Interculturele communicatie bij de huisarts

Het TOPOI-model als brug over interculturele miscommunicatie

Thesis ter behalen van de graad master in de huisartsgeneeskunde 2012-2013

Sofie Van de Wiele

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts

Co-promotoren : Prof. Dr. Jan de Lepeleire en Dr. Mieke Vermandere

Praktijkopleiders: Dr. Ludo Dhondt, Dr. Michel Reniers en Dr. Jeroen Van den Brandt



Inhoudstafel

1. Motivatie
2. Literatuur
    a. Inleiding
    b. Methode
    c. Resultaten
    d. Discussie
    e. Conclusie
    f. Literatuur
3. Praktijkproject-studie
    a. Inleiding
    b. Methode
    c. Resultaten
    d. Discussie
    e. Conclusie
    f. Literatuur
4. Abstract
5. Dankwoord
6. Bijlagen

1.Motivatie

Communicatie tussen arts en patiënt vormt de eerste stap naar diagnose en behandeling. Daarnaast ligt communicatie aan de basis van elke arts-patiëntrelatie. Gezien de grote migratiestroom zijn we in België sinds enkele decennia geëvolueerd naar een multiculturele samenleving. Tijdens mijn eerste jaar opleiding huisartsgeneeskunde werkte ik in een huisartsenpraktijk te Borgerhout en kwam ik dagelijks in contact met migranten en etnische minderheden (MEM). Al snel ontdekte ik dat een consult met MEM moeizamer verloopt dan een consult met een patiënt van eenzelfde culturele achtergrond, zelfs wanneer het taalprobleem is uitgeschakeld. Uiteenlopende opvattingen over ziekte en gezondheid kunnen ontstaan doordat we een verschillend cultureel referentiekader hanteren oftewel doordat onze culturele 'bril' verschilt. Het is een dagelijkse uitdaging voor ons als artsen om kwaliteitsvolle gezondheidszorg te leveren aan patiënten met een brede variatie aan ziektebeleving en om in deze waaier aan opvattingen over gezondheid een behandeling voor te stellen.
Uit onderzoek blijkt dat communicatie tussen arts en patiënt anders verloopt wanneer ze een verschillende culturele achtergrond hebben. Enerzijds stellen artsen zich minder affectief op, anderzijds zijn MEM minder expressief en minder assertief. Zo kunnen communicatieproblemen gemakkelijk ontstaan. Dit wederzijds onbegrip leidt tot onder andere slechte therapietrouw. Het inschakelen van een intercultureel bemiddelaar kan de afstand tussen de arts en een patiënt overbruggen. Maar hoe kunnen wij, als huisarts de communicatie met patiënten van verschillende culturele achtergrond verbeteren en conflictsituaties aanpakken?

Deze thesis zal opgebouwd zijn uit 2 delen.

Een literatuurstudie kijkt naar welk communicatiemodel of welke communicatietechnieken een huisarts kan hanteren tijdens een consult met een patiënt met een verschillende culturele achtergrond.

In het tweede deel wordt de meerwaarde van het TOPOI-model ter bevordering van interculturele gespreksvoering in de huisartsgeneeskunde onderzocht.

In deze thesis wordt de definitie migranten en etnische minderheden (MEM) gehanteerd, in navolging van World Health Organisation (WHO). Deze houdt rekening met de achtergrond van de individuen. We verwijzen naar personen die zichzelf beschouwen als in een benadeelde positie ten aanzien van de meerderheid van de bevolking of die zo door de maatschappij beschouwd wordt.
In België zijn de Marokkaanse en Turkse groep hier een duidelijk voorbeeld van.

2.Literatuur

a. Inleiding

Wereldwijde migratie zorgt sinds enkele decennia voor een sterke toename van culturele diversiteit in onze maatschappij. Dit brengt een moeilijke communicatie met zich mee, ook in de gezondheidszorg.

Schouten et al beschrijft dat huisartsen minder empathie tonen tijdens een consultatie met MEM en hen minder betrekken bij het medische beslissingsmodel. (1) Deze bevindingen worden ondersteund in Amerikaanse, Nederlandse en Australische artikels met als onderzoeksgroep MEM van respectievelijk Afrikaanse en Spaanse origine, Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse origine en Aboriginals. Deze studies tonen dat huisartsen minder vriendelijk zijn tegen patiënten met een verschillende culturele achtergrond en de bezorgdheden van MEM zelfs makkelijker negeren. Diezelfde MEM zijn van hun kant minder assertief, communiceren minder expressief en uiten minder hun bezorgdheden. (2) De Maesschalck et al analyseerde video-consultaties van Vlaamse huisartsen met MEM (van Afrikaanse, Noord-Afrikaanse, Oost-Europese en Turkse origine) en verklaart het minder uiten van emoties door een slechtere taalbeheersing en niet door het heersende cultuurverschil of de graad van inburgering. (3)
MEM uit Nederland beoordelen de ervaren gezondheidszorg slechter dan patiënten met eenzelfde culturele achtergrond als hun arts, zeker als hun taalbeheersing slechter is. (4) Ook Latijns-Amerikaanse en Aziatische patiënten in USA ervaren een mindere kwaliteit van zorg dan Afro-Amerikaanse en blanke patiënten. (5) Een Brits onderzoek toont echter een grotere tevredenheid onder Vietnamese patiënten dan blanke Britse patiënten, maar deze Vietnamese patiënten gaven zelf aan minder verwachtingen te hebben van de consultatie. (6) MEM met meer moderne culturele ideeën ervaren een hogere kwaliteit van zorg maar staan erg kritisch tegenover etnisch-specifieke onderdelen van een consult, zoals het negeren van culturele verschillen door de huisarts. (5)
Huisartsen controleren minder vaak of MEM de informatie begrepen hebben. (1) Meeuwesen et al verklaart dit omdat MEM minder aanwijzingen geven als ze iets niet begrijpen, waardoor huisartsen aannemen dat ze op hetzelfde niveau communiceren. (7)
Een interculturele consultatie eindigt dan ook vaker zonder wederzijds begrijp, wat een slechtere compliantie tot gevolg heeft. (8)

Huisartsen vinden het heersende taalprobleem en het cultuurverschil met hun patiënt de grootste struikelblokken tijdens een interculturele consultatie en wensen meer gebruik te maken van interculturele bemiddelaars. (9)
Interculturele bemiddelaars spelen een belangrijke rol in kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor MEM. Ze vertalen niet enkel de taal, maar eveneens de cultuur, socio-economische en persoonlijke omstandigheden van de patiënt. (10) Federaal Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van voedselketen en Leefmilieu publiceerde in december 2011 aanbevelingen voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Zij ijveren voor de uitbreiding van interculturele bemiddelaars en integratie van culturele competenties in alle medische opleidingsprogramma's. Hulpverleners en wetenschappers erkennen inderdaad het belang van educatie in interculturele communicatie, maar welke concrete handvaten kunnen wij als huisarts gebruiken ter bevordering van interculturele gespreksvoering?

Deze literatuurstudie wil nagaan welk communicatiemodel of welke communicatietechnieken een huisarts kan gebruiken bij een patiënt met een verschillende culturele achtergrond.

b. Methode

Een systematische zoektocht doorheen online databanken Medline (Pubmed), Cinahl en Psychinfo werd ondernomen in maart 2012. In december 2012 werden de databanken het laatst geraadpleegd. De zoektocht werd zo sensitief mogelijk gehouden door de combinatie van zoektermen. Sociologische databanken werden uitgesloten gezien de focus op huisartsgeneeskunde lag. Systematisch werden de referentielijsten van de geïncludeerde studies doorlopen op zoek naar interessante artikels. Uitsluitend Nederlandstalige en Engelstalige artikels verschenen sinds 2002 werden weerhouden, gezien de groeiende interesse in dit onderwerp het laatste decennium. Voor de zoekstrategie wordt verwezen naar appendix 1.

De volgende inclusiecriteria werden weerhouden: concrete communicatiemodellen of communicatiestrategieën ter bevordering van interculturele gespreksvoering bij volwassen patiënten en als outcome de perceptie van verbeterde communicatie vanuit arts-perspectief.
De volgende exclusiecriteria werden weerhouden: artikels over interculturele bemiddelaars/ tolken, modellen ter bevordering van culturele competentie zonder uitgewerkte communicatiestrategieën, verbeterde communicatie vanuit patiënt-perspectief en andere gezondheidszorgdomeinen dan huisartsgeneeskunde.

c. Resultaten

Selectie van artikels

Figuur 1 toont hoe de geselecteerde artikels zijn bekomen.
Door combinatie van zoektermen in Medline, CINAHL en PsycInfo werden 1792 artikels gevonden. Na het lezen van de titel en het abstract werden 82 artikels weerhouden, waarvan 73 artikels in Medline, 8 artikels uit CINAHL en 1 artikel uit PsycInfo. De volledige tekst van deze artikels werd zorgvuldig doorgelezen en een tweede selectie gebeurde op basis van de hierboven vermelde inclusie- en exclusiecriteria. Referentielijsten van de 4 weerhouden artikels werden doorgenomen en 1 artikel werd toegevoegd.

De karakteristieken van de geïncludeerde artikels zijn neergeschreven in tabel 1 .
Slechts één gerandomiseerd onderzoek dat een communicatiemodel, de drie-stappenmethode van David Pinto, onderzoekt werd gevonden. (10) Eén Amerikaanse guideline over interculturele gespreksvoering werd weerhouden met kernelementen en aanbevelingen rond het levenseinde. (14) Een rapport van American Medical Colleges uit 2005 vat de meest courante modellen voor interculturele communicatie en onderhandeling uit de Verenigde Staten samen. (13) Ten slotte werden een cross-sectionele studie en een gerandomiseerde interventie studie weerhouden, beide over de impact van culturele achtergrond op het communicatieproces. (11,12)

Tabel 2 geeft een overzicht van de gevonden interculturele communicatiemodellen.

Naam van het model

Vier van de elf communicatiemodellen zijn een acroniem (LEARN, BATHE, ETHNIC en BELIEF).
Vier andere modellen zijn genoemd naar de inhoud van het model met name het verklaringsmodel, Eliciting patient information and negotiating, “Review of Systems” domains of the Social Context en de Drie-stappenmethode. Eén model kreeg een omschrijvende naam, het Model for Cultural Competency in Health Care.
Eén model is zowel een acroniem als een beschrijving van zijn inhoud: ESFT model for communication and compliance en één model werd genoemd naar de auteur en de inhoud, namelijk Culturele Dimensies van Hofstede.

