

Talen en spiralen: kennis en besluitvorming in anticonceptieconsultaties met een taalbarrière

Ella van Hest en July De Wilde

TVT 43 (2): 115–138

DOI: 10.5117/TVT2021.2.003.VANH

Abstract

Misconception and contraception: knowledge and decision-making in contraceptive consultations with a language barrier

Just like in general medical consultations, different domains of knowledge come together and are negotiated in contraceptive consultations, followed by decision-making on the contraceptive method. Research shows that a language barrier can hamper knowledge negotiation and decision-making in medical consultations. Our paper contributes to those findings by focussing on contraceptive counselling as a specific and underexplored consultation type. We gathered our data in a Belgian abortion clinic, where contraception is discussed during the consultations, and where an important part of the consultations are characterised by a language barrier. We adopt a Bourdieusian view on language as capital, and use a linguistic ethnographic and interactional sociolinguistic approach, complemented with analytical tools from conversation analysis on epistemics and deontics. The analysis of data fragments, ranging from a limited to a double language barrier, shows that this barrier is connected in various ways with how, and how much, knowledge is negotiated. Incomplete renditions, interruptions, epistemic and deontic claims from non-professional interpreters, along with a lack of shared contextualisation, impede clients to gather information and therefore influence decision-making. We conclude that a language barrier involves a potential risk for knowledge negotiation and decision-making in contraceptive consultations. More attention from healthcare professionals to language barriers could empower women in their sexual and reproductive health choices.

Keywords: contraceptive consultations, language barrier, knowledge, decision-making, linguistic ethnography, interactional sociolinguistics

1. Inleiding

Net als in algemene medische consultaties (Mishler, 1984), komen in consultaties over anticonceptie twee vormen van kennis bij elkaar. Vrouwen baseren zich grotendeels op somatische ofwel lichamelijke kennis (Berndt & Bell, 2020; Lowe, 2005), bijvoorbeeld over wat hormonen doen met hun lichaam en hun ervaringen met menstruatie of eerder gebruikte anticonceptie. Zorgprofessionals daarentegen baseren zich op biomedische en biologische kennis (Berndt & Bell, 2020; Todd, 1984). De anticonceptieconsultatie kan daarom worden gezien als een afstemming of uitwisseling van verschillende vormen van kennis. Die afstemming is nodig om uiteindelijk een keuze te kunnen maken over de anticonceptiemethode. Inzake anticonceptie ligt er veel nadruk op het belang van gedeelde besluitvorming en een hoge mate van autonomie voor de vrouw in de keuze (Carvajal et al., 2017; Dehlendorf et al., 2014; Fox et al., 2018). Gedeelde besluitvorming is een model waarin de kennis van beide partijen erkend en overwogen wordt in het beslissingsproces en waarin informatieoverdracht cruciaal is (Charles et al., 1997; Meier et al., 2019).

Uit eerder onderzoek (Moyer, 2013; Pilnick & Zayts, 2019; Roberts et al., 2004; Roberts & Sarangi, 2005) weten we dat de afstemming van kennis en de besluitvorming in een medische consultatie kunnen worden bemoeilijkt door een taalbarrière, wat patiënten die de institutionele taal niet beheersen dus in een benadeelde positie plaatst. Dat sluit aan bij een visie waarin taal als kapitaal fungeert en samenhangt met processen van ongelijkheid (Bourdieu, 1977). Met dit artikel willen we bijdragen aan die inzichten door te focussen op anticonceptieconsultaties, een type medische consultatie dat met het oog op taalbarrières nog nauwelijks werd onderzocht. We argumenteren dat de aanwezigheid van een taalbarrière een potentieel risico inhoudt voor een afstemming van kennis en de daarmee samenhangende besluitvorming. We onderbouwen ons argument aan de hand van een micro-analytische kijk op de discursieve en interactionele dynamieken van de afstemming van kennis bij een taalbarrière tussen zorgprofessionals en vrouwen: hoe gaan de gespreksdeelnemers om met de taalbarrière in deze afstemming? Hoe hangt de taalbarrière samen met de manieren waarop de gespreksdeelnemers kennis afstemmen en deelnemen in de besluitvorming?

In secties 2 en 3 schetsen we, respectievelijk, de theoretische en analytische achtergrond van onze studie. In sectie 4 beschrijven we de data, methode en onderzoekscontext, meer bepaald een Belgische abortuskliniek, waar het onderwerp anticonceptie een belangrijke plaats krijgt in de

consultaties. In sectie 5 illustreren we, aan de hand van zes fragmenten uit vier verschillende anticonceptieconsultaties met een taalbarrière, hoe de afstemming van kennis en de besluitvorming verlopen. We gaan daarbij van een taalbarrière die een vrij beperkte rol speelt, naar taalbarrières die een steeds grotere rol spelen. In sectie 6 reflecteren we over de verschillen tussen de fragmenten en over de samenhang tussen een taalbarrière enerzijds en kennisafstemming en besluitvorming anderzijds. Tot slot concluderen we in sectie 7 dat een taalbarrière een potentieel risico inhoudt voor het afstemmen van kennis en voor besluitvorming in anticonceptieconsultaties.

2. Achtergrond

Bourdieu (o.a. 1977) ziet taal als een vorm van symbolisch kapitaal met een bepaalde marktwaarde. Sommige taalpraktijken zijn meer waard dan andere binnen een gegeven sociale ruimte of een instelling. Dat hangt onmiskenbaar samen met ongelijkheid, doordat sprekers die niet de 'legitieme' talen spreken minder toegang krijgen tot bepaalde informatie of diensten. Dat idee vinden we, zonder dat Bourdieu daarom altijd expliciet wordt vermeld, ook terug in recente studies in de sociolinguïstiek en toegepaste taalkunde die zich richten op medische contexten (zie onder meer Piller et al., 2020; Showstack et al., 2019). Spitsen we ons toe op afstemming van kennis en besluitvorming in medische consultaties, dan vinden we aansluiting bij onder meer Moyer (2013). In haar etnografische studie in een Spaans ziekenhuis vergelijkt ze consultaties waarin de patiënt de institutionele taal niet beheerst en al dan niet wordt bijgestaan door een tolk, met consultaties waarin de patiënt wel over die taalbeheersing beschikt, hetzij beperkt, hetzij op moedertaalniveau. Ze toont aan dat onder meer het onderhandelen van medische kennis en het betwisten van behandelmethoden succesvoller verloopt wanneer de patiënt beschikt over kennis van de institutionele taal. Dat wordt ook bevestigd in de conversatie-analytische studie van Pilnick en Zayts (2019) over prenatale consultaties, waarin vrouwen die zich niet van hun moedertaal kunnen bedienen minder goed in staat zijn te reageren op en eventueel in te gaan tegen de adviezen van de zorgprofessionals, in vergelijking met vrouwen die wel die mogelijkheid hebben. Gelijkaardige conclusies vinden we in onderzoek naar hoe patiënten met een andere talige achtergrond zichzelf en hun symptomen presenteren (Roberts et al., 2004). Roberts en Sarangi (2005, p. 638) zijn kritisch voor een model van gedeelde besluitvorming, dat niet geschikt lijkt voor consultaties waarin communicatie een probleem vormt. Communicatie is immers de basis

voor gedeelde besluitvorming zoals die werd uitgedacht voor consultaties zonder taalbarrières.

