgesteld, in samenwerking met een informatiespecialist van de Universiteit van Amsterdam, en werd een kwalitatief onderzoek opgezet. Aan de hand van de zoekstrategie werd het systematisch literatuuronderzoek (1) uitgevoerd. Het kwalitatief onderzoek bestond uit focusgroepen met zorg- en hulpverleners, patiënten(vertegenwoordigers), professionele tolken en cultuurmediators.

Op basis van de zoekstrategie voor uitgangsvraag 2 werd, in samenwerking met een informatiespecialist van de Universiteit van Amsterdam, een algemene zoekstrategie geformuleerd voor uitgangsvraag 1 en 3, en voor de achtergrondvragen. In plaats van een volledig systematisch literatuuronderzoek werd echter voor al deze vragen (vanwege het meer verkennende en algemeen informatieve karakter) vooral gefocust op de beschikbaarheid van andere (systematische of verkennende) literatuuronderzoeken, aangevuld met informatie en publicaties uit de niet-wetenschappelijke omgeving, zoals grijze literatuur, en de ervaringen en 'best practices' van de leden van de richtlijnwerkgroep.

Systematisch literatuuronderzoek voor uitgangsvraag 2

Voor het systematisch literatuuronderzoek (1) voor uitgangsvraag 2 werd de volgende PICO toegepast:

- **Populatie:** Alle patiënten waarmee een zorg- of hulpverlener een taalbarrière ervaart.
- **Interventie:** Vormen van taalondersteuning toegepast vóór, tijdens of na het gesprek (in de gezondheidszorg en het sociaal domein).

- **Controlegroep:** Vormen van taalondersteuning kunnen worden vergeleken met gebruikelijke zorg zonder taalondersteuning of met elkaar.
- **Uitkomst:** De belangrijkste uitkomsten zijn onderverdeeld in patiënt-gerelateerde, zorg- of hulpverlener-gerelateerde en zorgsysteem-gerelateerde uitkomsten, geïnspireerd door het raamwerk van De Haes en Bensing (2009) over eindpunten van medische communicatie (115).

De zoekstrategie werd uitgevoerd in de volgende databases: PsycINFO, MEDLINE, Embase, CINAHL, Cochrane Library, Linguistics & Language Behavior Abstracts, Communication & Mass Media Complete, SocINDEX en Web of Science. De initiële zoekstrategie werd geformuleerd voor PsycINFO en vervolgens aangepast voor de andere databases.

Wetenschappelijke publicaties werden geïnccludeerd in de dataverzameling als deze:

- Gepubliceerd waren vanaf 2013;
- Originele empirische studies waren;
- Geschreven waren in het Engels;
- Het effect van ten minste één vorm van taalondersteuning ten opzichte van geen taalondersteuning of van een andere vorm van taalondersteuning onderzochten op ten minste één uitkomst in de gezondheidszorg of het sociaal domein;
- Kwantitatief van aard waren.

De zoekstrategie resulteerde, na ontdebellen, in 2495 wetenschappelijke publicaties. Eerst werden de titels en samenvattingen gescreend om te bepalen of een publicatie mogelijk relevant was voor een volledige screening. Als resultaat van de screening werden 139 publicaties geheel gelezen om te beoordelen of ze voldeden aan de inclusiecriteria. Uiteindelijk werden 22 publicaties geïnccludeerd in de data-extractie.

Voor deze 22 publicaties werden de 'risk of bias' en de kwaliteit van het bewijs beoordeeld. Voor de beoordeling van de kwaliteit van het bewijs werd de GRADE-methode (135) toegepast. GRADE werd ook gebruikt om een 'Samenvatting van de bevindingen'-tabel te maken, waarin alle bevindingen werden omschreven. Hierbij werd informatie over het studiedesign, de populatie, de context, de onderzochte vormen van taalondersteuning, meetmomenten en de resultaten uit de 22 publicaties opgenomen. Het gehele proces werd doorlopen door twee leden van de projectgroep.

De 'risk of bias' van de studies was acceptabel. Alle GRADE-scores waren echter 'zeer laag'. Dat wil zeggen dat we weinig zekerheid hebben over de richting en de grootte van de effecten.

Deze lage scores hebben voor een groot deel te maken met het feit dat er slechts twee 'Randomized Clinical Trials (RCTs)' in het review (1) zaten. RCTs worden over het algemeen gezien als het 'sterkste bewijs'. Het merendeel van de studies bevatte dus relatief zwak bewijs.

Bovendien, zelfs nadat de uitkomsten waren gegroepeerd (op patiënt-, zorg- of hulpverlener- en systeem- of contextgerelateerde uitkomsten), waren er soms maar één of slechts enkele studies per vergelijking. Dit zorgde er soms voor dat we de GRADE-score moesten verlagen, bijvoorbeeld omdat de uitkomsten te onprecies waren (bijv. door kleine aantallen patiënten) of omdat studies inconsistent waren (dat wil zeggen, dat ze andere resultaten vonden).

Een protocol waarin de werkwijze voor het systematisch literatuuronderzoek is beschreven, is eerder geregistreerd in de online database PROSPERO (136) en als onderdeel van het gehele project in de Open Science Foundation (OSF) (137). De wetenschappelijke publicatie over dit literatuuronderzoek is inmiddels vrij toegankelijk verschenen in Patient Education and Counseling (1).

Literatuuronderzoek voor de overige vragen

Vanwege het meer verkennende en algemeen informatieve karakter van deze vragen, werd in het formuleren van een overstijgende zoekstrategie gefocust op eerdere (systematische ofwel verkennende) literatuuronderzoeken en meta-analyses over taalbarrières. De zoekstrategie werd opgebouwd uit twee componenten, namelijk 'taalbarrière' en 'review', met daaraan gerelateerde termen.

De initiële zoekstrategie werd geformuleerd voor PsycINFO en Linguistics & Language Behavior Abstracts, wat resulteerde in 384 resultaten. Deze werden door twee onafhankelijke reviewers bestudeerd om te achterhalen welke eerdere reviews/meta-analyses mogelijk relevant waren voor het beantwoorden van de vragen.

Uiteindelijk bleken er 49 artikelen potentieel relevant en die zijn zo goed als mogelijk gebruikt in de onderbouwing voor de huidige richtlijn.

Focusgroepen

Uit het systematische literatuuronderzoek (1) bleek dat enkele onderwerpen nog niet of nauwelijks waren onderzocht. Zo waren er geen studies terug te vinden over de effectiviteit van de verschillende vormen van taalondersteuning in het sociaal domein, en was er nog relatief weinig informatie bekend over relatief nieuwe vormen van taalondersteuning, zoals de cultuurmediator en digitale hulpmiddelen.

Om toch een idee te krijgen van de generaliseerbaarheid van de resultaten naar andere domeinen en om dieper in te kunnen gaan op praktijkoverwegingen voor zorg- of hulpverleners, patiënten(vertegenwoordigers) en professionele tolken/cultuurmediators, zijn er in totaal acht focusgroepen gehouden: vier met zorg- of hulpverleners (twee in het (para)medisch domein en twee in het sociaal domein), waar in totaal 20 zorg- of hulpverleners aan deelnamen; drie met patiëntvertegenwoordigers, waar in totaal 16 patiëntvertegenwoordigers aan deelnamen; en één met professionele tolken en cultuurmediators, waar in totaal 7 professionele tolken en cultuurmediators aan deelnamen.

De focusgroepen waren semigestructureerd, waardoor zowel voorbereide vragen gesteld konden worden als er ruimte geboden werd om te discussiëren over onderwerpen die tijdens de gesprekken naar voren kwamen. Deze focusgroepen waren een belangrijk moment om meer aandacht te kunnen geven aan uitgangsvraag 1 en uitgangsvraag 3, waarvoor geen systematische literatuurstudie werd uitgevoerd.

De focusgroepen waren op hoofdlijnen allemaal ingedeeld in drie onderdelen, namelijk:

1. De ideale situatie: Hoe wordt in het ideale geval vastgesteld of er een taalbarrière is? Welke (combinaties van) vorm(en) van taalondersteuning wordt/worden er dan gebruikt en waarom? Hoe wordt dan geëvalueerd of de communicatiedoelen zijn behaald?
2. Afwegingen en advies: Hoe ziet de praktijk er nu uit? Wat kan ervoor zorgen dat de praktijk meer op de ideale situatie gaat lijken? Wat is daarin wel/niet haalbaar?
3. Vorm van de richtlijn: Wat hebben jullie nodig van de richtlijn qua vorm en inhoud?

Deelnemers aan de focusgroepen met zorg- of hulpverleners en professionele tolken en cultuurmediators werden gevonden via de netwerken van de projectgroep en via e-mail of LinkedIn-berichten. Deelnemers aan de focusgroepen met patiëntvertegenwoordigers werden gevonden via de gemandateerde patiëntvertegenwoordigers die betrokken waren bij de ontwikkeling van de generieke richtlijn.

Deze gemandateerde patiëntvertegenwoordigers zetten in totaal drie klankbordgroepen op: één in Amersfoort, één in Amsterdam en één in Helmond. In totaal zaten 16 patiëntvertegenwoordigers in deze klankbordgroepen. Zij deden allen mee aan de focusgroepen die in de genoemde steden werden gehouden.

Dataverzameling vond plaats tussen 14 februari 2024 en 2 april 2024. Iedere focusgroep duurde 1,5 uur. De focusgroepen werden opgenomen en getranscribeerd. Voor het analyseren van de focusgroepen werd een codeboek ontwikkeld.

Een protocol waarin de werkwijze per focusgroep is beschreven, is eerder geregistreerd als onderdeel van het gehele project in OSF (137). Een wetenschappelijke publicatie over de focusgroepen wordt momenteel voorbereid.

Opstellen van het concept van de generieke richtlijn

Na afronding van de systematische samenvatting van kennis en het kwalitatief onderzoek werden de bevindingen samengevat en gedeeld met de richtlijnwerkgroep. De richtlijnwerkgroep werd gevraagd mee te denken over concrete adviezen, overwegingen en de formuleringen daarvan.

Tijdens een fysieke bijeenkomst werd alle inbreng van de richtlijnwerkgroep verzameld, waarna de projectgroep deze verwerkte om tot een bijgewerkte lijst van aanbevelingen te komen. De input van de richtlijnwerkgroep is bovendien doorslaggevend geweest in het bepalen van de haalbaarheid, aanvaardbaarheid, gelijkwaardigheid en kosteneffectiviteit van verschillende vormen van taalondersteuning en aanpakken.

Alle aanbevelingen werden uiteindelijk opgenomen in een eerste conceptversie van de richtlijn, die opnieuw werd voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep. Zij konden zowel schriftelijk als tijdens een online bijeenkomst feedback geven op het volledige document (inclusief aanbevelingen). Na het verwerken van de feedback werden door de projectgroep nog laatste aanpassingen gedaan en werd de richtlijn gereedgemaakt voor de commentaarronde.

9.6.4. Afrondingsfase

Eind juni 2024 werd een bijeenkomst gehouden met vertegenwoordigers van beroeps-, patiënten- en tolkenorganisaties over het accorderen en implementeren van de richtlijn. Half december werd de richtlijn aan de leden van de werkgroep voorgelegd voor akkoord.

In de afrondingsfase werd de generieke richtlijn opgestuurd voor de commentaarronde, die plaatsvond tussen juli 2024 en augustus 2024. De direct betrokken en andere beroeps- en patiëntenorganisaties, experts, en andere stakeholders (o.a. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Ministerie van VWS, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) werden uitgenodigd om commentaar te geven op de concept richtlijn. De generieke richtlijn werd aangepast op basis van het ontvangen commentaar en nam zijn definitieve vorm aan.

Naast het bijwerken van de generieke richtlijn stelde de projectgroep een verspreidings- en implementatieplan op hoofdlijnen op. Dit plan omvatte onder andere een overzicht van kennislacunes, een voorstel voor de evaluatie van de generieke richtlijn en adviezen voor stakeholders voor de implementatie van de generieke richtlijn.

In januari 2025 werd een bijeenkomst georganiseerd met de leden van de werkgroep, beleidsmedewerkers en bestuurders van de betrokken organisaties. In deze bijeenkomst hebben de deelnemers in subgroepen input gegeven voor implementatie.

Verder werd het proces in gang gezet om de definitieve richtlijn te laten accorderen door in ieder geval de direct bij de ontwikkeling betrokken beroeps- en patiëntenorganisaties.

