



GIDS VOOR DE INTERCUL- TURELE BEMIDDELING IN DE GEZONDHEIDSZORG



Hans Verrept
Isabelle Coune

24 JUNI 2016

WWW.INTERCULT.BE

Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid voor de voedselketen en Milieu

Gids voor de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg

Inhoud

1. Inleiding
 - 1.1 Doelstelling van de gids voor interculturele bemiddeling
 - 1.2 Hoe deze tekst tot stand kwam
2. Uitgangspunten en definitie van interculturele bemiddeling
 - 2.1 Uitgangspunten
 - 2.2 Definitie van interculturele bemiddeling
 - 2.3 Richtinggevende principes voor interculturele bemiddeling
3. Taken van de intercultureel bemiddelaar
 - 3.1 Het ladder-model
 - 3.2 Taalbijstand
 - 3.3 Faciliteren
 - 3.3.1 Misverstanden verhelderen
 - 3.3.2 Culture brokerage
 - 3.3.3 Ondersteunen van hulpverlener en patiënt bij het opnemen van hun rol
 - 3.3.4 Enkele beschouwingen bij faciliteren
 - 3.4 Pleitbezorging
4. Standaarden voor het uitvoeren van de taken van de intercultureel bemiddelaar
 - 4.1 Vooraf
 - 4.2 Standaarden voor taalbijstand
 - 4.3 Standaarden voor het faciliteren
 - 4.3.1 Voor het verhelderen van misverstanden
 - 4.3.2 Voor 'culture brokerage'
 - 4.3.3 Voor het ondersteunen van patiënt en hulpverlener in hun rol
 - 4.4 Voor pleitbezorging
5. Deontologische aspecten
 - 5.1 Beroepsgeheim en vertrouwelijkheid
 - 5.2 Transparantie
 - 5.3 Neutraliteit en onpartijdigheid
 - 5.4 Verantwoordelijkheid en professionaliteit
 - 5.5 Grenzen
 - 5.6 De rol van de intercultureel bemiddelaar bij conflicten
6. Organisatie van de interculturele bemiddelingsdienst
7. De samenwerking met de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning
 - 7.1 Aanvraag financiering – registratie activiteiten – rapportering
 - 7.2 Aanwezigheid op vormings- en supervisie bijeenkomsten
 - 7.3 Aanwerving van nieuwe interculturele bemiddelaars
 - 7.4 Langdurige afwezigheid – ziekte van de intercultureel bemiddelaar
8. Bibliografie

9. Bijlage: KB financiering interculturele bemiddeling

1. Inleiding

1.1 Doelstellingen van deze tekst

Met de publicatie van deze tekst willen we een bijdrage leveren tot de verdere professionalisering van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg. Tevens willen we bereiken dat men vaker een beroep op de interculturele bemiddelaars gaat doen wanneer men met een taal- of cultuurbarrière geconfronteerd wordt.

De tekst is evenzeer een leidraad voor de goede praktijk van de interculturele bemiddelaars als een gids voor de organisatie van interculturele bemiddeling in de gezondheidszorginstellingen. Om onze doelstellingen te realiseren gaan we eerst in op een aantal uitgangspunten van het door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en RIZIV gefinancierde interculturele bemiddelingsprogramma's; daarna komen de definitie van interculturele bemiddeling, richtinggevende principes voor het werk van de intercultureel bemiddelaar en de taken aan bod.

Na de beschrijving van de taken vindt u een aantal regels voor de goede uitvoering ervan. Deze standaarden geven interculturele bemiddelaars en hulpverleners die met hen samenwerken, een referentiepunt voor de beoordeling van de uitgevoerde opdrachten. Daarbij gaat uitgebreid aandacht naar een aantal probleemsituaties waarmee interculturele bemiddelaar en hulpverleners in de praktijk geconfronteerd kunnen worden.

De tekst omvat voorts ook een deontologische code voor interculturele bemiddelaars. In de meeste projecten blijkt men in de context van interculturele bemiddeling terug te grijpen naar deontologische codes voor (medische) tolken. Wij hebben dat in het verleden ook gedaan. Ze blijken echter geen antwoord te bieden voor heel wat situaties waar bemiddelaars, vanuit de specificiteit van hun werk, mee geconfronteerd worden.

We hebben in de tekst tevens een uitgebreide reeks standaarden opgenomen voor de organisatie van de interculturele bemiddeling in het ziekenhuis (of in een andere gezondheidszorginstelling). Het rendement van interculturele bemiddeling hangt immers in zeer hoge mate af van de begeleiding en ondersteuning van de interculturele bemiddelaars. Toegang tot een aantal hulpmiddelen (woordenboeken, internet) en steun van de leidinggevende en het management van de organisatie zijn essentieel. Interculturele bemiddelaars worden frequent geconfronteerd worden met problemen die ze onmogelijk alleen kunnen oplossen. Het is van het grootste belang dat ze zich in dergelijke gevallen kunnen wenden tot hun leidinggevend. Die krijgen in het interculturele bemiddelingsprogramma meer en duidelijkere verantwoordelijkheden dan in het verleden het geval was. Ten slotte gaan we in dit onderdeel ook in op een aantal regels voor de organisatie van interculturele bemiddeling via videoconferentie.

Een laatste onderdeel behandelt de samenwerking met de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning: het aanvragen van de financiering van interculturele bemiddeling bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu, diplomaveristen voor interculturele bemiddelaars, selectieprocedures, het deelnemen aan supervisie- en opleidingsbijeenkomsten georganiseerd door de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning enz.

1.2 Hoe deze tekst tot stand kwam

Voorliggende tekst is in hoge mate schatplichtig aan het werk dat in het bijzonder in de VS, Canada en Zwitserland in verband met medisch tolken en intercultureel bemiddelen gedaan werd. We hebben ons daarbij sterk laten inspireren door inzichten uit medisch-sociologisch en medisch-antropologisch onderzoek.¹ Onze benadering is hoofdzakelijk gebaseerd op het werk van de Amerikaanse arts Robert Putsch, de Amerikaanse antropoloog prof.dr. Joseph Kaufert (Kaufert & Putsch, 1997) en de Zwitserse expert Alexander Bischoff (Bischoff, 2007). Daarnaast hebben we ons ook sterk geïnspireerd op teksten en standaarden van Amerikaanse organisaties van medisch tolken, in het bijzonder de International Medical Interpreters' Association (IMIA), de California Healthcare Interpreting Association (CHIA) en de National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC).² Voor zover we konden nagaan is het wereldwijd de eerste keer dat er standaarden ontwikkeld worden die specifiek bedoeld zijn voor het werk van de intercultureel bemiddelaar in de gezondheidszorg.

Na studie van de relevante wetenschappelijke literatuur en analyse van bestaande standaarden voor het medisch tolken, hebben we in eerste instantie samen met de interculturele bemiddelaars onderzocht in welke mate die bruikbaar waren als normatief kader voor hun werk. Tot op vrij grote hoogte bleken deze teksten ook voor interculturele bemiddeling nuttige en in de praktijk hanteerbare richtlijnen te bevatten. In een aantal gevallen boden ze echter geen bevredigend antwoord op probleemsituaties waarmee interculturele bemiddelaars geconfronteerd werden.

Om een zo volledig mogelijk beeld van de bestaande problemen te krijgen, hebben we in tweede instantie aan alle interculturele bemiddelaars gevraagd om ons 3 'probleemgevallen' te bezorgen. Daarmee bedoelen we opdrachten of situaties waarin het voor de intercultureel bemiddelaar onduidelijk was hoe hij er op een professionele wijze mee moest omgaan. In het totaal werd een 240-tal van deze gevallen tijdens supervisiesessies op de FOD uitgebreid besproken. Daarbij probeerden we een consensus te bereiken over hoe een intercultureel bemiddelaar in de verschillende situaties het best kon reageren. Deze discussies leidden aan de ene kant tot de definitie van een aantal richtinggevende principes voor interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg die mee aan de basis liggen van de taakomschrijving en de standaarden. Ze kunnen de intercultureel bemiddelaar helpen om te beoordelen wat wenselijk en acceptabel gedrag is wanneer hij met professionele, ethische of andere, dilemma's geconfronteerd wordt. We beschrijven deze principes onder 2.3. Aan de andere kant leidden de discussies ook tot de omschrijving van een reeks zeer concrete standaarden die een duidelijk richtsnoer bieden voor het werk van de bemiddelaar en de beoordeling ervan door zijn leidinggevende.

¹ . Zie o.m. Kleinman, Eisenberg & Good, 1978; Kleinman, 1988; Greenhalgh, 2006.

² . Voor meer informatie en toegang tot de genoemde teksten verwijzen we naar de websites van deze organisaties: IMIA (www.imia.org), CHIA (www.chiaonline.org), NCIHC (www.ncihc.org).

Bij de analyse van de casuïstiek werd ook geput uit relevante literatuur en gesprekken met externe experts. De verslagen van deze gesprekken en het consulteren van literatuur en externe experts vormden de basis van een eerste versie van voorliggende tekst die op zijn beurt besproken werd met de interculturele bemiddelaars en hun leidinggevenden en verder aangepast en verbeterd.

2. Uitgangspunten en definitie van interculturele bemiddeling

2.1 Uitgangspunten

Alvorens in te gaan op het eigenlijke takenpakket van de intercultureel bemiddelaar, is het van belang om even stil te staan bij de analyse van de problematiek van de gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden (hierna: MEM's) die aan de basis van ons programma ligt.

Van bijzonder belang in dit verband is het om rekening te houden met de specifieke situatie waarin de communicatie in de hulpverlening verloopt en die gekenmerkt wordt door de sterk asymmetrische relatie tussen de gesprekspartners. Aan ene kant staat de hulpverlener die over specialistische kennis beschikt en die in de hulpverleningsinstelling (en in veel gevallen ook in de samenleving in haar geheel) 'boven' de patiënt staat. Aan de andere kant hebben we een leek – gebruiker van de gezondheidszorg die door zijn ziekte afhankelijk is van de hulpverlener, die door angst en onwelzijn in veel gevallen extra kwetsbaar is.

In overeenstemming met de wetenschappelijke literatuur ter zake, gaan we er vanuit gaan dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg voor MEM's in hoge mate te lijden heeft onder het bestaan van de taalbarrière, sociaal-culturele barrières en de gevolgen van interetnische spanningen, racisme en discriminatie. Willen we MEM's een gelijke toegang en kwaliteit van zorg bieden, dan zullen we de effecten van al deze barrières zoveel mogelijk moeten terugdringen. Wanneer we dat niet doen, zal de culturele competentie³ in veel gevallen te laag zijn om kwaliteitsvolle zorgen te kunnen garanderen. Dat zal op zijn beurt leiden tot het ontstaan of voortbestaan van etnische gezondheids(zorg)-verschillen.

Experts blijken het er overigens over eens te zijn dat het inzetten van intermediairs⁴ een van de belangrijkste strategieën is om de zorgverlening aan allochtone patiënten te verbeteren (Devillé et al. 2011). De belangrijkste effecten ervan zijn: minder communicatieproblemen, de patiënt is beter geïnformeerd over zijn toestand en de behandeling, en een beter resultaat van de hulpverlening. Dankzij het inzetten van intermediairs blijkt het mogelijk om anderstalige patiënten eenzelfde kwaliteit van zorg te bieden als patiënten die de taal van de hulpverlener spreken (Flores, 2005; Karliner et al., 2007). De overheid heeft ervoor gekozen om interculturele bemiddelaars in te zetten (en geen tolken), omdat die door hun ruimer takenpakket niet enkel de taalbarrière kunnen beslechten maar ook – ten minsten ten dele - de andere barrières die hierboven vermeld werden.