Om een taalbarrière te overbruggen, kan een derde persoon, nl. een tolk, worden ingeschakeld die de talen van beide partijen beheerst. In de studie van Raymond (2014) bemiddelen tolken niet alleen op talig vlak, maar zijn zij ook ‘epistemische bemiddelaars’ die de kennisdomeinen van de patiënt enerzijds en de zorgprofessional anderzijds overbruggen, bijvoorbeeld door het herformuleren van kennis zoals die werd gepresenteerd in de oorspronkelijke uitingen van de sprekers (zie ook Baraldi & Gavioli, 2017; Bolden, 2000; De Wilde et al., 2018; Gavioli, 2015). Echter, in plaats van als bemiddelaar op te treden, kan een tolk ook ‘epistemische autoriteit’ claimen. Dat is bijvoorbeeld merkbaar wanneer de tolk de patiënt goed kent en daardoor in zijn plaats antwoord geeft in plaats van de vraag van de zorgprofessional te tolken. Zodoende claimt de tolk kennis over de ervaringen en gedachten van de persoon voor wie hij tolkt (Martínez-Gómez, 2016; zie ook Cox et al., 2019). Iets gelijkaardigs gebeurt wanneer de tolk selectief vertaalt om tijdverlies voor de arts te vermijden (Davidson, 2000), en daarmee in hoge mate bepaalt welke kennis er wel (en vooral welke niet) wordt afgestemd. Of de epistemische manoeuvres van een tolk in het voordeel dan wel het nadeel van een patiënt spelen, is niet eenduidig. Bovendien is er binnen de literatuur veel variatie tussen professionele en niet-professionele tolken (zie §4 voor een definitie van niet-professionele tolk), en allerlei tussenvormen, wat vergelijking tussen verschillende studies niet altijd mogelijk maakt. In ieder geval is duidelijk dat deze ‘derde partij’ als actieve, volwaardige gesprekspartner verschillende rollen opneemt en zo mee de uitkomst, waaronder de besluitvorming, van een medische consultatie bepaalt (Roberts & Sarangi, 2018; Valero-Garcés, 2007).

3. Analytisch kader

De benadering waarbinnen ons denken kadert, is linguïstische etnografie. Deze benadering erkent een wederzijdse beïnvloeding van taal en de sociale wereld, en ziet taal als gesitueerde handelingen in context (zie onder meer Rampton et al., 2004). Een etnografische aanpak wordt gezien als een waardevolle aanvulling op een zuiver taalkundige kijk op taal en taalgebruik, omdat het contextuele, culturele en institutionele dynamieken meetelt en daarmee verder kijkt dan de grenzen van de interactie. Met andere woorden, linguïstische etnografie is een aanpak die verbanden legt tussen ‘klein’ en ‘groot’, tussen ‘individueel’ en ‘sociaal’ (Copland & Creese,

2015, p. 26; Tusting, 2020). Linguïstische etnografie heeft een uitgesproken voorkeur voor interdisciplinariteit en ziet een meerwaarde in het combineren van verschillende analytische lenzen voor de studie van taal in de maatschappij (Rampton et al., 2015, p. 36). Zo worden onder meer concepten uit de conversatie-analyse (CA) ingezet, een traditie die vanuit een micro-analytisch perspectief zeer waardevolle conceptuele instrumenten heeft ontwikkeld die toelaten interacties, bijvoorbeeld in een institutionele setting (zie Drew & Heritage, 1992), fijnmazig te bestuderen. Beide benaderingen hebben relevante bijdragen geleverd voor het begrip van context. De CA-traditie leert ons dat context dynamisch is en binnen de interactie mede gecreëerd wordt door de manieren waarop gesprekspartners op elkaars beurten reageren. Een statische voorstelling van context als een vooraf bepaald gegeven, als ware het een ‘emmer’ vol met context, wordt dus verworpen (Drew & Heritage, 1992, p. 19). Linguïstische etnografen erkennen eveneens die dynamische en interactioneel gecreëerde context, maar baseren zich daarnaast ook op ‘hun etnografische kennis van gebeurtenissen *buiten* [nadruk toegevoegd] de onmiddellijke gesprekscontext, waarbij ze rekening houden met het feit dat sprekers kunnen terugvallen op vroegere handelingen en ervaringen en kunnen reageren op voorafgaande interactie’ (Snell, 2020, p. 86, onze vertaling). Dat inzicht is op zijn beurt geïnspireerd op standpunten uit de interactionele sociolinguïstiek, de tweede traditie waarbij we aanleunen en waaruit linguïstische etnografie ook deels ontstaan is (Rampton et al., 2004, p. 9). Voor deze bijdrage is de interactionele sociolinguïstiek vooral waardevol omdat ze interacties onder de loep neemt die plaatsvinden tussen sprekers met verschillende talige en communicatieve achtergronden. Binnen deze benadering wordt aangenomen dat gesprekspartners niet noodzakelijk gebruikmaken van of toegang hebben tot dezelfde interpretatieve processen in de communicatie (Gumperz, 1982, 1999). Tot slot zijn zowel linguïstische etnografie als interactionele sociolinguïstiek onderzoekstradities die aandacht hebben voor sociale ongelijkheid en uitsluiting, met name op basis van taal (Tusting, 2020).

Voor het thema van deze bijdrage, kennis en besluitvorming in medische consultaties, halen we inspiratie uit de CA-literatuur, waar een belangrijke traditie bestaat in onderzoek naar epistemiciteit en deonticiteit in conversatie (Heritage, 2012; Stevanovic & Peräkylä, 2012). Voor het eerste wordt klassiek een onderscheid gemaakt tussen epistemische status en epistemische houding. Status verwijst naar iemands informatie- of kennisdomein, en houding naar hoe de sprekers zich binnen de interactie beurt per beurt positioneren ten opzichte van de eigen epistemische status en die van de ander (Heritage, 2012). Uit het onderzoek naar deonticiteit weten we

dat gespreksdeelnemers zich oriënteren naar deontische rechten, d.w.z. beslissingsrechten om toekomstige acties te bepalen (Stevanovic & Peräkylä, 2012), een nuttig concept om te kijken naar besluitvorming. Ze kennen elkaar en zichzelf deontische rechten toe, of kunnen ze elkaar ontzeggen.

4. Data, methode en institutionele context

We verzamelden onze data in een abortuskliniek in een middelgrote Vlaamse stad waar een minderheid van de cliënten¹ geen Nederlands, Engels of Frans beheerst, de drie talen die de medewerkers beschouwen als talen waarin zij hun dienstverlening kunnen realiseren. We richten ons in deze bijdrage op de psychosociale consultaties die plaatsvinden voorafgaand aan de eigenlijke abortusingreep en waarin een zorgprofessional (1) nagaat of de abortusbeslissing vaststaat en hoe en waarom die beslissing werd genomen, (2) uitleg geeft over de abortusprocedure en (3) anticonceptie ter sprake brengt. Voor dit artikel focussen we op die laatste consultatiefase. Strikt genomen zouden we dus moeten spreken over de ‘consultatiefase over anticonceptie binnen de abortusconsultatie’, maar voor de leesbaarheid en het doel van deze bijdrage hanteren we de term ‘anticonceptieconsultatie’. De zorgprofessionals die deze consultaties afnemen in de kliniek zijn maatschappelijk werkers, psychologen of verpleegkundigen.

De data werden verzameld tijdens lopend onderzoek waarin taalbarrières en meertalige communicatie binnen seksuele en reproductieve gezondheid centraal staan. Voor deze bijdrage baseren we ons op veldwerk dat plaatsvond tussen februari 2020 en maart 2021 (met uitzondering van een lange onderbreking tussen midden maart en augustus 2020 als gevolg van de coronacrisis). De eerste auteur bezocht de abortuskliniek gemiddeld twee dagen per week en woonde in totaal 54 abortusconsultaties bij. Voor de overgrote meerderheid daarvan ($n = 45$) werd toestemming gegeven om een audio-opname te maken. Daarnaast werd met behulp van veldnotities zowel gedocumenteerd wat er gebeurt tijdens de consultaties, als wat tussendoor in het centrum gebeurt en betrekking heeft op de dagelijkse werking, het institutionele taalbeleid en heersende opvattingen over taal. Bovendien werden relevante documenten verzameld en geanalyseerd, zoals interne richtlijnen of vertaalde vragenlijsten voor intakes van cliënten. In een volgende onderzoeksfase staan ook semi-gestructureerde interviews met de medewerkers en het anderstalig cliënteel gepland. Die vier verschillende ‘types’ data (veldnotities, interviews, interactionele data, en

geschreven documenten) vormen samen onze linguïstisch-etnografische dataset (cf. Copland & Creese, 2015).