Tot slot wordt het proces van projectafronding en -verantwoording uitgevoerd in de vorm van een eindverslag, financiële verantwoording en accountantscontrole. De penvoerder zal dit uitvoeren in samenspraak met de projectgroep.

10. Bijlagen

Bijlage 1 Definities en omschrijvingen van begrippen

Vormen van taalondersteuning

Communiceren in een (beperkt) gemeenschappelijke taal	Communiceren in een taal die zowel de zorg- of hulpverlener als de patiënt (beperkt) beheersen. In hoeverre communiceren in het Nederlands of een andere gemeenschappelijke taal mogelijk is, hangt af van het taalniveau van de patiënt en de zorg- of hulpverlener in relatie tot het gespreksonderwerp. Mensen met een half-gevorderd taalniveau (A2, bijvoorbeeld mensen die net hun inburgeringsexamen hebben gehaald) kunnen bijvoorbeeld wel in het Nederlands vertellen over eenvoudige klachten (zoals 'pijn' of 'jeuk'), maar kennen niet alle moeilijkere termen en kunnen daar niet zonder ondersteuning over praten. Hoe belangrijker het is dat iemand ongedwongen zijn eigen verhaal kan vertellen, des te hoger taalniveau nodig is om effectief in een (beperkt) gemeenschappelijke taal te kunnen communiceren.
Cultuurmediator (ook wel: cultuurcoach, sleutelpersoon, culturele mediator, cultuurbemiddelaar – en in sommige gevallen: geestelijk verzorger) (41)	Iemand die de communicatie faciliteert tussen mensen die verschillende talen spreken en een verschillende culturele achtergrond hebben. Cultuurmediators geven informatie over cultuur-gerelateerde waarden, levensoriëntaties, overtuigingen, veronderstellingen en sociaal-culturele conventies. Ze doen dit door cultuurspecifieke uitdrukkingen en concepten te verduidelijken die misverstanden kunnen veroorzaken. 'Cultuurmediator' is in Nederland geen geregistreerd beroep. Dit betekent dat er geen gestandaardiseerde gedragscode is en cultuurmediators niet onder een wettelijk, professioneel kader vallen. Ze hoeven ook geen taaltoetsen af te leggen. Sommige cultuurmediators zijn ook beëdigd tolk en kunnen, in overleg en met instemming van de patiënt en de zorg- en hulpverlener, beide rollen vervullen.
Digitale hulpmiddelen	Alle digitale of online programma's en applicaties die worden gebruikt om een taalbarrière op te lossen, zowel tijdens een gesprek als daarbuiten. Digitale hulpmiddelen worden ingezet om actief te vertalen (in tegenstelling tot bijvoorbeeld vertaald materiaal). Voorbeelden van digitale hulpmiddelen zijn applicaties met domeinspecifieke, voor-vertaalde zinnen, vrije vertaalapplicaties (waarbij je alles kunt intypen of inspreken wat je wilt), en overige kunstmatige intelligentie die niet primair bedoeld is als vertaalapplicatie, maar daar wel voor gebruikt kan worden.

Naaste die tolkt/vertaalt (21,42–44)	Dit zijn familieleden, vrienden of kennissen van de patiënt die voor of tijdens het gesprek worden gevraagd om te tolken. Ze komen mee naar het gesprek of worden gebeld. Ze treden soms op als belangenbehartiger en vertrouwenspersoon van de patiënt. Ze hebben geen geheimhoudingsplicht, werken niet volgens professionele standaarden en zijn niet gebonden aan een beroepscode.
Non-verbale communicatie (ook wel: 'getting by') (45)	Communiceren op alternatieve manieren dan via taal, bijvoorbeeld door middel van gebaren of tekeningen.
Persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken (46)	Dit zijn personen die op het moment zelf (ad hoc) bij het gesprek worden gevraagd om te tolken. Het zijn willekeurige personen, bijvoorbeeld: andere zorg- of hulpverleners, andere medewerkers, patiënten in de wachtkamer. Ze hebben geen geheimhoudingsplicht, werken niet volgens professionele standaarden en zijn niet gebonden aan een beroepscode. Let op: tolkenbemiddelaars spreken van 'ad hoc tolkdiensten', wat bij hen betekent dat het gaat om een tolkdienst die niet vooraf is gereserveerd.
Tolk (ook wel: professionele officiële tolk) (21,47–51)	Een tolk is een professional die een geaccrediteerde opleiding tot tolk heeft afgerond en/of is geslaagd voor de vereiste taal- en tolkvaardigheid- en attitudetoetsen. Tolken moeten daarnaast voldoen aan eisen voor jaarlijkse bijscholing. Tolken beheersen de talen waarin zij tolken op tenminste C1 (hoogst getoetste niveau) of B2 niveau (zie ook de beschrijving van taalniveaus). Een tolk is onpartijdig en staat neutraal in het gesprek; een tolk mag geen informatie toevoegen of weglaten en bemiddelt alleen op talig niveau, tenzij anders wordt afgesproken. Een tolk wordt geacht de bedoeling van zowel de zorgverlener als de patiënt goed weer te geven. Tolken die zijn ingeschreven in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), moeten voldoen aan gestelde kwaliteits- en integriteitseisen, waaronder de wettelijk vastgelegde geheimhoudingsplicht.
Vertaald materiaal (52)	Alle vormen van geschreven materiaal dat van het Nederlands naar een andere taal is vertaald. Dit kan zowel in geprinte vorm zijn als digitaal.

Zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt	Zorg- of hulpverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt en waar de patiënt vanwege een taalbarrière aan wordt overgedragen of naar verwezen door een zorgverlener die vanwege de taalbarrière geen goede zorg kan verlenen. De zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt heeft dezelfde competenties en kan dezelfde zorg of ondersteuning bieden als de zorg- of hulpverlener die de patiënt overdraagt of verwijst. Let op: het betrekken van een collega-zorgverlener om te tolken valt niet onder 'Zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt' maar onder 'Persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken'.
--	--

Gesprekstypen

Complex gesprek (53,54)	Een gesprek kan om allerlei redenen complex zijn. Het is aan de zorg- of hulpverlener om te bepalen of er sprake is van een (te verwachten) complex gesprek. Bij de afweging kan onder andere worden meegenomen of één of meerdere van de volgende punten aan de orde is/zijn: • De zorg- of hulpvraag van de patiënt is onduidelijk. • Er spelen meerdere problemen tegelijkertijd op somatisch, psychisch en/of sociaal gebied. • Er wordt gesproken over psychische of gedragsproblemen of er is sprake van woede of agressie. • Er wordt gedetailleerde of ingewikkelde informatie gevraagd of gedeeld. • Er worden moeilijke keuzes gemaakt over behandeling of verwijzing. • Er is onduidelijkheid over (de effecten van) het mogelijke aanbod of de behandeling. • Er wordt expliciet informed consent voor een behandeling gevraagd aan de patiënt of diens vertegenwoordiger. • Er wordt gesproken over deelname aan een klinische trial.
Eenvoudig gesprek	Een eenvoudig gesprekken is in het kader van deze richtlijn een gesprek dat niet complex, gevoelig of ingrijpend is. Het is aan de zorg- of hulpverlener om te bepalen of er sprake is van een (te verwachten) eenvoudig gesprek.
Gevoelig gesprek	Een gesprek kan door de patiënt en/of de naaste als gevoelig worden ervaren. Voorbeelden van onderwerpen die bij veel mensen gevoelig liggen zijn seksualiteit, huiselijk geweld, conflictsituaties, kanker, geestelijke gezondheid en het levenseinde. Wat voor de ene patiënt een gevoelig onderwerp is, hoeft dat voor een andere niet te zijn. Het is aan de zorg- of hulpverlener om te bepalen of er sprake is van een (te verwachten) gevoelig gesprek.

Ingrijpend gesprek	Een gesprek is ingrijpend als de uitkomst grote gevolgen kan hebben voor de patiënt en/of voor een naaste. Denk bijvoorbeeld aan slechtnieuwsgesprekken, gesprekken over een operatie of zware behandeling en gesprekken waarbij overwogen wordt om een melding te doen, bijvoorbeeld bij Veilig Thuis. Het is aan de zorg- of hulpverlener om te bepalen of er sprake is van een (te verwachten) ingrijpend gesprek.
---------------------------	---

Algemene begrippen

Communicatie-doelen (115)	Hieronder wordt verstaan: het bevorderen van de relatie met de patiënt, het verzamelen van informatie, het geven van informatie, geïnformeerde en gezamenlijke besluitvorming, het faciliteren van behandeling en gerelateerd gedrag, en het reageren op emoties.
Communicatief kwetsbare context (138)	Hiervan is sprake wanneer mensen, naast een taalbarrière, ook andere problemen ervaren die de communicatie kunnen bemoeilijken. Dit kunnen bijvoorbeeld gehoorproblemen, spraakproblemen (zoals articulatie- of stemproblemen), taalproblemen (zoals semantische problemen) of cognitieve communicatiestoornissen (bijvoorbeeld door hersenletsel) zijn.
Cultuurbarrière	Een communicatiebelemmering die ontstaat doordat twee (of meer) personen een andere culturele achtergrond hebben en deze onvoldoende van elkaar begrijpen.
Gezondheidsvaardigheden (139)	De vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid-gerelateerde beslissingen. Ouderen, laaggeletterden en mensen met een migratieachtergrond hebben vaker beperkte gezondheidsvaardigheden dan anderen. In het dagelijks leven hebben mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden onder andere moeite met: • medicijnen op de juiste manier innemen; • de weg vinden in het ziekenhuis; • zoeken op het internet (digitale vaardigheden); • (uitnodigings)brieven en e-mails begrijpen; • folders, websites, formulieren en bijsluiters begrijpen; • gesprekken met zorgverleners voeren; • uitleg en adviezen begrijpen en in praktijk brengen.

Laaggeletterdheid (en ongeletterdheid) (139)	Laaggeletterd betekent dat je de taal of talen die je spreekt slecht beheerst. Deze groep mensen heeft bijvoorbeeld moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Veel anderstaligen beheersen hun eigen taal wel goed. . In sommige gevallen zijn mensen echter ook in hun moedertaal laaggeletterd of ongeletterd. Mensen die ongeletterd (ook wel analfabeet) zijn, kunnen niet lezen of schrijven omdat zij dit nooit of nauwelijks hebben geleerd.
Langdurige zorg (140,141)	Zorg of hulp voor mensen die langere tijd zorg nodig hebben. Dit betreft ouderen, mensen met een chronische ziekte, een handicap of langdurige psychische problemen. Langdurige zorg wordt onderscheiden van curatieve zorg, die gericht is op genezing en daardoor anders van aard is en meestal korter van duur. Een deel van de langdurige zorg wordt geleverd door verpleeghuizen, verzorgingshuizen, woonzorgcentra, instellingen en kleinschalige woonvoorzieningen.
Passende zorg (142)	Passende zorg is zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en die oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan: mensgericht, houdbaar en duurzaam. Passende zorg ontstaat samen met en rondom de patiënt, is waarde gedreven, de juiste zorg op de juiste plek, en richt zich op gezondheid in plaats van ziekte.
Patiënt ook wel cliënt of zorgvrager (55)	De term 'patiënt' verwijst, afhankelijk van de context, naar de patiënt, cliënt, zorgvrager, wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt/cliënt, of naar een mens of burger.
Samen beslissen (143,144)	Samen beslissen is een proces waarin een patiënt en zorgverlener gezamenlijk bespreken welke vorm van behandeling, zorg of hulp het best bij iemand past. Wat het beste past, hangt af van wat iemand belangrijk vindt. Samen beslissen gebeurt in één of meer gesprekken, waarin zorggebruiker en zorgverlener samen alle mogelijkheden bespreken en wat deze betekenen voor iemands leven.
Sociaal domein (56)	Het veld dat uitvoering geeft aan de Jeugdwet, Wmo en deels de Wet Publieke Gezondheid. Hierin werken gemeenten en maatschappelijke organisaties samen aan gezondheid, welzijn en veiligheid, met als doel de brede benadering van gezondheid en ondersteuning te bevorderen en burgers volwaardig te laten participeren.
Taalbarrière	Een communicatiebelemmering die ontstaat doordat twee (of meer) personen niet of onvoldoende dezelfde taal beheersen.