Doel van het model

Alle communicatiemodellen kunnen ingezet worden om een interculturele consultatie in huisartsgeneeskunde vlot te laten verlopen.
Het BATHE-model werd niet ontwikkeld voor MEM, maar het kan geëxtrapoleerd worden naar deze groep. Het Model for Cultural Competency in Health Care ontstond in pediatrie, maar wordt ook aanbevolen in huisartsgeneeskunde.
De Drie-stappenmethode en de Culturele Dimensies van Hofstede zijn niet specifiek ontwikkeld voor medische interculturele communicatie, maar werden reeds onderzocht in huisartsgeneeskunde.

Visie op interculturele communicatie van het model

De Amerikaanse modellen gebruiken een patiënt-gerichte benadering van een interculturele consultatie, terwijl Hofstede en Pinto vertrekken vanuit de cultuurverschillen.
Drie Amerikaanse modellen zijn ontworpen door hetzelfde onderzoeksteam (Green, Carillo en Betancourt). Alle Amerikaanse modellen, behalve “Review of Systems” domains of the Social Context, gebruiken in één van de stappen het verklaringsmodel van Kleinman.

Onderzoek naar communicatiemodellen

Harmsen heeft in een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep bij 38 huisartsen het verbeteren van interculturele communicatie door de drie-stappenmethode aangetoond. Negentien huisartsen werden gedurende tweeënhalve dag opgeleid in de theorie van Pinto. Ook de 614 Westerse patiënten en 369 niet-Westerse (de meeste van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse origine) patiënten kregen in de wachtzaal een video te zien over het belang van het uiten van mogelijke miscommunicatie. Hij besluit dat deze interventie zowel de communicatie tussen de arts en niet-Westerse patiënt als het wederzijds begrip deed verbeteren. Deze verbetering was minimaal aanwezig na 1 maand en duidelijk na 6 maanden, wat het meerwaarde van de drie-stappenmethode van Pinto op langere termijn bevestigt. (10) Een studie uitgevoerd in tien Europese landen leert ons dat culturele dimensies van Hofstede goede voorspellers zijn om internationale verschillen in communicatie in de gezondheidszorg te verklaren. We mogen deze communicatieverschillen op nationaal niveau niet zomaar extrapoleren naar individuele arts-patiënt communicatie, maar een betere kennis van de dimensies van de nationale cultuur waartoe de patiënt behoort kan wel interculturele miscommunicatie voorkomen. (11) Een culturele achtergrondschaal werd ontwikkeld om de culturele waarden van de patiënt te meten. De schaal hanteert 20 vragen die overeenkomen met de culturele dimensies van Hofstede of meer algemeen met de grof-en fijnmazige structuur van culturen volgens Pinto. Deze culturele achtergrondschaal vormt een objectieve meting om de invloed van cultuur op de communicatie te bepalen. (12)

Het belang van de Amerikaanse communicatiemodellen kan ingeschat worden door het aantal vermeldingen uit de geselecteerde artikels.
Het verklaringsmodel wordt het meeste vernoemd in de tweeëntachtig artikels die weerhouden worden op basis van titel en abstract met vijftien keer een vermelding. Zeven van de Amerikaanse modellen zijn gebaseerd op het verklaringsmodel, wat het belang ervan nogmaals bevestigt.
Vijf artikels verwijzen naar het Eliciting information and negotiating model, drie verwijzen naar het LEARN-model en de culturele dimensies van Hofstede. Tweemaal wordt de drie-stappenmethode en ESFT model for communication and compliance vernoemd en eenmaal wordt het Review of Systems" domains of the Social Context en het BATHE-model vernoemd.
Enkel naar het "Review of Systems" domains of the Social Context wordt onafhankelijk van het verklaringsmodel verwezen, de overige Amerikaanse modellen worden steeds in combinatie van het verklaringsmodel van Kleinman vernoemd. Naar het BELIEF-model en het model for Cultural Competency in Health Care werd nooit in de artikels uit onze literatuurstudie verwezen.

d. Discussie

Slechts enkele communicatiemodellen ter bevordering van interculturele gespreksvoering in huisartsgeneeskunde werden gevonden met de Drie-stappenmethode en het verklaringsmodel als meest beproefde modellen. De meerwaarde van de Drie-stappenmethode op lange termijn werd aangetoond in een gerandomiseerd onderzoek en het verklaringsmodel vormt de basis van vele interculturele communicatiemodellen.
De resultaten moeten genuanceerd worden aangezien vergelijkend onderzoek tussen verschillende modellen ontbreekt en slechts één gerandomiseerd onderzoek werd gevonden.
Veel studies onderzoeken de mening van MEM terwijl deze literatuurstudie zocht naar een verbeterde communicatie door de arts ervaren, wat zeer moeilijk te objectiveren is.
Een bijkomende beperking van de literatuurstudie is de diversiteit van de groep migranten en etnische minderheden. De groep MEM varieert afhankelijk van het land, de stad en zelfs de wijk waar de studie wordt uitgevoerd. Ook binnen de groep migranten en etnische minderheden is er vaak en grote diversiteit. In Belgische studies zijn niet-Westerse patiënten of etnische minderheden vaak mensen van Turkse en Marokkaanse origine. Hoewel ze onder dezelfde noemer worden geplaatst, zijn er onderling grote verschillen wat betreft opleidingsniveau, inkomen en culturele opvattingen. De achtergrondschaal van de patiënt kan een idee geven van hun culturele waarden, maar we moeten hier kritisch tegenover blijven staan.

Beach et al. ondersteunt de bevindingen dat we geen eenduidig communicatiemodel ter bevordering van interculturele communicatie naar voren kunnen schuiven. (15)
Ze merkt op dat elke toegepaste training in culturele competentie de communicatie van de arts met de patiënt deed verbeteren ongeacht de educatieve inhoud en de opleidingsvorm.
De vraae g of er wel nood is aan een communicatiemodel dringt zich op.
Onderzoek toont namelijk dat Zweedse huisartsen een consultatie als een ontmoeting tussen twee individuen beschouwt waarbij het mogelijke culturele verschil een van de vele factoren is dat beïnvloedt hoe goed de arts en de patiënt elkaar verstaan. (16) Ook Rosenberg et al concludeert na onderzoek bij 25 huisartsen dat ze geen intercultureel model gebruiken, maar hun communicatie baseren op het patiëntgerichte communicatiemodel. Algemeen passen ze drie strategieën toe tijdens een interculturele ontmoeting en interculturele besluitvorming: ze vragen aanpassing van de patiënt aan lokale gewoonten, ze passen zichzelf aan of ze onderhandelen met de patiënt tot een aanvaardbare tussenweg voor beiden wordt gevonden. Rosenberg pleit echter toch voor de introductie van een model dat aandachtspunten voor de arts weergeeft tijdens een interculturele consultatie.(17)

Het literatuuronderzoek toont een hiaat in de literatuur, namelijk het gebrek aan vergelijkend onderzoek tussen verschillende interculturele communicatiemodellen. Eveneens dient het verklaringsmodel onderzocht te worden in een gerandomiseerd onderzoek om de meerwaarde aan te tonen.

e. Conclusie

Verschillende communicatiemodellen kunnen ingezet worden tijdens een interculturele consultatie maar eenduidigheid over welk model naar voren wordt geschoven ontbreekt wegens gebrek aan vergelijkend literatuuronderzoek.
Huisartsen beschouwen een interculturele consultatie in eerste zaak als een interpersoonlijke ontmoeting waarbij ze geen communicatiemodel hanteren maar zich beroepen op patiëntgerichte communicatietechnieken die ze tijdens elk consult gebruiken.

f. Literatuur

1. Schouten B, Meeuwesen L, Harmsen H. GP's Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. J Immigr Minor Health. 2009 December; 11(6): 468–475.
2. Schouten B, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. Patient Educ Couns 2006;64:21-34
3. De Maesschalck S, Devleugele M, Willems S. Language, culture and emotions: Exploring etnic minority patients'emotional expressions in primary healthcare consultations. Patiend Educ Couns 2011;84:406-412
4. Harmsen H, Bernsen R, Bruijnzeels M, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? Patient Educ Couns 2008;72: 155–162
5. Seid M, Stevens G, Varni J. Parents'Perceptions of Pediatric Primary Care Quality: Effects of Race/Ethnicity, Language, and Acces. Health Serv Res. 2003 August; 38(4): 1009–1032.
6. Patient's expections and experiences with general practice
7. Van Wieringen J, Harmsen H, Brujnzeels M. Intercultural communication in general practice. European Journal of Public Health 2002;12:63-68
8. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. Patient Couns Educ 2012;86:205-209
9. Nierkens V, Krumeich A, de Ridder R, van Dongen M. The future of intercultural mediation in Belgium Patient Educ Couns2002;46:253-259
10. Harmsen M, Bernsen RMD, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeels MA. The effect of educational interventiol on intercultural communication: results of a randomised trial. Br J Gen Pract 2005;343-50
11. Meeuwesen L, van den Brink-Muinen A, Hofstede G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? Patient Educ Couns 2009;75:58-66
12. Harmsen J A M, Bernsen R M D, Meeuwesen L, Pinto D, Bruijnzeels M A Cultural Dissimilarities in General Practice: Development and Validation of a Patient's Cultural Background Scale. Journal of Immigrant and Minority Health, Vol 8, No 2, April 2006
13. Association of American Medical Colleges. (2005). Cultural Competence education for medical students: Assessing and revising curriculum. http;//www.aamc.org/meded/tacct/culturalcomped.pdf.
14. Searight R, Gafford J. Cultural Diversity at the End of Life: Issues and Guidelines for Family Physicians. Am Fam Physician. 2005 Feb 1;71(3):515-522
15. Beach M, Price E, Gary T, Robinson K, Gozu A, Palacio A, Smarth C, Jenckes M, Fauerstein C, Bass E, Powe N, Cooper L. Cultural Competence. A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. Medical Care, Vol. 43, No. 4 (Apr., 2005), pp. 356-373
16. Wachtler C, Brorsson A, Troein M. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. Family practice 2006;23:111-115.
17. Rosenberg E, Kirmayer LJ, Xenocostas S, Dominice Dao M and Loignon C. GPs' strategies in intercultural clinical encounters. Family Practice 2007; 24: 145–151.