2.2 Definitie van interculturele bemiddeling

We definiëren interculturele bemiddeling als een geheel van activiteiten die tot doel hebben om de gevolgen van de taalbarrière, sociaal-culturele verschillen en spanningen

³ Culturele competentie kunnen we omschrijven als het beschikken over de attitudes, kennis en vaardigheden die effectieve hulpverlening mogelijk maken voor alle patiënten, en dit onafhankelijke van hun taal, cultuur en godsdienst.

⁴ We gebruiken deze term om zowel naar intercultureel bemiddelaars als tolken te verwijzen.

tussen etnische groepen onderling voor de hulpverlening zo veel mogelijk op te lossen. De uiteindelijke doelstelling is het creëren van een zorgaanbod dat qua toegankelijkheid en kwaliteit (outcome, patiënttevredenheid, respect voor de rechten van de patiënt, enz.) voor allochtone en autochtone patiënten evenwaardig is. Interculturele bemiddeling probeert dit in essentie te bereiken door de communicatie te verbeteren en zo strategisch in te grijpen op de hulpverlener/patiënt relatie. Op die manier wordt in het bijzonder de positie van de patiënt, maar ook die van de hulpverlener, verstevigd zodat de hulpverlening beter kan aansluiten bij de behoeften van de patiënt en de hulpverlener efficiënt zorgen kan verstrekken.

Naast het overbruggen van de taal- en cultuurbarrière is een belangrijke dimensie van interculturele bemiddeling ook het faciliteren van de therapeutische relatie tussen hulpverlener en patiënt (Qureshi, 2011). Interculturele bemiddeling zal er, aldus Chiarenza (geciteerd in Pöckhacker, 2008), ook toe bijdragen dat organisaties in hun geheel de dienstverlening voor allochtonen beter toesnijden op hun behoeften.

De intercultureel bemiddelaar is een volwaardig personeelslid van het ziekenhuis en is dus ook onderworpen aan de regels en procedures die binnen de instelling gelden. Dit heeft implicaties voor een aantal deontologische dimensies van zijn⁵ werk die later in deze tekst aan bod zullen komen..

2.3 Richtinggevende principes voor interculturele bemiddeling

1. De intercultureel bemiddelaar heeft, als lid van het team dat zich om de patiënt bekommert, de verantwoordelijkheid om tot de gezondheid en het welzijn van de patiënt bij te dragen.
2. Een positieve relatie tussen de zorgverstrekker en de patiënt is in veel gevallen noodzakelijk voor het verstrekken van kwalitatieve en effectieve zorg. Om die reden zal de intercultureel bemiddelaar de ontwikkeling van een dergelijke relatie in de mate van het mogelijke stimuleren en ondersteunen.
3. Goede interculturele bemiddeling houdt in dat we er voor de autochtone hulpverlener en allochtone patiënt in slagen een situatie te creëren waarbij de negatieve effecten van de hierboven genoemde barrières op de kwaliteit van de zorg verdwijnen. Dat moet het voor de hulpverlener en de patiënt mogelijk maken om op dezelfde wijze zorg te verlenen, respectievelijk te ontvangen, als een autochtone patiënt. Om die reden gaan we er bijvoorbeeld van uit dat wanneer een autochtone patiënt i.v.m. zijn aandoening uitleg krijgt van een arts, dat dit ook voor de allochtone patiënt door een arts moet gebeuren. De interventie van de intercultureel bemiddelaar zal in dergelijk geval dus plaats hebben in aanwezigheid van de twee partijen ('in triade').

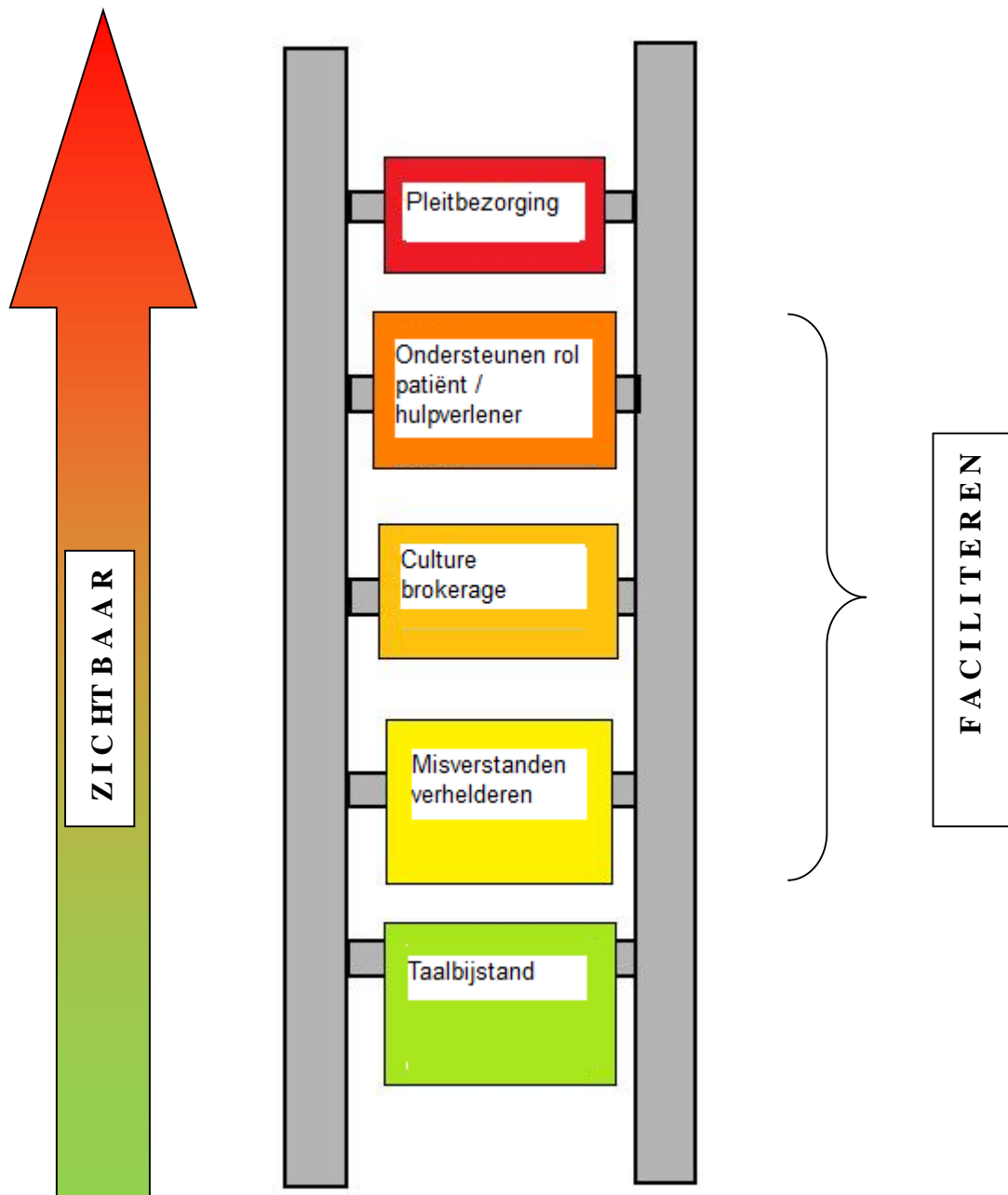
⁵ Waar hij/hem/zijn staat, wordt ook zij/haar bedoeld

4. Goede interculturele bemiddeling houdt tevens in dat we ernaar streven om minimaal te interveniëren in de relatie tussen hulpverlener en patiënt, dit om de autonomie van de patiënt en de hulpverlener zo weinig mogelijk aan te tasten. Wanneer het geven van taalbijstand het zowel voor de patiënt als de hulpverlener mogelijk maakt om op een effectieve en efficiënte wijze met elkaar samen te werken, gaan we er daarom vanuit dat de intercultureel bemiddelaar zich tot deze taak dient te beperken. Enkel wanneer dat niet het geval is zal de intercultureel bemiddelaar een aantal andere taken op zich nemen die we verder in deze tekst beschrijven. Interculturele bemiddeling moet de autonomie van de patiënt en de zorgverstreker zo veel mogelijk respecteren en stimuleren. Het uiteindelijke doel is om zowel aan de hulpverlener als de patiënt de kans te bieden om hun respectievelijke rol op te nemen als gelijkwaardige partners. In de mate dat we daarin slagen kunnen we de interculturele bemiddeling als kwaliteitsvol beoordelen.
5. De specifieke aard en context van het werk van de interculturele bemiddelaar kunnen ertoe leiden dat hij de enige is die vaststelt dat er iets fout gaat. Zijn verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welzijn van de patiënt en de zorgverstreker-patiëntrelatie kunnen het noodzakelijk maken om op dergelijke problemen te wijzen en – indien mogelijk – oplossingen voor te stellen die tot een positief resultaat kunnen bijdragen.

3. Taken van de intercultureel bemiddelaar

3.1 Het 'ladder- model'

Om de hierboven genoemde doelstellingen te realiseren, voeren interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg een aantal taken uit die hieronder opgelijst zijn in het 'laddermodel'.



De keuze voor de ladder als schematische voorstelling van het takenpakket van de intercultureel bemiddelaar is ingegeven door een systematische analyse van de voor- en

nadelen die met het uitvoeren van de verschillende taken verbonden zijn. Bij het uitvoeren van de taak ‘taalbijstand’ is de intercultureel bemiddelaars of medisch tolk volgens het model van Angelelli (2004) het ‘minst zichtbaar’. Hij zal daarbij zo weinig mogelijk persoonlijk tussenkomen in de communicatie tussen hulpverlener en patiënt.

Het is ook een taak waarvoor een hele reeks standaarden bestaat over hoe men ze professioneel en kwaliteitsvol uitvoert. Hoe hoger men op de ladder klimt, hoe meer de zichtbaarheid van de interculturele bemiddelaar toeneemt. Naarmate de intercultureel bemiddelaar zichtbaarder wordt, wordt zijn rol ook complexer (Angelelli, 2004). Het is veel moeilijker om voor het uitvoeren van deze taken precieze richtlijnen of standaarden te formuleren. Het risico op negatieve gevolgen voor de hulpverlening is ook groter. Om die reden zullen de hoger geplaatste taken enkel uitgevoerd worden wanneer dat echt noodzakelijk is.

Voor de duidelijkheid hebben we de verschillende taken van de intercultureel bemiddelaar hier afzonderlijk behandeld. Het is echter duidelijk dat de bemiddelaar tijdens eenzelfde triadische interventies verschillende van deze taken na elkaar kan uitvoeren.

3.2 Taalbijstand

Helemaal onderaan de ladder vinden we het geven van taalbijstand (‘tolken’ in de enge betekenis van de term) dat we kunnen definiëren als het getrouw en volledig omzetten van een mondelinge boodschap uit een brontaal naar een equivalente boodschap, qua inhoud, vorm en bedoeling, in een doeltaal. De achtergrond van deze trede van de ladder is groen van kleur wat aangeeft dat het om een ‘veilige’ taak gaat die om die reden de eerste keuze zal zijn wanneer we met een anderstalige patiënt geconfronteerd worden. Deze taak zal per definitie triadisch uitgevoerd worden.

Hoewel het geven van taalbijstand geen eenvoudige taak is, blijkt er internationaal een aantal regels te bestaan over hoe ze uitgevoerd dient te worden. Dat uit zich in een groot aantal standaarden voor medisch tolken waarop onze standaarden voor deze taak gebaseerd zijn.

Wanneer de intercultureel bemiddelaar zich tot deze taak kan beperken heeft dit als voordeel dat de verantwoordelijkheden van de verschillende deelnemers aan het hulpverleningsproces zeer duidelijk zijn: de intercultureel bemiddelaar is enkel verantwoordelijk voor het tolken; de hulpverlener draagt de verantwoordelijkheid voor het goede verloop van alle andere aspecten van de hulpverlening. Uiteraard ligt er ook een zekere verantwoordelijkheid bij de patiënt die door het stellen van de ‘juiste’ vragen, het verstrekken van correcte informatie en het nauwkeurig opvolgen van de voorgestelde behandeling de kansen op succes voor de hulpverlening mee beïnvloedt.