Taalniveau
(145–149)

Een niveau waarop mensen een (nieuw geleerde) taal begrijpen en kunnen gebruiken. Taalniveaus kunnen ook worden gebruikt om te meten hoe begrijpelijk een (geschreven of gesproken) tekst is. De Raad van Europa onderscheidt zes verschillende taalniveaus: A1, A2, B1, B2, C1 en C2.

Beginner (A1): Deze mensen begrijpen vertrouwde namen, woorden en zeer eenvoudige zinnen (bijvoorbeeld in mededelingen, folders en brochures). Ze kunnen op dit niveau ook zelf spreken (bijvoorbeeld zichzelf introduceren en vragen stellen of uitleggen waar iemand woont). Een eenvoudig gesprek voeren lukt meestal, mits de gesprekspartner langzaam en duidelijk spreekt. Bij het bespreken van zeer eenvoudige onderwerpen op een rustig tempo, zoals het maken van een (vervolg)afpraak, is A1-niveau (al dan niet met ondersteuning van bijvoorbeeld non-verbale communicatie of een vertaalapp) voldoende. In andere gevallen hebben deze mensen verdere taalondersteuning nodig.

Half-gevorderd (A2): Deze mensen kunnen zeer korte, eenvoudige teksten lezen en zinnen begrijpen. Het gaat hierbij om zinnen en vaak gebruikte uitdrukkingen over alledaagse onderwerpen. Denk aan persoonlijke brieven die niet te lang zijn en waarin alleen gemakkelijke woorden staan, het vertellen van basale persoonlijke of familie gerelateerde informatie, of het doen van boodschappen. In alledaagse teksten (zoals folders, menu's, advertenties en dienstregelingen) kunnen ze specifieke, voorspelbare informatie vinden. Mensen die een inburgeringsexamen hebben gehaald, hebben minimaal A2-niveau (situatie in 2024). Bij het bespreken van eenvoudige problemen, zoals hoofdpijn, kan een patiënt met A2-niveau (al dan niet met ondersteuning van bijvoorbeeld non-verbale communicatie of een vertaalapp) zich redelijk redden. Voor complexere onderwerpen hebben deze mensen verdere taalondersteuning nodig.

Gevorderd (B1): Deze mensen begrijpen teksten en gesprekken die bestaan uit veelvoorkomende woorden en die over vertrouwde onderwerpen gaan (bijvoorbeeld werk, school en vrije tijd). Als het gesprek of de tekst gaat over een onderwerp waar iemand veel over weet, bijvoorbeeld door werk of hobby, mogen er moeilijkere woorden voorkomen. In persoonlijke brieven of gesprekken kunnen ze gevoelens en wensen goed begrijpen en omschrijven. 80% van de Nederlanders beheerst het Nederlands minimaal op dit niveau, daarom wordt aangeraden om teksten op dit niveau te schrijven. Bij de meeste onderwerpen kunnen gevorderde sprekers zich redden zonder (of met beperkte) taalondersteuning, mits de zorg- of hulpverlener geen (te) moeilijke woorden gebruikt. Voor complexe onderwerpen kan taalondersteuning nog steeds gewenst zijn (bijvoorbeeld om moeilijke woorden te vertalen).

Taalniveau (145–149)	Vergevorderd (B2): Deze mensen kunnen artikelen, verslagen en gesprekken over hun eigen interesse- en vakgebieden begrijpen. Ze kunnen hierover vloeiend en spontaan meepraten zonder dat er ‘vertraging’ ontstaat voor gesprekspartners. Hetzelfde geldt voor teksten en gesprekken over eigentijdse (abstracte of concrete) problemen, eigen meningen en voor- en nadelen van verschillende opties. Ook literair proza begrijpen deze lezers meestal, zolang het eigentijds is. Voor complexe of ingrijpende onderwerpen, zoals samen beslissen, is het wenselijk dat iemand de Nederlandse taal minimaal op B2-niveau beheerst. Vergevorderd (C1): Deze mensen kunnen lange en complexe teksten begrijpen en gesprekken voeren. Dit is het hoogste taalniveau dat je relatief makkelijk via taalopleidingen voor vreemde talen kunt behalen. Ze begrijpen zowel feitelijke als literaire teksten en gesprekken, zelfs als deze gaan over een onderwerp waarop ze zelf geen specialist zijn. Soms moeten ze een passage wel even herlezen. Ze kunnen zich gemakkelijk redden in sociale, academische en professionele situaties. Daarnaast waarderen ze het als de stijl afwisselt, bijvoorbeeld met een mix van korte en lange zinnen. Patiënten met C1-niveau kunnen zich over het algemeen goed redden zonder taalondersteuning, of met vergelijkbare ondersteuning als je voor een moedertaalspreker zou gebruiken. Vergevorderd (C2, moedertaalspreker): Deze mensen hebben geen moeite met het begrijpen van wat ze lezen of horen. Ze kunnen informatie uit verschillende bronnen (geschreven en gesproken) samenvatten, argumenten reconstrueren en hierover een goed lopend verslag maken. Ze kunnen zich spontaan, vloeiend en precies uitdrukken. Deze mensen kunnen nuances in de betekenis van informatie onderscheiden, zelfs in complexere situaties.
Taboeonderwerp (150)	Een gevoelig onderwerp waarover, bijvoorbeeld door persoonlijke of cultuurgebonden overtuigingen, niet gesproken wordt of mag worden. Wat voor de ene patiënt een taboeonderwerp is, kan voor een andere patiënt anders zijn. Voor mensen uit bepaalde culturen is kanker bijvoorbeeld een taboeonderwerp, terwijl voor anderen psychische stoornissen een taboeonderwerp kunnen zijn.
Terugvraagmethode (ook wel terugvertelmethode) (57)	Een manier voor zorg- en hulpverleners om na te gaan of een boodschap goed is overgekomen bij de patiënt, is door de patiënt in eigen woorden te vragen wat er zojuist is besproken.

Zorg
(58–61)

De kern van de zorgsector bestaat uit alle aanbieders van zorg gericht op genezing of langdurige verzorging en verpleging. In termen van financiering is dit in grote lijnen de zorg die gefinancierd wordt uit de basisverzekering of de AWBZ. Daarnaast vallen ook sectoren als de jeugdzorg, kinderopvang, internaten (waaronder asielzoekerscentra), sociaal cultureel werk, welzijn ouderen, maatschappelijke opvang en Arbo-zorg onder de zorg (CBS).

Nuldelijnszorg: Zorg geleverd door mantelzorgers, vrijwilligers en familie. Ook de populatiegerichte preventieve zorg door de GGD en jeugdgezondheidszorg valt onder nuldelijnszorg.

Eerstelijnszorg: Zorg waar iemand zelf naartoe kan gaan zonder verwijzing. Dit kan behandeling zijn door de huisarts, thuiszorg- of hulpverlener, tandarts, fysiotherapeut, apotheker, maatschappelijk werker, verloskundige of wijkverpleegkundige.

Tweedelijnszorg: Als de zorg in de eerste lijn onvoldoende is en specialistische zorg nodig is, verwijzen zorgverleners door naar de tweede lijn. Voor behandeling in de tweede lijn is een verwijzing uit de eerste lijn noodzakelijk. Onder tweedelijnszorg vallen ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg.

Derdelijnszorg: Wanneer er hoog specialistische zorg nodig is voor zowel geestelijke als somatische gezondheidsproblemen, volgt doorverwijzing naar instellingen voor topklinische zorg. Dit wordt derdelijnszorg genoemd.

Bijlage 2 Samenvatting systematisch literatuuronderzoek

Toelichting (zie ook paragraaf 11.6.3)

Voor het systematisch literatuuronderzoek (uitgangsvraag 2) werd de volgende PICO toegepast:

- Populatie: Alle patiënten waarmee een zorg-/hulpverlener een taalbarrière ervaart.
- Interventie: Strategieën toegepast vóór, tijdens of na het consult (in de gezondheidszorg en het sociaal domein) met als doel om de taalbarrières te verminderen.
- Controlegroep: Strategieën kunnen worden vergeleken met gebruikelijke zorg zonder strategieën en/of met elkaar.
- Uitkomst: De belangrijkste uitkomsten zijn onderverdeeld in patiënt-gerelateerde, zorg-/hulpverlener-gerelateerde en zorgsysteem-gerelateerde uitkomsten, geïnspireerd door het raamwerk van De Haes en Bensing (2009) over eindpunten van medische communicatie (115).

De zoekstrategie werd uitgevoerd in de databases: PsycINFO, MEDLINE, Embase, CINAHL, Cochrane Library, Linguistics & Language Behavior Abstracts, Communication & Mass Media Complete, SocINDEX en Web of Wetenschap. De initiële zoekstrategie werd geformuleerd voor PsycINFO en vervolgens aangepast voor de andere databases. Wetenschappelijke publicaties werden geïncludeerd in de dataverzameling indien deze: (1) waren gepubliceerd vanaf 2013, (2) originele empirische studies waren, (3) geschreven waren in het Engels, (4) het effect van ten minste één strategie ten opzichte van geen strategie of een andere strategie onderzochten op ten minste één uitkomst in de gezondheidszorg en/of het sociaal domein, en (5) kwantitatief van aard waren.

De zoekstrategie resulteerde, na ontdebellen, in 2495 wetenschappelijke publicaties. Eerst werden de titels en samenvattingen gescreend om te bepalen of een publicatie mogelijk relevant was voor een screening van de gehele publicatie. Als resultaat van de screening werden 139 publicaties geheel gelezen om te beoordelen of ze voldeden aan de inclusiecriteria. Uiteindelijk werden 22 publicaties geïncludeerd in de data-extractie (13,71,72,76-86,94,98-101,106,151,152).

Voor deze 22 publicaties werden ook de “risk of bias” en de kwaliteit van het bewijs beoordeeld. Voor de beoordeling van de kwaliteit van het bewijs, werd de GRADE (135) toegepast. GRADE werd ook toegepast om een “Samenvatting van de bevindingen” tabel te maken waarin alle bevindingen werden omschreven. Hierbij werd informatie over het studiedesign, de populatie, de context, onderzochte strategieën, meetmomenten en resultaten uit de 22 publicaties opgenomen. Het gehele proces werd doorlopen door twee leden van de projectgroep.

De “risk of bias” van de studies was acceptabel. Alle GRADE scores waren echter “zeer laag”. Dat wil zeggen dat we weinig zeker zijn over de richting en de grootte van de effecten. Deze lage scores hebben voor een groot deel te maken met het feit dat er slechts twee “Randomized Clinical Trials (RCTs)” in het review zaten. RCTs worden over het algemeen gezien als het ‘sterkste bewijs’. Het merendeel van de studies bevatte dus relatief zwak bewijs. Bovendien, zelfs nadat de uitkomsten waren gegroepeerd (op patiënt-, zorg-/hulpverlener-, en systeem-/context-gerelateerde uitkomsten) waren er soms maar één of slechts enkele studies per vergelijking. Dit zorgde er soms voor dat we de GRADE-score moesten verlagen, bijvoorbeeld omdat de uitkomsten te onprecies waren (bijv. door kleine aantallen patiënten), of omdat studies inconsistent waren (dat wil zeggen dat ze andere resultaten vonden).

Een protocol waarin de werkwijze voor het systematisch literatuuronderzoek is beschreven, is eerder geregistreerd in de online database PROSPERO (136) en als onderdeel van het gehele project in Open Science Foundation (OSF) (137). Een wetenschappelijke publicatie over dit literatuuronderzoek wordt momenteel voorbereid.