Van de 45 audio-opgenomen consultaties selecteerden we de consultaties waarbij (i) sprake is van een taalbarrière en waarin (ii) anticonceptie uitvoerig wordt besproken ($n = 32$). In die selectie gingen we telkens binnen de consultatiefase over anticonceptie op zoek naar '*rich points*' ofwel opvallende instanties in de data (Agar, 2008, p. 31; Copland & Creese, 2015, p. 48) met betrekking tot kennis en besluitvorming. In sectie 5 zullen we voornamelijk fragmenten uit de interactionele data tonen, maar voor de analyse ervan, in de lopende tekst voor en na de fragmenten, putten we ook uit contextuele, etnografische informatie van de veldnotities. De audio-opnames schreven we ad verbum uit met aandacht voor onder meer overlappingsen en pauzes.² Wanneer het om linguïstische varianten ging die de onderzoekers zelf niet beheersten, werden externe vertalers ingeschakeld. De Nederlandse vertalingen worden telkens cursief weergegeven onder de originele tekst. De vetgedrukte delen in de transcripties wijzen op instanties waar we de analytische aandacht op willen vestigen.

De interactionele data die we in deze paper bespreken, presenteren we naargelang de 'grootte' van de taalbarrière. In deze bijdrage beschouwen we een taalbarrière als een overkoepelende term die gevoed wordt door verschillende criteria en dus sterk gevarieerd is. Het eerste criterium betreft het feit dat een cliënte de institutionele talen helemaal niet of slechts in beperkte mate beheerst, een criterium dat etnografisch bepaald is en stoelt op metacommentaar van de zorgverleners voor en na de consultaties, alsook op de institutionele organisatie. Een voorbeeld van dat laatste is het feit dat sinds het uitbreken van de coronacrisis intakegesprekken voornamelijk telefonisch gevoerd worden, behalve voor cliënten die geen Nederlands, Frans of Engels spreken. Zij worden consequent in de kliniek ontvangen omdat de taalbarrière zo makkelijker overbrugd kan worden, o.m. dankzij visuele signalen, of omdat het werken met een tolk op die manier minder gecompliceerd is. Een tweede criterium is het inzetten van andere communicatiemiddelen zoals een niet-professionele tolk, Google Translate, of een meertalige website. Een derde criterium zijn de talige kenmerken die binnen de consultaties tot uiting komen en wijzen op begrips- of productiemoeilijkheden, bijvoorbeeld het zoeken naar woorden of het zeer traag uitspreken van bepaalde uitingen. Een vierde criterium is metacommentaar van de gesprekspartners tijdens de consultatie. Voorbeelden daarvan zijn uitingen als 'verstade mij? want ik ben nie zeker da je mij verstaat' vanwege de zorgprofessional, of uitingen van de cliënten (dan wel rechtstreeks of via een derde) dat ze niet alles begrijpen

omdat het in het Nederlands wordt gezegd. We beseffen dat onze definitie voor discussie vatbaar en deels ideologisch geladen is, onder meer omdat we voornamelijk de nadruk leggen op de ontbrekende talenkennis van de cliënte. Toch beschouwen we ‘taalbarrière’ als een geschikte term, aangezien we zo de idee van linguïstisch kapitaal weerspiegelen, waarbij een gebrek aan taalbeheersing zich als een barrière opwerpt voor de persoon in kwestie. We beschouwen een taalbarrière bovendien niet als absoluut maar als gradueel. In sectie 5 presenteren we de data volgens die graduele insteek (cf. Moyer, 2013), wat als voordeel biedt dat we de analytische aandacht vestigen op de potentiële impact van een taalbarrière op de afstemming van kennis en besluitvorming.

Tot slot is het belangrijk te weten dat elke zorgprofessional in de abortuskliniek beschikt over discretionaire ruimte om de taalnoden van de cliënte in te schatten en ernaar te handelen, wat resulteert in het veelvuldig inzetten van niet-professionele tolken. De term niet-professionele tolk verwijst naar twee- of meertalige individuen die zonder tolk- of vertaalopleiding instaan voor mondelinge vertaling en andere taalsteun tussen verschillende partijen, zonder daarvoor een vergoeding te ontvangen (Antonini, 2015). In het geval van de abortuskliniek is dat meestal de mannelijke partner die het Nederlands tot op zekere hoogte beheerst en taalsteun biedt aan zijn vrouw of vriendin. In sommige gevallen is het een familielid of andere bekende van de cliënte. In de gevallen waarin een cliënte een van de institutionele talen enigszins beheerst, ontstaat rechtstreeks contact tussen haar en de zorgprofessional, eventueel in combinatie met technologische hulpmiddelen zoals Google Translate of een meertalige website over seksuele en reproductieve gezondheid.

5. Resultaten

In sectie 5.1 bespreken we een consultatie waarin zorgprofessional en cliënte verbaal met elkaar in contact treden zonder tussenkomst van een derde persoon, aangezien de cliënte het Nederlands tot op zekere hoogte beheerst. In secties 5.2 en 5.3 wordt de cliënte telkens bijgestaan door iemand die tolkt, wat de taalbarrière groter maakt: waar rechtstreeks verbale interactie tussen zorgprofessional en cliënte in sectie 5.1 mogelijk is, is dat hier niet langer het geval. Wat sectie 5.3 van 5.2 onderscheidt, is dat in sectie 5.3 deze ‘derde’ persoon ook de taal van de cliënte niet beheerst, waardoor er een dubbele taalbarrière ontstaat.

5.1. Een beperkte taalbarrière: rechtstreeks verbaal contact

Zoals de titel van deze bijdrage al suggereert, is een spiraaltje een veel besproken anticonceptiemiddel in deze abortuskliniek. Wanneer de spiraal er ter sprake komt, wordt bij de afstemming van kennis tussen zorgprofessional en cliënte bijna altijd stilgestaan bij het verschil tussen twee soorten: een hormonale spiraal en een koperspiraal. Belangrijk om te weten voor onze analyse, is dat bij een hormonale spiraal de menstruele bloedingen bij vele vrouwen aanzienlijk kunnen afnemen of zelfs volledig verdwijnen. Dat is een rechtstreeks gevolg van de hormonen, die ervoor zorgen dat er minder baarmoederslijmvlies wordt opgebouwd. Bij een koperspiraal daarentegen, de hormoonvrije variant, kan de menstruatie langduriger, intenser en pijnlijker worden.

Fragment 1 komt uit een consultatie tussen een vrouwelijke verpleegkundige en een cliënte die het Russisch als moedertaal heeft. Fragment 1 start nadat de verpleegkundige de werking van de spiraal en het verschil tussen de twee soorten heeft uitgelegd.

Fragment 1 (consultatie nr. 40, 00:12:04 – 00:13:49)

- 01 Verpleegkundige: WIL je bloedverlies?
 02 Cliënte: maar normaal dat is **normaal MOET komen**.
 03 Verpleegkundige: niet noodzakelijk. normaal (.) SPIRAAL... (.) HORMONEN... zorgt ervoor dat bloedvaatjes? (.) niet AANGEMAAKT worden (.) voor zwangerschap, waardoor er geen bloedverlies meer komt (2.0) 'k ga kijken of da'k het **kan opzoeken voor in 't Russisch**
 04 Cliënte: ja
 05 Verpleegkundige: ((ZV rolt naar het andere bureau met haar stoel en opent een **meertalige website** over seksuele en reproductieve gezondheid)) (9.0) 'k ga opzoeken eh eerst in Nederlands en dan in 't Russisch
 06 Cliënte: ja
 ((vier korte beurten weggelaten, waarin de verpleegkundige zegt dat ze het jammer vindt dat ze geen Russisch kent en het graag zou willen leren))
 11 Verpleegkundige: ja (4.0) Russisch, kijk.
 12 Cliënte: ((staat recht en gaat over de schouder van de verpleegkundige meelesen op het scherm))
 13 Verpleegkundige: wacht ik ga efkes in twee talen ja (.) kijk (5.0) zie je 't (.) hier (.) uitleg. ((de pagina over de hormonale spiraal staat open))
 14 Cliënte: ((is aan het lezen)) (22.0) ja dus euh als euh m... (3.0) als euh DAT maken?
 15 Verpleegkundige: [ja
 16 Cliënte: [van (vijf) jaar (.) **bloed niet verliezen voor gezondheid is geen probleem [eh?**
 17 Verpleegkundige: **[geen probleem, [nee. zet u.**
 18 Cliënte [ja. ja.