3. **Praktijkproject-studie**

a. Inleiding

België kent een diverse populatie van migranten en etnische minderheden gezien zijn strategische positie in Europa en zijn rijke migratiegeschiedenis. Tussen 1950 en 1970 werden gastarbeiders gerekruteerd uit Zuid-Europa en Noord-Afrika en werd familiehereniging aangemoedigd. Hiernaast vormen asielaanvragen voor politieke, economische en klimatologische redenen een belangrijke reden voor immigratie. Sinds het vallen van de ijzeren 'gordijn' zien we een toenemend aantal MEM uit Oost-Europa. (1)
Appendix 2 biedt een uitgebreid overzicht van de migratiegeschiedenis van België.

Huisartsen wensen meer opleiding over interculturele ontmoetingen. (2) Zij benaderen in eerste instantie de patiënt als een individu tijdens een consultatie en bekijken zijn cultuur als bagage, zonder dat deze naar de voorgrond treedt. (3) Hierbij hanteren ze gekende communicatietechnieken zonder zich te beroepen op een intercultureel communicatiemodel. (4)

In Vlaanderen en Nederland gelden sinds decennia twee grote namen omtrent interculturele communicatie en communicatiemodellen: Geert Hofstede en David Pinto. (tabel 2)
Hofstede en Pinto benaderen interculturele communicatie vanuit de cultuur van de gesprekspartners. Kennis van verschillende culturen is voor hen een voorwaarde voor efficiënte communicatie iets wat zeer moeilijk haalbaar lijkt bij de heterogene groep van migranten en etnische minderheden die huisartsen dagelijks ontmoeten. Het risico van deze culturaliserende benadering is bovendien dat je de persoon reduceert tot de cultuur waartoe hij behoort met neiging tot stereotypering.

Sinds de jaren 2000 maakt Edwin Hoffman met het TOPOI-model grote opmars.
Het TOPOI-model is een communicatiemodel dat je als reflectiekader kan hanteren tijdens moeizame interculturele gespreksvoering. Hoffman hanteert een pluralistische, systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie. De systeemtheorie legt de klemtoon op het interpersoonlijke karakter van interculturele communicatie en het pluralisme pakt culturele verschillen aan door erkenning van enerzijds universele, transculturele waarden en anderzijds culturele verschillen.
Op basis van vijf axioma's ontleend uit de algemene systeem- en communicatietheorie ontwikkelde Hoffman het TOPOI-model. TOPOI staat voor Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet. Dit acroniem is gekozen omdat TOPOI in het Grieks 'plaatsen' betekent. Analoog hieraan zijn Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet de vijf 'plaatsen' of gebieden in de communicatie waar je culturele misverstanden kunt achterhalen en aanpakken. Het model heeft een analyse-kader met drie kernvragen: Wat is mijn aandeel? Wat is het aandeel van de ander? Wat is de invloed van de ruime sociale omgeving? Hiernaast omvat het een interventiekader dat suggesties biedt om het ontstane misverstand aan te pakken. (tabel 3)
Kort samengevat is het TOPOI-model een communicatiemodel dat je kan inzetten wanneer interculturele communicatie moeizaam verloopt. Het helpt je als het ware vanuit vogelperspectief de situatie te bekijken en biedt je door de vijf gebieden concrete aanknopingspunten om misverstanden te analyseren en aan te pakken. (5)

Voor meer achtergrond over het TOPOI-model en een pluralistische, systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie wordt verwezen naar appendix 3.

Wat mij aanspreekt in de visie van Edwin Hoffman over interculturele communicatie is de benadering van de gesprekspartner als individu. Hiernaast reikt het concrete handvaten tijdens een interculturele gespreksvoering waar we onmiddellijk mee aan de slag kunnen.
Het TOPOI-model wordt in Vlaanderen en Nederland reeds veelvuldig gebruikt en aangeleerd tijdens vormingen over interculturele communicatie maar werd tot op heden nog niet onderzocht.

In dit artikel willen we de meerwaarde onderzoeken van het gebruik van het TOPOI-model bij interculturele gespreksvoering in de huisartsgeneeskunde.

b. Methode

Het onderzoek naar de meerwaarde van het TOPOI-model tijdens interculturele gespreksvoering bij de huisarts verliep tweeledig. Ik organiseerde een twee uur-durende workshop over de visie van Hoffman over interculturele communicatie en het TOPOI-model. Nadien toetsten de artsen het TOPOI-model in de praktijk.

Naar aanloop van het onderzoek ontmoette ik Edwin Hoffman om de opzet van het onderzoek te bespreken en volgde ik zijn workshop over interculturele samenwerking en het TOPOI-model in maart 2012. In mei 2012 werd een mail gestuurd naar 104 huisartsen en huisartsen-in-opleiding van Belgische origine in de huisartsenkring Deurne & Borgerhout met de vraag om deel te nemen aan mijn onderzoek. Er gebeurde een splitsing van de deelnemende artsen in twee groepen met respectievelijk minder dan zeven jaar en meer dan vijftien jaar werkervaring met MEM. Deze splitsing werd gemaakt om de opinie van zowel jonge als van artsen met meer ervaring te weten. Wegens de lage respons op de initiële mail werd het project voorgesteld na een bijscholing, georganiseerd voor huisartsen te Deurne en Borgerhout.

Uiteindelijk telde de groep artsen met minder dan zeven jaar ervaring één huisarts en één huisarts-in-opleiding en de groep artsen met meer dan vijftien jaar werkervaring vijf huisartsen. Ze namen allen deel aan de workshop op 28 juni 2012. De hands-out van de georganiseerde workshop vindt u in appendix 4. Alle deelnemende artsen kregen voor deelname twee accrediteringspunten voor Ethiek.

Na de workshop konden de artsen gedurende vier maanden het TOPOI-model zelf toepassen wanneer zij een moeilijke communicatie ervaren tijdens een consultatie met een patiënt met een verschillende culturele achtergrond. Voorafgaand gaf de patiënt zijn schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek. Het informatieformulier en het toestemmingsformulier werd opgesteld in Nederlands, Frans en Engels. De bedoeling was om minstens eenmaal per week het model te gebruiken om voldoende voeling met het model te behouden.

Als inclusie-criteria worden weerhouden:

- meerderjarige patiënt
- rechtstreekse communicatie mogelijk met de patiënt in een taal die zowel de arts als de patiënt grondig beheerst
- onbegrip of (dreigende) conflictsituatie door de arts ervaren

Tijdens de periode dat het onderzoek liep belde ik elke deelnemende arts tweemaal op om hen aan het TOPOI-model te herinneren.

Na vier maanden werden semi- gestructureerde interviews afgenomen bij elke deelnemende arts om de ervaringen met het TOPOI-model in kaart te brengen. De vragen van het interview zijn tot stand gekomen na literatuuronderzoek en in overleg met mijn promotor en co- promotoren. Demografische gegevens werden voor het interview verzameld. Alle interviews werden opgenomen en woord voor woord uitgetypt. Thematische analyse werd gebruikt voor de analyse van de semi-gestructureerde interviews.

Het is een beproefde methode die een expliciete en een transparante koppeling tussen de primaire gegevens en conclusies bewaart. Thematische analyse bevat drie stadia: lijn-per-lijn codering van de tekst, het ontwikkelen van beschrijvende thema's en het genereren van analytische thema's. Bij het ontwikkelen van de beschrijvende thema's blijven we de primaire gegevens, terwijl bij het genereren van de analytische thema's er ruimte is voor interpretatie en hypotheses van de onderzoekers . Door het invoeren van beschrijvende en analytische thema's keren steeds dezelfde onderwerpen terug. (6)

c. Resultaten

De demografische gegevens van de deelnemende artsen staan neergeschreven in tabel 4.
Onder de artsen is er min of meer een gelijke verdeling van geslacht. Afgezien van één solo - arts zijn ze allen werkzaam in een groepspraktijk en hun populatie MEM zijn voornamelijk van Marokkaanse origine. De groep van artsen met minder dan 7 jaar ervaring zijn beide 28 jaar en hebben gemiddeld 2 jaar werkervaring met een percentage van 75% MEM onder hun patiëntenpopulatie. De groep van meer ervaren artsen heeft een gemiddelde leeftijd van 49 jaar en 23 jaar ervaring met MEM, die ongeveer de helft van hun patiëntenpopulatie uitmaakt.

Gedurende vier maanden gebruikten de deelnemende artsen het TOPOI-model op momenten dat zij onbegrip of een (dreigende) conflictsituatie ervaarden met hun meerderjarige patiënt, waarbij rechtstreekse communicatie mogelijk was.
Zes van de zeven artsen hebben het model wekelijks toegepast.
Een arts deed dit niet wegens tijdsgebrek en desinteresse.

Tabel 5 geeft de thematische matrix met de resultaten weer.
Tijdens de interviews werd het nut en het gebruik van het TOPOI-model duidelijk omschreven. De artsen bespraken de meerwaarde van het TOPOI-model. Verder gaven ze suggesties over wijzigingen aan het model of over de opleiding rond het TOPOI-model. Als laatste uitten twee artsen kritische bemerkingen over het TOPOI-model.

1. Het nut van het TOPOI-model
Alle geïnterviewde artsen, behalve één, vermelden een positieve invloed op de communicatie met hun patiënt bij het gebruik van het TOPOI-model.
Het TOPOI-model helpt om in dialoog te gaan met de patiënt doordat het je blik verruimt.
Het stimuleert je eveneens tot zorgvuldig nadenken en zet aan tot reflectie.

"En door het TOPOI-model er bij te nemen dat je dan […] zo efkes een zen-momentje voor je eigen inlast en bedenkt: ok, maar wat zijn hier de goeie punten, […] om te proberen dan zo de dialoog aan te gaan met de patiënt, zodat die het ook wel begrijpt." (HA5)

Het TOPOI-model sluit aan bij patiëntgerichte geneeskunde waarbij de uniciteit van de mens centraal staat.

"De persoon wordt benaderd ongeacht zijn culturele achtergrond, dat je een mens als mens beschouwt en daaruit vertrekken we, dat vind ik positief." (HA2)

Bovendien decentreert het je eigen cultureel referentiekader.

"Ik vind het [TOPOI-model]goed omdat het eigenlijk toch ook wel uw eigen culturele context bevraagt …[…] en efkes bekijkt hoe ga ik met dingen & waarden om. En dat relativeert het heel erg, waarvoor je dan veel meer open kan staan voor een ontmoeting." (HA6)

Enkele artsen bemerken dat ze het model niet enkel hanteren bij culturele verschillen maar ook bij socio-economische verschillen met hun patiënt.