Samenvatting van de resultaten per vergelijking

Outcome	Description of results	GRADE
Comparison 1: Professional interpreter versus No professional interpreter		
Patient-related outcomes (76)	In a general inpatient rehabilitation setting, patients who received a professional interpreter during their admission (compared to those who did not) had a significantly higher Functional Independence Measure (FIM) gain (27.7 ± 16.2 vs. 20.4 ± 8.7 ; $t(83) = -2.59$, $p = 0.01$).	⊕○○○ Very low
Provider-related outcomes (77)	At a paediatric emergency department, the use of professional interpretation (compared to none) was associated with a 7.1-fold increased odds of containing complete discharge education content, and with a 6.1-fold increased odds of a high-quality assessment of caregiver understanding (e.g., teach-back or invitation to ask questions).	⊕○○○ Very low
Context-related outcomes (76,80-83)	For inpatient settings, the use of a professional interpreter (compared to not) was associated with a significantly longer length of stay ($IRR = 2.2$, $p < .001$, (82); $OR = 1.3$ and $OR = 1.41$, (83); $p = .008$, (76)). For acute/emergency care, the use of a professional interpreter (compared to not) was associated with a significantly shorter length of stay ($IRR = 0.58$, $[0.46 - 0.74]$, $p < .0001$; (82)), and better quality of care (i.e., defect-free stroke care was 73.9% versus 61.5% respectively, $p = .04$, (81)). For emergency departments and inpatient wards, there was no association between professional interpreter use and readmission rates (82,83). In primary care, using a professional interpreter (compared to none) could possibly save healthcare costs, reduce consultation length, and improve quality of care (80).	⊕○○○ Very low
Comparison 2: Professional interpreter versus Ad hoc/informal interpreter		
Patient-related outcomes (78)	Caregivers (e.g., parents) of general paediatrics inpatients (78) more often ($p = .01$) reported to be completely aided in their understanding of their child's medical condition when they used a professional interpreter (i.e., video 100%, or live 93%) compared to an informal interpreter (e.g., medical student 56%, or family member 71%).	⊕○○○ Very low
Provider-related outcomes	N/A	N/A

Context-related outcomes (86,94)	In primary care visits (86), patient-rated quality of interpretation was significantly higher for professional video-conferencing interpretation (M=4.0, $p<.05$) compared to in-person professional interpretation (M=3.4) and to ad hoc interpretation (M=3.4). The odds of inaccurate interpretation were higher for ad hoc interpretation (54%, $p<.001$) compared to in-person professional interpretation (16%) and to video professional interpretation (16%). The odds of moderately/highly clinically significant errors did not differ significantly between ad hoc (8%), in-person professional (3%) and professional videoconferencing (7%). An adjusted model showed that the odds of inaccurate interpretation were significantly lower for professional in-person and video-conferencing versus ad hoc interpretation. Routine post-discharge surveillance of patient outcomes after knee/hip surgery (94), showed that the assessments (e.g. of satisfaction, success, complications) made by informal interpreters (e.g. family or carers) versus those made by professional interpreters (i.e. in a cross-over study with a second follow-up call within 2 weeks) had substantial to excellent inter-rater agreement. Only one outcome resulted in a slightly higher score when the first call was made with a professional healthcare interpreter.	⊕○○○ Very low
Comparison 3: Interpreter modalities (in-person versus video versus telephone)		
Patient-related outcomes (78,79,84)	In the context of paediatrics, video and in-person interpretation led to better parent comprehension than telephone interpreters (i.e., 100% video and 93% in-person, vs. 50-58% telephone, $p=.01$ (78), 75% video vs. 60% telephone, $p=.03$ (79)). Similarly, parents were more satisfied with iPad/video interpretation (86%) compared to telephone interpretation (38%, $p=.005$ (78)). Patients at a travel and immigrant health clinic also most often rated videoconferencing as much better (82%) than telephone interpreting, whereas videoconferencing was mainly rated the same (58%) as in-person interpreting (84).	⊕○○○ Very low
Provider-related outcomes (84,85)	The communication behaviour of providers did not differ significantly between video and telephone interpretation (85). Providers were more likely to be satisfied with video interpretation compared to telephone interpretation (85), and rated this generally as much better (88%) than telephone interpretation (84). Providers rated in-person interpretation as the same (54%) or much better (40%) than video interpretation (84).	⊕○○○ Very low
Context-related outcomes (79,85,86)	At a paediatric emergency department (79), mean charges per patient for video interpretation were twice those for telephone interpretation (\$61 vs \$31, $P<.001$), but the ED charges did not differ significantly between the groups, nor did the duration in minutes of remote interpretation. In terms of translation quality, there were generally no significant differences between the rated quality of telephone and video interpreters (79,85). Still, parents at an ED reported more lapses in telephone interpretation, though overall levels were low (8% telephone vs. 2% video, $p=.04$, (79)). For primary care visits, patient-rated quality of interpretation was higher for videoconferencing compared to in-person interpreters (M=4.0 vs. M=3.4, $p<.05$, (86)), but the odds of significant errors did not differ significantly.	⊕○○○ Very low

Comparison 4: Digital translation tools (versus each other, or versus human interpreter/translator)

Patient-related outcomes (100,101)	For emergency medical services (EMS; (100)), 86-92% of LEP individuals reported that QuickSpeak (i.e., an EMS domain-specific fixed-sentence tool) compared to Google Translate more often helped them to understand EMS personnel's questions (86-92% vs. 25-29%), to respond or speak to EMS personnel (75-79% vs. 25-43%), and to facilitate communication with EMS personnel (79-100% vs. 14-42%). In the context of nursing and allied health for older people (101), patients rated the overall ease of use of CALD Assist, TalkToMe, and Google Translate as moderate (median 4,5-5,0; range 0-10), with TalkToMe and Google Translate receiving higher ratings. Satisfaction with these apps was high (median 3,5-4,0; range 0-5). However, satisfaction was highest for CALD Assist and TalkToMe, which both contained preset health phrases.	⊕○○○ Very low
Provider-related outcomes (100,101)	EMS personnel (100) stated that QuickSpeak helped them to get the information needed more often than Google Translate (76% versus 59%), and that it helped them with communication more often (94% versus 59%). Besides, the usability of QuickSpeak (M=65.3, SD=13.7) was rated significantly higher (p=.04) than that of Google Translate (M=48.4, SD=25.6). In the context of nursing and allied health for older people (101), healthcare staff perceived the overall ease of use of CALD Assist (M=9.0, 7-10), TalkToMe (M=8.0, 1-10) and Google Translate (M=7.5, 4-10) as high. Satisfaction with CALD Assist (M=4.0, 3-5), Google Translate (M=3.5, 2-5), and TalkToMe (M=3.0, 2-4) was also high. In both cases, CALD Assist (which contained preset health phrases) received the highest ratings.	⊕○○○ Very low
Context-related outcomes (98,99,152)	In terms of translation quality, iTranslate (98) was generally similarly accurate (i.e. in terms of fluency, adequacy, meaning, and severity) to human translators on simple sentences. However, iTranslate made more errors when translating difficult sentences. Similarly, messages translated by Google Translate were generally understood equally well as those translated by a professional interpreter (99), with the exception of determining the status of symptoms, for which clinicians' responses were more often correct, and they were more confident in responding when a professional interpreter translated the messages. In the evaluation of free iPad-compatible language translation apps (152), CALD Assist and TalkToMe (both containing preset phrases and related specifically to healthcare) were considered most suitable by clinical researchers. Google Translate, Microsoft Translator, MediBabble Translator, Universal Doctor Speaker, Canopy Speak, SayHi Translate, TripLingo, and Naver Papago Translate were considered to have low suitability.	⊕○○○ Very low

Comparison 5: Interpreter versus Shared (second) language between patient and provider

Patient-related outcomes (13,71,72)	There were no significant differences in number of attempts by diabetes patients in primary care to check their understanding between interpreted and same-language consultations (71). When a shared (second) language is used compared to an interpreter, patients generally talked more in general as well as about a diversity of topics. Patients with cancer (72) used five times as many partnership/facilitation statements in (Spanish or English) same-language consultations compared to professionally interpreted consultations (M=14.9 and M=15.1 versus M=3.82, resp.). Besides, in same-language consultations compared to professionally interpreted consultations, patients in radiation oncology (13) produced more words ($p<.001$), asked more open- and closed-ended questions ($p=.01$), and used more statements on history telling ($p<.001$) and unprompted speech ($p<.001$). Similarly, diabetes patients in primary care (71) talked more about medical issues unrelated to diabetes ($p=.023$), their own ideas about the workings of their bodies or of health and illness ($p<.001$), and they were less involved in evaluation and information about diabetes-related clinical parameters ($p<.001$). In terms of satisfaction, radiation oncology patients (13) were more satisfied with same-language compared to professionally interpreted consultations, for instance with their care in general ($p=.007$), with technical quality ($p=.005$), interpersonal manner ($p=.004$), communication ($p=.018$), time spend ($p=.028$), with their physician in general ($p<.001$), with accessibility ($p=.056$), and physician empathy ($p<.001$).	⊕○○○ Very low
Provider-related outcomes (13,71,72,77)	Regarding providers' communication, using an interpreter compared to having a shared (second) language showed mixed results. Compared to interpreted consultations, the frequency of provider statements in same-language consultations related to: ... psychosocial/lifestyle information were higher (72) ... positive talk were higher (72) ... emotional talk/feelings were higher ((72); $p=.037$, (71)) ... partnering/activation were higher ((72); $p<.001$, (13)) ... humour were higher ($p=.005$, (71)) ... patients' lifeworld were higher ($p<.001$, (71)) ... (mis)understanding did not differ significantly (71) ... number of questions did not differ significantly (71) ... health education did not differ significantly in two studies (13,71), but led to a higher increased odds of containing complete discharge information in another (77) ... history verification were higher ($p=.01$, (13))	⊕○○○ Very low
Context-related outcomes (13,71,72)	Consultation length did not differ significantly between interpreted and same-language consultations (13,71,72)	⊕○○○ Very low

Comparison 6: Other (preparatory materials)

Patient-related outcomes (151)	In comparing an ACP (in full) directive in patients' mother tongue (only) with the ACP directive AND the online PREPARE program (i.e., a multilingual, patient-directed, interactive, online ACP program) for Spanish-speaking primary care patients (≥ 55 years with ≥ 2 chronic/serious illnesses), there were no adverse events, depression and anxiety scores at 12-months did not differ, nor did patients' ease-of-use and satisfaction. Only patients' ACP engagement was higher in the PREPARE arm ($p < .001$).	⊕○○○ Very low
Provider-related outcomes (151)	In comparing an ACP directive in patients' mother tongue (only) with the ACP directive AND the online PREPARE program, the increase in ACP documentation by the provider was higher in the PREPARE arm (98.1% vs. 89.5%).	⊕○○○ Very low
Context-related outcomes (106)	Women (50-75 years) due for their 2-yearly screening mammography who received a reminder letter in their native language (i.e., Italian or Arabic) compared to English (i.e., usual care), did not differ significantly in booking a screening appointment within 14 days (37.4% versus 38.9%). Women who were under-screened (i.e., ≥ 27 months since last screening) who received a reminder telephone call in their native language compared to no phone call (i.e., usual care), significantly more often booked a screening appointment within 14 days (64.2% versus 6%).	⊕○○○ Very low

Bijlage 3 Samenvatting van de focusgroepen

Zorgverleners uit (para)medisch domein

Ideale situatie

In de ideale situatie weten zorgverleners al vóór het gesprek welke talen iemand spreekt (en hoe goed), en ook of er een taalbarrière is die het bieden van goede zorg mogelijk belemmert. Tijdens het gesprek zelf hebben zorgverleners idealiter graag een professionele tolk bij het gesprek (die je het liefst ook van tevoren al geregeld hebt), of een app die een juiste vertaling garandeert in een heel breed aantal talen. Ook

weet de patiënt in de ideale situatie hoe het Nederlandse zorgsysteem werkt. Hierbij kan het helpen om voor een patiënt een casemanager te hebben die zowel aanspreekpunt is voor de patiënt (bijv. als er een afspraak moet worden gemaakt) als voor de zorgverlener (bijv. om informatie aan de patiënt door te geven).

Huidige praktijk

De ideale situatie kan moeilijk te bereiken zijn en soms zelfs onmogelijk vanwege (met name) beperkte tijd en (soms ook) hoge kosten. In de huidige praktijk wordt daarom gezocht naar manieren om toch de taalbarrière te slechten en daarvoor zien en gebruiken zorgverleners verschillende mogelijkheden.

