

# Goede praktijken bij taalproblemen **in de zorg**

## EEN GERICHTE PREVENTIEVE AANPAK TER VERMINDERING VAN RISICO'S

Patiënten, cliënten, ondersteunend of verplegend personeel en artsen komen taalproblemen tegen. Dit gebeurt tijdens een behandeling, bij arts-patiënt contact of bij de uitvoering en coördinatie van het werk in de zorg. Onvoldoende taalvaardigheid (spreken, lezen, luisteren en schrijven) leidt tot misverstanden, fouten en ergernis. Af en toe bereiken voorbeelden daarvan zelfs de landelijke media. Nederland staat hierin niet alleen; in veel westerse landen is de toegenomen arbeidsmigratie aanleiding tot bezorgdheid over goede communicatie. Iedereen is het erover eens dat iemand met een ziekte zijn zorgverlener moet kunnen begrijpen. Hoewel het begrijpelijk maken van medische bijsluiters al weer een aantal jaren bij wet is geregeld, is daarmee de kous niet af. Minder bekend is dat er tussen hulpverleners onderling ook taalproblemen voorkomen. De 'zwarte piet' wordt helaas nog vaak bij de patiënt en zijn gebrek aan vaardigheden gelegd. Er is hier voor organisaties in de zorg nog veel werk te verzetten: het bewustzijn rond taalproblemen vergroten en ze oplossen. Het begin ligt bij gebruikmaken van (inter)nationaal al bekende goede praktijken.

**Door: P. Lindhout, G.J. Teunissen, G.R. Kleve en P.G.P. Herfs**

**T**aalproblemen komen in alle sectoren in de maatschappij voor, ook in de zorg. Ze hebben diverse oorzaken en elk daarvan vergt een eigen aanpak. Ze leiden via onbegrip en via onbekendheid met risico's tot fouten, schade en letsel. Er zijn drie hoofdgroepen in taalproblemen te onderscheiden:

- De eerste is de *meertalige werksituatie* waarin men elkaars taal niet, of slechts beperkt, begrijpt. Het aantal talen op een werkplek kan zo groot zijn dat er geen gemeenschappelijke taal meer voorhanden is. De communicatie en daarmee ook de coördinatie op de werkvloer lijden hier onder.<sup>1</sup>
- De tweede is *laaggeletterdheid*. Niet alleen spreken maar ook lezen en schrijven op de werkplek waren door de toegenomen inzet van schriftelijke instructies en computers nog nooit tevoren zo belangrijk als nu. De problemen met lezen en schrijven van de Nederlandse taal zijn omvangrijk en hardnekkig. Vanaf 15 jaar is rond 2% analfabeet. Maar liefst 1,5 miljoen mensen zijn laagge-

letterd. Naar schatting 4 miljoen halen de startkwalificatie voor de informatiemaatschappij niet.<sup>2</sup> Dit probleem leidt tot minder zelfstandig functioneren van mensen in de maatschappij. In de zorg betreft dit zowel personeel als patiënten.

- De derde is het *te hoge taalniveau* van de op schrift gestelde informatie. De inhoud van brochures, folders en instructies bereikt een belangrijk deel van de gebruikers daarvoor niet of maar gedeeltelijk. Bij onder andere zelfmanagement vormt dit een risico voor patiënten. De helft van de patiënten kan de voorlichting in brochures, formulieren en instructies niet voldoende begrijpen.<sup>3</sup> Zorg wordt complexer.<sup>4</sup> Patiënten voelen zich ook collectief onvoldoende in staat mee te doen in de dialoog tussen de partij en in de zorg.<sup>5</sup>

### Meertalige werksituatie

In zorginstellingen zijn de tekorten aan personeel soms zo groot dat men zelfs buiten de