"Het [model] is intercultureel maar je kunt het ook gebruiken bij andere mensen, […]zoals chi-chi madammen en simplistisch, domme mensen, en dan kan het ook wel eens interessant zijn om de zaken eens op een andere manier, via het TOPOI-model te bekijken. Ik vind dat het op die manier ook gebruikt kan worden." (HA3)

2. Het gebruik van het TOPOI-model

De meeste artsen gebruiken het TOPOI-model niet strikt, maar eerder als een leidraad dat ze in hun achterhoofd houden tijdens interculturele communicatie.

"Het[TOPOI-model] is een mozaïek, […], je neemt de happen eruit die je het beste kunt gebruiken." (HA 1)

Ze gebruiken het model wanneer ze merken dat de communicatie stroef verloopt of bij dreigende conflictsituaties.

"Als je voelt, hier is er totaal onbegrip voor wat ik jou wil zeggen en vooral, ja als er, ik spreek niet echt van agressie, maar als een eisende toon wordt gezet, het niet om kunnen met onze Ordening of hoe het hier geOrganiseerd is, dan kan het inderdaad wel helpen om de lont uit de situatie te halen." (HA 1)

Tijdsgebrek belet de meerderheid van de artsen om alle gebieden van het model te gebruiken.

"Het volledige TOPOI-model altijd gebruiken, dat is te tijdsintensief, denk ik, je kan een van de puntjes eruit halen en dat gaan bekijken, dat is meestal wat ik heb gedaan. Het TOPOI-model volledig altijd volgen, is denk ik niet zo haalbaar." (HA 7)

3. Meerwaarde van het TOPOI-model

De meerderheid van de artsen, ook de twee jonge artsen, passen het principe van het TOPOI-model en de verschillende puntjes van het model reeds min of meer toe door ervaring.

"*Ik denk dat ik dat al doe en ik denk dat wij dat al doen, …dat het een stuk verworven is over het ganse traject.* " (HA6)

Toch vindt iedereen, behalve één arts, het TOPOI-model een meerwaarde tijdens interculturele consultatie door de reflectie die ze maken.

"Het zijn vaak wel dingen die ge al wel door ervaring toepast, maar er nooit echt concreet over nadenkt en ik vind dat door het te lezen, dat ge u bij sommige dingen inderdaad wel zo, alle het doet er u echt over nadenken, zo…" (HA5)

Eén arts vindt het model voor zichzelf niet vernieuwend.

"En ik denk dat als het eens strop zou lopen, dat het interessant is om [het model] er eens bij te nemen, om eens te kijken van: zou mij dit kunnen helpen, om ergens beter te begrijpen waar het strop loopt?
Maar …ja, voor mij was het niets nieuw…" (HA6)

Eén arts uit de groep van meer dan vijftien jaar werkervaring vindt dat het model geen meerwaarde biedt voor interculturele gespreksvoering in de huisartsgeneeskunde.

"Eigenlijk … gebruik ik de kern van het TOPOI-model sowieso al, daar heb ik het model niet voor nodig. Dus proberen de mensen te bekijken, onafhankelijk van hun culturele achtergrond. Dat pas ik dagelijks toe." (HA2)

Vier artsen vermelden Inzet als belangrijkste aandachtspunt voor hen.

"Ik denk dan vooral aan die Inzet […]met het voorbeeld van 'te laat komen' , dat die patiënt toch al heel hard zijn best heeft gedaan om te komen, dat is vaak al een hele prestatie euhm…dat ge inderdaad erkenning geeft voor die inzet terwijl ge zelf al heel gefrustreerd bent dat ze te laat zijn en heel uwen agenda een beetje in de knoop komt te liggen hierdoor.." (HA 5)

Verder worden de gebieden Organisatie, Taal en Ordening telkens door één arts als aandachtspunt genoemd.

Twee artsen vinden dat het TOPOI-model in de basisopleiding tot arts thuishoort.

"*Ik denk voor iemand die begint is dat wel zeker goed om een structuur te hebben.[…] dat zou misschien wel in de opleiding moeten gebracht worden…"* (HA 4)

Dit wordt niet specifiek vermeld door de jonge artsen. Zij kregen, in tegenstelling tot de ervaren artsen opleiding over interculturele communicatie tijdens hun basisopleiding tot arts.

4. <u>Veranderingen aan TOPOI-model</u>
Er is een duidelijke vraag naar een meer hanteerbaar model met concretere vragen en meer voorbeelden.

"Als je het blad[het model] bekijkt, het is een hele tekst dat ge overdonderd wordt…
Ik zou misschien iets kortere vragen [opstellen] en er dan één voorbeeld bijzetten, omdat een voorbeeld vaak veel meer zegt dan zo'n hele tekst."(HA 5)

Een arts vraagt om het accent van de splitsing te verleggen van een culturele naar een socio-economische achtergrond.

"[Het negatieve aan het TOPOI-model is] misschien dat het iets te veel rond het culturele ligt en niet een socio-economische analyse maakt. […]
Je hebt misschien culturele verschillen die te maken hebben met verschillende raciale afkomst, maar je hebt ook een deel van de verschillen door de … klasse-verschillen. Ik denk dat er een groter verschil

is tussen de hoogste en laagste klasse om het zo te zeggen dan bijvoorbeeld tussen … Belgische en Marokkaanse origine." (HA6)

De meeste artsen willen het TOPOI model beter kunnen hanteren, maar twee artsen benadrukken dat het voor hen moeilijk is om het model onder de knie te hebben.

*"Ik denk dat je je het [model] gewoon nog meer eigen moet maken en dat je het nog beter moet kennen en kunnen en in u hebben. En dat je na de theoretische uiteenzetting het nogmaals vastneemt en bekijkt, en dan loopt het weer een keer mis en dan zeg je: *grommend* ik ga dat nog eens bekijken, ah ja nu weet ik het weer en dan geraakt het weer weg natuurlijk want je hebt het op dat moment niet nodig of je merkt niet dat je het nodig hebt tot het er toch weer een keer op zit. Euhm en dan kun je het weer eens gaan bekijken. Dus het is zo een processie van Echternach voor het echt uw eigen te maken." (*HA 3)

Ze willen praktischer opgeleid worden in het TOPOI-model.

"Ik denk dat als je het [model] in eerste instantie beter aanleert, bijvoorbeeld met een rollenspel, dat het er dan bewuster of sneller inzit en dan ook sneller uitkomt." (HA 3)

5. Kritische bemerkingen over het TOPOI-model

Als afsluiter hebben enkele artsen wat kritische bedenkingen over het TOPOI-model.

Het TOPOI-model op zich biedt geen oplossingen merkt een arts op.

"*Het [model] wijst erop dat er problemen met pakweg taal zijn, maar er zijn geen oplossingen voorhanden…Je moet nog altijd gewoon goed kunnen communiceren om het eruit te halen, eigenlijk."* (HA7)

Een andere arts vraagt zich toch af of er geen verschil is om de ene cultuur anders te benaderen dan de andere.

*"Hoe komt het dat we dit soort dingen *wijzend naar het TOPOI-model*moeten doen om de Marokkanen en Turken beter te begrijpen en waarom moeten we zoveel minder doen om de Chinezen te begrijpen? Daar ben ik nog altijd niet achter… Er is toch iets met de verschillende culturen onderling."* (HA1)

d. Discussie

Samenvatting van de resultaten

De meeste geïnterviewde artsen vinden het TOPOI-model een meerwaarde tijdens een intercultureel consult wanneer er onbegrip heerst tussen de arts en de patiënt, hoewel ze het principe van het model door ervaring reeds toepassen. Het TOPOI-model helpt de artsen te reflecteren en verruimt hun blik met een positieve invloed op hun communicatie tot gevolg. Ze hanteren TOPOI niet als een strikt communicatiemodel maar als een leidraad waaruit ze de meest bruikbare punten uithalen.
Als belangrijkste aandachtspunt komt Inzet naar voor, ook worden de gebieden Taal, Organisatie en Ordening vermeld. De deelnemende artsen vragen om het TOPOI-model om te vormen naar een kort model met concrete vragen en een praktisch luik toe te voegen met een voorbeeld. Ze willen meer en vooral praktisch opgeleid worden zodat ze het model beter kennen en kunnen gebruiken.

Vergelijking met bestaande literatuur

Voor zover geweten is het de eerste maal dat het TOPOI-model onderzocht wordt .
Het basisprincipe van het TOPOI-model is de benadering van interculturele communicatie vanuit de persoon en niet vanuit zijn cultuur. Tijdens de interviews en in de literatuur blijkt dat huisartsen dit ook als vertrekpunt hanteren. (3)
Toch vraagt een deelnemende arts zich af of sommige culturen geen andere aanpak vereisen en vestigt hiermee terug de aandacht op het culturele aspect van interculturele communicatie. Zoals enkele artsen opmerken, wil Hoffman het gebruik van TOPOI verbreden naar situaties waarin socio-economische verschillen met je gesprekspartner vlotte communicatie in de weg staat. Een arts wil deze lijn doortrekken en vraagt het accent te verschuiven van culturele splitsing naar socio-economische splitsing.
Hieruit rijst de vraag of een (eventuele) andere aanpak bij bepaalde culturen te maken heeft met grotere socio-economische verschillen bij deze culturen.

Het analysekader van het TOPOI-model wordt enthousiast onthaald omdat artsen hierdoor dieper nadenken over communicatieverschillen. Het interventiekader helpt hen dan weer beter in dialoog te komen met hun patiënt. Een arts merkt echter op dat het model geen concrete oplossingen biedt voor de opgemerkte communicatieverschillen, terwijl de opzet van het TOPOI-model is om concrete handvaten aan te bieden.

Een van de inclusie -criteria tijdens het onderzoek was het gebruik van het model wanneer er onbegrip heerst tussen de arts en de patiënt. Het is inderdaad de bedoeling om uitsluitend TOPOI te gebruiken tijdens moeizame interculturele communicatie, zodat het niet als een scherm tussen jou en je gesprekspartner staat . De meeste geïnterviewde artsen merken tijdens het gebruik van het TOPOI-model een positieve invloed op hun communicatie en vinden het TOPOI-model dan ook een meerwaarde tijdens interculturele gespreksvoering. Eén arts vindt echter dat het TOPOI-model geen meerwaarde biedt, maar hij zegt zelf dat hij zich onvoldoende verdiept heeft in het model wegens tijdsgebrek en desinteresse.