Fragment 1 opent met de cliënte die een epistemische houding aanneemt die niet compatibel is met haar epistemische status, door kennis te claimen over de normaliteit van menstrueel bloedverlies (beurt 2). Die incompatibiliteit wordt zichtbaar doordat ze haar uiting als een mededeling en niet als een vraag formuleert: ‘dat is normaal MOET komen’. De verpleegkundige op haar beurt ontkracht die epistemische claim, hoewel voorzichtig. Haar argumentatie die erop volgt (beurt 3), wordt gekenmerkt door een nadruk op sommige woorden en verscheidene pauzes, wat een laag spreektempo weerspiegelt. Daarnaast wordt haar argumentatie ontvangen door een stilte van twee seconden, waarna ze uiteindelijk besluit de informatie op te zoeken in de moedertaal van de cliënte. De combinatie van die talige elementen lijkt de taalbarrière te bevestigen.

De verpleegkundige verwijst naar een meertalige website over seksuele en reproductieve gezondheid die ze wel vaker gebruikt.³ Het gebruik van de meertalige website (beurt 5) heeft hier volgens ons een tweeledig gevolg. Ten eerste helpt het de verpleegkundige om de taalbarrière te overbruggen door de cliënte informatie aan te bieden in haar moedertaal. Daarnaast werkt het ondersteunend in de afstemming van kennis binnen de interactie. Aan de website wordt immers een epistemische status toegeschreven die door de verpleegkundige wordt gepresenteerd als de vertaling van haar eigen epistemische claims. Het onderwerp wordt daarmee afgesloten en daarmee wordt een informatiekloof gedicht, ofwel ‘epistemische balans’ bereikt (Heritage, 2012, p. 390).

De assumptie dat het uitblijven van de maandstonden gezondheidsproblemen veroorzaakt, wordt in deze abortuskliniek wel vaker naar voren geschoven door cliënten. Op de website staat expliciet te lezen ‘Het is oké als de menstruatie stopt. Het bloed kan niet opstapelen in het lichaam.’ Met andere woorden, in fragment 1 zien we duidelijk hoe de persoonlijke kennis van de cliënte samenkomt met de biomedische kennis van de zorgverlener, en hoe over die kennis wordt onderhandeld, in dit geval met behulp van technologie en vertaling.

5.2. Een grotere taalbarrière: vertolking door een derde

In dit onderdeel beheersen de cliënten het Nederlands helemaal niet of nauwelijks en worden ze daarom bijgestaan door een derde persoon die optreedt als niet-professionele tolk. Fragmenten 2 en 3 komen uit een consultatie tussen een Bulgaars koppel en een psychologe. Het koppel spreekt onderling voornamelijk Turks. De man heeft basiskennis van het Nederlands en tolkt voor zijn vriendin. Fragment 2 vindt plaats middenin de consultatiefase over anticonceptie, nadat de cliënte haar voorkeur voor een spiraal

heeft aangegeven en de psychologe het verschil tussen beide spiralen heeft uitgelegd.

Fragment 2 (consultatie nr. 4, 00:17:47 – 00:17:58)

- 01 Partner: ya. (.) bu ani geliyor kan.
ja. (.) bij deze komt wel bloed.
- 02 Cliënte: ah, ge... gelsin (ta işte öyleyse...)
ah, dat het wel ko... komt (dan als het zo is...)
- 03 Partner: [gelsin mi?
moet bloed doorkomen?
- 04 Cliënte: [insanlar hasta oluyuyo
mensen worden anders ziek
- 05 Partner: oké die deze graag.
- 06 Psychologe: zij [wil liever elke maand zeker
- 07 Partner: [met de (.) bloed ja (.) zien

Deze cliënte hecht belang aan menstruele bloedingen en maakt zich, net als de cliënte in fragment 1, zorgen om gezondheidsproblemen bij het uitblijven van de maandstonden. Ook nu weer claimt de cliënte daar kennis daarover: ‘mensen worden anders ziek’ (beurt 4). Opmerkelijk is echter dat die claim wordt weggelaten in wat we een ‘gereduceerde vertolking’ (Wadensjö, 1998) kunnen noemen, d.i. de partner tolkt de oorspronkelijke uitingen slechts gedeeltelijk, waardoor de zorgprofessional niet de kans krijgt om kennis af te stemmen. Na fragment 2 wordt de consultatiefase over anticonceptie afgesloten met de beslissing voor een koperspiraal, waarna de consultatie verdergaat over de abortusbehandeling. Later in de consultatie heropent de vrouw echter zelf de consultatiefase over anticonceptie (fragment 3).

Fragment 3 (consultatie nr. 4, 00:22:36 – 00:24:10)

- 01 Cliënte: bu elli elli altı hani, üstümün geldiğinden fazla mı gelecek mesela?
hani benim normalde azıcık geliyor ondan [azıcık daha fazla...
deze van zesenvijf... vijftig, ga ik dan meer bloed verliezen tijdens mijn maandstonden bijvoorbeeld? want normaal verlies ik weinig, dan [een beetje meer...?
- 02 Partner: [normaal (.) normaal die (.)
deze... elke maand normaal (.) die bloed komen?
- 03 Psychologe: ja
(9 beurten weggelaten, waarin de psychologe en de partner details uitwisselen over de mogelijk langere duur van de menstruele bloedingen en de partner de informatie vertaalt voor de cliënte)
- 13 Cliënte: hmm

- 14 Partner: o güzel bişey be canım kanın gelsin, temizlenesin, pis kan o. değil mi öyle? (.) hmm?
dat is goed, je lichaam wordt gereinigd, het is vuil bloed. is dat niet zo? (.) hmm?
- 15 Cliënte: **ya ne bileyim be, fazlası değil isla xxx fazla gelebilir, benim normalde dört gün, üç gün geliri hani mesela. taa fazlası...
*goh, ik weet het niet, te veel bloedingen zijn ook niet goed, xxx het zou meer kunnen zijn, ik krijg mijn maandstonden zo vier dagen, drie dagen bijvoorbeeld. te lang...***
- 16 Partner: normaal die (.) menses van mijn vrouw
- 17 Psychologe: [hmm]
- 18 Partner: [da's (.) soms drie dagen of vier dagen komen]
- 19 Psychologe: ja [da's]
- 20 Partner: [zo]
- 21 Psychologe: ja da's normaal hé
- 22 Partner: da's (.) ik denk da's normaal?
- 23 Psychologe: da's normaal, ja, da's een normaal (.) bloeding zoals meestal.
- 24 Partner: herşey normal olacak deyiri. arada deyiri mesela olabilir deyiri biraz fazla gelsin.
alles is normaal, zegt ze. soms zegt ze dan kan het bijvoorbeeld zijn zegt ze dat je een beetje meer krijgt.
- 25 Cliënte: hmm
- 26 Partner: bunu mu istersin?
wil je de deze?
- 27 Cliënte: ja
- 28 Partner: oké (.) en [euh...]
- 29 Cliënte: [sor bakalım, bu... mesela hani iyice hani gelme...
gelmeyince [o güzel bişey değil eh hani hani
vraag het eens, deze... bijvoorbeeld als het niet zo helemaal ko... komt is dat niet goed [toch hé allez toch...]
- 30 Partner: [die (.) da's... (normaal) welke da's goed? [deze of deze? (.) misschien
- 31 Cliënte: [kan gelmeyi ya
[als het bloed niet komt]
- 32 Psychologe: als jij zeker wil bloed zien (.) [elke maand]
- 33 Partner: [dan deze]
- 34 Psychologe: dan moet je deze ((wijst op notitieblok naar koperspiraal))

Uit fragment 3 wordt op discursief niveau duidelijk dat epistemische balans voor deze cliënte nog niet was bereikt: ze heropent zelf de consultatiefase over anticonceptie en focust daarbij opnieuw op menstruele bloedingen (beurt 1). De epistemische claim van de partner over bloedingen ('dat is goed, je lichaam wordt gereinigd, het is vuil bloed', beurt 14) is voor de

psychologe interactioneel niet toegankelijk aangezien ze in het Turks wordt geformuleerd. De cliënte uit vervolgens haar bezorgdheid over de langdurigere bloedingen die een koperspiraal (die zesenvijftig euro kost, cf. beurt 1) kan uitlokken, maar wordt onderbroken door haar partner (beurt 15), die vervolgens enkel de huidige menstruatieduur van zijn vrouw vertaalt voor de psychologe maar de bezorgdheid over langere bloedingen weglaat, in alweer een gereduceerde vertolking (beurten 16-18). In beurt 27 lijkt de cliënte haar keuze voor de koperspiraal te bevestigen, maar meteen daarna tracht ze expliciet de kennis van de zorgprofessional te bevragen over mogelijke negatieve aspecten van het uitblijven van de menstruatie, waarbij ze zelf een epistemische houding aanneemt als onwetend en op zoek naar informatie (beurt 29). De onderbreking en het informatieverlies in de vertolking van de partner – hij vraagt de psychologe welk type spiraal ‘goed’ is (beurt 30) – verhinderen de cliënte echter interactioneel en discursief om de informatie in te winnen. Uiteindelijk wordt gekozen voor een koperspiraal.