- Zorgverleners maken veel gebruik van digitale middelen zoals Google Translate en SayHi. Vooral voor relatief simpele gesprekken kun je hier vaak al ver mee komen.
- Collega's die bepaalde talen wel spreken worden ingezet om te tolken (of evt. de zorg over te nemen). Soms helpt het al als alleen het eerste gesprek gebeurt met een zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt.
- Een patiënt kan een naaste meenemen om te vertalen, wat in sommige situaties gebeurt en ook goed kan gaan, maar waarbij ook de vraag speelt in hoeverre de informatie wel/niet (correct) vertaald wordt. In principe zijn de zorgverleners unaniem dat zij in ieder geval geen (minderjarig) kind willen laten vertalen, maar in een heel enkele situatie vinden enkele deelnemers dit nog wel acceptabel, als er op dat moment geen andere oplossing mogelijk is (als voorbeeld werd genoemd: een kind dat de medicijnen van een ouder ophaalt). Een gesprek kan ook een heel andere wending nemen dan de patiënt verwacht – dan is het lastig als de naaste vertaalt.
- De zorgverleners zien veel mogelijkheden van strategieën tijdens het gesprek in combinatie met het meegeven van vertaald materiaal – bijvoorbeeld door Google Translate informatie van thuisarts.nl te laten vertalen en die aan de patiënt mee naar huis te geven (maar dit zou bijv. ook kunnen voor kijk-/beeldsluiters). Hierbij is het wel belangrijk dat de patiënt kan lezen, of iemand in de omgeving heeft die dit voor hem/haar kan doen.
- De terugvraagmethode kan worden ingezet om te controleren of “ik het goed heb uitgelegd”. Naasten kunnen hier ook input geven op wat wel/niet goed begrepen is.
- Zorgverleners kennen de ‘cultuurmediator’ niet. Wel zetten zij soms een geestelijk verzorger in een extra gesprek in, die dan nog met de patiënt over bepaalde keuzes kan spreken (daarvan zien zij ook de toegevoegde waarde). De potentie van de cultuurmediator wordt vooral gezien in situaties waarin bijv. een samenvatting (i.p.v. letterlijke vertaling) voldoende is en waarin er bijv. een verschil is in zorgsystemen dat beter kan worden toegelicht (waar de cultuurmediator flexibeler/proactiever op in kan springen dan een professionele tolk die letterlijk vertaalt).

Afwegingen en adviezen

- Vraag dus niet alleen of iemand een taal spreekt, maar ook of iemand in die taal kan lezen en schrijven. Het helpt om dit vervolgens in het dossier op te nemen.
- Het kan helpen om de informatie te visualiseren, bijvoorbeeld door de patiënt te vragen een foto te sturen (“foto” is een woord dat veelal goed wordt begrepen, onafhankelijk van de taal), maar ook door het aanbieden van bijvoorbeeld praatkaarten, instructie filmpjes, of het voordoen van handelingen (bijv. als fysiotherapeut).

- Het is vaak prettiger om mensen te zien (en ze niet telefonisch te spreken).
- Er zijn enkele soorten gesprekken waarbij echt een professionele tolk nodig is, namelijk bij adviesgesprekken/gesprekken over de behandeling. Dit geldt ook voor bepaalde thema's zoals palliatieve zorg/levenseindezorg, of gevoelige onderwerpen. In de psychiatrie heb je het liefst een fysiek aanwezige tolk (de non-verbale communicatie is dan zo belangrijk dat een naaste als tolk of andere strategie niet volstaat).
- Eigenlijk is er bij een taalbarrière in alle gevallen meer tijd nodig voor het gesprek. Hierbij kan het helpen om te kijken of er een manier is om onplanbare zorg toch planbaar te maken (bijv. de patiënt op het einde van het spreekuur zien, of de volgende dag, en meteen een professionele tolk plannen voor dat moment) of om de wachttijd te gebruiken voor andere zaken (bijv. ondertussen andere patiënten zien tot de tolk beschikbaar is, of de wachttijd te benutten voor onderzoek, of met 'getting by').
- Het is helpend als zorgverleners meer tijd hebben, als de kwaliteit van de tolk goed is, om patiënten iets op papier mee te kunnen geven, en om meerdere zorgverleners in huis te hebben die meerdere talen spreken.
- Als een patiënt bepaalde termen/woorden gebruikt, is het helpend om dezelfde woorden te gebruiken (bijv. als een patiënt een formulier een 'papier' noemt om dat zelf dan ook te doen).
- De wensen en behoeften van de patiënt zijn het belangrijkste.

Vorm van de richtlijn

- Kort, krachtig en praktisch.
- Een korte samenvatting en flowchart/stroomdiagram zijn fijn, met een uitgebreidere online versie waarin meer (actuele) toelichting wordt gegeven.
- Ook algemene adviezen voor de gesprekken worden nuttig gevonden (bijv. wat te doen bij gevoelige onderwerpen?).
- Daarnaast helpt het (ook in het kader van de planbaarheid) om een samenvattingskaart en/of scholing te hebben voor assistentes.
- De zorgverleners (ook assistentes) kunnen het best worden bereikt via beroepsgroepen.

Hulpverleners uit sociaal domein

Ideale situatie

Het niet spreken van de taal mag geen reden zijn om iemand niet in zorg/behandeling te nemen. De hulpvraag, behoeften en wensen van een cliënt zijn leidend, waarbij het belangrijk is dat hulpverleners de mogelijkheid hebben om een professionele tolk (goede kwaliteit en met geheimhoudingsplicht) in te schakelen, het liefst iemand die eveneens de cultuur mee kan vertalen.

Huidige praktijk / Afwegingen en adviezen

- In sommige situaties is het niet voldoende om alleen de taalbarrière te slechten, maar is er ook sprake van een cultuurbarrière (bijv. 'cultuurshock' als iemand net hier is en het zorgsysteem nog niet kent).
- Hoe ingewikkelder de situatie (bijv. conflictsituatie, beschikkingen, ...), hoe liever er een cultuurmediator wordt ingeschakeld.
- Het is belangrijk om vooraf iemands verwachtingen en context goed in beeld te hebben.
- Na afloop van een behandeling kan je (bijv. telefonisch) laten controleren (door iemand die niet de behandelaar was en het liefst de taal van de patiënt spreekt) hoe tevreden iemand was met de zorg/gesprekken.
- Er kunnen situaties zijn waarin de patiënt voorkeur heeft of die zo complex is (bijv. met vertrouwensbreuk) om geen professionele tolk in te zetten. Het kan dan helpen om juist een telefonische tolk in te zetten, om geen namen te noemen en/of om een tolk van een andere locatie/ woonplaats te gebruiken om op die manier afstand (en daarmee een voor de patiënt prettigere situatie) te creëren.

- In sommige gevallen is het heel helpend dat er een naaste is om extra context te geven die de patiënt zelf bijvoorbeeld (nog) niet heeft genoemd. In andere gevallen is het juist niet wenselijk om een naaste bij het gesprek te hebben, bijvoorbeeld als de naaste een minderjarig kind is (die wil je hier niet mee belasten) of als er mogelijk sprake is van bijv. huiselijk geweld en je er niet op kan vertrouwen dat de naaste goed vertaalt.
- Het lukt deze groepen vaak om een professionele tolk (of zelfs een voorkeurstolk) in te zetten.
- Beperkte beschikbare tijd van de tolk maakt het moeilijker om de ideale situatie te bereiken.
- Beperkte financiële middelen en verschillen hierbinnen tussen gemeenten (ene vergoed het wel, andere niet) en tussen jeugd- en volwassenenzorg (ene keer via gemeente, andere keer via zorgverzekering) maken het bereiken van de ideale situatie ook lastiger.
- Het is lastig dat verschillende tolken/bedrijven op verschillende manieren bereikbaar zijn waardoor men soms veel tijd kwijt is aan het regelen van een tolk.
- Digitale middelen kunnen voor makkelijke gesprekken (bijv. plannen van een afspraak) of voor gesprekken via Whatsapp een oplossing zijn, maar tijdens het gesprek zelf (vooral bij moeilijkere onderwerpen) is dit eigenlijk geen optie.
- Ditzelfde geldt ook voor de informele tolk.
- De situaties waarin een professionele tolk absoluut nodig is, zijn bij bijv. Veilig Thuis-situaties en bij groepssettings (hierbij is ook fysiek aanwezig zijn nodig).
- Als je met een tolk werkt, ben je de helft van je minuten (die je bijv. krijgt van de zorgverzekeraar) kwijt aan de tolk.
- Voorkeuren/wensen van patiënt zijn het belangrijkste.

Vorm van de richtlijn

- Beslisboom/stroomdiagram
- Makkelijk en overzichtelijk wat iemand het best in kan zetten
- Zo visueel mogelijk (bijv. pictogrammen)
- Aan de achterkant meer informatie, bijvoorbeeld over gesprekstechnieken
- Ook op beleidsniveau duidelijk maken wat de ernst van taalbarrières
- Eén lijn die je kan bellen voor inschakelen van tolk en die altijd bereikbaar is
- Matrix waarin bijv. is af te lezen welke onderwerpen gevoelig liggen voor welke cultuur

Patiëntvertegenwoordigers

Ideale situatie

In de ideale situatie zou het vaststellen van (de mate van de) taalbarrière al aan de voorkant worden gedaan. Hier ligt een belangrijke rol weggelegd voor baliemedewerkers/assistenten. Deze medewerkers zouden bij het maken van de afspraak al aan de patiënt kunnen vragen of de patiënt een professionele tolk nodig heeft (of desnoods: iemand kan meebrengen om te vertalen) en welke talen de patiënt spreekt. Ook is het al een teken (waar baliemedewerkers/assistenten alert op kunnen zijn) als iemand namens de patiënt belt om een afspraak te maken.

Tijdens het gesprek zelf zou het eigenlijk de beste/fijnste optie zijn als er een zorgverlener is die de moedertaal van de patiënt spreekt. Hierbij is het voldoende als de zorg-/hulpverlener dezelfde taal spreekt als de patiënt/cliënt en is het land van herkomst minder belangrijk. Echter, inzetten van een zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt is niet in alle gevallen haalbaar. Deze strategie/vertaaloctie wordt dan ook als gelijkwaardig gezien aan de professionele tolk. In de ideale situatie willen patiënten eigenlijk in alle gevallen een professionele tolk hebben. Mannen hebben een voorkeur voor mannelijke tolken en vrouwen voor vrouwelijke tolken. In het geval van een telefoontolk, echter, maakt geslacht voor sommige patiënten niet uit. Tot slot is een Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC'er), wat vergelijkbaar is met een cultuurmediator, zeer gewenst in het ideale geval. Situaties waarin patiëntvertegenwoordigers vinden dat een professionele tolk nodig is, zijn intakegesprekken/eerst gesprek, behandelgesprekken, gesprekken over mentale problemen,

gesprekken over gevoelige onderwerpen/taboeonderwerpen (denk aan: “vrouwendingen”, VeiligThuis situaties, verslaving of binnen de oncologie).

Aan het einde van het gesprek zou de zorg-/hulpverlener idealiter vragen of de patiënt kan terugvertellen wat er is besproken en wat de patiënt heeft begrepen.

Huidige praktijk / Afwegingen & behoeftes

In de huidige praktijk is het inzetten van een zorgverlener die de moedertaal van de patiënt spreekt vaak niet haalbaar en wordt de professionele tolk of VETC'er doorgaans niet ingeschakeld. Patiënten en hun vertegenwoordigers geven aan dat zij geen keuze/optie hebben en 'by default' een naaste meenemen, omdat er anders geen strategie wordt ingezet door de zorgverlener. Daardoor is er geen sprake van een “afweging”. In principe komt 'degene die tijd heeft' mee naar een afspraak om te vertalen. In sommige gevallen betekent dit dat de patiënt meerdere mensen moet smeken om mee te komen en te vertalen. De meeste patiënten vinden het niet prettig om een naaste mee te moeten nemen en naasten zelf vinden het niet fijn vanwege, bijvoorbeeld, hun drukke agenda's. Daarnaast is soms sprake van weinig vertrouwen richting de naaste die meekomt om te vertalen, bijvoorbeeld doordat de naaste een vrouw is of doordat er alleen vertrouwen is in iemand 'in een witte jas' (bv. Arts).