3.3 Faciliteren

Voorstanders van het inzetten van intermediairs in de gezondheidszorg waarvan de rol beperkt is tot het geven van taalbijstand zullen de stelling verdedigen dat het – bijvoorbeeld wanneer de patiënt er niet in slaagt om zijn rol op te nemen - aan de hulpverlener is, en niet aan de intermediair, om het nodige te doen zodat de hulpverlening toch een gunstig verloop kent (Bot & Verrept, 2013). Wanneer er in de loop van het gesprek

misverstanden ontstaan zijn ze van mening dat die door de betrokken gesprekspartners zelf opgemerkt moeten worden en opgelost. De intermediair heeft daar volgens hen geen enkele rol bij te spelen.

Het is echter duidelijk dat het oplossen van de taalbarrière alleen in veel gevallen niet tot effectieve communicatie en een goede zorgkwaliteit zal leiden. De vaststelling in de literatuur dat sociaal-culturele verschillen en interetnische spanningen de kwaliteit van zorg sterk aantasten maakt op zich reeds duidelijk dat hulpverleners in veel gevallen niet over de noodzakelijke culturele competentie beschikken om aan patiënten – die in een aantal opzichten sterk van henzelf verschillen – op een efficiënte en effectieve wijze hulp te verlenen. Veel patiënten beschikken bovendien niet over de nodige vaardigheden, o.m. door een te lage health literacy, om hun rol binnen het hulpverleningsproces als autonome partner op te nemen, en dat onafhankelijk van de taalproblematiek (Greenhalgh et al., 2006).

Daarom voeren interculturele bemiddelaars een aantal andere taken uit die echter complexere zijn, meer risico's inhouden en meer van het beoordelingsvermogen van de intercultureel bemiddelaar vergen. Standaarden voor het uitvoeren van deze taken blijken in de literatuur en ook op het terrein niet beschikbaar te zijn. De drie taken die zich op de ladder boven het geven van taalbijstand bevinden, hebben alle tot doel het contact tussen de hulpverlener en de patiënt te faciliteren. Omdat deze taken – gezien hun complexiteit en het ontbreken van algemeen aanvaarde standaarden ter zake – moeilijker zijn en ook meer risico's inhouden, hebben we ze hoger op de ladder en tegen een oranje achtergrond geplaatst. Wanneer interculturele bemiddelaars deze taken op zich nemen, gaan we er vanuit dat ze samen met de hulpverlener(s) een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor het tot stand brengen van betekenisvolle communicatie en effectieve samenwerking tussen patiënt en hulpverlener.⁶

De communicatie faciliteren houdt aan de ene kant de samenwerking met de zorgverstrekkers in en het realiseren van partnerschappen met de betrokken diensten om op doelstellingen van de zorg te bereiken. Aan de andere kant is ook het creëren van een vertrouwensrelatie tussen de partijen er een belangrijk onderdeel van. De intercultureel bemiddelaar zal deze taken dus bij voorkeur in aanwezigheid van de hulpverlener uitvoeren (in triade). Mocht de hulpverlener of de patiënt niet aanwezig zijn tijdens het onderhoud, dan zal de intercultureel bemiddelaar erover waken dat de afwezige partij geïnformeerd wordt over wat er besproken is.

3.3.1 Verhelderen van misverstanden

Van deze drie taken is het 'verhelderen van misverstanden' ongetwijfeld het eenvoudigst. Ze impliceert dat de intercultureel bemiddelaar de gesprekspartners op het bestaan van mogelijke misverstanden wijst en ook probeert om die op te lossen op die manier het gesprek weer in goede banen te leiden. We gaan er vanuit dat het vanzelfsprekend niet wenselijk is dat we een deel van de (beperkte) tijd die voor de hulpverlening beschikbaar is verliezen door misverstanden te laten bestaan die reële risico's voor het resultaat voor de hulpverlening in kunnen houden en de therapeutische relatie kunnen belasten.

⁶ Dit is ook de zienswijze van de National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC, 2014).

3.3.2 Culture brokerage ('Omgaan met cultuurverschillen')

Een trede hoger staat de taak culture brokerage. We kunnen deze term hier vertalen als het 'omgaan met cultuurverschillen': Ze houdt in dat de intercultureel bemiddelaar, wanneer hij de indruk heeft dat culturele verschillen de communicatie en dus de hulpverlening bemoeilijken, de hulpverlener daarop zal wijzen en duiding of uitleg zal geven. Kaufert & Koolage (1984) definiëren het begrip als het 'uitleggen van de cultuur van de hulpverlening aan de patiënt en de cultuur van de patiënt aan de hulpverlener'. Zij wijzen er terecht op dat ook de patiënt in een aantal gevallen behoefte kan hebben aan informatie over de gebruiken enz. die in de hulpverlening gangbaar zijn. Even goed kan de hulpverlener nood kunnen hebben aan uitleg over de perceptie van de ziekte in de cultuur van de patiënt. Samen met de hulpverlener en/of de patiënt zal de intercultureel bemiddelaar op zoek gaan naar strategieën die de negatieve effecten van deze barrière zoveel mogelijk kunnen terugdringen.

We verduidelijken deze taak aan de hand van enkele voorbeelden:

- (1) Een Marokkaanse patiënt verwijst in zijn verhaal naar een 'jinn' als oorzaak van de epileptische aanvallen van zijn kind. De term 'jinn' kan in het Nederlands vertaald worden als 'geest'. Wanneer de hulpverlener niet met de Marokkaanse verklaring modellen vertrouwd is, zal deze vertaling echter niet tot het begrijpen van de oorspronkelijk boodschap leiden. Voor de hulpverlening kan het van groot belang zijn te weten dat geesten, waarvan het bestaan in de Koran vermeld wordt, door een groot aantal Marokkaanse Belgen beschouwd worden als mogelijke oorzaken van o.m. epilepsie en dat de kans reëel is dat dergelijke patiënten zich tot een gespecialiseerd, traditioneel hulpverleningscircuit wenden. Dat leidt in een aantal gevallen tot het niet opvolgen van de door de arts voorgestelde behandeling. De intercultureel bemiddelaar zal de hulpverlener daar in het kader van culture brokerage op wijzen.
- (2) Een pas bevallen vrouwelijke patiënte uit een cultuur die een sterk seksuele segregatie kent, is weinig spraakzaam wanneer ze geïnformeerd wordt over borstvoeding en dat in aanwezigheid van haar echtgenoot. De intercultureel bemiddelaar kan de hulpverlener erop wijzen dat het geven van dergelijke informatie in aanwezigheid van een man, ook al is dat de eigen echtgenoot, voor de betrokkene met sterke schaamtegevoelens verbonden is, en dat dit mogelijk de geringe medewerking van de patiënte verklaart. De hulpverlener kan er dan voor kiezen om de echtgenoot te vragen om tijdens de consultatie even naar buiten te gaan.
- (3) In een ziekenhuis ontstaan regelmatig conflicten na het overlijden van Turkse patiënten. De intercultureel bemiddelaar kan de hulpverlener(s) informeren over de verwachtingen en wensen van Turken na het overlijden van een dierbare en handelwijzen voorstellen die de kans op conflicten verkleinen.
- (4) Op een spoedafdeling maakt een Russische patiënt zich boos tegen de verpleegkundige over patiënten die na hem aangekomen zijn, maar voor hem behandeld

worden. De intercultureel bemiddelaar kan aan de betrokkene uitleggen dat het op de spoedafdeling normaal is dat de zwaarste gevallen voorrang krijgen en dat dit dus geen teken van racisme is.

Culture brokerage is ongetwijfeld zeer nuttig om de culture competentie van de hulpverlener en dus ook de therapeutische efficiëntie en effectiviteit te verhogen. Om die reden wordt het ook als taak opgenomen in de functieomschrijving van de meeste medische tolken in de US.⁷ Gustafsson et al. (2013) gaan zelfs zover te stellen dat culture brokerage niet te vermijden valt aangezien het een intrinsiek onderdeel van het tolkproces is.

Er zijn echter ook risico's mee verbonden. Het is immers vanuit antropologisch standpunt niet meteen duidelijk hoe iemand het best voorbereid kan worden op het uitvoeren van deze taak. Binnen het bemiddelingsprogramma van de FOD werken we in hoofdzaak met interculturele bemiddelaars die zelf tot de etnische groep behoren waarvoor ze ingezet worden. Deze gedeelde etniciteit betekent echter niet automatisch dat de betrokkene ook vertrouwd is met de alle gangbare opvattingen, waarden, gewoonten binnen de eigen etnische groep. Biografische en familiale factoren, en intraculturele variatie leiden ertoe dat de intercultureel bemiddelaar niet noodzakelijk over een diepgaande kennis van zijn eigen cultuur beschikt. Dat betekent dat de bemiddelaar in sommige gevallen wel culturele barrières zal kunnen identificeren en duiden, en in andere gevallen niet.⁸ Het geven van culturele informatie kan ook bijdragen tot het ontstaan van stereotype beelden die op zich een barrière gaan vormen tussen hulpverlener en patiënt en de eerst blind maakt voor de allochtone patiënt als individu.

Om al die redenen is culture brokerage een taak die met de grootste omzichtigheid uitgevoerd moet worden, reden waarom ze zich hoger op de ladder bevindt en tegen een oranje achtergrond.

3.3.3 Hulp bieden aan hulpverlener en patiënt bij het opnemen van hun rol

De derde faciliterende taak is het ondersteunen of helpen van de patiënt en de hulpverlener om hun rol zo effectief mogelijk op te nemen, zodat een optimaal resultaat bereikt kan worden. In dat opzicht lijkt ze sterk op culture brokerage dat we echter afzonderlijk behandelen omwille van de specifieke problemen die ermee verbonden zijn.

Ook deze derde faciliterende taak verduidelijken we aan de hand van enkele voorbeelden:

- (1) Het verhaal van de hulpverlener is ook in zijn getolkte versie niet begrijpelijk voor de patiënt omdat het te veel jargon bevat, of omdat de patiënt een (zeer) laag opleidingsniveau heeft. Of het is onvertaalbaar omdat er geen equivalente termen in de taal van de patiënt bestaan. In dergelijke gevallen zal de intercultureel bemiddelaar strategieën moeten ontwikkelen die de kans op wederzijds

⁷ . Zie bijvoorbeeld de standaarden van de IMIA (www.imia.org), CHIA (www.chiaonline.org), NCIHC (www.ncihc.org).

⁸ . We willen hierbij opmerken dat vanuit antropologisch standpunt helemaal niet evident is wat het 'kennen van een cultuur' betekent. Dat neemt niet weg dat een zekere vertrouwdheid met iemands culturele achtergrond in de context van de hulpverlening zeer nuttig kan zijn.

begrip vergroten. Hij kan de hulpverlener vragen om zijn verhaal te vereenvoudigen of om een tekening te maken om een en ander te verduidelijken. Ook kan de intercultureel bemiddelaar onder bepaalde voorwaarden (cf. infra) zelf het verhaal vereenvoudigen. In essentie gaat het op dit niveau vaak om een soort van culture brokerage tussen de medische cultuur van de hulpverlener en de lekencultuur van de – in nogal wat gevallen laag opgeleide – patiënt.