EU van beginnende verpleeghulp tot arts-specialisten werft. Ze beheersen de Nederlandse taal in sterk wisselende mate. Zo zijn er meer dan 50 nationaliteiten onder migrant-artsen in Nederland. Voor artsen van buiten de Europese Economische Ruimte (EER) die BIG-geregistreerd willen worden, is er een traject vastgesteld dat moet worden doorlopen om te garanderen dat de taal voldoende wordt beheerst.<sup>6,7</sup> Vanaf 2005 moeten ook studenten, die bijvoorbeeld ‘co-schappen’ doen, aan taalvaardigheidseisen op C1-niveau van het Common European Framework of Reference voldoen.<sup>8</sup> Voor artsen van binnen de EER en de andere geledingen in de zorg is dat echter niet het geval. Zij kunnen zonder enige toetsing van de beheersing van de Nederlandse taal worden ingeschreven in het BIG-register en vervolgens werkzaam zijn als arts in Nederland. Deze werkwijze staat haaks op de bepalingen in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Die wet schrijft onder meer voor dat een zorgverlener verplicht is de patiënt naar redelijkheid te informeren.

### Laaggeletterdheid

Er zijn vermijdbare componenten in deze problematiek aan te wijzen. Zo houden instellingen bijvoorbeeld niet altijd rekening met laaggeletterdheid onder Nederlandstalige patiënten. Ook in het voorlichtingsmateriaal voor migrant patiënten let men doorgaans niet op hun leesvaardigheid in de eigen taal. Een met veel inzet en moeite gemaakte folder bereikt zo de ontvangers wel fysiek maar niet qua inhoud.<sup>9</sup>

### Te hoog taalniveau

In de bestaande gedragsregels en richtlijnen voor medische zorg zijn taalproblemen – met uitzondering van de leesbaarheid van bijsluiters<sup>10</sup> – op dit moment niet als aandachtspunt voor patiëntveiligheid opgenomen. Dat is een opvallende leegte op een plaats waar dagelijks vermijdbare schade, en vermoedelijk ook onnodige sterfte, om ingrijpen vragen.

### Onveiligheid

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat hoe minder een patiënt de taal beheerst hoe minder de kwaliteit van de ontvangen zorg is.<sup>1,3,9,11</sup> Meertalige situaties, laaggeletterdheid en cultuurverschil komen als belangrijkste barrières voor effectief communiceren naar voren.<sup>12</sup> Dit betekent dat de hulpverlener-patiënt communicatie opnieuw in de belangstelling staat en dat de taalvaardigheid en communicatievaardighe-

den van hulpverleners nadrukkelijk meer aandacht vragen.<sup>13</sup> Het aandeel van taalproblemen als causale factor in de onnodige sterfte in ziekenhuizen is nog niet wetenschappelijk onderzocht. Er zijn echter wel vermoedens gerezen over hun aanwezigheid in iatrogene schade.<sup>14,15,16</sup> Ter vergelijking: recent onderzoek in de high-risk chemische industrie geeft aan dat taal daarbij tussen 5% en 10% van de incidenten oorzaak is.<sup>1</sup>

### Oplossingen

Dat het begrijpen van de steeds complexere gezondheidsinformatie van groot belang is voor de ‘zelfredzame patiënt’ wordt ook onderschreven door de Gezondheidsraad in zijn toekomstverkenning *Ethiek en Gezondheid*.<sup>17</sup> Onbegrip en verkeerde keuzes in het behandelproces vormen hier het risico. In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) staat dan ook dat de hulpverlener in ‘begrijpelijke taal’ informatie moet verstrekken. Maar hoe haalbaar is dat? En hoe verantwoord is het om een familielid of kind informatie te laten vertalen voor een zieke migrant-ouder?<sup>18</sup>

### Goede praktijken bij taalproblemen

Gelukkig zijn in diverse landen en in diverse maatschappelijke sectoren in de afgelopen tien jaar allerlei goede praktijken rond taalproblemen ontstaan.<sup>1</sup> Uit enkele recente inventarisaties blijkt dat organisaties zich hiermee in praktijk tegen letsel en schade kunnen beschermen. Deze goede praktijken zijn daarmee breed en direct inzetbaar, ook in de zorg.<sup>19,20</sup>