Gelijkaardige dynamieken van informatieverlies in de vertolking zien we ook terug in fragmenten 4 en 5, deze keer weliswaar niet over een spiraal maar over een hormoonimplantaat. Ook deze keer is de mannelijke partner meegekomen naar de consultatie, maar noch de cliënte zelf, noch haar mannelijke partner spreken Nederlands. Het is de schoonbroer van de cliënte, die ook bij het gesprek aanwezig is, die instaat voor vertolking. Ze zijn alle drie van Chinese afkomst en spreken onderling Mandarijns. De zorgprofessional in deze consultatie is een vrouwelijke sociaal verpleegkundige. Fragment 4 start vanaf het ogenblik dat de verpleegkundige de consultatiefase over anticonceptie opent.

Fragment 4 (consultatie nr. 12, 00:07:11 - 00:08:15)

- 01 Verpleegkundige: euhm ik had juist nog een vraagje naar jullie anticonceptie toe. dus momenteel waren jullie niets aan het gebruiken? om te voorkomen, of hebben jullie condoom gebruikt? [of...]
- 02 Schoonbroer: [她说, 她就像刚才那个, 她在里面问你那个问题一样, 她说你们术后的话有什么考虑就是避孕的方式? 你是打算吃避孕药还是用...
ze zei... nou wat ze zei... wat ze je
zojuist vroeg, heb je nagedacht over anticonceptie die je na deze operatie zal gebruiken? ben je van plan om anticonceptiepillen te nemen of...]
- 03 Cliënte: 她有没有那种呃(.)弄在手上的那种避孕环啊之类的? 因为像我家里人她们都是弄在手上的。
heeft ze zulke (.) euhm, *anticonceptieringen voor aan de handen, of zoiets? want familie van mij gebruikt dat aan hun handen. ((wijst naar haar bovenarm))*

- 04 Schoonbroer: uhu (.) maar **zij gebruiken altijd een condoom maar het is nie Altijd veilig dacht ik** want het is nu... ze is nu ongewenste [zwanger geraakt
- 05 Verpleegkundige: [ja ja. ma WEL
condoom gebruikt?
- 06 Schoonbroer: ja
- 07 Verpleegkundige: oké en [willen zij...
- 08 Partner: [那个副作用大不大, 问一下。
heeft het sterke bijwerkingen, vraag het haar.
- 09 Schoonbroer: euh en is er nog een andere methode die da WEL helpt of?
- 10 Verpleegkundige: d'r zijn verschillende me[thodes hé naar anticonceptie toe ((opent ondertussen lades))
- 11 Partner: [最安全是哪一种? ((luid))
welke is de veiligste?
- 12 Schoonbroer: **en [welke is dan de veiligste methode? ((lucht))**
- 13 Partner: [对身体伤害最小的 ((luid))
minst fysieke schade?
- 14 Cliënte: xxx
- 15 Verpleegkundige: veiligste methode? ((lacherig)) ((zoekt in lades))
- 16 Schoonbroer: ((lucht))
- 17 Verpleegkundige: euhm (.) d'r zijn veel methoden die (.) ietsje veiliger zijn dan condoom
- 18 Schoonbroer: [ja

Het begin van fragment 4 toont ons hoe de cliënte aangeeft geïnteresseerd te zijn in een specifieke anticonceptiemethode, namelijk 'anticonceptieringen aan de handen', waarmee ze, wijzend naar haar bovenarm, doelt op een hormonaal implantaat (beurt 3). Haar epistemische houding als informatievrager wordt echter niet overgebracht naar de verpleegkundige. De schoonbroer brengt een totaal andere boodschap over naar de zorgprofessional, namelijk dat het koppel nu condooms gebruikt maar dat dat geen veilige methode blijkt (beurt 4). Dat kunnen we een 'non-vertolking' (Wadensjö, 1998) noemen, d.w.z. een uiting die van de tolk zelf afkomstig is en waarvoor in de oorspronkelijke beurt geen aanleiding te vinden is. Die non-vertolking, in combinatie met het gebruik van de eerste persoon enkelvoud ('dacht ik'), lijkt erop te wijzen dat de schoonbroer zelf actief wil deelnemen aan de afstemming van kennis. Hij claimt daarmee ook epistemische autoriteit (Martínez-Gómez, 2016) over het anticonceptiegedrag van de cliënte en de partner, die hij goed kent. Zijn discursieve manoeuvre leidt ertoe dat de zorgprofessional vervolgens probeert te achterhalen of er interesse is voor een andere anticonceptiemethode, zonder in te gaan op het hormoonimplantaat.

Vanaf dat ogenblik wordt er op verschillende sporen gecommuniceerd: de partner gaat er vanuit dat er nu wordt gesproken over het

hormoonimplantaat, en wil weten wat de bijwerkingen zijn (beurt 8). Hij had immers, interactioneel gezien, geen toegang tot de inhoud van de schoonbroers uiting in beurt 4, aangezien die in het Nederlands werd uitgesproken. Daarop volgt opnieuw een non-vertolking van de schoonbroer, die de vraag van de partner ('heeft het sterke bijwerkingen', beurt 8) omzet in een vraag naar 'een andere methode die da WEL helpt' (beurt 9). Daarna vormt het adjectief 'veilig' zonder geëxpliciteerd object hier een bron van verwarring, waarschijnlijk mee interactioneel veroorzaakt door een overlapping in spraak: terwijl de partner toevoegt 'minst fysieke schade' (beurt 13), is de schoonbroer al bezig met tolken (beurt 12) waardoor hij waarschijnlijk niet naar de toevoeging luistert en die dus weglaat in zijn vertolking. Daardoor ontvangt de verpleegkundige alleen de vraag 'en welke is dan de veiligste methode?' (beurt 12), wat zij ietwat komisch vindt aangezien ze de vraag lachend herhaalt (beurt 15). Het is zeer waarschijnlijk dat de verpleegkundige haar interpretatie baseert op een 'professioneel discours' (Sarangi & Roberts, 1999) van medewerker in de abortuskliniek en de betekenis van 'veilig' koppelt aan de notie 'veilige seks'. De partner daarentegen knoopt de notie 'veilig' aan 'veilig voor het eigen lichaam' en 'afwezigheid van sterke bijwerkingen', wat wijst op een gebrek aan 'gedeelde contextualisering' (Gumperz, 1982) tussen de gespreksdeelnemers.

Meteen na fragment 4 overloopt de verpleegkundige kort verschillende anticonceptiemethodes (00:08:28-00:09:02, niet weergegeven), waarbij ze een onderscheid maakt tussen methodes zonder hormonen (condoom, koeperspiraal) en methodes met hormonen ('al de rest dus pil of euhm spiraal, prikpil, [pleister en zo']). Ze doet dat terwijl ze wijst naar een afbeelding, waarop ook het hormonale implantaat staat afgebeeld. Vervolgens gaat de interactie verder zoals in fragment 5 wordt getoond.