Overige punten die worden genoemd:

- Patiënten en hun vertegenwoordigers noemen dat ze denken dat het niet in alle gevallen onwil van de zorgverlener is om een tolk in te schakelen, maar dat het in ieder geval zou helpen als de zorgverlener het aanbod doet om een tolk in te schakelen en daarvoor eventueel een langere vervolgspraak inplant.
- Soms komt de combinatie 'naaste + professionele tolk' voor en wordt als fijn ervaren.
- Bij de naaste is het ook belangrijk te bedenken dat soms de patiënt en naaste elkaar niet (helemaal) kunnen verstaan. Bijvoorbeeld doordat een kleinkind de taal van oma/opa niet optimaal beheerst.
- Vaak is het wel fijn als er iemand (bv. een naaste) meekomt met de patiënt die op de hoogte is van de situatie van de patiënt (bv. rondom medicatiegebruik). Echter, ook dan mag de vertaling niet afhangen van de naaste, dus is er een professionele tolk nodig.
- Voor (relatief) simpele zaken (bv. afspraak maken) is het ook acceptabel om een persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken of een digitale tool in te zetten als strategie.
- Voor belangrijke zaken is het niet acceptabel om een persoon die ad hoc wordt ingezet om te tolken in te zetten. De privacy van de patiënt kan daardoor in het geding komen.
- Ook digitale tools zijn bij belangrijke zaken niet afdoende, vanwege fouten in de/gebrekkige vertaling en vanwege de oppervlakkigheid. Daarnaast zijn veel patiënten, met name oudere patiënten, niet digitaal vaardig.
- Met name voor het Arabisch, met vele verschillende dialecten, is Google Translate geen gewenste oplossing.
- Over het algemeen zouden patiënten geschreven informatie willen ontvangen in hun eigen taal, maar daarbij is het belangrijk te bedenken dat er ook patiënten zijn (bv. ouderen) die niet kunnen lezen/schrijven. Voor hen zou een ingesproken bericht beter werken.
- Communiceren met handen en voeten/gebarentaal is nooit voldoende als enige strategie voor het oplossen van de taalbarrière, maar kan ondersteunend werken.

Vorm van de richtlijn

- Kort en bondig.
- Makkelijke woorden.
- Geschreven en op “zakformaat”, zodat het als pasje meegenomen kan worden in de portemonnee.
- Beslisboom/stroomdiagram, waarbij informatie die niet nodig is overgeslagen kan worden.
- In meerdere talen.
- Soms ook fijn om een voorlichting te hebben in videoformat. Het is sowieso fijn om een stuk voorlichting voor patiënten/cliënten te verwerken in de richtlijn. Dat kan bijvoorbeeld gaan over de geheimhoudingsplicht van de professionele tolk.

Zoom in om te lezen

[illegible]

Bijlage 5 Mail Zorginstituut Nederland over bekostiging tolken

Van: mw. B. <BBlekkenhorst@zinl.nl>
Verzonden donderdag 11 januari 2024 14:25
Aan Goosen | Patiëntenfederatie; Linda Daniels | Patiëntenfederatie
CC Rådecker, mw. A.; Wets, mw. M.
Onderwerp: Taalbarrières in de zorg

Beste Simone en Linda,

Op 17 oktober jl. vond overleg plaats tussen de Patiëntenfederatie en het Zorginstituut over de voortgang van het dossier taalbarrières in de zorg. Tijdens dat overleg verzochten jullie nogmaals om een uitspraak van het Zorginstituut over de reikwijdte van onze duiding uit 2020 (Standpunt Tolkvoorziening voor anderstaligen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg).

Uit ons standpunt volgt dat een tolkvoorziening geen zelfstandige prestatie is in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) waarop verzekerden aanspraak kunnen maken. Hiermee is de duidingsvraag beantwoord.

Daarmee is niet gezegd dat de kosten van een tolk niet ten laste van de Zvw bekostigd kunnen worden. Zorgverleners dienen op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) goede zorg te verlenen, waarbij zij handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard. Het leveren van kwalitatief goede zorg impliceert dat de zorgverlener en de patiënt goed met elkaar kunnen communiceren in een voor beiden begrijpelijke taal. Als het inschakelen van een tolk noodzakelijk is om goede zorg te verlenen, zal met de noodzakelijke kosten daarvan rekening gehouden moeten worden bij de bekostiging.

Dit is echter geen duiding, maar een bekostigingsvraagstuk, wat onder de verantwoording van de NZa valt. Zo is bijvoorbeeld inmiddels voor de tolkvoorziening in de geboortezorg en de huisartsenzorg een (voorlopige) voorziening getroffen. De Kwaliteitsstandaard die op dit moment door partijen wordt ontwikkeld, neemt hier een belangrijke plaats in. Het uitgangspunt bij financiering is dat zorg en de bijbehorende diensten worden bekostigd via de betreffende stelselwetten. Om verbinding te leggen tussen het domein en de mogelijkheden tot financiering is daarom van belang dat in de Kwaliteitsstandaard duidelijk wordt omschreven in welke situaties (per zorgdomein/sector) behoefte bestaat aan inzet van een professionele tolk.

Ik vertrouw erop hiermee jullie vraag om een uitspraak over de reikwijdte van de duiding uit 2020 afdoende te hebben beantwoord.

Met vriendelijke groet,

Barbara Blekkenhorst

mr. B. Blekkenhorst-Vis
Senior Adviseur
Vertrouwenspersoon

.....
Team Pakket en Kwaliteit

Sector Zorg

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....

M +31 (0)6 22748832

bblekkenhorst@zinl.nl

<http://www.zorginstituutnederland.nl>
.....

Van goede zorg verzekerd

Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

Bijlage 6 Referentielijst

1. van Lent LGG, Yilmaz NG, Goosen S, Burgers J, Giani S, Schouten BC, et al. Effectiveness of interpreters and other strategies for mitigating language barriers: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2025 Mar 29;108767.
2. Amnesty International [Internet]. [cited 2024 May 10]. Gezondheid en mensenrechten. Available from: <https://www.amnesty.nl/encyclopedie/gezondheidsrechten>
3. Overheid.nl [Internet]. [cited 2024 May 10]. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Available from: https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2023-10-05/#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2
4. Overheid.nl [Internet]. [cited 2024 May 10]. Burgerlijk Wetboek Boek 7, titel 7, afdeling 5: De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. Available from: <https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0005290&boek=7&titeldeel=7&afdeling=5&z=2021-01-01&g=2021-01-01>
5. Buitink J, Steenmeijer J. Beroepscode voor de sociaal werker [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: <https://www.sociaalwerknederland.nl/?file=15783&m=1521200969&action=file.download>
6. Artsenfederatie KNMG [Internet]. [cited 2024 May 10]. Gedragscode voor artsen. Available from: <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/gedragscode-voor-artsen>
7. Centraal Bureau voor de Statistiek [Internet]. 2023 [cited 2024 May 13]. Hoeveel inwoners hebben een herkomst buiten Nederland. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-inwoners-hebben-een-herkomst-buiten-nederland>
8. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 17]. Nederlandse taalvaardigheid van migranten en hun positie op de arbeidsmarkt. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/nederlandse-taalvaardigheid-van-migranten-en-hun-positie-op-de-arbeidsmarkt>
9. Bischoff A. Do language barriers increase inequalities? Do interpreters decrease inequalities? In: *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant Publishers; 2012. p. 128. (COST Series on Health and Diversity; vol. 2).
10. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Med J*. 2020 Apr 30;35(2):e122.
11. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Explaining Ethnic Disparities in Patient Safety: A Qualitative Analysis. *Am J Public Health*. 2010 Apr;100(S1):S113–7.
12. Harmsen H, Meeuwesen L, van Wieringen J, Bernsen R, Bruijnzeels M. When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Education and Counseling*. 2003 Oct 1;51(2):99–106.
13. Seible DM, Kundu S, Azuara A, Cherry DR, Arias S, Nalawade VV, et al. The Influence of Patient–Provider Language Concordance in Cancer Care: Results of the Hispanic Outcomes by Language Approach (HOLA) Randomized Trial. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*. 2021 Nov 15;111(4):856–64.
14. Lopez Vera A, Thomas K, Trinh C, Nausheen F. A Case Study of the Impact of Language Concordance on Patient Care, Satisfaction, and Comfort with Sharing Sensitive Information During Medical Care. *J Immigrant Minority Health*. 2023 Dec 1;25(6):1261–9.
15. De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. Language, culture and emotions: Exploring ethnic minority patients’ emotional expressions in primary healthcare consultations. *Patient Education and Counseling*. 2011 Sep 1;84(3):406–12.
16. Mustafa R, Mahboob U, Khan RA, Anjum A. Impact of Language Barriers in Doctor – Patient Relationship: A Qualitative Study. *Pak J Med Sci*. 2023;39(1):41–5.
17. Langendijk-van den Berg I, Verdonk P, Abma T. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2014;158:A7702.
18. Triemstra M, Veenliet C, Zuizewind C, van Kessel P, Bos N. Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg. Utrecht: NIVEL; 2016.

19. McGarry O, Hannigan A, De Almeida MM, Severoni S, Puthoopparambil SJ, MacFarlane A. What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region? Themed issues on migration and health, IX [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 [cited 2024 Apr 8]. (WHO Health Evidence Network Synthesis Reports). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534365/>
20. Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2019. (HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 64). Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/327321>
21. Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg [Internet]. 2014 [cited 2024 Mar 28]. Available from: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/03/kwaliteitsnorm_tolkgebruik-bij-anderstaligen-in-de-zorg.pdf
22. Snijders F, Goosen S. Openbare oproep aan de Kwaliteitsraad van Zorginstituut Nederland [Internet]. Johannes Wier Stichting; 2019. Available from: <https://www.johannes-wier.nl/wp/wp-content/uploads/2019/12/Openbare-oproep-aan-Kwaliteitsraad-ZiN-over-taalbarrieres-versie-6-december-2019.pdf>
23. Standpunt Tolkvoorziening voor anderstaligen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg [Internet]. Zorginstituut Nederland; 2020 Apr [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2020/04/20/standpunt-tolkvoorziening-anderstaligen-ggz>
24. Centraal Bureau voor de Statistiek [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 29]. Prognose: meer inwoners door migratie. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/50/prognose-meer-inwoners-door-migratie>
25. Stoeldraijer L, van Duin C, Nicolaas H, Huisman C. Centraal Bureau voor de Statistiek. 2022 [cited 2024 Apr 29]. Kernprognose 2022–2070: Door oorlog meer migranten naar Nederland. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/kernprognose-2022-2070-door-oorlog-meer-migranten-naar-nederland?onepage=true>
26. Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) [Internet]. [cited 2024 Apr 29]. Regionale bevolkingsprognose. Available from: <https://themasites.pbl.nl/o/regionale-bevolkingsprognose>
27. VZinfo.nl [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 29]. Bevolking | Bevolkingsomvang. Available from: <https://www.vzinfo.nl/bevolking/bevolkingsomvang>
28. Eurostat [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 29]. Forecast: nearly 18 million inhabitants, 19 million projected in 2037 - Statistics Netherlands news release. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/european-statistical-system/-/forecast-nearly-18-million-inhabitants-19-million-projected-in-2037-statistics-netherlands-news-release>
29. AQUA-Leidraad (voorheen Leidraad voor kwaliteitsstandaarden) [Internet]. Zorginstituut Nederland; 2021 [cited 2024 Apr 9]. Available from: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
30. Schouten BC, Cox A, Duran G, Kerremans K, Banning LK, Lahdidioui A, et al. Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. Patient Education and Counseling. 2020 Dec 1;103(12):2604–8.
31. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJJA, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review. Patient Education and Counseling. 2015 Apr 1;98(4):420–45.
32. Fatahi N, Krupic F. Factors Beyond the Language Barrier in Providing Health Care to Immigrant Patients. Med Arch. 2016 Feb;70(1):61–5.
33. De Groot E, Fransen L, Van Dam F, Pinckaers E, Berkhout B. Tolken in de zorg - een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten. [Internet]. Berenschot; 2022 Sep [cited 2024 May 10]. Report No.: 67389. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/09/06/tolken-in-de-zorg-een-overzicht-van-huidige-inzet-financiering-en-knelpunten>