### Zelf beginnen

Een eerste stap voorwaarts is het begrijpelijk maken van medische informatie voor patiënten, zowel op individueel-<sup>21</sup> als op groepsniveau.<sup>22</sup>

Patiënten als medebeslissers beter toerusten om collectief de dialoog met een instelling aan te gaan helpt ook. Voor gedeelde besluitvorming heeft het VUmc Metamedica/EMGO+ een criterialijst vanuit patiëntperspectief ontwikkeld.<sup>23</sup> De criterialijst is via pgo-support beschikbaar.<sup>24</sup>

Voor patiënten die de taal niet spreken, lezen of schrijven en voor personeel dat in een meertalige werksituatie bij een instelling werkt zijn gerichte maatregelen nodig.<sup>1,19</sup> Taalproblemen als veiligheidsrisico onderkennen vergt bewustwording en kennis van zaken. Eerst oriënteren dus. De belangrijkste vragen daarbij zijn:

- Welke taalproblemen zijn er in huis en onderkennen we die voldoende?



- Hoe beperken we de aan taalproblemen verbonden patiëntveiligheidsrisico's?
- Zijn er in de branche al geschikte en beproefde goede praktijken?
- Hoe kunnen die in huis worden gehaald?
- Hoe registreren we taalproblemen als causale factor bij incidenten?

Nadere informatie is te vinden via onder meer:

- [Arboportaal.nl/types/goede-praktijken](http://Arboportaal.nl/types/goede-praktijken) (meertalige werksituatie);
- [Lezenenschrijven.nl/bedrijfsleven](http://Lezenenschrijven.nl/bedrijfsleven) (laaggeletterdheid);
- [Bureautaal.nl/wat-is-eenvoudig-nederlands-1.html](http://Bureautaal.nl/wat-is-eenvoudig-nederlands-1.html) (taalniveau).

### Structurele maatregelen

Structureel aanpakken en borgen van oplossingen voor taalproblemen kan het best door het onderwerp aandacht te geven in het managementsysteem van de organisatie. Taalproblemen raken de gehele organisatie en de top zal er in het beleid een plaats voor moeten inruimen. Immers, eenmaal onderkende risico's mogen niet zonder effectieve tegenmaatregelen blijven.

Dat onderkennen is een punt van aandacht binnen de organisatie. Onverklaarde incidenten in de categorie 'overige' of 'menselijke fout' zijn in dit licht gezien verdacht. Het niet volgen van een procedure, instructie of protocol en een miscommunicatie kunnen voorbeelden van taalproblemen zijn. Bij het onderzoeken van een voorval is het zaak door te vragen om de werkelijke oorzaak te achterhalen.<sup>20</sup>

Personeel dat een training niet goed kan volgen en dan toch aan het werk gaat is een gevaar voor de patiënt en voor de organisatie. Selecteren op taalvaardigheid van personeel

en goede controle op het begrijpen van instructies zijn hier van groot belang. Een anderstalige ploeg kan onder een steeds aanwezige meertalige leidinggevende contactpersoon werken.

Bij werkzaamheden met een hoger risico is het veiliger om taalproblemen niet toe te laten. Afspraken maken over het gebruik van een voertaal op de werkvloer en het personeel daaraan houden is veiliger - en socialer - dan een mengelmoes van talen toestaan.