- (2) De hulpverlener stelt vragen aan de patiënt, bijvoorbeeld bij het afnemen van een psychologische vragenlijst, die voor de patiënt die met dat soort instrumenten helemaal niet vertrouwd is, helemaal geen betekenis hebben. In dergelijke gevallen kan de intercultureel bemiddelaar als faciliteerder de hulpverlener daarop wijzen en samen met hem naar alternatieve werkwijzen op zoek gaan.
- (3) Wanneer een patiënt zich in de aanwezigheid van de hulpverlener geremd voelt, en geen vragen stelt of niet aangeeft dat hij bepaalde zaken niet begrijpt, kan de intercultureel bemiddelaar hem aanmoedigen om vragen te stellen en aan te geven wanneer hij iets niet begrijpt. Hij kan de patiënt tips geven om de consultatie voor te bereiden door gebruikte geneesmiddelen mee te brengen, een lijstje op te stellen van vragen die hij wil stellen of symptomen die hij wil melden, enz.
- (4) De patiënt weet niet hoe hij een afspraak moet maken bij een arts of kinesitherapeut, wat hij allemaal aan documenten mee moet brengen naar het ziekenhuis. De intercultureel bemiddelaar kan hem daarbij bijstaan of hem de nodige informatie geven.

3.3.4 Enkele beschouwingen bij ‘faciliteren’

De drie taken die we onder de noemer ‘faciliteren’ samenvatten kunnen alle drie zowel triadisch als niet-triadisch uitgevoerd worden. Zo kan een intercultureel bemiddelaar tijdens een individueel contact met een patiënt of hulpverlener een misverstand op het spoor komen en dat recht zetten. Culture brokerage kan zowel tijdens een triadische interventie gebeuren als tijdens een patiëntenoverleg, als onder de vorm van een vormingssessie voor een groepje hulpverleners. Ook het ondersteunen van patiënt en hulpverlener bij het opnemen van hun respectievelijke rollen kan buiten de triade gebeuren, bijv. tijdens een voorbereidend gesprek met een hulpverlener (‘hoe zullen we dit gesprek met deze patiënt het best aanpakken’) of een individueel contact met een patiënt.

De mate waarin deze taken door de intercultureel bemiddelaar opgenomen moeten worden, hangt sterk af van de communicatievaardigheden, de empathie en culturele competentie van de hulpverlener. Het faciliteren van de communicatie en de hulpverlening is veelal delicaat dan het geven van taalbijstand en legt een zwaarder gewicht op de schouders van de intercultureel bemiddelaar.

Een voorbeeld: een hulpverlener vraagt aan een intercultureel bemiddelaar om een individueel gesprek met een patiënt te voeren die tijdens gesprekken met de hulpverlener heel weinig spraakzaam is. Dit met de bedoeling inzicht te krijgen in de omstandigheden waaronder bepaalde klachten ontstaan zijn. Dit vereist dat de interculturele bemiddelaar zelf in staat is een dergelijk gesprek te leiden

en daarover op een nauwkeurige, synthetische en toch volledige wijze mondeling te rapporteren. Wanneer de intercultureel bemiddelaar daarbij fouten maakt, kan dit uiteraard aanzienlijke gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg.

We willen er hier ten slotte op wijzen dat conflictbemiddeling geen onderdeel uitmaakt van het takenpakket van de intercultureel bemiddelaar. De problematiek van het omgaan met conflicten behandelen we onder het hoofdstuk deontologie.

3.4 Pleitbezorgen ('advocacy')

Boven op de ladder, en op een rode achtergrond, staat de taak pleitbezorging. Pleitbezorging wordt gedefinieerd als 'het spreken of tussenkomen in het belang van iemand anders' (Van Esterik, 1985). De National Council on Interpreting in Health Care (2005)⁹ omschrijft pleitbezorging als een activiteit uitgevoerd voor iemand anders die verder gaat dan het faciliteren van de communicatie en die tot doel heeft een goed resultaat van de hulpverlening te bereiken. In het algemeen betekent dit dat een derde (in ons geval de intercultureel bemiddelaar) de zaak van de patiënt bepleit, en daarbij mogelijk zijn onpartijdige positie verlaat.

Voor beide definities geldt dat de intermediair het mandaat krijgt om het initiatief te nemen om bepaalde vragen of handelingen te stellen wanneer dat voor de kwaliteit van de hulpverlening en de belangen van de patiënt noodzakelijk is. Pleitbezorging kan plaatsvinden in een volledig conflictvrije context, maar ook in een context die gekenmerkt wordt door vijandigheid of een openlijk conflict, zoals uit onderstaande voorbeelden blijkt.

- (1) De intercultureel bemiddelaar wijst de hulpverlener erop dat de patiënt allergisch is voor een bepaald geneesmiddel, iets waarvan hij op de hoogte is door andere contacten met de patiënt maar de arts niet.
- (2) Een patiënt heeft de ochtend voor hij een heelkundige ingreep moet ondergaan gegeten. Hij laat na dit aan de verpleegkundige mee te delen, maar heeft daarover wel gepraat met de intercultureel bemiddelaar. De intercultureel bemiddelaar informeert de verpleegkundige hierover.
- (3) Een patiënt wordt respectloos behandeld door een hulpverlener waardoor zijn waardigheid wordt aangetast. De intercultureel bemiddelaar spreekt de hulpverlener daarop aan of meldt dit aan zijn verantwoordelijke.

Een fundamenteel onderscheid tussen deze voorbeelden is dat er in de eerste twee gevallen geen sprake is van het verlaten van de onpartijdige positie door de intercultureel bemiddelaar, in het derde zeer duidelijk wel.

Pleitbezorging, in het bijzonder wanneer het gepaard gaat met het opgeven van de onpartijdigheid van de intermediair, is nog steeds omstreden in de wereld van het medisch

⁹ Tekst beschikbaar op www.ncihc.org.

tolken. Er is op gewezen dat het voor de intermediair niet altijd mogelijk is om de belangen van de patiënt in te schatten. Dat is uiteraard een voorwaarde om ervoor op te komen (Verrept & Louckx, 1997). Een verkeerde inschatting kan diens belang precies schaden. Voorts heeft men zich vragen gesteld bij de effecten die pleitbezorging kunnen hebben op het verder verloop van de hulpverlening. Het is duidelijk dat een dergelijke interventie in sommige gevallen het einde van de hulpverlening kan betekenen. Ook is het mogelijk dat men om die reden geen beroep meer op de tolk of intercultureel bemiddelaar in de instelling gaat doen, in het bijzonder wanneer die vanuit het management van de instelling onvoldoende steun krijgt.

Toch stellen we vast dat in een pleitbezorging ook in de taakomschrijving van medische tolken in veel gevallen – impliciet of expliciet – vermeld wordt.¹⁰ Gezien de ermee verbonden risico's zal de intercultureel bemiddelaar deze taak – wanneer het om interventies gaat waarbij hij zijn onpartijdige positie verlaat – met de grootste omzichtigheid en in nauw overleg met zijn verantwoordelijke uitvoeren. Wanneer dat noodzakelijk blijkt zal het probleem gemeld worden aan de ombudsman van het ziekenhuis.

Het verdedigen van de patiënt is een opdracht voor al wie in het ziekenhuis werkt en is opgenomen in het interne reglement van alle ziekenhuizen. Ze is dus geenszins het exclusieve domein van de interculturele bemiddelaars. Zij staan echter wel rechtstreeks in contact met een groep die gekenmerkt wordt door een grotere kwetsbaarheid dan het doorsnee ziekenhuispubliek. Daardoor is de kans groot dat zij in eerste instantie met dergelijke problemen in dat verband geconfronteerd zullen worden. Het is om die reden dat we deze taak expliciet in de ladder met de taken van de intercultureel bemiddelaar opgenomen hebben.

¹⁰ In de standaarden van de IMIA gebeurt dat impliciet, in die van de National Council on Interpreting in Health Care en die van de California Healthcare Interpreting Association expliciet (zie www.imia.org; www.ncihc.org; www.chiaonline.org).

4. Standaarden voor het uitvoeren van de taken van de intercultureel bemiddelaar

4.1 Vooraf

De grenzen tussen de verschillende taken zijn niet altijd scherp te trekken. Ook Bischoff (Bischoff, 2007; Bischoff & Dahinden, 2008) is deze mening toegedaan, en stelt zelfs dat het volledig scheiden van deze rollen (tolk en faciliteerder/bemiddelaar) in concrete situaties vaak niet mogelijk en ook niet wenselijk is. Ingleby (2011) wijst erop dat taalbarrières bijna altijd ook culturele barrières inhouden. Bovendien stellen we vast dat het takenpakket van de meeste intermediairs in de gezondheidszorg die men ‘tolken’ noemt, in veel gevallen uitgebreider is dan dat het geven van taalbijstand en dat met de bedoeling de communicatie te faciliteren (Bot & Verrept, 2013).

Het voorgaande leidt ertoe dat de keuze om bepaalde standaarden onder de hoofding ‘taalbijstand geven’ of ‘faciliteren’ te plaatsen niet altijd eenvoudig was. Het geven van taalbijstand onderscheidt zich anderzijds wel duidelijk van het faciliteren of pleitbezorgen omdat het enige taak is die bij definitie in triade uitgevoerd wordt (tijdens een face-to-face ontmoeting tussen een hulpverlener en patiënt waarbij de intercultureel bemiddelaar lijfelij of via videoconferentie aanwezig is).

Tenslotte zult u merken dat we verschillende types standaarden opgenomen hebben: sommige standaarden bepalen hoe een bepaalde taak (niet) uitgevoerd moet worden, andere geven de intercultureel bemiddelaar een expliciet mandaat dat hij bepaalde types interventies mag uitvoeren.

4.2 Het geven van taalbijstand

Het geven van taalbijstand is, zoals hiervoor aangegeven, het volledig en getrouw omzetten van een gesproken of gebaarde boodschap uit een brontaal in een equivalente boodschap in een doeltaal. In principe wordt er niets weggelaten of toegevoegd.

- § 1 De intercultureel bemiddelaar zal zich tot het tolken beperken wanneer dat volstaat om de doelstelling van de bemiddeling te realiseren.
- § 2 De intercultureel bemiddelaar zal de opdracht dusdanig voorbereiden dat de kansen op een kwaliteitsvolle tolkbeurt optimaal zijn. Dit houdt in dat onderstaande standaarden gerespecteerd worden (§ 2.1-§ 2.5):
 - § 2.1 De intercultureel bemiddelaar zal er steeds naar streven om een voorbespreking te hebben met de hulpverlener. De minimale vorm van deze voorbespreking is de vraag ‘Is er iets waarvan ik op de hoogte moet zijn voor we aan de opdracht beginnen?’
 - § 2.2 De intercultureel bemiddelaar zal de hulpverlener aan het begin van de consultatie verwittigen wanneer hij de patiënt reeds vroeger geholpen heeft of wanneer het van belang is dat die bepaalde zaken over patiënt weet.