Alle vijf gebieden van TOPOI (Taal, Ordening, Personen, Organisatie, Inzet) zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden maar je kan verder werken met één van de gebieden, zoals de meerderheid van de artsen doet. Het laatste gebied van TOPOI, namelijk Inzet, kwam als belangrijkste aandachtspunt naar voor. Geen enkele arts zei dat het gebied Personen een werkpunt is. Misschien omdat een arts zich sowieso afvraagt hoe hij zichzelf presenteert en hoe hij de andere ziet? Of werd dit gebied onvoldoende begrepen? Het gebied Personen is afkomstig uit de systeemtheorie, waar het interpersoonlijke perspectieven wordt genoemd. Het verwijst naar het betrekkingsniveau in de communicatie. David Pinto geeft de opmerking dat Hoffman dit foutief heeft vertaald naar Personen. (7)

De artsen willen het TOPOI-model beter kunnen gebruiken en vragen meer opleiding met praktische voorbeelden. Vanaf het begin van het onderzoek was duidelijk dat dit een beperking zou zijn, aangezien de workshop slechts twee uur duurde. In dit kort tijdbestek werd zowel theoretische achtergrond als casussen rond het TOPOI-model gegeven.
De geïnterviewde artsen vragen een omvorming van het TOPOI-model naar een kort model met duidelijke vragen en een voorbeeld. Ook David Pinto noemt dit communicatiemodel onbruikbaar wegens zijn uitgebreide karakter. (6) In dit opzicht moet vermeld worden dat het TOPOI-model ontworpen werd voor iedereen die in contact komt met interculturele communicatie en niet specifiek voor (huis-)artsen.

Zowel de jonge artsen als de artsen met meer ervaring hebben vinden het TOPOI-model een meerwaarde tijdens interculturele communicatie. Ook de jonge artsen passen door (hun beperkte) ervaring het TOPOI-model reeds toe. Ze zeggen niets over een integratie van het TOPOI-model in de opleiding tot basisarts wat twee artsen met meer ervaring wel nodig vinden. Dit komt waarschijnlijk doordat de jonge artsen in tegenstelling tot de ervaren artsen tijdens hun basisopleiding wel lessen hebben gekregen over interculturele communicatie.

De bevinding dat het TOPOI-model een meerwaarde biedt tijdens interculturele gespreksvoering moet kritisch geëvalueerd worden.
Ligt het echt aan het TOPOI-model of zou elk communicatiemodel dat helpt stilstaan bij het belang van communicatie een meerwaarde bieden tijdens interculturele communicatie?

<u>Beperkingen van het onderzoek</u>
De grootste beperking van het onderzoek is het klein aantal deelnemende artsen. Dat maakt het erg moeilijk om de resultaten te interpreteren.
Bovendien werd het onderzoek gevoerd bij huisartsen werkzaam in Deurne en Borgerhout met gemiddeld 50% MEM onder hun patiëntenpopulatie, waaronder voornamelijk mensen van Marokkaanse origine. De jarenlange ervaring van de meeste artsen en het groot aantal MEM dat ze dagelijks zien, maakt hen ‘experts ter zake’ rond deze migrantengroep maar vraagt voorzichtigheid om de gegevens te extrapoleren.
Het korte tijdsbestek waarin de workshop werd gegeven en waarin het onderzoek liep is een bijkomende beperking, evenals de geringe voorkennis en ervaring over dit onderwerp bij de onderzoekers.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Naar aanleiding van het onderzoek lijkt het aangewezen om het TOPOI-model om te vormen naar en kort model met duidelijke vragen en voorbeelden, toegepast op huisartsgeneeskunde. Dit kan nadien onderzocht worden bij een groter aantal huisartsen, bij jonge huisartsen in het algemeen en bij huisartsen met een laag percentage aan MEM in hun patiëntenpopulatie.

Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om de meerwaarde van het TOPOI-model te onderzoeken aangezien het zeer moeilijk is om een positieve invloed van communicatie te meten. Eventueel kan dit indirect gemeten worden door een daling van bloeddruk bij patiënten met arteriële hypertensie of een daling van het HbA1c bij diabetespatiënten.

Eveneens ontbreekt in de literatuur vergelijkend onderzoek tussen verschillende communicatiemodellen. Een vergelijkend onderzoek tussen het TOPOI-model van Edwin Hoffman en de Drie-stappen methode van David Pinto lijkt zeker van belang des te meer omdat zij allebeide interculturele communicatie op een verschillende manier benaderen.

e. Conclusie

De meeste geïnterviewde artsen vinden het TOPOI-model een meerwaarde tijdens een intercultureel consult wanneer er onbegrip is tussen de arts en de patiënt. Het TOPOI-model helpt de artsen te reflecteren en verruimt hun blik met een positieve invloed op hun communicatie tot gevolg.
Ze vragen om het TOPOI-model om te vormen naar een kort, concreet model met voorbeelden en willen praktisch opgeleid worden zodoende het model beter te kunnen toepassen.

f. Literatuur

1. John Van Daele. 1999 Op zoek naar het beloofde land. Van Halewyck, 117 pagina's.
2. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs. Patient Educ Couns. 2012 Feb;86(2):205-9
3. Wachtler C, Brorsson A, Troein M. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. Family practice 2006;23:111-115.
4. Rosenberg E, Kirmayer LJ, Xenocostas S, Dominice Dao M and Loignon C. GPs' strategies in intercultural clinical encounters. Family Practice 2007; 24: 145–151.
5. Edwin Hoffman. 2009. Interculturele gespreksvoering: Theorie en praktijk van het TOPOI-model. Bohn Stafleu van Loghum Houten, 387 pagina's.
6. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. Bmc Medical Research Methodology, 2008 Jul 10;8
7. David Pinto. 2007. Interculturele communicatie: Een stap verder. Bohn Stafleu van Loghum Houten, 306 pagina's.

4. Abstract

Achtergrond

Communicatie ligt aan de basis van elke arts-patiëntrelatie en vormt de eerste stap naar diagnose en behandeling. De laatste decennia is België uitgegroeid tot een multiculturele samenleving met een gevarieerde populatie van migranten en etnische minderheden (MEM). Dit zorgt soms voor moeilijkheden in de communicatie, ook bij de huisarts. Het inschakelen van een intercultureel bemiddelaar kan de afstand tussen de arts en de patiënt overbruggen. Maar hoe kan een huisarts de communicatie met patiënten van verschillende culturele achtergrond verbeteren en conflictsituaties aanpakken?

Het TOPOI-model van Edwin Hoffman maakt sinds de jaren 2000 grote opmars, maar werd tot op heden nog niet onderzocht.

Onderzoeksvraag

Literatuurstudie: Welk communicatiemodel of welke communicatietechnieken kan een huisarts hanteren tijdens een consult met een patiënt met een verschillende culturele achtergrond?

Praktijkproject: De meerwaarde van het gebruik van het TOPOI-model bij interculturele gespreksvoering in de huisartsgeneeskunde in kaart brengen.

Methode

Literatuurstudie

Een systematische zoektocht doorheen medische online databanken Medline (Pubmed), Cinahl en Psychinfo werd ondernomen met een combinatie van zoektermen. Als inclusiecriteria werden weerhouden: concrete communicatiemodellen of communicatiestrategieën ter bevordering van interculturele gespreksvoering bij volwassen patiënten en als outcome de perceptie van verbeterde communicatie vanuit arts-perspectief.

Praktijkproject Kwalitatief onderzoek (semi -gestructureerde face-to-face interviews)

Alle huisartsen en huisartsen-in-opleiding van Belgische origine, werkzaam in Deurne en Borgerhout werden via mail uitgenodigd om deel te nemen. Het onderzoek verliep tweeledig.

Een workshop over interculturele communicatie en het TOPOI-model vond plaats. Gedurende 4 maanden gebruikten alle deelnemende artsen het model wanneer zij een moeizame communicatie of een (dreigende) conflictsituatie ervaarden. Nadien werden semi -gestructureerde interviews afgenomen om de ervaringen van de artsen met het TOPOI-model in kaart te brengen. Thematische analyse werd gebruikt voor de analyse van de interviews.

Resultaten

Literatuurstudie

Slechts enkele communicatiemodellen ter bevordering van interculturele gespreksvoering in huisartsgeneeskunde werden gevonden in de vijf weerhouden artikels.

De meerwaarde op lange termijn van de Drie-stappenmethode werd aangetoond in een gerandomiseerd onderzoek en het verklaringsmodel vormt de basis van vele interculturele communicatiemodellen.

Praktijkproject

Zeven artsen namen deel aan het onderzoek.

Het TOPOI-model hielp de geïnterviewde artsen te reflecteren en verruimde hun blik met een positieve invloed op hun communicatie tot gevolg.

Ze hanteerden TOPOI als een leidraad waaruit ze de meest bruikbare punten haalden.
De deelnemende artsen vragen om het TOPOI-model om te vormen naar een kort model met concrete vragen. Ze wilden praktisch opgeleid worden in het model.

Conclusie

Verschillende communicatiemodellen kunnen ingezet worden tijdens een interculturele consultatie maar eenduidigheid over welk model naar voren wordt geschoven ontbreekt wegens gebrek aan vergelijkend literatuuronderzoek.
De meeste geïnterviewde artsen vonden het TOPOI-model een meerwaarde tijdens een intercultureel consult wanneer er onbegrip was tussen de arts en de patiënt doordat het model hen hielp reflecteren. Ze vroegen om het TOPOI-model om te vormen naar een kort, concreet model met voorbeelden en wilden praktisch opgeleid worden zodoende het model beter te kunnen toepassen.