Fragment 5 (consultatie nr. 12, 00:09:02 - 00:09:52)

- 01 Verpleegkundige: dus is een beetje waar da z... wat da zij (.)
 02 Schoonbroer: zelf [kiest
 03 Verpleegkundige: [ziet zitten, [ja
 04 Schoonbroer: [oké, 她说这有各种各样的方式, 就是(.), 其中(.),
 就是中间那里那个她说带环, 这个..., 但是对你以后的话, 我
 觉得你都还要摘环还什么的, 对身体不太好,
ze zei dat er verschillende manieren zijn. de (.)
over (.) de ringen vermeldde ze, die... ik denk dat je het er later
toch nog uit moet halen. het is niet goed voor je lichaam.
 05 Partner: 对
 ja
 06 Cliënte: 嗯 ((zeer stil))

- 07 Schoonbroer: *oké*
 这个, 还有另外一个就是带套, 这两个呢是没有, 就是跟荷尔蒙没有关系的, 那其他的比如说你吃药, 或者是像你说的手上打那个针...
dit, en dan een andere optie is condooms gebruiken. deze twee beïnvloeden de hormonen niet. andere keuzes zoals pillen nemen of injecties aan de handen waarvan je sprak...
- 08 Cliënte: 嗯。 ((zeer stil))
oké
- 09 Schoonbroer: 都是会影响你的荷尔蒙分泌。
interfereren met je hormoonafscheiding.
- 10 Partner: [那就, 那就没关系, 那算了。
dan is het prima. het is oké.
- 11 Schoonbroer: 这个(.)你自己考虑。
dit (.) je moet er zelf over nadenken.
- 12 Partner: 那就[不要了。
dan is het niet nodig.
- 13 Schoonbroer: [这是你自己的身体。
het is jouw lichaam.
- 14 Cliënte: 嗯。
oké.
- 15 Partner: 那就[不要了。就是以后, 就是说, 呃(.), 自己注意点就好了。
dan is het niet nodig. in de toekomst, in de toekomst zullen we gewoon voorzichtiger zijn.
- 16 Cliënte: [那就是说...
dan betekent het...
- 17 Schoonbroer: 对。
juist.
- 18 Cliënte: 嗯。
oké

Fragment 5 opent met de verpleegkundige en de schoonbroer die gezamenlijk deontische rechten toewijzen aan de cliënte met de talige uitingen 'wat da zij ziet zitten' en 'zelf kiest' (beurten 1-3). De schoonbroer doet dat overigens ook in de Chinese beurten, door te benadrukken dat ze er zelf over moet nadenken en dat het haar lichaam is (beurt 11 en 13). Wat echter opvalt, is hoe de schoonbroer hier, net als in fragment 4, epistemische claims formuleert door te stellen dat de 'anticoncepteringen' (het hormonaal implantaat) waar de vrouw eerder over sprak niet goed zijn voor haar lichaam (beurt 4), hoewel de zorgprofessional die informatie nooit gegeven heeft en dit dus buiten zijn epistemische status valt. Hier speelt opnieuw een gebrek aan gedeelde contextualisering: de zorgprofessional maakte in haar toelichting voorafgaand aan dit fragment een onderscheid tussen

hormonale en niet-hormonale anticonceptiemethoden, zonder daaraan een waardeoordeel (goed of slecht voor het lichaam) te koppelen. Het zijn de Chinese gesprekspartners die de opdeling hormonaal versus niet-hormonaal deze invulling geven. Kortom: de epistemische claims en non-vertolkingen van de schoonbroer, in combinatie met een gebrek aan gedeelde contextualisering, verhinderen de cliënte om informatie in te winnen over een anticonceptiemiddel waarin zij geïnteresseerd is.⁴ Aan het einde van de consultatiefase, die we hier uit plaatsgebrek niet volledig kunnen tonen, wordt besloten om condooms te blijven gebruiken.

5.3. Een dubbele taalbarrière: vertolking door een derde die de taal van de cliënte niet beheerst

Fragment 6 komt uit een consultatie met een jong Bulgaars koppel. Het koppel spreekt onderling Bulgaars met code-switching naar het Turks. Zowel de cliënte als haar partner beschikken over zeer beperkte productieve en receptieve vaardigheden in het Nederlands. Ze worden bijgestaan door een begeleidster van een organisatie voor gezinsondersteuning. Zij spreekt behalve Nederlands ook Slowaaks, maar geen Bulgaars of Turks. Dat ze niet de taal (of talen) van het koppel beheerst, komt doordat zij haar zieke collega vervangt die normaal gezien als begeleidster aanwezig zou zijn bij dit gesprek en die wél een van de talen van het koppel beheerst. Er is hier dus een dubbele taalbarrière, enerzijds tussen het koppel en de zorgprofessional, anderzijds tussen het koppel en de begeleidster. Echter, vooraleer de consultatie van start ging, stond deze begeleidster erop dat zij zou tolken. Doorheen de consultatie wordt de dubbele taalbarrière duidelijk doordat het koppel en de begeleidster elkaar niet verstaan, en doordat de mannelijke partner en de begeleidster in discussie treden over de vertaling van bepaalde woorden.

Vlak voor fragment 6 opent de vrouwelijke verpleegkundige de consultatiefase over anticonceptie, waarna de cliënte aangeeft een spiraal te willen. Bij de start van fragment 6 wil de verpleegkundige achterhalen welk type spiraal de cliënte wenst.

Fragment 6 (consultatie nr. 13, 00:10:04 – 00:11:13)

- 01 Verpleegkundige: ja (.). WELK spiraal? HORMOONspiraal? of zonder hormonen?
 02 Partner: за да няма деца, voor geene kindjes hé?
 om geen kinderen te krijgen
 03 Verpleegkundige: ja ja [geen kindjes
 04 Partner: [((lacht)) ja
 05 Begeleidster: ja [maar ze kennen... ze kennen [euh

- 06 Verpleegkundige: [ja ja
 07 Cliënte: [(nik)...
 08 Begeleidster: **SOORTEN NIE hé**
 09 Verpleegkundige: [oké
 10 Begeleidster: [zij is negentien jaar
 11 Verpleegkundige: ja
 12 Begeleidster: hmm all[ez hij is een man
 13 Verpleegkundige: **[awel der zijn twee soorten spiraal (.)**
 14 Begeleidster: **hormonale en gewone**
 15 Verpleegkundige: ja
 16 Begeleidster: ma ik denk hormonale zij heeft al drie kindjes (.) [allez...
 17 Partner: [(ma nee hé)
 18 Verpleegkundige: [dus da ze geen (.)
 [menstruatie...
 19 Begeleidster: [meeste van die vrouwen kiezen voor deze
 20 Verpleegkundige: ok[é
 21 Begeleidster: [en mijne collega doet ook veel allez (.) ze sensibiliseert veel de cliënt[en
 22 Verpleegkundige: [uhu
 23 Partner: [xxx ((mompelt))
 24 Begeleidster: [en zij gebruiken die Mine... Mine... Merena? Minerva?
 25 Verpleegkundige: Mirena
 26 Begeleidster: die hor... Mirene
 27 Verpleegkundige: ja
 28 Begeleidster: die hor[monale spiraal
 29 Verpleegkundige: [ja (.) ja
 30 Begeleidster: da's voor vijf jaar
 31 Verpleegkundige: ja **oké** ((opent een lade)) (.) dit hé? (.) spiraal? ah wacht (.) da's een spiraal hé
 32 Begeleidster: ja
 33 Verpleegkundige: ah da's de Mirena (2.5) da's de Mirena en da wordt zo (.) in de baarmoeder geplaatst ((toont op tekening))
 34 Cliënte: ja
 35 Verpleegkundige: ja ik ga een dokter vragen voor voorschrift, daar kan ze dan omgaan en da kan ze dan meebrengen en dan wordt dat ier geplaatst onmiddellijk bij curettage

Opvallend is hoe de begeleidster in fragment 6 een epistemische status toewijst aan het koppel als 'onwetende' cliënten inzake spiralen (beurt 5 en 8). Ze doet dat op basis van de jonge leeftijd van de cliënte (beurt 10) en het geslacht van de partner (beurt 12), en waarschijnlijk ook op basis van de uiting van de partner 'voor geene kindjes, hé' (beurt 2). Een gelijkaardig discursief epistemisch manoeuvre door de begeleidster kwam al eerder in de interactie voor, wanneer de begeleidster aan de verpleegkundige meedeelt over de cliënte: 'zij zal zeker nie begripen wa curettage betekent' (00:07:12, niet weergegeven).