- § 2.3 De intercultureel bemiddelaar zal ernaar streven om voor het begin van de opdracht een algemeen beeld te krijgen van de problematiek(en) die aan bod zullen komen; dit moet hem de mogelijkheid bieden om de opdracht voor te bereiden of opdrachten waarvan hij vermoedt dat hij ze niet uit kan voeren (bijv. in een zeer gespecialiseerd domein of om emotionele redenen), te weigeren.
- § 2.4 De intercultureel bemiddelaar zal ernaar streven om voor het begin van de interventie een beeld te krijgen van (het aantal) gesprekspartners en hun onderlinge relatie. Bijzondere aandachtspunten in dat verband zijn: bestaande conflicten tussen de gesprekspartners, tolken voor groepen, tolken voor groepen waarbij sommige wel het Nederlands beheersen en andere niet.
- § 2.5 De intercultureel bemiddelaar zal in de mate van het mogelijke vermijden om voor het begin van een triadische opdracht tijd door te brengen met de patiënt, bijvoorbeeld in de wachtzaal. Dit om te voorkomen dat de patiënt zijn verhaal aan de bemiddelaar doet en er daarna geen zin meer in heeft om zijn boodschap aan de hulpverlener mee te delen. Ook bestaat het risico dat de patiënt op dat moment zaken aan de bemiddelaar gaat meedelen en hem expliciet vraagt om die niet aan de hulpverlener te communiceren.
- § 3 De intercultureel bemiddelaar zal de regie van het gesprek in handen nemen en dat in het belang van de kwaliteit van de tolkbeurt. Daarbij moeten onderstaande standaarden gerespecteerd worden (§3.1 – §3.6):
- § 3.1 Aan het begin van een tolkinterventie licht de intercultureel bemiddelaar expliciet de tolkrol toe: alles zal vertaald worden, er is geen ruimte voor onderonsjes met de hulpverlener of de patiënt, hij is gehouden aan het beroepsgeheim en neutraal. Hij zal zijn rol zowel aan de hulpverlener als de patiënt uitleggen.
- § 3.2 De intercultureel bemiddelaar zal de gesprekspartners ertoe aanzetten om zich rechtstreeks tot elkaar te wenden en het gesprek te voeren ‘alsof er geen taalbarrière bestond’.
- § 3.3 De intercultureel bemiddelaar zet de gesprekspartners ertoe aan om elkaar tijdens het gesprek aan te kijken.
- § 4 De interculturele bemiddelaar positioneert zich dusdanig dat de hulpverlener en patiënt hem goed kunnen horen en zien, zonder dat dit het rechtstreeks contact tussen de gesprekspartners belemmert. Zo zal hij, wanneer het gesprek aan een tafel gevoerd wordt, ernaar streven dat de gesprekspartners tegenover elkaar zitten en hijzelf aan een zijkant; op die manier kunnen alle gesprekspartners elkaar goed zien en wordt het rechtstreeks contact tussen de hulpverlener en de patiënt gestimuleerd.
Hij zal ernaar streven om op een gelijke afstand van de gesprekspartners te zitten om op die manier zijn neutraliteit en onpartijdigheid te beklemtonen. Wanneer de patiënt zich moeilijk kan uitdrukken of slechthorend is, zal de intercultureel bemiddelaar dichterbij de patiënt gaan zitten. Hij zal zijn positie steeds aanpassen in functie van de noden van de concrete situatie.

- § 5 In de mate van het mogelijke zal de intercultureel bemiddelaar in de eerste persoon enkelvoud tolken, omdat dit de kans op rechtstreekse communicatie vergroot. Hij zal van deze regel enkel afwijken wanneer het tolken in de eerste persoon enkelvoud bij de gesprekspartners tot verwarring leidt.
- § 6 Wanneer de intercultureel bemiddelaar de boodschap van de hulpverlener of de patiënt niet begrijpt, zal hij om verduidelijking vragen.
- § 7 Wanneer de patiënt een onsamenhangend verhaal vertelt en van de hak op de tak springt, zal de intercultureel bemiddelaar het verhaal van de patiënt in geen geval verfraaien door er bijvoorbeeld een logische structuur in aan te brengen. Dat zou het voor de hulpverlener immers onmogelijk maken om zich een correct beeld van de patiënt te vormen.
- § 8 De intercultureel bemiddelaar zal al het mogelijke doen om een situatie te creëren die kwaliteitsvol tolken en goede communicatie mogelijk maakt. In een situatie waarin het onmogelijk is om goed te tolken (of te bemiddelen) zal de intercultureel bemiddelaar in eerste instantie strategieën voorstellen die de kwaliteit van de interventie garanderen. Wanneer de intercultureel bemiddelaar daar niet in slaagt zal hij de betrokken partijen en zijn verantwoordelijke daarvan op de hoogte brengen, en zullen ze samen naar de best mogelijke oplossing zoeken.

Goede communicatie is enkel mogelijk wanneer:

- De hulpverlener en de patiënt de regie van het gesprek door de intercultureel bemiddelaar in het belang van de kwaliteit van het tolken respecteren: ze moeten de beurtwisselingen en onderbrekingen door de bemiddelaar aanvaarden, en het gesprek moet een ordelijk verloop kennen waarbij de gesprekspartners niet door elkaar praten .
 - Het aantal deelnemers tijdens de interventie niet te hoog is. Wanneer de intercultureel bemiddelaar merkt dat de samenstelling van de groep waarvoor getolkt moet worden een kwaliteitsvolle tolkinterventie onmogelijk maakt, kan hij aan de hulpverlener een oplossing voorstellen (bijvoorbeeld het aantal deelnemers aan het gesprek beperken).
- § 9 De intercultureel bemiddelaar zal erover waken dat zijn aanwezigheid zo weinig mogelijk ongemakken veroorzaakt voor de patiënt. Bijzondere aandacht dient daarbij te gaan naar mogelijke effecten van het geslacht van de bemiddelaar (taboe-onderwerpen) en het vermijden van schaamtegevoelens bij bijv. een lichamelijke onderzoek.

Wanneer schaamte een belemmering voor de communicatie en de tolkinterventie zou kunnen vormen, zal de intercultureel bemiddelaar de patiënt informeren over de strategieën die hij in dergelijke gevallen volgt om de schaamtegevoelens te beperken (bijv. zich omdraaien tijdens een lichamenlijk onderzoek, zich achter een gordijn opstellen) en de patiënt ook mogelijke alternatieven voorstellen (bijvoorbeeld interculturele bemiddeling via video). De intercultureel be-

middelaar zal er wel naar streven dat de patiënt ook tijdens onderzoeken taalbijstand krijgt en zal de patiënt wijzen op het belang en de voordelen van taalbijstand.

- § 10 Wanneer de patiënt vulgaire termen gebruikt omdat er in zijn taal voor bepaalde lichaamsdelen enz. geen andere termen voorhanden zijn, zal de intercultureel bemiddelaar het register aanpassen aan het equivalent dat binnen de hulpverlening het meest gepast is.
- § 11 Wanneer de intercultureel bemiddelaar tolkt voor een groep (bijv. de patiënt en enkele familieleden) waarvan er sommigen wel het Nederlands beheersen en anderen niet zal hij erover waken dat geen van de deelnemers aan het gesprek van de communicatie uitgesloten wordt.
- § 12 Wanneer de intercultureel bemiddelaar de indruk heeft dat de patiënt nog behoefte heeft aan supplementaire informatie aan het einde van het gesprek, zal hij dit toetsen bij de patiënt en desgevallend ook melden aan de hulpverlener. De intercultureel bemiddelaar kan aan het einde van het gesprek aan de patiënt vragen of hij alles begrepen heeft en of hij nog vragen wenst te stellen aan de hulpverlener. Mocht de hulpverlener reeds vertrokken zijn, dan kan de intercultureel bemiddelaar herhalen wat de hulpverlener gezegd heeft. Wanneer de patiënt 'nieuwe vragen' stelt, zal hij zich tot de hulpverlener wenden (en eventueel een nieuwe afspraak met de hulpverlener maken).
- § 13 De intercultureel bemiddelaar zal in de volgende gevallen afwijken van de basisregel dat tijdens een tolkinterventie niets toegevoegd of weggelaten wordt:
 - § 13.1 Bij een conflict tussen hulpverlener en patiënt zal de intercultureel bemiddelaar in geen geval de boosheid van de betrokken partijen verborgen houden, maar zal hij evenmin een letterlijke vertaling van de scheldwoorden geven.
 - § 13.2 Wanneer de hulpverlener zich tot de intercultureel bemiddelaar richt en hem een boodschap geeft die duidelijk niet voor de patiënt bedoeld is, en die zeer nadelige gevolgen voor de patiënt zou kunnen hebben:

Voorbeeld: 'Die [patiënt] is een vogel voor de kat. Dat is hier een echte horror-story.'

In dergelijk geval zal de intercultureel bemiddelaar de hulpverlener vragen of het de bedoeling is deze boodschap te vertalen ('Wilt u dat ik dit vertaal?') en de hulpverlener er opnieuw op wijzen dat hij in principe alles moet vertalen. Tevens zal hij erop wijzen dat de vertrouwensrelatie met de patiënt aangetast kan worden wanneer de hulpverlener tijdens het triadisch contact boodschappen geeft die uitsluitend voor de intercultureel bemiddelaar bestemd zijn (en niet voor de patiënt). Tenslotte zal de intercultureel bemiddelaar er de aandacht op vestigen dat ook patiënten die een beroep op hem doen vaak toch wat Nederlands begrijpen, waardoor de kans reëel is dat patiënten minstens een deel van de inhoud van dergelijke onderonsjes begrijpen.

- § 13.3 Wanneer om uiteenlopende redenen (beperkte culturele competentie van de hulpverlener, laag opleidingsniveau of beperkte health literacy van de patiënt, culturele redenen) de communicatie niet lukt en de intercultureel bemiddelaar het nodig acht om de faciliteerdersrol op zich te nemen om effectieve hulpverlening mogelijk te maken.
- § 14 Wanneer een hulpverlener zich boos maakt tegen de bemiddelaar n.a.v. boodschappen van de patiënt, zal de bemiddelaar de hulpverlener erop wijzen dat de boodschap van de patiënt komt en niet van hem. Dezelfde strategie wordt gehanteerd wanneer de patiënt zich omwille van een boodschap van de hulpverlener kwaad maakt t.o.v. de bemiddelaar.

4.3 Standaarden voor het faciliteren

Zoals hiervoor aangegeven onderscheiden we drie deeltaken in het faciliteren: het interveniëren bij misverstanden, culture brokerage (het omgaan met cultuurverschillen) en het ondersteunen van de hulpverlener en patiënt om hun respectievelijke rol op te nemen. Ook voor deze deeltaken geldt dat de grenzen ertussen niet altijd scherp te trekken zijn. Het voorstellen van een cultureel aangepaste wijze om bepaalde thema's ter sprake te brengen kan met evenveel reden onder het ondersteunen van de hulpverlener in zijn rol geplaatst worden als onder culture brokerage.

4.3.1 Standaard voor het verhelderen van misverstanden

- § 15 Wanneer de intercultureel bemiddelaar vaststelt dat er zich een misverstand voordoet, zal hij de gesprekspartners daarop wijzen, en het misverstand proberen op te helderen. Er dient hierbij op gewezen te worden dat we met de term 'misverstand' niet naar een conflict verwijzen, wel naar een situatie waarbij de gesprekspartners elkaars boodschappen niet begrijpen.

4.3.2 Standaarden voor 'culture brokerage'

- § 16 De intercultureel bemiddelaar zal de patiënt op een cultureel aangepaste wijze begroeten. Wanneer dit voor de hulpverlener verwarrend zou kunnen zijn (bijv. wanneer hij de indruk krijgt dat patiënt en intercultureel bemiddelaar met elkaar bevriend zijn omdat ze elkaar omhelzen), zal de bemiddelaar hierbij de nodige duiding geven.
- § 17 De intercultureel bemiddelaar zal duiding geven bij het non-verbaal gedrag van patiënten wanneer dat voor de hulpverlener moeilijk te interpreteren is en een bedreiging vormt voor de kwaliteit van de communicatie/hulpverlening.
- § 18 Wanneer de intercultureel bemiddelaar de indruk heeft dat culturele barrières de communicatie of de hulpverlening bemoeilijken, zal hij de hulpverlener daarop wijzen. Hij zal met de hulpverlener overleggen op welke wijze deze barrières

overwonnen kan worden zodat cultureel competente zorg aangeboden kan worden. Wanneer dit tijdens een triadisch contact gebeurt, zal de intercultureel bemiddelaar ernaar streven om dat zo transparant mogelijk te doen.¹¹.