Het is van groot belang om informatie over de behandeling en de instructies voor zelfmanagement, bijvoorbeeld over herkennen van symptomen en medicijngebruik, goed over te brengen. Voor de patiëntenzorg zijn bewuste keuzen in het taalniveau van voorlichtingsmateriaal noodzakelijk, wil de boodschap overkomen. Gebruik van 'lekentaal' is hier de juiste weg, ook in vertaalde brochures. Er zijn meer dan 100 verschillende talen in een grote stad. Lang niet alle patiënten zijn dus met een meertalige folder te benaderen. Verwijzen naar online informatie of smart-phone applicaties in de eigen taal is een mogelijkheid die echter voor sommige patiënten vanwege hun laaggeletterdheid in hun moedertaal niet bruikbaar is. Anamnese en voorlichting zullen dus mondeling en met hulp van een betrouwbare meertalige bekende of familielid of met de tolktelefoon moeten gebeuren.

### Praktijkvoorbeelden

#### **Praktijkvoorbeeld Begrijp je lichaam NIGZ**

Is er geen tolk dan maken afbeeldingen waarop lichaamsdelen en klachten aan te wijzen zijn de minimaal noodzakelijke communicatie nog mogelijk. In 2012 heeft de Stichting Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) een map gepubliceerd, getiteld 'Begrijp je lichaam', met in eenvoudige taal opgestelde teksten met illustraties over het menselijk lichaam en over vaak voorkomende gezondheidsklachten. Deze map is bedoeld voor artsen en instellingen en bestaat uit wandplaten, een handleiding en enkele boekjes over verschillende delen van het menselijk lichaam. Het materiaal vergemakkelijkt voorlichting, preventie en contact met patiënten en cliënten.<sup>21</sup>

#### **Praktijkvoorbeeld Taalniveau artsen UMC Utrecht**

In het UMC Utrecht zijn meer dan tien jaar geleden stappen gezet om het taalniveau van buitenlandse artsen te verbeteren. Artsen met niet-

EER erkende diploma's moesten zich weer inschrijven als student geneeskunde. Omdat het Staatsexamen NT2 onvoldoende startbekwaamheid opleverde om te kunnen omgaan met patiënten is een methode 'Medisch Nederlands voor anderstalige artsen' ontwikkeld.<sup>25,26</sup> Kort daarop besloten alle acht medische faculteiten om die cursus verplicht te stellen voor instromende buitenlandse artsen. De cursus verbetert behalve het taalbeheersingsniveau van artsen ook dat van beoefenaars van paramedische beroepen.

### **Praktijkvoorbeeld Introductie Indiase operatieassistenten UMC Groningen**

Het UMCG heeft in 2009 in twee fasen 14 Indiase operatieassistenten naar Nederland gehaald.<sup>27</sup> Dat vergt veel inzet van de afdeling en de nieuwe medewerkers en het is niet zonder risico's. Tijdens operaties is het essentieel dat de leden van het operatieteam elkaar goed begrijpen, juist bij snelle acties. Daar komt bij dat de specifieke OK-kleding met mutsen en mond-neusmaskers de communicatie er niet gemakkelijker op maakt.

De Indiase operatieassistenten zijn intensief begeleid en hebben een introductieprogramma gevolgd van bijna vijf weken, samengesteld uit een algemene introductie, een taalcursus bij het talentcentrum van de RUG en trainingen in het skills-lab, gericht op de communicatie. Daarna volgden een inwerktraject met vaktechnische vaardigheden en aandacht voor een optimale communicatie, een training bij taleninstituut Regina Coelli en aanvullende taallessen. Dankzij de intensieve begeleiding en hun eigen inspanningen, is er geleidelijk vertrouwen ontstaan in de inzetbaarheid van deze medewerkers en is het project geslaagd.

### **Praktijkvoorbeeld Begrijpelijke informatie LeesbaarOnderzoek.nl**

LeesbaarOnderzoek.nl is een gezamenlijk project van het Huis voor de Gezondheid in Amersfoort. In het Huis voor de Gezondheid werken nu 9 gezondheidsorganisaties samen. Op deze website kunnen mensen een eenvoudige en leesbare samenvatting van een recent medisch-wetenschappelijk artikel lezen. Ze gaan over diabetes, darmkanker, depressie, alzheimer en astma.<sup>22</sup> Een patiënt die goed op de hoogte is kan immers beter kiezen, beter meebeslissen en beter medicijnen en hulpmiddelen gebruiken.