34. Van Straaten W, Bloem W, Gilhuis N, Schipper E, Boonen L. Digitale hulpmiddelen voor het overkomen van taalbarrières. Overzicht van, en ervaringen met digitale hulpmiddelen voor het overkomen van taalbarrières in de zorg en het sociaal domein. [Internet]. Utrecht: Equalis Strategy & Modeling B.V.; 2023 Nov [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/11/23/digitale-hulpmiddelen-voor-het-overkomen-van-taalbarrieres>
35. Graham S, Brooke J. Do Patients Understand? The Permanente Journal. 2008 Sep;12(3):67–9.
36. Zamora ER, Kaul S, Kirchhoff AC, Gwilliam V, Jimenez OA, Morreall DK, et al. The impact of language barriers and immigration status on the care experience for Spanish-speaking caregivers of patients with pediatric cancer. *Pediatric Blood & Cancer*. 2016;63(12):2173–80.
37. Aelbrecht K, Hanssens L, Detollenaere J, Willems S, Deveugele M, Pype P. Determinants of physician-patient communication: The role of language, education and ethnicity. *Patient Education and Counseling*. 2019 Apr 1;102(4):776–81.
38. Ferdous M, Goopy S, Yang H, Rumana N, Abedin T, Turin TC. Barriers to Breast Cancer Screening Among Immigrant Populations in Canada. *J Immigrant Minority Health*. 2020 Apr 1;22(2):410–20.
39. Linck JA, Osthus P, Koeth JT, Bunting MF. Working memory and second language comprehension and production: A meta-analysis. *Psychon Bull Rev*. 2014 Aug 1;21(4):861–83.
40. Yeo S. Language barriers and access to care. In: *Annual Review of Nursing Research: Eliminating Health Disparities among Racial and Ethnic Minorities in the United States*. New York: Springer Publishing Company; 2004.
41. European Commission [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Migration and Home Affairs - cultural mediator. Available from: https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/cultural-mediator_en
42. Robb N, Greenhalgh T. “You have to cover up the words of the doctor”: The mediation of trust in interpreted consultations in primary care. Calnan M, Rowe R, editors. *Journal of Health Organization and Management*. 2006 Jan 1;20(5):434–55.
43. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R. Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*. 2007 Aug 1;67(3):286–92.
44. Rosenberg E, Seller R, Leanza Y. Through interpreters’ eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*. 2008 Jan 1;70(1):87–93.
45. Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting By: Underuse of Interpreters by Resident Physicians. *J GEN INTERN MED*. 2009 Feb 1;24(2):256–62.
46. Valero-Garcés C. Cross-Fertilization of Training and Research in a Master’s Program in Public Service Interpreting and Translation: Some Challenges and Results. In: *Handbook of Research on Teaching Methods in Language Translation and Interpretation* [Internet]. IGI Global; 2015 [cited 2024 Apr 16]. p. 397–415. Available from: <https://www.igi-global.com/chapter/cross-fertilization-of-training-and-research-in-a-masters-program-in-public-service-interpreting-and-translation/www.igi-global.com/chapter/cross-fertilization-of-training-and-research-in-a-masters-program-in-public-service-interpreting-and-translation/120801>
47. Beltran Avery MP. The role of the health care interpreter. An evolving dialogue [Internet]. The National Council on Interpreting in Health Care; 2001 Apr [cited 2024 Apr 16]. (The National Council on Interpreting in Health Care Working Papers Series). Available from: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ncihc.org%2Fassets%2Fdocuments%2Fworkingpapers%2FNCIHC%2520Working%2520Paper%2520-%2520Role%2520of%2520the%2520Health%2520Care%2520Interpreter.doc&wdOrigin=BROWSELINK>
48. Hsieh E. Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science & Medicine*. 2006 Feb 1;62(3):721–30.
49. Hsieh E. “I am not a robot!” Interpreters’ Views of Their Roles in Health Care Settings. *Qual Health Res*. 2008 Oct 1;18(10):1367–83.
50. Overheid.nl [Internet]. [cited 2024 May 31]. Besluit gedragscode voor tolken en vertalers in het kader van de Wbtv. Available from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0049280/2024-02-01>

51. Raad voor Rechtsbijstand Wbtv [Internet]. Raad voor rechtsbijstand; 2023 [cited 2024 May 31]. Nieuw Besluit Gedragscode Wbtv (geldend per 1 februari 2024). Available from: <https://www.bureauwbv.nl/@14760/nieuw-besluit-gedragscode-wbtv-geldend/>
52. Givaudan M, Pick S, Venguer T, Xolocotzin Eligio U. Bridging the Communication Gap: Provider to Patient Written Communication Across Language and Cultural Barriers. 2002 Oct. (Hablamos Juntos).
53. Ontwikkeling praktijkverpleegkundige richtlijn 'Complexe zorg voor ouderen' [Internet]. TvPO. 2015 [cited 2024 Apr 16]. Available from: <https://www.tvpo.nl/ontwikkeling-praktijkverpleegkundige-richtlijn-complexe-zorg-voor-ouderen/>
54. Complexe zorg [Internet]. Pulse Media Group (Bijlage Dagblad Trouw); 2018 [cited 2024 Oct 24]. Available from: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/Nieuws_2017_2018/Uitgave-Complexe-Zorg.pdf
55. GGZ Standaarden [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Naasten. Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek. Available from: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/introductie>
56. ZonMw [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 16]. Sociaal domein. Available from: <https://www.zonmw.nl/nl/sociaal-domein>
57. Pharos [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden - De terugvraagmethode. Available from: <https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/>
58. Rijksoverheid [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2009 [cited 2024 Apr 16]. Eerstelijnszorg. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>
59. Nictiz [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Standaarden - Begrippen. Available from: <https://nictiz.nl/standaarden/begrippen/>
60. Landelijke Huisartsen Vereniging [Internet]. [cited 2024 May 31]. Hoe zit de huisartsenzorg in elkaar? Available from: <https://www.lhv.nl/thema/hoe-wil-je-werken/praktijkhouderschap/hoe-zit-de-huisartsenzorg-in-elkaar/>
61. Centraal Bureau voor de Statistiek [Internet]. [cited 2024 Dec 12]. Waaruit bestaat de zorgsector? Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/specifiek/waaruit-bestaat-de-zorgsector->
62. Maul L, Regenstein M, Andres E, Wright R, Wynia MK. Using A Risk Assessment Approach to Determine Which Factors Influence Whether Partially Bilingual Physicians Rely on Their Non-English Language Skills or Call an Interpreter. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012 Jul 1;38(7):328–36.
63. Andres E, Wynia M, Regenstein M, Maul L. Should I call an interpreter?-How do physicians with second language skills decide? *J Health Care Poor Underserved*. 2013 May;24(2):525–39.
64. Evans YN, Rafton SA, Michel E, Ebel BE. Provider Language Proficiency and Decision-Making When Caring for Limited English Proficiency Children and Families. *Journal of the National Medical Association*. 2018 Jun 1;110(3):212–8.
65. Zun LS, Sadoun T, Downey L. English-language competency of self-declared English-speaking Hispanic patients using written tests of health literacy. *J Natl Med Assoc*. 2006 Jun;98(6):912–7.
66. Slade S, Sergeant SR. Language Barrier. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Apr 29]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507819/>
67. Karliner LS, Napoles-Springer AM, Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Pérez-Stable EJ. Identification of Limited English Proficient Patients in Clinical Care. *J GEN INTERN MED*. 2008 Oct 1;23(10):1555–60.
68. Okrainec K, Miller M, Holcroft C, Boivin JF, Greenaway C. Assessing the Need for a Medical Interpreter: Are all Questions Created Equal? *J Immigrant Minority Health*. 2014 Aug 1;16(4):756–60.
69. Western Sydney Local Health District (WSLHD) [Internet]. [cited 2024 Apr 17]. Assessing the need for an Interpreter. Available from: <https://www.wslhd.health.nsw.gov.au/Health-Care-Interpreter-Service-/Assessing-the-need-for-an-Interpreter>
70. Thuisarts.nl [Internet]. [cited 2024 Apr 19]. Met wie krijg je te maken bij de huisartsenpraktijk? Available from: <https://www.thuisarts.nl/met-wie-krijg-je-te-maken-bij-huisartsenpraktijk>
71. Seale C, Rivas C, Kelly M. The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study. *Br J Gen Pract*. 2013 Feb 1;63(607):e125–33.

72. Bregio C, Finik J, Baird M, Ortega P, Roter D, Karliner L, et al. Exploring the impact of language concordance on cancer communication. *JCO Oncology Practice*. 2022 Nov;18(11):e1885–98.
73. Meuter RFI, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Serv Res*. 2015 Sep 10;15(1):371.
74. Zhao Y, Segalowitz N, Voloshyn A, Chamoux E, Ryder AG. Language Barriers to Healthcare for Linguistic Minorities: The Case of Second Language-specific Health Communication Anxiety. *Health Communication*. 2021 Feb 23;36(3):334–46.
75. Dos and Don'ts: Guidelines for Clinicians Working with Interpreters in Mental Health Settings. NY State Psychiatric Institute Center of Excellence for Cultural Competence; 2019.
76. Shiner CT, Bramah V, Wu J, Faux SG, Watanabe Y. Health care interpreter use in an inpatient rehabilitation setting: examining patterns of use and associated clinical outcomes. *Disability and Rehabilitation*. 2023 Jun 19;45(13):2149–59.
77. Gutman CK, Cousins L, Gritton J, Klein EJ, Brown JC, Scannell J, et al. Professional Interpreter Use and Discharge Communication in the Pediatric Emergency Department. *Acad Pediatr*. 2018;18(8):935–43.
78. Anttila A, Rappaport DI, Tijerino J, Zaman N, Sharif I. Interpretation Modalities Used on Family-Centered Rounds: Perspectives of Spanish-Speaking Families. *Hosp Pediatr*. 2017 Aug;7(8):492–8.
79. Lion KC, Brown JC, Ebel BE, Klein EJ, Strelitz B, Gutman CK, et al. Effect of Telephone vs Video Interpretation on Parent Comprehension, Communication, and Utilization in the Pediatric Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2015 Dec;169(12):1117–25.
80. Jaeger FN, Pellaud N, Laville B, Klausner P. The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jun 27;19(1):429.
81. Luan Erfe BM, Siddiqui KA, Schwamm LH, Kirwan C, Nunes A, Mejia NI. Professional Medical Interpreters Influence the Quality of Acute Ischemic Stroke Care for Patients Who Speak Languages Other than English. *J Am Heart Assoc*. 2017 Sep 21;6(9):e006175.
82. Abbato S, Greer R, Ryan J, Vayne-Bossert P, Good P. The impact of provision of professional language interpretation on length of stay and readmission rates in an acute care hospital setting. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2019;21:965–70.
83. López L, Rodríguez F, Huerta D, Soukup J, Hicks L. Use of interpreters by physicians for hospitalized limited English proficient patients and its impact on patient outcomes. *J Gen Intern Med*. 2015 Jun;30(6):783–9.
84. Schulz TR, Leder K, Akinci I, Biggs BA. Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. *Aust Health Rev*. 2015 Sep;39(4):395–9.
85. Gutman CK, Klein EJ, Follmer K, Brown JC, Ebel BE, Lion KC. Deficiencies in Provider-Reported Interpreter Use in a Clinical Trial Comparing Telephonic and Video Interpretation in a Pediatric Emergency Department. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2020 Oct 1;46(10):573–80.
86. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Inaccurate Language Interpretation and Its Clinical Significance in the Medical Encounters of Spanish-speaking Latinos. *Med Care*. 2015 Nov;53(11):940–7.
87. Guide for clinicians working with interpreters in healthcare settings [Internet]. Migrant and Refugee Women's Health Partnership (MRWHP); 2019 [cited 2024 Mar 28]. Available from: <https://culturaldiversityhealth.org.au/wp-content/uploads/2019/10/Guide-for-clinicians-working-with-interpreters-in-healthcare-settings-Jan2019.pdf>
88. Improving Patient Safety Systems for Patients With Limited English Proficiency. Executive Summary [Internet]. Rockville, MD; 2020 [cited 2024 Mar 28]. Available from: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/professional-training/lepguide/exec-summary.html#figb>
89. Office guide to communicating with limited English proficient patients [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 28]. Available from: https://multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2019/11/lep_booklet.pdf
90. Caring for Kids New to Canada [Internet]. 2023 [cited 2024 May 10]. Using Interpreters in Health Care Settings. Available from: <https://kidsnewtocanada.ca/care/interpreters>