De verpleegkundige probeert in fragment 6 alsnog discursief ruimte te creëren om kennis tussen haar en de cliënte af te stemmen, met de uiting ‘awel der zijn twee soorten spiralen’ (beurt 13), maar wordt daarin interactioneel verhinderd door de begeleidster die haar niet de kans geeft haar zin af te maken maar in haar plaats de twee soorten spiralen benoemt (beurt 14). Vervolgens claimt de begeleidster kennis over het aantal vrouwen dat voor de hormoonspiraal kiest (beurt 19) en ondersteunt ze haar epistemische status door te verwijzen naar een collega (beurt 21). De verpleegkundige op haar beurt kent de begeleidster uiteindelijk deontische rechten toe door middel van het *compliance token* ‘oké’ (Stevanovic & Peräkylä, 2012) en de mededeling dat ze de arts zal vragen een voorschrift voor de hormoonspiraal uit te schrijven (beurt 31 en 35). De cliënte heeft al die tijd interactioneel geen toegang tot de Nederlands gesproken beurten. De begeleidster neemt met andere woorden in de plaats van de cliënte deel aan de besluitvorming over het type spiraal. Een afstemming over het verschil tussen de twee types spiraal is totaal afwezig. Toen de eerste auteur na afloop van de consultatie vroeg waarom de verpleegkundige geen tolk wilde bellen, antwoordde ze dat ze dat niet durfde aangezien de begeleidster zich zo sterk profileerde als de persoon die was meegekomen om te tolken. De epistemische claims van de begeleidster inzake taal- en tolkvaardigheid lijken dus sterk samen te hangen met haar epistemische claims inzake het koppel en hun anticonceptiegebruik.

6. Discussie

Onze analyse heeft aangetoond dat in de besproken consultaties de taalbarrière op verschillende manieren samenhangt met de manier waarop maar ook met de mate waarin kennis wordt afgestemd tussen zorgprofessional en cliënte, wat in belangrijke mate meespeelt in de besluitvorming. In fragment 1 treden zorgprofessional en cliënte rechtstreeks met elkaar in contact in het Nederlands en wordt een meertalige website ingeschakeld om zowel een taalverschil als een epistemisch verschil te overbruggen. Daar zagen we dat een afstemming van kennis deels mogelijk gemaakt werd dankzij de taalbeheersing Nederlands van de cliënte. Zij is in staat om haar bedenking over het uitblijven van menstruatie te formuleren, wat de verpleegkundige discursief de ruimte geeft om daarop in te gaan. Wanneer de cliënte daartoe niet in staat is, wordt die afstemming ingewikkelder, zoals duidelijk werd in alle andere fragmenten.

In fragment 2 en 3 stelden we vast hoe pogingen van de cliënte om informatie in te winnen zowel discursief als interactioneel herhaaldelijk

verloren gingen vanwege onvolledige vertolkingen en onderbrekingen door haar mannelijke partner die als niet-professionele tolk optreedt. De cliënte in fragmenten 2 en 3 koos uiteindelijk voor een koperspiraal, maar die besluitvorming kwam tot stand op basis van een partiële afstemming van kennis. Doordat de zorgprofessional interactioneel geen toegang had tot bepaalde uitingen omdat ze in een vreemde taal worden geformuleerd, kon epistemische divergentie niet worden opgemerkt en vervolgens afgestemd. Dat gebeurde ook in fragmenten 4 en 5, waar een cruciale vraag tot informatie vanwege de cliënte (niet over een spiraal maar over een hormoonimplantaat) compleet verloren ging, door onvolledige vertolkingen maar vooral door non-vertolkingen ofwel uitingen die van de tolk zelf komen. Daarnaast zagen we hoe daar een gebrek aan gedeelde contextualisering de afstemming van kennis ook sterk bemoeilijkte.

In fragment 6 ten slotte, waar een dubbele taalbarrière bestaat, heeft de cliënte helemaal niet deelgenomen aan de kennisafstemming noch de besluitvorming over het type spiraal dat tijdens de abortusbehandeling in haar baarmoeder zal worden ingebracht. De epistemische en deontische manoeuvres van de begeleidster, waartoe de cliënte interactioneel geen toegang had, verhinderden die afstemming.

7. Conclusie

De analyses in deze bijdrage bevestigen tendensen beschreven in de sociolinguïstische literatuur (Moyer, 2013; Pilnick & Zayts, 2019; Roberts et al., 2004; Roberts & Sarangi, 2005) waaruit blijkt dat het talige en communicatieve karakter van kennisafstemming en besluitvorming in medische interacties repercussies heeft voor consultaties met een taalbarrière. We concluderen dat een taalbarrière een potentieel risico inhoudt voor de afstemming van kennis en de besluitvorming tijdens consultaties over anti-conceptie. Hoe dat precies gebeurt op interactioneel en discursief vlak, is zeer uiteenlopend en omvat onder meer onvolledige vertolkingen, onderbrekingen, een gebrek aan gedeelde contextualisering, en epistemische en deontische claims door een niet-professionele tolk. Een gebrek aan taalbeheersing van de institutionele taal komt dus overeen met een gebrek aan kapitaal, dat bepaalde cliënten de toegang ontzegt tot volledige deelname in de afstemming van kennis en de besluitvorming inzake anticonceptie. Ons argument stoelt niet alleen op de in deze bijdrage besproken fragmenten, maar ook op de bredere, etnografische omkadering en andere geobserveerde consultaties: maar al te vaak gaat de 'stem' van de vrouwelijke

cliënten in de abortuskliniek verloren in de vertolking. We beweren daarmee niet dat anticonceptieconsultaties zonder taalbarrière wel altijd een succesvolle afstemming van kennis en deelname in besluitvorming impliceren, maar meer aandacht vanwege zorgprofessionals voor taalbarrières zou vrouwen meer inspraak kunnen bieden in hun anticonceptiekeuzes en hen dus empoweren in hun seksuele en reproductieve welzijn.

De niet-professionele tolken in onze datafragmenten lijken de afstemming van kennis en de daarmee samenhangende besluitvorming net te bemoeilijken, wat in de lijn ligt van andere studies (o.a. Cox et al., 2019; Davidson, 2000; Moyer, 2013). Onze bevindingen zijn dan weer tegenstrijdig met de conclusies van Raymond (2014), die beschrijft hoe de tolk als epistemische bemiddelaar optreedt in de interactie van gespecialiseerde pediatrieconsulenten. Hoe we die verschillen kunnen verklaren, is niet duidelijk. Heeft het te maken met de specifieke setting, namelijk het bespreken van anticonceptie tijdens een abortusconsultatie? Of ligt een deel van de verklaring eerder in de onbekendheid van de niet-professionele tolken met de doelstellingen van de dienstverlening en de cruciale rol van informatie-uitwisseling om een geschikte anticonceptiemethode te kiezen? Mogelijk spelen ook institutionele routines en tijdsbeperkingen, die ertoe leiden dat taalbarrières niet altijd adequaat overbrugd worden. Onze studie roept bijkomende vragen op, die we graag verder onderzoeken.

Noten

- 1 We kiezen ervoor om te spreken van cliënten en niet van patiënten, aangezien abortus geen aandoening maar een persoonlijke keuze is.
- 2 Zie de bijlage voor de transcriptieconventies.
- 3 Het gaat om de website www.zanzu.be. De pagina www.zanzu.be/nl/hormonaal-spiraal (geraadpleegd op 8 april 2021) bevat de informatie over de hormoonspiraal.
- 4 Merk ook op hoe de partner hier interactioneel enorm sterk op de voorgrond treedt en deontische rechten aan de cliënte ontzegt. Wegens plaatsgebrek en gezien de focus van deze bijdrage, gaan we hier niet uitgebreid op in, maar het toont aan dat ook andere dynamieken meespelen, die de taalbarrière doorkruisen.

Referenties

- Agar, M. (2008). *The Professional Stranger* (2e editie). Emerald.
- Antonini, R. (2015). Non-professional interpreting. In F. Pöchhacker, N. Grbić, P. Mead, & R. Setton (Red.), *Routledge encyclopedia of interpreting studies* (pp. 277–279). Routledge.
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (2017). Intercultural mediation and “(non)professional” interpreting in Italian healthcare institutions. In R. Antonini, L. Cirillo, L. Rossato, & I. Torresi (Red.),

Non-professional interpreting and translation: State of the art and future of an emerging field of research (pp. 83–106). John Benjamins.