### **Noten**

- 1 Lindhout, P., Swuste, P., Teunissen, G.J. & B.J.M. Ale (2012). The multilingual shop floor and safe work. A deprived area in European Union policy making. *European journal for Language Policy*, 4.2, 137-169.

- 2 OECD (2000). Literacy in the information age, *Final report of the International Adult Literacy Survey (IALS)*, Ministry of Industry, Statistics Canada, OECD Paris, 21-25.
- 3 Shieh, C. & B. Hosei (2008). Printed Health Information Materials: Evaluation of Readability and Suitability. *Journal of Community Health Nursing*, 25, 73-90.
- 4 Pel-Littel, R., Vlek, H. & S. Driessen (2012). Guided care bij multimorbiditeit: niet de ziekte maar de mens centraal! *KiZ*, nr 1, 30-34.
- 5 Teunissen, G.J. & T.A. Abma (2010). Derde partij, tussen droom en daad. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 4 (88), 182-9.
- 6 EC (1993). Directive 93/16/EEC. Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications. *Official Journal*, L 165, 07/07/1993.
- 7 EC (2005). Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005, on the recognition of professional qualifications. *Official Journal*, L 255, 30.9.2005. (Consolidated version per L 59, 4.3.2011).
- 8 Herfs, P.G.P. (2009). *Buitenlandse artsen in Nederland*. PhD-dissertation, Utrecht University.
- 9 Pitkin Deroose, K., Escarce, J.J. & N. Lurie (2007). Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. *Health Affairs*, 26, 5, 1258-1268.
- 10 EC (2001). Directive 2001/83/EC (amended 12 June 2009 by Directive 2004/27/EC) *Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use*. Rev 1. ENTR/F/2/SF/jr (2009)D/869.
- 11 Schyve, P.M. (2007). Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in health care: The Joint Commission perspective. *Journal of General Medicine*, 22/2, 360-1.
- 12 Viswanath, K. & L.K. Ackerson (2011). Race, Ethnicity, Language, Social Class, and Health Communication Inequalities: A Nationally-Representative Cross-Sectional Study. *PLoS One*, 6 (1), 14550.
- 13 Fransen, M.P., Stronks, K. & M.L. Essink-Bot (2011). *Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken*. AMC, Universiteit van Amsterdam, Afd. Sociale Geneeskunde. In: Gezondheidsraad, Laaggeletterdheid te lijf, Publicatienummer 2011/17 Bijlage 1. Centrum voor Ethiek en Gezondheid, Den Haag.
- 14 Taylor-Adams, S. & C. Vincent (2000). Clinical accident analysis: understanding the interactions between the task, individual, team and organisation. In: C. Vincent en B. de Mol (eds), *Safety in medicine*, Pergamon, Oxford.
- 15 Bruijne, M.C. de, Zegers, M., Hoonhout, L.H.F. & C. Wagner (2007). Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. VUmc/EMGO en NIVEL.
- 16 Toespraak Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg Gerrit van der Wal op het Nederlands Huisartsen Congres,

### **Wat is bekend?**

Taalproblemen en goede zorg verlenen gaan niet vanzelfsprekend samen.

### **Wat is nieuw?**

Rekening houden met de meertalige werkvloer in de zorginstellingen en met laaggeletterdheid onder zowel de Nederlandstalige als de anderstalige patiënten is nodig.

### **Wat kun je ermee?**

De risico's bij taalproblemen onderkennen en tegenmaatregelen nemen, te beginnen bij al bestaande goede praktijken.