91. Kwan M, Jeemi Z, Norman R, Dantas JAR. Professional Interpreter Services and the Impact on Hospital Care Outcomes: An Integrative Review of Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar 15;20(6):5165.
92. Boylen S, Cherian S, Gill FJ, Leslie GD, Wilson S. Impact of professional interpreters on outcomes for hospitalized children from migrant and refugee families with limited English proficiency: a systematic review. *JB I Evid Synth*. 2020 Jul;18(7):1360–88.
93. Heath M, Hvass AMF, Wejse CM. Interpreter services and effect on healthcare - a systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcome. *J Migr Health*. 2023 Jan 24;7:100162.
94. Xue D, Churches T, Armstrong E, Mittal R, Naylor JM, Harris IA. Interpreter proxy versus healthcare interpreter for administration of patient surveys following arthroplasty: a pilot study. *BMC Med Res Methodol*. 2019 Nov 14;19(1):206.
95. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JCM, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. *Patient Education and Counseling*. 2016 Jun 1;99(6):981–7.
96. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JCM, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: Are interpreters' roles related to perceived control, trust, and satisfaction? *Patient Education and Counseling*. 2018 Jun 1;101(6):1058–65.
97. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JCM, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: the migrant patient's voice. *Ethnicity & Health*. 2018 Feb 17;23(2):158–73.
98. Chen X, Acosta S, Barry AE. Machine or Human? Evaluating the Quality of a Language Translation Mobile App for Diabetes Education Material. *JMIR Diabetes*. 2017 Jun 29;2(1):e7446.
99. Rodriguez JA, Fossa A, Mishuris R, Herrick B. Bridging the Language Gap in Patient Portals: An Evaluation of Google Translate. *J GEN INTERN MED*. 2021 Feb 1;36(2):567–9.
100. Turner AM, Choi YK, Dew K, Tsai MT, Bosold AL, Wu S, et al. Evaluating the Usefulness of Translation Technologies for Emergency Response Communication: A Scenario-Based Study. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2019 Jan 28;5(1):e11171.
101. Panayiotou A, Hwang K, Williams S, Chong TWH, LoGiudice D, Haralambous B, et al. The perceptions of translation apps for everyday health care in healthcare workers and older people: A multi-method study. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(17–18):3516–26.
102. Delfani J, Orasan C, Saadany H, Temizoz O, Taylor-Stilgoe E, Kanojia D, et al. Google Translate Error Analysis for Mental Healthcare Information: Evaluating Accuracy, Comprehensibility, and Implications for Multilingual Healthcare Communication [Internet]. *arXiv*; 2024 [cited 2024 May 10]. Available from: <http://arxiv.org/abs/2402.04023>
103. Patil S, Davies P. Use of Google Translate in medical communication: evaluation of accuracy. *BMJ*. 2014 Dec 15;349:g7392.
104. Artsenfederatie KNMG [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 3]. Mag ik als arts patiëntgegevens uitwisselen via WhatsApp? Available from: <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/praktijkdilemmas-1/praktijkdilemma/mag-ik-als-arts-patientgegevens-uitwisselen-via-whatsapp>
105. Considerati [Internet]. [cited 2024 Jun 3]. 5 privacy tips voor de inzet van apps in de zorg. Available from: <https://www.considerati.com/nl/kennisbank/5-privacy-tips-voor-de-inzet-van-apps-in-de-zorg.html>
106. Beauchamp A, Mohebbi M, Cooper A, Pridmore V, Livingston P, Scanlon M, et al. The impact of translated reminder letters and phone calls on mammography screening booking rates: Two randomised controlled trials. Roviello G, editor. *PLoS ONE*. 2020 Jan 10;15(1):e0226610.
107. Steinberg EM, Valenzuela-Araujo D, Zickafoose JS, Kieffer E, DeCamp LR. The "Battle" of Managing Language Barriers in Health Care. *Clin Pediatr (Phila)*. 2016 Dec 1;55(14):1318–27.
108. Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *J Gen Intern Med*. 2009 Feb;24(2):256–62.
109. Habib T, Nair A, von Pressentin K, Kaswa R, Saeed H. Do not lose your patient in translation: Using interpreters effectively in primary care. *S Afr Fam Pract* (2004). 2023 Feb 27;65(1):5655.
110. Pharos [Internet]. 2021 [cited 2024 May 30]. Sleutelpersonen Gezondheid Migranten. Available from: <https://www.pharos.nl/infosheets/sleutelpersonen-gezondheid-migranten/>

111. Nidos [Internet]. [cited 2024 May 30]. FAQ's Interculturele mediation. Available from: <https://www.nidos.nl/faqs>
112. KNMG-standpunt Vrije artsenkeuze [Internet]. Artsenfederatie KNMG; 2008 [cited 2024 Apr 23]. Available from: <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/patientenrechten/vrije-artsenkeuze-mv>
113. KNMG-Handreiking videoconsulten [Internet]. Artsenfederatie KNMG; 2021 Sep [cited 2024 Jun 3]. Available from: <https://www.knmg.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/alles-wat-u-moet-weten-over-videoconsulten-met-patienten>
114. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*. 2023 Aug 22;23(1):886.
115. de Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2009 Mar 1;74(3):287–94.
116. Samuels-Kalow M, Hardy E, Rhodes K, Mollen C. “Like a dialogue”: Teach-back in the emergency department. *Patient Education and Counseling*. 2016 Apr 1;99(4):549–54.
117. Yen PH, Leasure AR. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract*. 2019 Jun;36(6):284–9.
118. Talevski J, Shee AW, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLOS ONE*. 2020 Apr 14;15(4):e0231350.
119. Shersher V, Haines TP, Sturgiss L, Weller C, Williams C. Definitions and use of the teach-back method in healthcare consultations with patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Education and Counseling*. 2021 Jan 1;104(1):118–29.
120. Institute for Healthcare Improvement (IHI) [Internet]. [cited 2024 Apr 17]. Ask Me 3: Good Questions for Your Good Health. Available from: <https://www.ihl.org/resources/tools/ask-me-3-good-questions-your-good-health>
121. de Alliantie Gezondheidsvaardigheden [Internet]. [cited 2024 Apr 29]. Ask Me 3. Available from: <https://gezondheidsvaardigheden.nlaan-de-slag/gespreksvaardigheden/ask-me-3>
122. Lindig A, Hahlweg P, Frerichs W, Topf C, Reemts M, Scholl I. Adaptation and qualitative evaluation of Ask 3 Questions — a simple and generic intervention to foster patient empowerment. *Health Expect*. 2020 Oct;23(5):1310–25.
123. Lord J, Borkowski N, Weech-Maldonado R. Patient Engagement in Home Health: The Role of Health Literacy and “Ask Me Three®”. *Home Health Care Management & Practice*. 2021;33(3):202–9.
124. Griffey RT, Shin N, Jones S, Aginam N, Gross M, Kinsella Y, et al. The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *Journal of Communication in Healthcare*. 2015 Mar 1;8(1):10–21.
125. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBHI Evidence Synthesis*. 2016 Jan;14(1):210.
126. Mahajan M, Hogewoning JA, Zewald JJA, Kerkmeier M, Feitsma M, van Rijssel DA. The impact of teach-back on patient recall and understanding of discharge information in the emergency department: the Emergency Teach-Back (EM-TeBa) study. *Int J Emerg Med*. 2020 Sep 24;13(1):49.
127. Peter D, Robinson P, Jordan M, Lawrence S, Casey K, Salas-Lopez D. Reducing readmissions using teach-back: enhancing patient and family education. *J Nurs Adm*. 2015 Jan;45(1):35–42.
128. Smith, MSN, ARNP, FNP BC J. Improving Patient and Provider Engagement by Utilizing Ask Me 3®. Doctor of Nursing Practice Projects [Internet]. 2020 Apr 1; Available from: https://hsr.himmelfarb.gwu.edu/son_dnp/80
129. Howie-Esquivel J, Bibbins-Domingo K, Clark R, Evangelista L, Dracup K. A culturally appropriate educational intervention can improve self-care in Hispanic patients with heart failure: A pilot randomized controlled trial. *Cardiol Res*. 2014 Aug;5(3–4):91–100.
130. Krampe F, Fabry G, Langer T. Overcoming language barriers, enhancing collaboration with interpreters – an interprofessional learning intervention (Interpret2Improve). *BMC Med Educ*. 2022 Mar 12;22(1):170.

131. Patiënteninformatie op maat: een onderschatte factor [Internet]. BetrouwbareBron; 2021 Feb [cited 2024 Jun 28]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/02/08/patienteninformatie-op-maat-een-onderschatte-factor>
132. van Osenbruggen A, Boersma M, Bont PFH. Kosten- en batenanalyse van tolkdiensten [Internet]. Amsterdam; 2009 Nov [cited 2024 Jun 13]. Available from: <https://adoc.pub/kosten-en-batenanalyse-van-tolkdiensten.html>
133. Brandl EJ, Schreiter S, Schouler-Ocak M. Are trained medical interpreters worth the cost? A review of the current literature on cost and cost-effectiveness. *J Immigrant Minority Health*. 2020 Feb 1;22(1):175–81.
134. Chan BMC, Suurmond J, van Weert JCM, Schouten BC. Uncovering communication strategies used in language-discordant consultations with people who are migrants: Qualitative interviews with healthcare providers. *Health Expectations*. 2024;27(1):e13949.
135. Ryan R, Hill S. How to GRADE the quality of the evidence [Internet]. . Cochrane Consumers and Communication Group (CCCG); 2016 [cited 2024 Feb 14]. Available from: <http://cccr.org/cochrane.org/author-resources>.
136. Yilmaz NG, van Lent LGG, Schouten BC, Langendam MW. PROSPERO. 2023. Strategies and/or interventions for mitigating language barriers in healthcare and the social domain. Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/display_record.php?RecordID=469785
137. van Lent LGG, Yilmaz NG, Goosen S, Schouten BC, Langendam MW, Burgers J, et al. OSF. 2023 [cited 2024 Apr 29]. Developing a (Dutch) generic guideline module for mitigating the language barrier in healthcare and the social domain. Available from: <https://osf.io/zj4cg/>
138. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) [Internet]. American Speech-Language-Hearing Association; 1993 [cited 2024 Apr 16]. Definitions of Communication Disorders and Variations. Available from: <https://www.asha.org/policy/rp1993-00208/>
139. Pharos [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Available from: <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>
140. Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI) [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Langdurige zorg. Available from: <https://www.sri-richtlijnen.nl/richtlijnen/langdurige-zorg>
141. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2019 [cited 2024 Apr 16]. Langdurige zorg - Begrip - Monitor Langdurige Zorg. Available from: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/begrippen/langdurige-zorg>
142. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Kader Passende zorg [Internet]. Zorginstituut Nederland; 2022 Jun [cited 2024 Jun 28]. Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>
143. Patiëntenfederatie Nederland [Internet]. [cited 2024 Jun 28]. Samen Beslissen. Available from: <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/samen-beslissen>
144. Federatie Medisch Specialisten [Internet]. [cited 2024 Oct 24]. Wat is samen beslissen? Available from: <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/samen-beslissen-0/wat-is-samen-beslissen>
145. Talencentrum UvA Talen [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Taalniveaus Europees Referentiekader voor de Talen. Available from: <https://www.uvatalen.nl/nl/taalniveaus-europees-referentiekader-voor-de-talen>
146. Onze Taal [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Taalniveaus vreemde talen. Available from: <https://onzetaal.nl/taalloket/taalniveaus-vreemde-talen>
147. Taalniveaus: hoe schrijf je begrijpelijk voor iedereen? [Internet]. Klinkende Taal. 2020 [cited 2024 Apr 16]. Available from: <https://klinkendetaal.nl/taalniveaus-hoe-schrijf-je-begrijpelijk-voor-iedereen/>
148. University of Groningen, Language Centre [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 29]. Taalniveaus en adviesgesprek. Available from: <https://www.rug.nl/language-centre/language-courses/practical/levels?lang=nl>
149. Gemeenschappelijk Europees Referentiekader voor Moderne Vreemde Talen [Nederlandse vertaling van 'Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment' (Raad van Europa, 2001)] [Internet]. Den Haag: Nederlandse Taalunie; 2008 [cited 2024 May 31]. Available from: <https://taalunie.org/publicaties/34/gemeenschappelijk-europees-referentiekader-voor-moderne-vreemde-talen>

150. Federatie Medisch Specialisten [Internet]. [cited 2024 Apr 16]. Richtlijndatabase. Available from: <https://richtlijndatabase.nl/zoek?query=taboe>
151. Sudore RL, Schillinger D, Katen MT, Shi Y, Boscardin WJ, Osua S, et al. Engaging Diverse English- and Spanish-Speaking Older Adults in Advance Care Planning: The PREPARE Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*. 2018 Dec 1;178(12):1616–25.
152. Panayiotou A, Gardner A, Williams S, Zucchi E, Mascitti-Meuter M, Goh AMY, et al. Language Translation Apps in Health Care Settings: Expert Opinion. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019 Apr 9;7(4):e11316.