- § 19 Wanneer de intercultureel bemiddelaar vaststelt dat de hulpverlener de vertaalde boodschappen van de patiënt (bijv. over verklaringsmodellen, bepaalde alternatieve therapieën, verwijzing naar aspecten van de godsdienst) niet begrijpt omdat hij niet vertrouwd is met de culturele context ervan, zal hij dit aan de hulpverlener signaleren en de relevante fenomenen zo kort mogelijk toelichten. Hij zal er daarbij – indien nodig - op wijzen dat de gegeven culturele informatie een hypothese is over de mogelijke culturele achtergrond van (het verhaal van) de patiënt.
- § 20 De intercultureel bemiddelaar kan aan de hulpverlener communicatiestrategieën voorstellen die de kans op cultureel competente communicatie maximaliseren wanneer hij dat in het belang van de kwaliteit van de communicatie / hulpverlening nodig acht.
- § 21 Wanneer hij daarvoor over de nodige competenties beschikt kan de intercultureel bemiddelaar de hulpverlener informeren over culturele of religieuze elementen waarmee hij rekening kan houden om de effectiviteit van bepaalde boodschappen te verhogen (bijv. moslimpatiënten erop wijzen dat iemands geslacht er niet toe doet wanneer de gezondheid in het spel is).
- § 22 Wanneer patiënten specifieke, door hun religieuze overtuiging of cultuur bepaalde, wensen t.a.v. het hulpverleningsproces hebben, zal de intercultureel bemiddelaar die aan de hulpverlener(s) en/of zijn verantwoordelijke mededelen en daarbij de nodige toelichting geven wanneer de patiënt dat zelf niet kan doen. Tevens zal hij mogelijke strategieën om aan deze wensen tegemoet te komen of er op een andere wijze mee om te gaan voorstellen. (Voorbeelden: voeding, wens om door iemand van het eigen geslacht geholpen te worden, rituelen na overlijden, wens ‘traditionele’ alternatieve therapieën te volgen, mogelijkheden voor het beleven van zijn religieuze overtuiging, ...).
- § 23 Wanneer de intercultureel bemiddelaar vaststelt dat de autonomie van de patiënt door culturele factoren aangetast is of dat hij daardoor een bepaalde behandeling niet wenst te volgen (bijv. weigering van een epidurale verdoving), zal hij de hulpverlener daarvan op de hoogte brengen. Hij zal samen met de hulpverlener strategieën zoeken die het voor de patiënt makkelijker maken om zelf een beslissing te nemen.
- § 24 Wanneer de hulpverlener bepaalde gedragingen of problemen van patiënten ten onrechte met hun cultuur in verband brengt, zal de intercultureel bemiddelaar hem daarop wijzen.

¹¹ . Dit impliceert dat hij ernaar zal streven dat alle aanwezige partijen geïnformeerd zijn over wat hij in het kader van culture brokerage meedeelt.

4.3.3 Standaarden voor het ondersteunen van patiënt en hulpverlener in hun rol

- § 25 Wanneer dit noodzakelijk blijkt voor de kwaliteit van de communicatie / hulpverlening zal de intercultureel bemiddelaar zowel de hulpverlener als de patiënt ondersteunen om hun rol op een volwaardige en effectieve wijze op te nemen.
- § 26 Wanneer het register dat door de hulpverlener gehanteerd wordt, in de taal van de patiënt niet bestaat of door hem niet begrepen wordt (bijv. gebruik van jargon, te hoog register), zal de interculturele bemiddelaar daarop wijzen en de faciliteerdersrol op zich nemen.

Hij kan daarbij onder meer volgende strategieën gebruiken

- De intercultureel bemiddelaar vraagt aan de hulpverlener om de boodschap te vereenvoudigen zodat het wel mogelijk wordt om haar te vertalen op een manier die voor de patiënt begrijpelijk is.
 - De intercultureel bemiddelaar stelt aan de hulpverlener andere strategieën voor om zijn boodschap begrijpelijk te maken, bijv. het maken van een tekening of het gebruik van illustraties, het gebruiken van voorbeelden, vermijden te verwijzen naar statistische gegevens (bijv. ‘u hebt 50% kans dat ...’) bij laaggeschoolde patiënten.
 - De intercultureel bemiddelaar vereenvoudigt in overleg met de hulpverlener zelf de boodschap. Hij zal de boodschap enkel zelf vereenvoudigen wanneer hij 100% zeker is van de kwaliteit van de gehanteerde omschrijving(en). In dergelijk geval zal de intercultureel bemiddelaar ernaar streven om in de vertaling ook de officiële naam van de aandoening/behandeling te gebruiken (bijvoorbeeld: ‘men noemt dat een gastroscopie’) zodat de patiënt ook vertrouwd geraakt met de medische termen.
- § 27 Wanneer de vragen die de hulpverlener aan de patiënt stelt ook in vertaling voor hem geen betekenis hebben, en hij er daardoor niet op kan antwoorden, zal de intercultureel bemiddelaar de hulpverlener daarop wijzen wanneer die dat zelf niet opmerkt of er gepast op reageert.¹²

In dergelijk geval kan de bemiddelaar aan de hulpverlener vragen of hij ermee instemt dat hijzelf de vraag voor de patiënt probeert te verduidelijken. Wanneer de intercultureel bemiddelaar de rol van faciliteerder opneemt, bijvoorbeeld wanneer hij vragen gaat herformuleren of vereenvoudigen, zaken gaat uitleggen enz., zal hij dit steeds aan de hulpverlener signaleren.

- § 28 Wanneer de intercultureel bemiddelaar de indruk heeft dat de patiënt belangrijke elementen vergeet te vermelden kan de bemiddelaar aan hem vragen of hij die niet wenst te vermelden.

¹² Bijvoorbeeld bij het gebruik van een vragenlijst waarin concepten of meetmethodes (bijv. een Likert schaal) voorkomen waar de patiënt niet mee vertrouwd is.

§ 29 De intercultureel bemiddelaar kan in overleg met de betrokken hulpverleners individueel contact met een patiënt hebben.

Hij kan dit doen met de volgende doelstellingen:

- Om knelpunten in de hulpverlening aan individuele patiënten op te sporen;
- Om praktische hulp bij het invullen van documenten te bieden; hij zal deze opdracht enkel zonder de hulpverlener uitvoeren wanneer het gaat om documenten die ook door hoger opgeleide Nederlandstalige patiënten zonder hulp van een hulpverlener ingevuld worden.
- Om in opdracht van een hulpverlener een patiënt op een cultureel competente wijze te proberen overtuigen van het belang van een te volgen behandeling, wanneer dit tijdens minstens één triadisch gesprek niet gelukt is;
- Om een vertrouwensband te creëren die de samenwerking met de hulpverleners ten goede komt;
- Om patiënten te informeren over aspecten van de hulpverlening waarover ze ten gevolge van de taalbarrière, hun laag opleidingsniveau of culturele achtergrond geen kennis hebben (bijv. wat men mee dient te brengen bij een bezoek aan het ziekenhuis, hoe de hulpverlening verloopt, hoe men een afspraak maakt, enz.).

§ 30 Patiënten die niet over de nodige vaardigheden beschikken om de patiëntenrol op zich te nemen, kunnen daarbij voor de intercultureel bemiddelaar ondersteund worden. Hij kan daarbij de volgende strategieën gebruiken:

- De patiënt ertoe aanzetten om vragen te stellen;
- Hem erop wijzen dat hij uitleg moet vragen wanneer hij iets niet begrepen heeft;
- Hem ertoe aanzetten om de consultatie voor te bereiden (bijvoorbeeld door een lijstje met vragen op te stellen);
- Hem herinneren aan thema's die hij eventueel niet besproken heeft met de arts maar die hij wel te berde bracht bij de intercultureel bemiddelaar;
- Hem de raad geven om de posologie van geneesmiddelen op te (laten) schrijven;
- Hem ertoe aanzetten om duidelijk te maken wanneer hij het oneens is met de hulpverlener of de behandeling;

- Hem op het belang van op tijd te komen te wijzen en hem eventueel de dag voor een afspraak daar telefonisch aan herinneren;
- Hem aan het einde van de consultatie nadrukkelijk vragen of hij alles begrepen heeft en of hij nog vragen heeft.

§ 31 De intercultureel bemiddelaar zal knelpunten of problemen die hij tijdens triadische of niet triadische interventies heeft vastgesteld melden aan de betrokken hulpverleners tijdens een nabespreking of overlegmoment en – indien nodig – eveneens aan zijn verantwoordelijke.

§ 32 De intercultureel bemiddelaar kan aan de hulpverlener vragen om overleg wanneer hij weet heeft van zaken die het goede verloop aan de hulpverlening aan de patiënt zouden kunnen beïnvloeden. De intercultureel bemiddelaar kan dit zowel op vraag van de patiënt, als uit eigen beweging doen wanneer het onmogelijk of onwenselijk blijkt om bepaalde zaken tijdens een triadische interventie te bespreken.

4.4 Standaarden voor pleitbezorging

§ 33 De intercultureel bemiddelaar kan patiënten er tijdens een individueel contact steeds op wijzen dat een bepaalde hulpverlener systematisch weigert met interculturele bemiddelaars samen te werken.

§ 34 Wanneer de intercultureel bemiddelaar de indruk heeft dat de hulpverlener zich bij het formuleren van zijn boodschap vergist, of belangrijke elementen vergeet, mag hij daar in het belang van de patiënt op wijzen en dat in aanwezigheid van deze laatste.

§ 35 Wanneer de waardigheid van een patiënt door de respectloze behandeling (agressief gedrag, discriminatie, racisme, ...) door een hulpverlener in het gedrang komt, zal de intercultureel bemiddelaar de interventie afsluiten en het incident aan zijn verantwoordelijke melden. Die zal de procedures die binnen de instelling ontwikkeld werden om met dergelijke situaties om te gaan, volgen.

5. Deontologische aspecten

5.1 Beroepsgeheim en omgaan met vertrouwelijke informatie

- § 36 De intercultureel bemiddelaar is een personeelslid van het ziekenhuis en is daarom onderworpen aan de regels i.v.m. het beroepsgeheim (art. 458 van het strafwetboek) in de ziekenhuizen. Dat impliceert dat hij nooit aan derden (personen die niets te maken hebben met de behandeling van de patiënt in het ziekenhuis) informatie over de patiënt zal medelen. Deze informatie kan van medische, persoonlijke, sociale of financiële aard zijn. Wanneer het voor de intercultureel bemiddelaar onduidelijk is of bepaalde gegevens over een patiënt meegegeeld kunnen worden, zal hij zich tot zijn verantwoordelijke wenden.
- S 37 Onder bepaalde voorwaarden kan het beroepsgeheim gedeeld worden. Dat is enkel het geval wanneer aan vijf voorwaarden voldaan is:
- de patiënt (of zijn wettelijke vertegenwoordigers) moet op de hoogte gebracht worden van de informatie die gedeeld zal worden en met wie dat zal gebeuren;
 - de instemming van de patiënt met het delen van de informatie dient bekomen te worden;
 - het delen van de informatie dient in het belang van de patiënt te gebeuren;
 - de informatie wordt meegegeeld aan iemand die bij de zorg voor de patiënt betrokken is;
 - men beperkt zich tot het delen van de strikt noodzakelijke informatie.

Interculturele bemiddeling in ziekenhuizen maakt het vaak noodzakelijk om informatie uit te wisselen die vertrouwelijk behandeld moeten worden. Deze vertrouwelijkheid heeft in eerste instantie tot doel de patiënt te beschermen, maar evenzeer de vertrouwensrelatie die zich moet ontwikkelen tussen de intercultureel bemiddelaar en het verzorgend personeel (Reusens, 2014).

- § 38 Het beroepsgeheim blijft bestaan ook wanneer de patiënt niet langer in het ziekenhuis behandeld wordt.
- § 39 Er is geen sprake van het doorbreken van het beroepsgeheim als:
- er een noodtoestand erkend wordt waarbij een waardenconflict ontstaat. Bijvoorbeeld wanneer iemands lichamelijk of psychische integriteit ernstig bedreigd wordt en hijzelf (of met hulp van derden) niet in staat is deze te beschermen;

- bij een getuigenis voor het gerecht: de bemiddelaar heeft het recht om te spreken maar niemand kan hem daartoe dwingen;
- Wanneer de gemeenschap een risico loopt. Bijvoorbeeld wanneer een intercultureel bemiddelaar vaststelt dat een patiënt de waarheid niet vertelt of bepaalde zaken verzwijgt en dat negatieve gevolgen kan hebben voor zijn directe omgeving of de gemeenschap in haar geheel, dan kan het beroepsgeheim opgeheven worden (bij besmettelijke aandoeningen, seksueel overdraagbare ziekten).