- Berndt, V. K., & Bell, A. V. (2020). "This is what the truth is": Provider-patient interactions serving as barriers to contraception. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 136345932096977. <https://doi.org/10.1177/1363459320969775>
- Bolden, G. B. (2000). Toward Understanding Practices of Medical Interpreting: Interpreters' Involvement in History Taking. *Discourse Studies*, 2(4), 387–419. <https://doi.org/10.1177/1461445600002004001>
- Bourdieu, P. (1977). The economics of linguistic exchanges. *Social Science Information*, 16(6), 645–668. <https://doi.org/10.1177/053901847701600601>
- Carvajal, D. N., Gioia, D., Mudafort, E. R., Brown, P. B., & Barnet, B. (2017). How can Primary Care Physicians Best Support Contraceptive Decision Making? A Qualitative Study Exploring the Perspectives of Baltimore Latinas. *Women's Health Issues*, 27(2), 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.09.015>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Copland, F., & Creese, A. (2015). *Linguistic ethnography: Collecting, analysing and presenting data*. SAGE.
- Cox, A., Rosenberg, E., Thommeret-Carrière, A.-S., Huyghens, L., Humblé, P., & Leanza, Y. (2019). Using patient companions as interpreters in the Emergency Department: An interdisciplinary quantitative and qualitative assessment. *Patient Education and Counseling*, 102(8), 1439–1445. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.03.004>
- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4(3), 379–405.
- De Wilde, J., Van Hoof, S., Decock, S., Rillof, P., & Van Praet, E. (2018). Shifting multilingual strategies in a Flemish public healthcare service. *Multilingua*, 37(4), 377–401. <https://doi.org/10.1515/multi-2017-0108>
- Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(4), 659–673. <https://doi.org/10.1097/GRF.000000000000059>
- Drew, P., & Heritage, J. (Ed.). (1992). *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge University Press.
- Fox, E., Reyna, A., Malcolm, N. M., Rosmarin, R. B., Zapata, L. B., Frederiksen, B. N., Moskosky, S. B., & Dehlendorf, C. (2018). Client Preferences for Contraceptive Counseling: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 691–702. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.006>
- Gavioli, L. (2015). On the distribution of responsibilities in treating critical issues in interpreter-mediated medical consultations: The case of "le spieghi(amo)". *Journal of Pragmatics*, 76, 169–180. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.12.001>
- Gumperz, J. J. (1982). *Discourse strategies*. Cambridge University Press.
- Gumperz, J. J. (1999). On interactional sociolinguistic method. In S. Sarangi & C. Roberts (Ed.), *Talk, work and institutional order: Discourse in medical, meditation and management settings* (pp. 453–471). Mouton de Gruyter.
- Heritage, J. (2012). Epistemics in Conversation. In J. Sidnell & T. Stivers (Ed.), *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 370–394). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118325001.ch18>
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. H. Lerner (Ed.), *Pragmatics & Beyond New Series* (Vol. 125, pp. 13–31). John Benjamins. <https://doi.org/10.1075/pbns.125.02jef>

- Lowe, P. (2005). Embodied expertise: Women's perceptions of the contraception consultation. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 9(3), 361–378. <https://doi.org/10.1177/1363459305052906>
- Martínez-Gómez, A. (2016). Facing face: Non-professional interpreting in prison mental health interviews. *European Journal of Applied Linguistics*, 4(1). <https://doi.org/10.1515/eujal-2015-0024>
- Meier, S., Sundstrom, B., Delay, C., & DeMaria, A. L. (2019). “Nobody’s Ever Told Me That.” Women’s Experiences with Shared Decision-making when Accessing Contraception. *Health Communication*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1669271>
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Ablex.
- Moyer, M. G. (2013). Language as a resource: Migrant agency, positioning and resistance in a health care clinic. In A. Duchêne, M. G. Moyer, & C. Roberts (Red.), *Language, migration and social inequalities: A critical sociolinguistic perspective on institutions and work* (pp. 196–224). Multilingual Matters.
- Piller, I., Zhang, J., & Li, J. (2020). Linguistic diversity in a time of crisis: Language challenges of the COVID-19 pandemic. *Multilingua*, 39(5), 503–515. <https://doi.org/10.1515/multi-2020-0136>
- Pilnick, A., & Zayts, O. (2019). The power of suggestion: Examining the impact of presence or absence of shared first language in the antenatal clinic. *Sociology of Health & Illness*, 1467–9566.12888. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12888>
- Rampton, B., Maybin, J., & Roberts, C. (2015). Theory and Method in Linguistic Ethnography. In J. Snell, S. Shaw, & F. Copland (Red.), *Linguistic ethnography: Interdisciplinary explorations* (pp. 14–50). Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137035035>
- Rampton, B., Tusting, K., Maybin, J., Barwell, R., Creese, A., & Lytra, V. (2004). *UK linguistic ethnography: A discussion paper*. UK Linguistic Ethnography Forum.
- Raymond, C. W. (2014). Epistemic Brokering in the Interpreter-Mediated Medical Visit: Negotiating “Patient’s Side” and “Doctor’s Side” Knowledge. *Research on Language and Social Interaction*, 47(4), 426–446. <https://doi.org/10.1080/08351813.2015.958281>
- Roberts, C., & Sarangi, S. (2005). Theme-oriented discourse analysis of medical encounters. *Medical Education*, 39(6), 632–640. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02171.x>
- Roberts, C., & Sarangi, S. (2018). Third party insurance?: Interactional role alignment in family member mediated primary care consultations. *Communication & Medicine*, 15(2), 191–205. <https://doi.org/10.1558/cam.38675>
- Roberts, C., Sarangi, S., & Moss, B. (2004). Presentation of self and symptoms in primary care consultations involving patients from non-English speaking backgrounds. *Communication & Medicine*, 1(2), 159–169. <https://doi.org/10.1515/come.2004.1.2.159>
- Sarangi, S., & Roberts, C. (Red.). (1999). *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings* (1999ste dr, Vol. 1). Mouton de Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110208375>
- Showstack, R., Santos, M. G., Feuerherm, E., Jacobson, H., & Martínez, G. (2019, december 9). *Language as a Social Determinant of Health: An Applied Linguistics Perspective on Health Equity* [AAALetter]. https://www.aal.org/news/language-as-a-social-determinant-of-health-an-applied-linguistics-perspective-on-health-equity#_ftn1
- Snell, J. (2020). Social class. In K. Tusting (Red.), *The Routledge handbook of linguistic ethnography* (pp. 84–96). Routledge.
- Stevanovic, M., & Peräkylä, A. (2012). Deontic Authority in Interaction: The Right to Announce, Propose, and Decide. *Research on Language & Social Interaction*, 45(3), 297–321. <https://doi.org/10.1080/08351813.2012.699260>
- Todd, A. D. (1984). The prescription of contraception: Negotiations between doctors and patients. *Discourse Processes*, 7(2), 171–200. <https://doi.org/10.1080/01638538409544588>

- Tusting, K. (2020). General introduction. In K. Tusting (Red.), *The Routledge handbook of linguistic ethnography* (pp. 1–8). Routledge.
- Valero-Garcés, C. (2007). Doctor–patient consultations in dyadic and triadic exchanges. In F. Pöchhacker & M. Shlesinger (Red.), *Healthcare interpreting: Discourse and interaction* (pp. 35–51). John Benjamins.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Longman.

Over de auteurs

Ella van Hest is als doctoraatsonderzoeker verbonden aan het departement Vertalen, Tolken en Communicatie en aan het interdisciplinaire consortium CESSMIR van de Universiteit Gent. Haar onderzoek situeert zich in de domeinen van taal in de gezondheidszorg, taalideologie, taalbeleid en meertalige communicatie.

E-mail: ella.vanhest@ugent.be

July De Wilde is als docent verbonden aan het departement Vertalen, Tolken en Communicatie van de Universiteit Gent. Ze doet onderzoek naar meertaligheid, interculturele communicatie, tolken en (digitale) communicatieondersteuning tijdens face-to-face-interacties in de openbare dienstverlening.

E-mail: july.dewilde@ugent.be

Bijlage: transcriptieconventies

De volgende conventies werden gehanteerd en zijn geïnspireerd op onder meer Jefferson (2004):

(.)	korte pauze
(2.5)	pauze van tweeënhalve seconden
[	overlap
...	woord of zin is onafgewerkt
normaal MOET komen	uitgesproken met extra nadruk
()	onduidelijk uitgesproken, mogelijke interpretatie tussen enkele haken
xxx	onverstaanbaar of onhoorbaar
((lacht)), ((toont op tekening))	bijkomende informatie over verbale en non-verbale handelingen