- 23 november 2007 te MECC Maastricht. Huisarts en Farmacotherapie.
- 17 Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid. *Sig-nalering Ethiek en Gezondheid*, 2, 16-19.
  - 18 Dahnan, N. (2007). *Gezondheidszorg & Etnische Diversiteit in Nederland; Naar een betere zorg voor iedereen*. PaceMaker in global health, Amsterdam.
  - 19 Paul, J.A. (2012). Improving communication with foreign speakers on the shop floor. *Safety Science*. Doi: 10.1016/j.ssci.2012.02.007.
  - 20 Lindhout, P. (2010). Taalproblemen als onderschat gevaar, Best Practices bij Seveso II bedrijven. *Tijdschrift voor toegepaste Arbeidwetenschap*, 1, april. NVA/NVVK, 6-13.
  - 21 NIGZ (2012). Voorlichtingsmap: Begrijp je lichaam. Woerden: NIGZ. Zie: [http://www.nigz.nl/index.cfm?act=winkel\\_detail&pid=425](http://www.nigz.nl/index.cfm?act=winkel_detail&pid=425).
  - 22 [www.LeesbaarOnderzoek.nl](http://www.LeesbaarOnderzoek.nl) is van Het Huis van de Gezondheid, Amersfoort.
  - 23 Teunissen, G.J. & T.A. Abma (2010). Derde partij: tussen droom en daad. Een verkennend onderzoek naar de patiëntenpartij en -criteria voor onderzoek, beleid en kwaliteit bij overheden en zorginstellingen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 88, 4, 182.
  - 24 PGO patiënt criteria lijst, zie: [http://www.pgosupport.nl/mailings/FILES/plugin\\_content/194/Criteria-waaiier7.0.pdf](http://www.pgosupport.nl/mailings/FILES/plugin_content/194/Criteria-waaiier7.0.pdf)
  - 25 Palenstein Helderma-Susan, L.H.M. van & L.M. Bekedam (2000). *Hoe zit het met staan? Cursus Nederlands voor anderstalige artsen*. Onder redactie van: J.R.E. Haalboom, P.G.P. Herfs en A. Pescher-ter Meer, Bohn Stafleu en Van Loghum. Houten.
  - 26 Herfs, P.G.P. (2006). Is Nederland toe aan een NT2-examen programma 3? In: F.M.C. Schoordijk en L. Taal-Apelqvist (red): *Nederlands leren na het Staatsexamen NT2*. Symposiumbundel ter gelegenheid van het afscheid van Hans Maureau van het INTT. Universiteit van Amsterdam.
  - 27 Klink, A. (2010). *Werving van Indiase ok-assistenten*. Brief van Minister van VWS aan de 2e Kamer dd. 13 april 2010.

#### Informatie over de auteurs

**Dr.ing. P. (Paul) Lindhout MSHE** is toezichthouder bij hoog-risicobedrijven in de industrie vanuit het ministerie van SZW in Den Haag. Als gastonderzoeker bij de TU Delft-TBM faculteit vakgroep Veiligheidskunde onderzoekt hij de relatie tussen taalproblemen en veiligheid.

**Drs. G.J. (Truus) Teunissen** is verbonden aan het Longfonds (voorheen Astma Fonds) in Amersfoort en aan de VUmc Medica/EMGO+ in Amsterdam. Zij doet onderzoek naar patiëntenparticipatie en patiëntenperspectief in onderzoek en kwaliteit van zorg.

**Drs. G.R. (Roelf) Kleve** werkt als risicomanager van het UMC Groningen aan het optimaliseren van de beheersing van risico's voor de patiëntveiligheid. Hij ontwikkelt voor en met het ziekenhuis de structuur en de instrumenten die passen bij de organisatie.

**Dr. P.G.P. (Paul) Herfs** is als senior onderzoeker verbonden aan het European Research Centre on Migration and Ethnic Relations van de Universiteit Utrecht. Hij verricht onderzoek naar de integratie van niet-EER-artsen in de Nederlandse samenleving en in het bijzonder in de Nederlandse gezondheidszorg.