Mocht een dergelijke situatie zich voordoen, dan zal de intercultureel bemiddelaar in overleg met zijn verantwoordelijke handelen.

- § 40 Wanneer de patiënt aan de intercultureel bemiddelaar meedeelt dat hij bedrog pleegt (bijv. de documenten van iemand anders gebruikt, gelogen over zijn gezondheidstoestand): in dergelijk geval blijft de intercultureel bemiddelaar onderworpen aan het beroepsgeheim. Enkel wanneer er sprake is van een erkende noodtoestand of wanneer deze informatie nefaste gevolgen voor derden of de gemeenschap in haar geheel kan hebben is dit niet het geval. Hij kan ook weigeren om medeplichtig te zijn aan bedrog en de opdracht verder uit te voeren. In al deze gevallen zal hij zich tot zijn verantwoordelijke wenden.
- § 41 Wanneer het duidelijk is dat inlichtingen die bekomen werden tijdens een contact tussen de intercultureel bemiddelaar en de patiënt nuttig zullen zijn in de context van de hulpverlening, zal de intercultureel bemiddelaar hem ertoe aanzetten om die mee te delen aan de hulpverlener.
- § 42 Wanneer een patiënt er tijdens een individueel contact met de intercultureel bemiddelaar op aandringt dat bepaalde zaken niet aan de hulpverlener meegedeeld zullen worden, zal de intercultureel bemiddelaar er bij hem op aandringen dat hij (de patiënt) dit zelf ter sprake brengt tijdens een contact met de hulpverlener. Wanneer de patiënt dat weigert, zal de intercultureel bemiddelaar de geheimen van de patiënt niet kunnen openbaren aangezien hij aan het beroepsgeheim onderworpen is.

5.2 Transparantie

- § 43 De intercultureel bemiddelaar zal er steeds naar streven dat alle betrokken partijen tijdens een triadische opdracht zoveel mogelijk geïnformeerd worden van al zijn activiteiten en de boodschappen die uitgewisseld worden (die verder gaan dan het geven van taalbijstand). Zo zal hij de patiënt er bijvoorbeeld van op de hoogte brengen dat hij een voor de hulpverlener onbekend begrip uitgelegd heeft (in het kader van culture brokerage), of dat hij aan de hulpverlener zegt dat hij een omschrijving heeft gebruikt aangezien er in zijn taal geen equivalente term voorhanden is.

- § 44 De intercultureel bemiddelaar zal ernaar streven om geen interventies uit te voeren voor personen waarmee hij een persoonlijke relatie heeft (familieleden, vrienden, ...). Wanneer dat onvermijdelijk is, wordt de hulpverlener daarvan bij het begin van de interventie op de hoogte gebracht.

5.3 Neutraliteit en onpartijdigheid

- § 45 De intercultureel bemiddelaar blijft onpartijdig en is in staat om eigen overtuigingen en gevoelens te identificeren die zijn onpartijdigheid in het gedrag kunnen brengen. Wanneer hij er niet in slaagt om onpartijdig te blijven, zal hij weigeren om voor de betrokken patiënt te bemiddelen.
- § 46 De intercultureel bemiddelaar zal erover waken dat zijn overtuigingen en persoonlijke waarden (politieke, religieuze of andere) zijn interventies niet beïnvloeden. Mocht dit wel het geval zijn en zijn onpartijdigheid niet meer gegarandeerd is, dan zal hij een andere intercultureel bemiddelaar vragen om de interventie te doen en weigeren om voor de betrokken patiënt te bemiddelen.

5.4 Verantwoordelijkheid en professionaliteit

- § 47 Wanneer het werken met een patiënt bij de bemiddelaar zo sterke emoties oproept dat daardoor het professioneel handelen of het welzijn van de intercultureel bemiddelaar in het gedrag komen, zal de bemiddelaar de interventie stopzetten en de patiënt informeren over de andere mogelijke hulpmiddelen voor de communicatie (intercultureel bemiddelaar via videoconferentie, sociaal tolk). In dergelijk geval zal hij zijn verantwoordelijke op de hoogte brengen.
- § 48 De intercultureel bemiddelaar moet een interventie weigeren wanneer de interventie bij hem tot onoverkomelijke gewetensproblemen leidt. Hij zal zijn verantwoordelijke daarvan op de hoogte brengen.
- § 49 De intercultureel bemiddelaar zal ten allen tijde een professionele afstand bewaren tegenover de patiënt. Dat impliceert dat hij noch zijn persoonlijk telefoonnummer, noch zijn adres aan de patiënt zal meedelen en geen geschenken zal aanvaarden.

5.5 Grenzen

- § 50 De intercultureel bemiddelaar zal niet tolken voor externen die buiten de context van de behandeling van de gezondheidsproblemen van de patiënt een beroep op hem in het ziekenhuis doen. Uitzonderingen op deze regel zijn uitsluitend mogelijk na overleg met de verantwoordelijke van de intercultureel bemiddelaar.
- § 51 De intercultureel bemiddelaar zal geen taken uitvoeren die buiten zijn takenpakket en competentie domeinen vallen (bijv. sociaal werk, therapeutische gesprekken, meedelen van medische informatie die aan Belgische patiënten door

de hulpverlener gegeven zou worden, ...). Uitzondering zijn boodschappen die betrekking hebben op praktische aspecten van de hulpverlening (afspraken, ...).

- § 52 De intercultureel bemiddelaar zal geen schriftelijke vertalingen uitvoeren. Mogelijke uitzonderingen zijn het vertalen van zeer concrete, praktische informatie, bijvoorbeeld wanneer een afspraak doorgaat, hoe een behandeling met geneesmiddelen gevolgd moet worden.
- § 53 Het regelen van de formaliteiten na een overlijden (repatriëring, enz.) behoort niet tot het takenpakket van de intercultureel bemiddelaar. Ook rouwbegeleiding zal niet door de intercultureel bemiddelaar opgenomen worden zonder de hulp of begeleiding door deskundigen in dit domein. Het (helpen bij het) afleggen van overledenen behoort evenmin tot het takenpakket van de intercultureel bemiddelaar.
De intercultureel bemiddelaar kan uiteraard wel gevraagd worden om telefoongesprekken met organisaties in de herkomstlanden te voeren, bijv. in het kader van een repatriëring.
- § 54 De intercultureel bemiddelaar zal geen standpunten innemen over de (psychische) gezondheid van patiënten. Wel kan hij indien gevraagd objectieve vaststellingen i.v.m. het gedrag van de patiënt aan de hulpverlener meedelen (bijv. verhaal van patiënt is zeer verward en daardoor moeilijk te tolken, patiënt stottert in zijn eigen taal, patiënt spreekt als een kind, ...).
- § 55 De intercultureel bemiddelaar zal zijn mening over de behandeling van de patiënt niet uiten en zich evenmin uitlaten over de kwaliteit van personen die door de patiënt als genezers voorgesteld worden of traditionele behandelingen die de patiënt wenst te volgen. Hij zal veeleer aan de patiënt voorstellen om deze zaken rechtstreeks met de hulpverlener te bespreken.
- § 56 De intercultureel bemiddelaar zal zich niet uitlaten over de kwaliteit of pertinentie van een behandeling die door een hulpverlener wordt voorgeschreven of uitgevoerd, noch over de deskundigheid van de hulpverlener.

5.6 De rol van de intercultureel bemiddelaar bij conflicten

- § 57 De intercultureel bemiddelaar is zoals hiervoor reeds gesteld geen conflictbemiddelaar. Hij kan echter wel in conflicten bemiddelen wanneer het duidelijk is dat die rechtstreeks te wijten zijn aan de taal- of cultuurbarrière.
- § 58 Bij een conflict tussen een hulpverlener en een patiënt zal de intercultureel bemiddelaar deze laatste erop wijzen dat hij zich tot de ombudsman kan wenden.
- § 59 Wanneer een patiënt een klacht neerlegt bij ombudsman met de hulp van de intercultureel bemiddelaar, zal deze laatste er vanaf zien om voor deze patiënt in het kader van de klachtenbemiddeling tussen te komen, in het bijzonder wan-

neer hij getuige was van de woordenwisseling. Hij zal niet meer voor deze patiënt bemiddelen en in dergelijk geval een afspraak maken met een andere interculturele bemiddelaar of tolk.

- § 60 Wanneer een conflict tussen de intercultureel bemiddelaar en een patiënt de interventies onmogelijk maakt, zal de intercultureel bemiddelaar de interventie stopzetten en daarna voor deze patiënt geen interventies meer uitvoeren tot het conflict opgelost is.
- § 61 Wanneer de intercultureel bemiddelaar door een patiënt bedreigd wordt, zal hij dit onmiddellijk melden aan de aanwezige hulpverlener en aan zijn verantwoordelijke. De bemiddelaar zal voor deze patiënt geen interventies meer uitvoeren. De verantwoordelijke zal de noodzakelijke stappen doen om de veiligheid van de intercultureel bemiddelaar te garanderen en hem raad geven over de te volgen handelwijze in dergelijke situaties (een klacht indienen).
- § 62 Wanneer er een conflict bestaat tussen een hulpverlener en een intercultureel bemiddelaar (bijv. n.a.v. gedrag van de hulpverlener dat de bemiddelaar onaanvaardbaar acht, gebrek aan hoffelijkheid, racisme, ...) dat niet opgelost geraakt door een gesprek zal de intercultureel bemiddelaar contact opnemen met zijn verantwoordelijke die de nodige stappen zal zetten om het conflict op te lossen.



6. Organisatie van de interculturele bemiddelingsdienst

- § 63 Binnen de instelling wordt een personeelslid aangesteld dat verantwoordelijk is voor de omkadering van de interculturele bemiddeling. Deze persoon zal de randvoorwaarden creëren die het efficiënt en effectief inzetten van de intercultureel bemiddelaar mogelijk maken.
- § 64 De intercultureel bemiddelaar dient toegang te hebben tot de noodzakelijke hulpmiddelen om zijn/haar taken op een efficiënte en kwaliteitsvolle wijze uit te kunnen voeren. Dit houdt volgende elementen in:
- Beschikken over een badge en visitekaartjes met daarop de /contactgegevens van de intercultureel bemiddelaar;
 - Beschikken over een teken (schort van het ziekenhuis, badge, ...) dat de intercultureel bemiddelaar duidelijk identificeert als een medewerker van het ziekenhuis;
 - Kunnen beschikken over een pc met daarop een persoonlijk emailadres en toegang tot het internet;
 - Beschikken over een persoonlijk telefoontoestel of een GSM om bereikbaar te zijn;
 - Kunnen beschikken over woordenboeken en andere hulpmiddelen (bijv. medische encyclopedie in de moedertaal);
 - Voor interculturele bemiddelaars die een ander schrift (bijv. Arabisch, Cyrillisch) gebruiken, kunnen beschikken over een aangepast klavier dat het mogelijk maakt om opzoeken op het internet te doen in de moedertaal.
- § 65 Binnen de instelling worden hulpverleners en patiënten geïnformeerd over de beschikbaarheid van de interculturele bemiddelaars, hun taken en op hoe men een beroep op hen kan doen (d.m.v. affiches, brochures, visitekaartje van de intercultureel bemiddelaar, ...).
- § 66 Wanneer verschillende hulpverleners op hetzelfde ogenblik een beroep op een intercultureel bemiddelaar willen doen, heeft de hulpverlener die de bemiddelaar het eerst geboekt heeft, voorrang. Enkel in zeer uitzonderlijke gevallen (urgenties) zal de planning van de intercultureel bemiddelaar door een ongeplande interventie doorkruist kunnen worden.
- § 67 Interculturele bemiddelaars kunnen geboekt worden zonder dat ze daarbij tijdens hun interventies gestoord worden (bijv. d.m.v. een elektronische agenda die voor de hulpverleners toegankelijk is). Per interventie wordt een standaardtijd van 30 minuten voorzien.