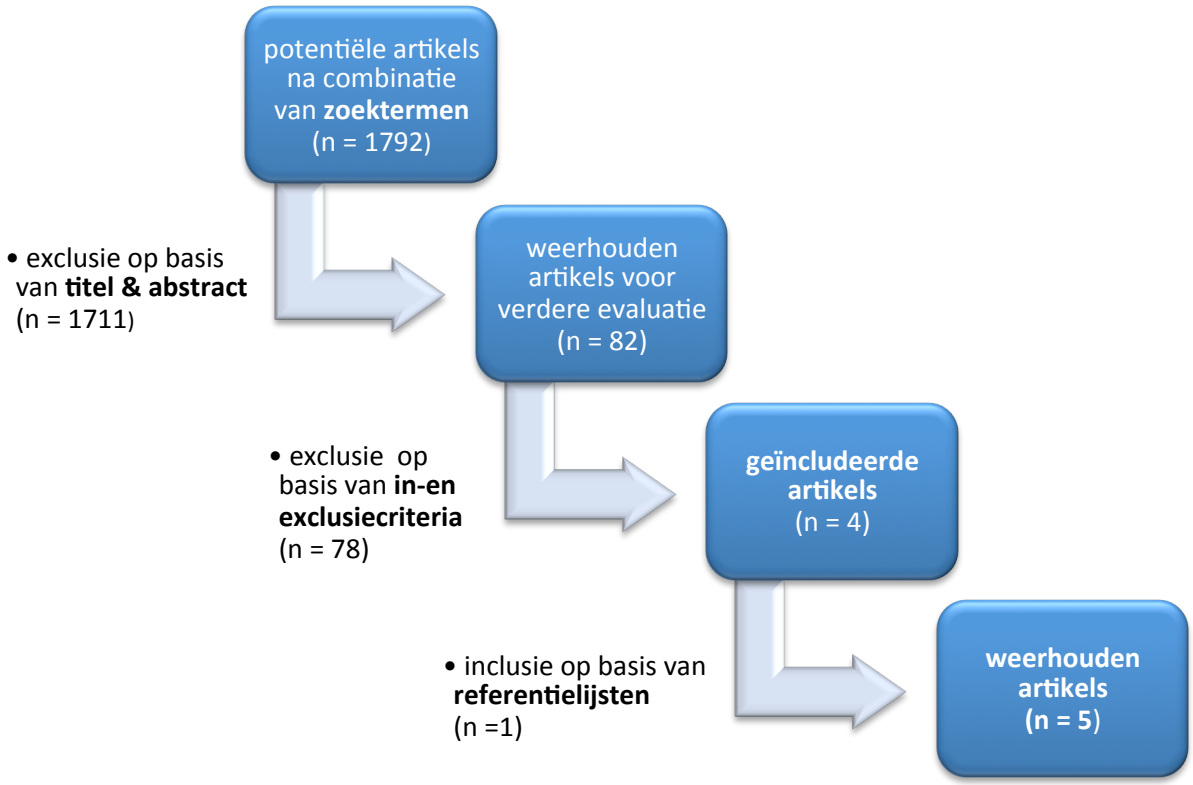
5. Dankwoord

In eerste instantie wil ik mijn promotor, professor dokter Bert Aertgeerts en co-promotoren, professor dokter Jan De Lepeleire en dokter Mieke Vermandere, bedanken voor hun bemoedigende woorden en hun eindeloze geduld tijdens het ontwikkelen van deze thesis.
Dank aan dokter Ludo Dhondt, praktijkopleider tijdens mijn eerste opleidingsjaar, om me tijdens mijn eerste stappen in huisartsgeneeskunde te begeleiden. Ik ben veel dank verschuldigd aan mijn huidige praktijkopleiders, dokter Michel Reniers en dokter Jeroen Van den Brandt voor het overdragen van hun kennis, hun eeuwige enthousiasme en hun immer luisterend oor.
Uiteraard wil ik ook de overige collega's en medewerkers van mijn twee opleidingspraktijken graag vermelden, elk van hen heeft op een unieke manier bijgedragen aan mijn leerproces.

Mijn bijzonder dank gaat uit naar mijn grootouders, ouders en zus die me tijdens mijn ganse opleiding tot huisarts hebben aangemoedigd en steeds in mij zijn blijven geloven.
Als laatste wil ik Dries Van Doninck bedanken om er altijd voor mij te zijn.

6. Bijlagen

Figuur 1: stroomdiagram zoektocht naar artikels



Tabel 1: Karakteristieken van geïncludeerde artikels

Titel	The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised trial	Association of American medical Colleges: Cultural competence education for medical students: Assessing and revising curriculum	Cultural dissimilarities in General Practice: Development and Validation of a Patient's Cultural Background Scale	Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication	Cultural diversity at the end of life: issues & guidelines for family physicians
Auteur	Harmsen et al		Harmsen et al	Meeuwesen et al	Searight et al
Jaar	2005	2005	2006	2009	2005
Land	Nederland	USA	Nederland	Nederland	USA
Type onderzoek	RCT	Review	Cross-sectional	Randomised Intervention Trial	Guideline
Opzet	38 HA, 614 Westerse patiënten en 369 niet-Westerse patiënten (Turkse, Marokkaanse, Surinaamse origine)	Verklaringsmodel, LEARN, BATHE, ETHNIC, Eliciting patient information and negotiating, ESFT model for communication and compliance, model for Cultural Competency in Health Care, "Review of Systems" domains of the Social Context en BELIEF.	38HA, 986 patiënten (Nederlandse, Surinaamse, Nederlands-Antilliaanse, Marokkaanse, Turkse, Kaap-Verdische & andere origine)	307 HA uit 10 Europese landen (België, Estland, Duitsland, Groot-Brittannië, Nederland, Polen, Roemenië, Zweden en Zwitserland) en 5820 patiënten uit deze landen	Klinische aanbevelingen Concrete vraagstelling voor gesprek rond het levenseinde Domeinen in gezondheidszorg waar etnische verschillen kunnen optreden
Onderzoek - populatie	HA uit Rotterdam met minimum 25% MEM	/	HA uit Rotterdam met een multi-etnische patiëntenpopulatie	HA representatief voor ganse HA-groep in elk land, data afkomstig uit voorgaande studie	/
Interventie	HA: 2,5 dag training in interculturele communicatie via Drie-stappen Methode van Pinto Ptn: 12min video in wachtzaal over interculturele communicatie	/	Vragenlijst voor patiënt, bestaande uit 20 vragen	Video-consultaties Vragenlijst aan HA & patiënt	/

Tabel 2: Overzicht interculturele communicatiemodellen

Titel	Land	Jaar	Auteur	Kwaliteit	Informatie
Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for the family physician	USA	2005	Searight, Gafford	Graad van aanbeveling: C	Gebaseerd op kennis en ervaring van experts met concrete aanbevelingen over interculturele gespreksvoering rond levenseinde.
Verklaringsmodel -What do you think has caused your problem? -What do you think your sickness does to you? -What kind of treatment you think you should receive?	USA	1978	Kleinman, Eisenberg, Good	++++	Het verklaringsmodel vormt de basis van vele interculturele communicatiemodellen. In de literatuur vinden we talloze verwijzingen naar dit model.
LEARN Listen with sympathy and understanding to the patient's perception of the problem Explain your perceptions of the problem Acknowledge and discuss the differences and similarities Recommend treatment Negotiate agreement	USA	1983	Berlin, Fowkes	+++	Een simpele benadering, niet uitsluitend beperkt tot interculturele ontmoetingen.
BATHE Background (What is going on in your life?) Affect (How do you feel about what is going on?) Trouble (What troubles you most?) Handling (How are you handling that?) Empathy (This must be very difficult for you.)	USA	1993	Stuart, Leiberman	+++	Ontwikkeld om het psychosociale aspect van elke consultatie te belichten in een 15-min durend consult, niet speciaal voor MEM.
ETHNIC Explanation (How do you explain your illness?) Treatment (What treatment have you tried?)	USA	1997	Levin,Like, Gottlieb	+++	Een praktische handleiding voor elke (acute, chronische, preventieve) interculturele consultatie, bruikbaar in een 15-min durende consult.

Healers (Have you sought any advice from folk healers?) Negotiate (How best do you think I can help you?) Intervention (This is what I think needs to be done now) Collaboration (with patient, family, and healers: How can we work together on this and with whom else?)					
Eliciting Patient Information and Negotiating Identify core cross-cultural issues Explore the meaning of the illness (What do you think has caused your problem?) Determine the social context (What is causing the most difficulty or stress in your life?) Engage in negotiation	USA	1999	Carrillo, Green, Betancourt	+++	Deze benadering gaat doorheen ervaren sociale en culturele barrières en volgt het spoor van de patiënt om tot onderhandeling te komen.
ESFT model for communication and compliance Explanatory model Social risk for noncompliance Fears and concerns about the medication Therapeutic contracting and playback	USA	1999	Betancourt, Carrillo, Green	++	Ontwikkeld na onderzoek over hypertensie bij MEM. Het screent naar barrières voor compliantie en illustreert strategieën om de outcome bij hypertensie-patiënten te verhogen.
Model for Cultural Competency in Health Care Normative cultural values Language issues Folk illnesses Patient/parent beliefs Provider practices	USA	2000	Flores	+	Dit model richt zich op de culturele kenmerken van de medisch handelen, maar voorbeeldvragen blijven uit.
"Review of Systems" domains of the Social Context Social stressors and support network (What is causing the most stress in your life? How do you deal with this?)	USA	2002	Green, Beancourt, Carrillo	+	Praktische benadering om een analyse te maken van sociale barrières voor effectieve gezondheidszorg. Het baseert zich niet op het verklaringsmodel van Kleinman.

Change of environment (Where are you from originally? When did you come to this (country, city, town)?) Life control (Do you ever feel that you're not able to afford food, medications, etc?) Literacy (Do you have troubles with reading?)					
BELIEF Beliefs about health (What caused your illness/problem?) Explanation (Why did it happen at this time?) Learn (Help me to understand your belief/opinion.) Impact (How is this illness/problem impacting your life?) Empathy (This must be very difficult for you.) Feelings (How are you feeling about it?)	USA	2003	Dobbie, Medrano, Tysinger, Olney	+	Ontwikkeld op basis van het verklaringsmodel, LEARN en ETHNIC. Het model biedt een bruikbare handleiding voor interculturele gespreksvoering.
Drie-Stappen-Methode - 1. Reflectie over eigen culturele normen, waarden & communicatiestijl - 2. Reflectie over de culturele normen, waarden en communicatiestijl van de andere - 3. Vaardigheden om mogelijke kloven op te lossen	Nederland	2000	Pinto	++++ Een RCT toont meerwaarde van de Drie-Stappen-Methode van Pinto aan tijdens interculturele communicatie bij de huisarts. Eveneens basis van 'culturele achtergrond	Benadering van interculturele communicatie vanuit de cultuurverschillen met reductie van alle culturen tot fijn- en grofmazige structuren, afhankelijk van het aantal regels en gedragingen die de culturen bevatten.

				schaal' van de patiënt	
CultureleDimensies van Hofstede Machtsafstand mate waarin de leden van een gemeenschap accepteren dat de macht ongelijk verdeeld wordt. (van klein naar groot). Onzekerheidsvermijding de mate waarin de leden van een gemeenschap zich bedreigd voelen door onbekende situaties. (zwak naar sterk) Individualisme versus collectivisme Individualisme staat voor een gemeenschap waarbij iedereen op zichzelf functioneert. Hiertegenover staat Collectivisme waarbij iedereen is geïntegreerd in een sterke beschermende groep. Masculien versus feminien Een cultuur is masculien als sociale sekserollen strikt gescheiden zijn, mannen zijn verondersteld assertief en vrouwen horen teder te zijn. Een samenleving is feminien als sociale sekserollen elkaar overlappen. Langetermijn versus kortetermijngerichtheid Langetermijndenken staat voor het bevorderen van deugden die toekomst gericht zijn. Kortetermijngerichtheid staat voor het bevorderen van deugden die in het verleden of heden liggen.	Nederland	1980	Hofstede	+++ Inter-nationale verschillen in medische communicatie kunnen verklaard worden vanuit de dimensies van Hofstede. Kennis van deze internationale verschillen is een voorwaarde in de preventie van medische miscommunic atie. Eveneens basis van 'culturele achtergrond schaal' van de patiënt.	Benadering van interculturele communicatie vanuit cultuurverschillen. De vijf dimensies worden in bepaalde mate aan elke cultuur toegeschreven.

Tabel 3: TOPOI-model Edwin Hoffman

Analysekader: Wat kun je je afvragen?	**Interventiekader: Wat kun je doen?**
TAAL: verbaal, non-verbaal en schriftelijk - Wat is de betekenis van ieders verbale en non-verbale taal? - Wat is de betekenis van de schriftelijke taal en ieders interpretatie daarvan? - Wat is ieders interpretaties van elkaars woorden en gedrag? - Wat is de invloed van de sociale omgeving op wat ieder zegt en non-verbaal laat zien *en* op wat ieder van elkaar begrijpt?	**TAAL**: verbaal, non-verbaal en schriftelijk - Rekening houden met de taalpositie van de ander. - De non-verbale taal (lichaamstaal) waarnemen met *alle* zintuigen. - Verhelderen van betekenissen van ieders verbale en non-verbale taal en van de schriftelijke taal. - Bij afspraken of toetsing wat begrepen is: open vragen stellen wat begrepen is; wat de ander gaat doen. - Eenvoudig en expliciet taalgebruik - Feedback geven; feedback vragen. - Verhelderen wat de invloed is van de sociale omgeving op ieders verbale en non-verbale taal én op ieders interpretatie daarvan.
ORDENING: zienswijze en Logica - Wat is ieders zienswijze en logica? - Wat zijn de aannames van eenieder? - Wat is het gemeenschappelijke? - Wat is de invloed van ieders sociale omgeving op ieders zienswijze en logica?	**ORDENING**: zienswijze en Logica - Verheldering en erkenning van ieders zienswijze. - De eigen aannames bewust worden en verhelderen. - Verschillen laten voor wat ze zijn en het gemeenschappelijke voorop zetten. - Besef en verheldering van de invloed van de sociale omgeving op ieders zienswijze en logica.
PERSONEN: Identiteit en Betrekking - Hoe (vanuit welke rollen, beelden, verwachtingen) ziet eenieder *zichzelf* en *de ander*?	**PERSONEN**: Identiteit en Betrekking - De rollen en verwachtingen van waaruit eenieder spreekt, verhelderen en erkennen.

- Welke beelden communiceert eenieder naar elkaar toe? - Hoe ziet en ervaart eenieder de onderlinge relatie? - Wat is de invloed van ieders sociale omgeving op hoe eenieder zichzelf, de ander en de onderlinge relatie ziet?	- Verhelderen van de beelden die eenieder van elkaar heeft. - Verhelderen hoe ieder de onderlinge relatie ervaart. - Ieders opstelling in het gesprek bespreken/wijzigen - Het *relatiekader* aangeven: zo gaan we met elkaar om. - Verhelderen wat de invloed is van de sociale omgeving op hoe eenieder zichzelf presenteert en op hoe eenieder de ander en de onderlinge relatie ziet en ervaart
ORGANISATIE: <u>het functionele kader en machtsrelaties</u> - Wat zijn van mijn kant de organisatorische factoren en machtsfactoren die de communicatie beïnvloeden? - Wat zijn van de kant van de ander de organisatorische factoren (macht, kennis, beeldvorming) die de communicatie beïnvloeden? - Wat is de invloed van de maatschappelijke context en van ieders maatschappelijke positie op de communicatie?	**ORGANISATIE:** <u>het functionele kader en machtsrelaties</u> - Het functionele, organisatorische kader van het gesprek expliciteren. - De eigen 'organisatie' anders regelen. - De organisatorische factoren van kant van de ander (kennis, beeldvorming, betekenisgeving) navragen en erkennen. - Stilstaan bij de invloed op de communicatie van de organisatorische en maatschappelijke context en van ieders maatschappelijke posities.
INZET: <u>motieven of beweegredenen</u> - Wat zijn ieders onderliggende motieven: beweegredenen, emoties, behoeften, waarden? - Is er erkenning van ieders inzet? - Is er besef van het onderscheid tussen bedoelingen en effecten? - Wat is de invloed van de sociale omgeving	**INZET**: <u>motieven of beweegredenen</u> - Gevoelsreacties waarnemen, teruggeven en navragen. - Verheldering en erkenning van onderliggende beweegredenen. - (Laten) Werken met de effecten van de communicatie. - Onderzoeken wat de ander als erkenning ervaart.

op de inzet van mij en van de ander én op wat eenieder van de ander als inzet kan zien en erkennen?	- Verheldering van de invloed van de sociale omgeving op ieders inzet en op wat ieder als inzet kan zien en erkennen bij de ander.

Referentie
Edwin Hoffman. 2009. Interculturele gespreksvoering: Theorie en praktijk van het TOPOI-model. Bohn Stafleu van Loghum Houten, 387 pagina's.

Tabel 4: Demografische gegevens van geïnterviewde artsen

	Groep <7 jaar ervaring (=2)	Groep > 15 jaar ervaring (=5)
Geslacht		
- **Man**	1 (50%)	2 (40%)
- **Vrouw**	1 (50%)	3 (60%)
Type praktijk		
- **Solo**	0	1 (20%)
- **Groep**	2 (100%)	4 (80%)
Leeftijd	28 jaar	49 jaar (40-58)
Aantal jaar werkervaring met MEM	2 jaar (1-3)	23 jaar (18-31)
Aantal MEM binnen patiëntenpopulatie	75% (70-80)	47 % (15-70)
Voornaamste afkomst binnen MEM	Marokkaanse origine	Marokkaanse origine

Tabel 5 : Thematische Matrix

NUT van TOPOI-model:

Invloed op je manier van communiceren

- helpt tot dialoog te komen met je pt
- helpen reflecteren over situatie
- zorgt dat je grondig nadenkt

Patiënt-gerichte geneeskunde

- mens als mens benaderen
- decentreren van eigen referentiekader

Extrapoleren van gebruik

- ook hanteren bij socio-economische verschillen met je pt

GEBRUIK van TOPOI-model:

- als leidraad hanteren
- inzetten bij moeilijke communicatie
- tijdsgebrek belet om TOPOI volledig te gebruiken

MEERWAARDE van TOPOI-model:

- door ervaring TOPOI al gedeeltelijk toepassen
- zeer waardevol
- Inzet is belangrijkste aandachtspunt
- TOPOI integreren in opleiding

VERANDERINGEN aan TOPOI-model:

MODEL

- kort model met duidelijke vragen en voorbeelden
- verschuiving van culturele naar socio-economische splitsing

ARTS

- wil praktisch opleiding krijgen over TOPOI
- wil TOPOI beter kunnen hanteren

KRITIEK over TOPOI-model:

- model biedt geen oplossingen
- toch verschillende aanpak vereist voor verschillende culturen?

Appendix 1: Combinatie van zoektermen

Medline

Communication	AND	ethnic groups	AND	general practice
Communication	AND	ethnic groups	AND	primary health care
Communication	AND	ethnic groups	AND	physicians, family
Communication	AND ethnology		AND	general practice
Communication	AND	ethnology	AND	primary health care
Communication	AND	ethnology	AND	physicians, family
Communication – barriers	AND cultural background/culture		AND	general practice
Communication – barriers	AND cultural background/culture		AND	primary health care
Communication – barriers	AND cultural background/culture		AND	physicians, family
Communication – barriers	AND ethnic groups		AND	general practice
Communication – barriers	AND ethnic groups		AND	primary health care
Communication – barriers	AND ethnic groups		AND	physicians, family
Communication – barriers	AND ethnology		AND	general practice
Communication – barriers	AND ethnology		AND	primary health care
Communication – barriers	AND ethnology		AND	physicians, family
Cultural competence		AND		general practice
Cultural competence		AND		primary health care
Cultural competence		AND		physicians, family
Cultural diversity		AND		general practice
Cultural diversity		AND		primary health care
Cultural diversity		AND		physicians, family

Cinahl

Communication and culture		AND		family practice		
Communication and culture		AND		family physician		
Communication and culture		AND		primary health care		
Communication		AND		ethnicity	AND	family practice
Communication barrier	AND	ethnicity	AND	family practice		
Communication barrier	AND	ethnicity	AND	family physician		

Communication	AND	transcultural care	AND	family practice
Communication	AND	transcultural care	AND	family physician
Cultural competence	AND	communication	AND	family practice
Cultural diversity	AND	communication	AND	family practice
Communication skills	AND	ethnicity	AND	family practice

PsycInfo

Communication	AND ethnic groups	AND	general practice
Communication	AND ethnic groups	AND	primary health care
Communication	AND ethnic groups	AND	physicians
Communication barrier	AND ethnic groups		
Communication barrier	AND general practice		
Communication barrier	AND ethnic differences		
Communication apprehension	AND ethnic groups		
Communication apprehension AND	primary health care		
Communication apprehension AND	general practice		
Communication apprehension AND	family physician		
Cultural diversity	AND communication		
Cultural characteristics	AND communication		

Appendix 2: Migratiegeschiedenis van België

Volgens VanDaele telt België in 1910 254.000 inwoners van buitenlandse origine, waarvan 80% afkomstig uit buurlanden.

Na Wereldoorlog II begint men buitenlandse werkkrachten aan te werven voor de naoorlogse heropbouw. Deze arbeiders zijn uit andere landen afkomstig dan onze buurlanden.