- § 68 Binnen de instelling wordt een beleid gevoerd dat hulpverleners ertoe aanzet om, zoveel als mogelijk, een beroep op de intercultureel bemiddelaar te doen wanneer ze met een taal- of cultuurbarrière geconfronteerd worden.
- § 69 De instelling ontwikkelt strategieën die de wachttijden voor de intercultureel bemiddelaar zo kort mogelijk houden. Daarbij wordt ernaar gestreefd dat de intercultureel bemiddelaar niet meer dan 5 minuten voor het begin van de interventie aanwezig is. Dit om te voorkomen dat de intercultureel bemiddelaar samen met de patiënt moet wachten.
- § 70 Wanneer de intercultureel bemiddelaar bij het triadisch contact niet aanwezig kan zijn, zal men alternatieve strategieën voorstellen (interculturele bemiddeling via video, telefoontolken, sociaal tolk ter plaatse).
- § 71 Wanneer de intercultureel bemiddelaar door hulpverleners geweigerd wordt hoewel de patiënt om zijn hulp gevraagd heeft, zal de intercultureel bemiddelaar dit melden aan zijn verantwoordelijke. Die zal op zijn beurt onderzoeken waarom de bemiddelaar geweigerd werd en er bij de hulpverlener op aan dringen dat hij in de toekomst wel met de intercultureel bemiddelaar samenwerkt.
- § 72 De instelling zorgt ervoor dat de intercultureel bemiddelaar toegang heeft tot emotionele ondersteuning of psychologische hulp wanneer dit in het kader van zijn professionele activiteiten nodig of wenselijk is. Deze ondersteuning wordt niet aangeboden door een medewerker van het ziekenhuis die zich in een hiërarchische positie t.o.v. de intercultureel bemiddelaar bevindt.
- § 73 Hulpverleners moeten worden opgeleid om op een efficiënte en effectieve wijze met de interculturele bemiddelaars samen te werken.
- § 74 Enkel voor ziekenhuizen die tevens interculturele bemiddelingdiensten via het internet aanbieden (via video):
- De intercultureel bemiddelaar moet voor zijn interventies kunnen beschikken over een headset en een rustige ruimte die het vertrouwelijk karakter van de interventie tussen de patiënt en de hulpverlener beschermt;
 - De intercultureel bemiddelaar moet een specifieke opleiding ‘tolken via videoconferentie’ hebben gevolgd op de FOD Volksgezondheid;
 - Tijdens de interventie moet de intercultureel bemiddelaar zich ervan verzekeren dat het beeld en geluid aan beide kanten van voldoende goed is om een kwaliteitsvolle tolkbeurt uit te voeren. Wanneer dat niet het geval is zal de intercultureel bemiddelaar de interventie stoppen;
 - De instelling duidt een verantwoordelijke aan voor het ‘interculturele bemiddeling via internet’;

- De instelling zal het project interculturele bemiddeling op afstand (via videoconferentie) in het ziekenhuis bekend maken en garandeert een goede internetverbinding in het ziekenhuis.



§ 75 De deelname aan de verplichte vormingen die de FOD Volksgezondheid voor de intercultureel bemiddelaars organiseert, zal door het ziekenhuis als werktijd beschouwd worden (inclusief de verplaatsingstijd); de verplaatsingskosten (treinticket, metro, ...) zullen aan de bemiddelaars terugbetaald worden.

7. Samenwerking met de FOD

7.1 Aanvraag financiering – registratie activiteiten – rapportering

De FOD Volksgezondheid nodigt de algemene en psychiatrische ziekenhuizen elk jaar in de loop van de maand december uit om een aanvraag in te dienen voor de financiering van de interculturele bemiddeling (voor de functies van intercultureel bemiddelaar en coördinator interculturele bemiddeling). De aanvraagformulieren moeten aan de FOD bezorgd worden ten laatste op 31 januari van het desbetreffende jaar.

De FOD vraagt aan de interculturele bemiddelaars en coördinatoren interculturele bemiddeling elk jaar om hun activiteiten gedurende een bepaalde periode te registreren. De intercultureel bemiddelaar en coördinator interculturele bemiddeling zullen al hun interventies tijdens de gevraagde periode van 1 maand registreren met behulp van het computerprogramma dat de FOD aan hen bezorgt. Deze gegevens moeten de FOD, samen met een verslag van de groepsactiviteiten, ten laatste bereiken op 31 januari van het desbetreffende jaar.

De coördinatoren interculturele bemiddeling zullen bovendien een activiteitenverslag bezorgen dat betrekking heeft op het volledige werkjaar.

Interventies uitgevoerd via video worden het hele jaar door geregistreerd door de interculturele bemiddelaars die ze uitvoeren. De gegevens, ingevoerd in het door de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning bezorgde registratieprogramma, worden aan het einde van elk trimester aan de FOD bezorgd ten laatste op de 7^{de} van daarop volgende maand.

7.2 Aanwezigheid op vormings- en supervisie bijeenkomsten

Interculturele bemiddelaars dienen aan minstens $\frac{3}{4}$ van de supervisie- en vormingssessies die door de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning georganiseerd worden deel te nemen.

Interculturele bemiddelaars die niet over een masterdiploma tolken of een erkend certificaat sociaal tolken beschikken moeten een basisopleiding tolktechnieken volgen die door de FOD Volksgezondheid georganiseerd wordt en gegeven door docenten verbonden aan de tolkenhogescholen.

7.3 Aanwerving nieuwe interculturele bemiddelaars

Bij aanwerving van nieuwe interculturele bemiddelaars:

Kandidaat intercultureel bemiddelaars zullen door de Cel Interculturele Bemiddeling uitgenodigd worden voor een toetsing van hun tolkvaardigheden (onder de vorm van een rollenspel). De Cel zal nadien aan het ziekenhuis laten weten of de kandidaat over voldoende competenties beschikt om als intercultureel bemiddelaar voor financiering in aanmerking te komen. Bij deze toetsing kan een medewerker van het ziekenhuis aan-

wezig zijn. Het ziekenhuis ontvangt indien gewenst een schriftelijk verslag van de toetsing. Indien gewenst kan ook een audio-opname van de toetsing aan het ziekenhuis bezorgd worden.

De kandidaat dient aan de bij wet bepaalde diplomavereisten te voldoen (zie tekst KB in bijlage). Mocht men geen kandidaat kunnen vinden die aan deze eisen voldoet, zal men een gemotiveerde aanvraag tot afwijking van de diplomavereisten aan de directeur-generaal van de DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu richten die na overleg met de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning schriftelijk of per mail zal meedelen of de afwijking toegestaan wordt.

Wanneer een nieuwe intercultureel bemiddelaar aangeworven wordt, bezorgt het ziekenhuis volgende documenten aan de Cel Interculturele bemiddeling & Beleidsondersteuning:

- Een kopie van de arbeidsovereenkomst tussen het ziekenhuis en de intercultureel bemiddelaar waarin in ieder geval de functienaam intercultureel bemiddelaar vermeld dient te zijn, evenals het aanstellingspercentage als intercultureel bemiddelaar;
- Een kopie van de relevante diploma's van betrokken intercultureel bemiddelaar.

7.4 Langdurige afwezigheid – ziekte van de intercultureel bemiddelaar

Wanneer de intercultureel bemiddelaar ontslagen wordt of door ziekte langer dan 1 maand afwezig is, zal het ziekenhuis de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning daarvan op de hoogte brengen. In dergelijk geval zal er – in overleg met de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning – gezocht worden naar strategieën om de continuïteit van de dienstverlening zoveel mogelijk te waarborgen.

7. Bibliografie

Angelleli C.

Medical interpreting and cross-cultural communication. Cambridge: Cambridge University press, 2004: XIII + 153.

Bischoff A.

Zoom auf eine Dolmetscherin. Neues aus einer Nationalfondsstudie über interkulturelle Mediation und Integration. *Soziale Medizin* 2007 (1): 20-22.

Bischoff A., Dahinden J.

Dolmetschen, vermitteln und schlichten in vielsprachigen Basel. *Journal of Intercultural Communication*, 2008 (16: 2), 1-20.

Bot H., Verrept H.

Role Issues in the Low Countries. Interpreting in mental healthcare in the Netherlands and Belgium. In: Schäffner C., Kredens K., Fowler Y. (eds.) *Interpreting in a changing landscape*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2013: 117-131.

Chiarenza A.

Geciteerd in Pöchacker 2008; Interpreting as mediation. In: Valero-Garcés C & Martin A. (Eds.). *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2008: 9-26.

Code professionnel des interprètes communautaires, INTERPRET, Suisse, juin 2005

Code de déontologie des médiateurs en institutions de soins adhérant à l'A.M.I.S., avril 2009

Devillé W., Greacen T., Bogic M. et al.

Health care for immigrants in Europe : is there still consensus among country experts about principles of good practice ? A Delphi study. *BMC Public Health* 2011; 11: 699-

Greenhalgh, T., Robb, N. & Scambler, G.

Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*, 2006, 63 (5), 1170–1187.

Gustafsson, K., Norström, E. & Fioretos I.

The interpreter – a cultural broker? In: Schäffner C., Kredens K., Fowler Y. (eds.) *Interpreting in a changing landscape*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2013: 187-202.

Ingleby D.

Good practice in health service provision for migrants. In: Rechel B, Mladovsky Ph, Devillé et al. (eds.). *Migration and health in the European Union*. Maidenhead (vershire, England) : McGraw-Hill (Open University Press), 2011 : 227-242.

Kaufert, J. M., & Koolage, W. W.

Role conflict among 'culture brokers': the experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science & Medicine*, 1984 18 (3): 283-286.

Kaufert, J. M., Koolage, W. W., Kaufert, P. L. et al.

The use of "trouble case" examples in teaching the impact of sociocultural and political factors in clinical communication. *Medical Anthropology*, 1984 8: 36-45.

Kaufert, J. M., & Putsch, R. W. I.

Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language and power. *The Journal of Clinical Ethics*, 1997 8 (1), 71-87.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons, Anthropologic and Cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 1978, 88: 251-258.

Kleinman, A.,

Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience (1st ed.). New York: The Free Press, A Division of Macmillan, Inc, 1988: 256.

IMIA

Medical Interpreting Standards of Practice. Boston: International Medical Interpreters Association, 1995: 49.

Pöchhacker, F.

Interpreting as mediation. In: Valero-Garces C. & Martin A. (Eds.) *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2008: 9-26.

Putsch, R. W. I.

Cross-cultural communication: The special case of interpreters in health care. *Journal of the American Medical Association*, 1985, 254 (23), 3344-3348.

Spranzi, M., Interprétariat, droits du malade et éthique de la communication, in : C. Byk (ed.), *La bioéthique : un langage pour mieux se comprendre*, Paris, éditions ESKA/Lacassagne, 2000, pp. 141-168.

Qureshi, A.

Hermes in the room: challenges and strategies in intercultural mediation in psychiatry. Presentatie op de studiedag 'Interculturele bemiddeling, het internet en andere ontwikkelingen', 7/10/2011, Brussel.

Verrept H, Louckx F.

Health advocates in Belgian health care. In: Ugalde A, Cardenas G (Eds.). *Health and Social Services among International Labor Migrants: a Comparative Perspective*. Austin (Texas): CMAS-books, 1997: 67-86.