Op 20 juni 1946 wordt een Italiaans-Belgisch verdrag getekend waardoor 50.000 Italiaanse arbeiders in de belgische mijnen komen werken. Zij verrichten zwaar werk in ongunstige omstandigheden.
Het jaar 1956 vormt een keerpunt in migratiegeschiedenis. In augustus vindt een mijnramp in Marcinelle plaats met 256 dodelijke slachtoffers, waarvan 139 Italianen. Italië weigert nog arbeiders te sturen naar België onder de heersende voorwaarden.
België ziet zichzelf genoodzaakt om andere landen aan te spreken.
Tijdens de jaren '60 worden Spanjaarden, Grieken, Noord-afrikanen en Turken gerekruteerd.
In 1964 wordt via ambassades een folter uitgedeeld waarbij potentiële arbeiders gelokt worden met aantrekkelijke voordelen: "Travailler & vivre en Belgique".
Opmerkelijk is het aandringen op gezinsmigratie. Vanuit Noord-Afrika en Turkije komt een 2e migratiegolf op gang. De economische crisis slaat toe en zorgt voor stijgende werkeloosheid. De overheid probeert migraties tegen de houden en roept in 1974 een immigratiestop in. Hiermee hoop de overheid dat het immigratieprobleem van de baan zal zijn. Er wordt echter geen rekening gehouden met familiebanden en het belang van sociaal netwerk dat sterk leeft in Noord-Afrika en Turkije. Familieherenigingen vinden plaats, migranten trouwen met iemand uit land van herkomst.
In jaren '80 zijn er meer en meer tekens dat etnische minderheden, migranten uit de jaren '60 en '70 zich inburgeren, zoals het toenemende eigendomsverwerving van Italianen, Marokkanen en Turken en gemengde huwelijken. Gastarbeiders leven samen en vormen groepen van etnische minderheden.
Afgezien van professionele redenen en gezinshereniging vormt asielaanvragen voor politieke, economische of klimatologische redenen een belangrijke reden voor immigratie.
Na het wegvallen van het 'ijzer gordijn' zien we een toenemend aantal asielaanvragen uit Oost-Europa. (1)

België telt op 1 januari 2012 11 035 948 inwoners.

Naast inwoners van Europese Unie zijn heden de drie grootste bevolkingsgroepen in België Marokkanen, Turken en Congolezen. (2) Dit vertaalt zich in een multiculturele samenleving.
Door dit grote aantal komen niet enkel huisartsen in stedelijke praktijken in contact met migranten en etnische minderheden.

Referentie:

1. John Van Daele. 1999 Op zoek naar het beloofde land. Van Halewyck, 117 pagina's.
2 Statbel Belgian Federal Government – Statistics Belgium
Structuur van bevolking volgens huidige nationaliteit: Belgische en vreemde bevolking volgens gewest
http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/huidige_nationaliteit/belgisch_vreemd/
(laatst geraadpleegd in april 2013)

Appendix 3: Het TOPOI-model, een pluralistische, systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie

De systeemtheorie gaat ervan uit dat de identiteit van een persoon gevormd wordt door zijn deelidentiteiten, afhankelijk van de sociale systemen waartoe hij behoort. Religie, etniciteit en nationaliteit zijn slechts drie van de mogelijke deelidentiteiten naast onder andere beroep, opleiding, leeftijd, geslacht. Het systeemdenken beschouwt een menselijke ontmoeting als een sociaal systeem van 'personen-communicerend-met-andere-personen' en trekt deze lijn door naar interculturele communicatie. Interculturele communicatie wordt interpersoonlijke communicatie.
Elk sociaal systeem wordt gekenmerkt door een bepaalde cultuur, waarin we vier elementen terugvinden. De taal die mensen binnen het sociaal systeem hanteren, vaak het vakjargon. Hiernaast vinden we kennis over het reilen en zeilen binnen het sociaal systeem, zoals de uren waarop een afspraak kan gemaakt worden. Als derde element zijn er normen en waarden die de mensen binnen het sociaal systeem hanteren. Waarden zijn de opvattingen van wat mensen belangrijk, gezond en juist vinden, bijvoorbeeld vrijheid en gelijkheid. Normen vormen de verbinding tussen de algemene waarden en de concrete gedragingen, zoals je mag niet doden.
Als laatste onderscheidt een sociaal systeem zich door symbolen, rituelen en helden. Hierbij denken we aan het dragen van een witte jas en het afleggen van de eed van Hippocrates.
Een cultuur wordt door Hoffman omschreven als een ijsberg waarbij de waarneembare laag de cultuuruitingen zijn zoals taal, symbolen en rituelen, maar waarbij de niet-waarneembare laag kernwaarden van een cultuur herbergt. Dit leert ons hoe diepgeworteld cultuur in de mens aanwezig is en hoe intens cultuurverschillen mensen kunnen raken.
Edwin Hoffman opteert voor een pluralistische benadering om bij cultuurverschillen toch tot een dialoog te komen. Er moet erkenning zijn van enerzijds de achterliggende universele, transculturele waarden en anderzijds de opgetreden culturele verschillen. Op deze manier probeert hij in dialoog te komen met de ander.
Volgens de systeemtheorie is er tijdens een communicatieproces een circulaire beïnvloeding met voortdurende feedback tussen elkaar. Het gedrag en de bewoording van jezelf beïnvloedt het gedrag en de bewoording van je gesprekspartner.
Er vindt eveneens circulaire beïnvloeding plaats tussen enerzijds de communicerende personen en anderzijds hun ruimere omgeving.
In deze sociale dialoog ontstaan de sociale representaties. Dit zijn door de gemeenschap gevormde en gedeelde waarden en vanzelfsprekendheden. Vaak zijn ze zo vertrouwd dat je er niet meer bij stilstaat maar ze vormen een normatief kader dat bepaalt welk gedrag als afwijkend wordt beschouwt. In communicatie voel je de sociale representaties in opmerkingen als 'zoiets doe je toch niet', 'dat is niet gepast', 'dat is logisch'.
Hoffman benadrukt het belang van kennis van de achtergrond van je gesprekspartner om standpunten en gedragingen te verklaren. Eveneens helpt het je om je eigen culturele referentiekader te decentraliseren zodoende etnocentrisme te voorkomen.

Kort samengevat benadert Edwin Hoffman interculturele communicatie vanuit de systeemtheorie en het pluralisme. De systeemtheorie legt de klemtoon op het interpersoonlijke karakter van interculturele communicatie met circulaire beïnvloeding tussen beide gesprekspartners, ingebed in een ruimere sociale dialoog. Door te vertrekken van universele, transculturele waarden en culturele verschillen te erkennen kunnen we communiceren met mensen met verschillende culturele achtergrond.

Op basis van vijf axioma's ontleend uit de algemene systeem- en communicatietheorie ontwikkelde Hoffman het TOPOI-model. TOPOI staat voor Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet. Dit acroniem is gekozen omdat TOPOI in het Grieks 'plaatsen' betekent. Analoog hieraan zijn Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet de vijf 'plaatsen' of gebieden in de communicatie waar je culturele misverstanden kunt achterhalen en aanpakken.
Taal verwijst naar de verbale en non-verbale taal die mensen hanteren. Door te spreken in je moedertaal kan je het beste je gevoelens verwoorden en het belang dat alle gesprekpartners zich in hun moedertaal uitdrukken mag niet onderschat worden. Ook je intelligentie en opleidingsniveau bepalen je taalbeheersing. Anderstaligen extrapoleren vaak het taalgebruik van hun moedertaal naar het Nederlands met mogelijks een dwingende manier van spreken of tutoyeren tot gevolg. We kunnen communicatiestijlen onderscheiden in direct of indirect. Etniciteit en geslacht zijn bepalend met bijvoorbeeld een indirecte communicatiestijl bij vrouwen en directere communicatiestijl bij Nederlanders. Tijdens het communiceren met personen met een slechtere taalbeheersing moeten we opletten voor impliciet taalgebruik, verpakt in metaforen, spreekwoorden en grapjes. Door verbaal luistergedrag toon je je betrokkenheid en aandacht. Denk steeds aan de invloed van de sociale omgeving op het taalgebruik en de interpretatie ervan. Nog meer dan verbale taal wordt non-verbale taal cultureel bepaald. Onze lichaamstaal, taalkenmerken, manier van expressie van gevoelens en manier van non-verbaal aandacht geven wordt ons vanaf de geboorte aangeleerd. We vermelden hierbij ook somatische klachten oftewel uitdrukken wat niet bespreekbaar is.
Met al deze onderdelen binnen het taalgebied moeten we rekening houden tijdens een interculturele ontmoeting en kunnen zich misverstanden voordoen.
Het gebied **O**rdening staat voor de zienswijze of logica van de gesprekspartners. Iedereen heeft een eigen kijk op de werkelijkheid en handelt vanuit een eigen logica. We moeten ons realiseren dat deze logica slechts een mogelijkheid is en niet dé waarheid. Door ons te focussen op het gemeenschappelijke, de achterliggende normen en waarden, kunnen we tot een dialoog komen. Vaak hebben we geen besef van de invloed van de sociale omgeving op onze logica.
Het gebied **P**ersonen is bedoeld om de reductie van iemands identiteit te voorkomen en vooroordelen tegen te gaan. We vragen ons af in welke rol we ons op dat moment presenteren. Door het benoemen en toetsen van de wederzijdse verwachtingen bouwen we een goede verstandhouding met onze gesprekspartner op. Het gebied **O**rganisatie omvat enerzijds het organiserend kader met protocols en afspraken en anderzijds de machtsverhoudingen. Is ieder vertrouwd met de manier van werken?
Als laatste benadrukt het TOPOI-model het gebied **I**nzet. Hoffman gaat ervan uit dat elk gedrag een positieve inzet kent, maar het effect van dit gedrag kan positief of negatief zijn.
Het erkennen van deze inzet biedt een vertrek om tot een dialoog te komen.

Het model heeft een analyse-kader met drie kernvragen: Wat is mijn aandeel? Wat is het aandeel van de ander? Wat is de invloed van de ruime sociale omgeving? Hiernaast omvat het een interventiekader dat suggesties biedt om het ontstane misverstand aan te pakken.(tabel 3)

Het TOPOI-model dient altijd ingezet te worden vanuit een grondhouding van aandachtige betrokkenheid. Hoffman stelt dat slechts effectieve communicatie kan plaatsvinden indien je aandacht hebt voor de ander, indien je er bent voor de ander. Het mag niet als instrumenteel scherm fungeren tussen jou en je gesprekpartner. Het vormt daarentegen een reflectiekader dat je voorbereidt op culturele verschillen zonder dat je op de hoogte moet zijn van de heersende culturele kenmerken van de demografische groep waartoe iemand behoort. (1)

Referentie

1. Edwin Hoffman. 2009. Interculturele gespreksvoering: Theorie en praktijk van het TOPOI-model. Bohn Stafleu van Loghum Houten, 387 pagina's.

Appendix 4: Workshop interculturele communicatie – 28 juni 2012