

# Medische consultfasering

Een vergelijkende studie tussen medisch specialisten en artsen in opleiding tot een specialisme in termen van de fasering van het medisch consult



**Marijn Heesters**

UMCG, Orthopedie  
Rijksuniversiteit Groningen, Communicatiekunde



rijksuniversiteit  
 groningen

Groningen, februari 2015

UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN

Studentenbureau UMCG

Universitair Medisch Centrum Groningen



## Medische consultfasering:

Een vergelijkende studie tussen medisch specialisten en artsen in opleiding tot een specialisme in termen van de fasering van het medisch consult.

Groningen, februari 2015

Auteur

Studentnummer

M.A.J.M. Heesters

2415534

Afstudeerscriptie in het kader van

MA Communicatiekunde

Faculteit der Letteren

Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

dr. M. Stevens

Onderzoekscoördinator Orthopedie, UMCG

Begeleider onderwijsinstelling

dr. M. Huiskes

Faculteit der Letteren

Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider UMCG

dr. J. Pols

Studentenbureau, UMCG

© 2015 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefw arts-patiëntcommunicatie, conversatieanalyse, medische consultfasering, aios, specialisten, umc Groningen, communicatie, medische interactie

## VOORWOORD

Nadat ik mijn HBO diploma had behaald wist ik dat ik nog niet klaar was om te stoppen met studeren. Ik ben ervan overtuigd dat het volgen van deze masteropleiding mij op veel verschillende manieren heeft voorbereid op de toekomst. Ik heb tijdens deze studie zoveel meer geleerd dan ik had gedacht. Dit heb ik vooral te danken aan de kansen die ik heb gekregen voor een stage en het schrijven van deze master thesis voor het UMC Groningen. Dit heeft een grote interesse bij mij gewekt voor de communicatie in de medische zorg en de conversatieanalyse in het bijzonder.

Voor deze thesis ben ik een select aantal mensen veel dank verschuldigd. Als eerst natuurlijk mijn begeleider Mike Huiskes voor zijn eindeloze geduld, constructieve kritiek en het beantwoorden van al mijn talloze vragen. Uiteraard wil ik Jan Pols bedanken voor zijn uitstekende begeleiding vanuit het UMCG tijdens de stage. Daarnaast dank ik mijn vader, Mart Heesters, voor zijn reflecties op mijn bevindingen en inzicht in de praktijk van medische consultvoering door zijn eigen werk als medisch specialist. Ook dank ik Rebecca Aryee, voor haar kritische blik en perspectieven op al mijn zorgen tijdens het schrijven.

Marijn Heesters

Groningen, februari 2015



## INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>INLEIDING</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>THEORETISCH KADER</b> .....	<b>5</b>
3.1	AIOS VERSUS SPECIALISTEN IN HET MEDISCH CONSULT .....	5
3.2	HET BELANG VAN COMMUNICATIE IN DE ZORG .....	6
3.3	DE BETEKENIS VAN MEDISCH INSTITUTIONELE COMMUNICATIE .....	6
3.4	DE WERKING EN OPZET VAN MEDISCHE CONSULTVOERING .....	8
3.5	INTERACTIONELE RELEVANTIE VAN MEDISCHE CONSULTVOERING .....	9
3.6	FASERING ALS TOPICALE ONTWIKKELING VAN MEDISCHE CONSULTVOERING .....	9
3.7	FASERINGSMODELLEN VAN HET MEDISCH CONSULT .....	10
3.8	SUBFASEN IN HET MEDISCH CONSULT .....	13
3.9	CONFLICTEN IN DE FASERING VAN HET MEDISCH CONSULT .....	14
<b>4</b>	<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>17</b>
4.1	CORPUS .....	17
4.2	METHODE .....	18
4.3	WERKWIJZE .....	18
<b>5</b>	<b>ANALYSE</b> .....	<b>21</b>
5.1	VERSCHILLEN IN CONSULTFASERING .....	21
5.2	VERSCHILLEN IN HET BEHANDELINGSVOORSTEL .....	25
5.2.1	Uitleg .....	25
5.2.2	Adviseren .....	26
5.2.3	Frequentie van wisseling .....	27
5.2.4	Non-conventionele en controversiële transities .....	27
5.2.5	Prototypische transities .....	29
5.2.6	Het verloop van transities .....	29
<b>6</b>	<b>CONCLUSIE EN DISCUSSIE</b> .....	<b>31</b>
6.1	ONDERZOEKSVRAAG .....	31
6.2	CONCLUSIE UIT KWANTITATIEVE ANALYSE .....	31
6.3	CONCLUSIE UIT KWALITATIEVE ANALYSE .....	31

6.4	KANTTEKENINGEN BIJ HET ONDERZOEK .....	32
6.5	SUGGESTIES VOOR VERVOLGONDERZOEK.....	32
<b>7</b>	<b>LITERATUUR.....</b>	<b>35</b>



## 1 SAMENVATTING

Dit onderzoek richt zich op de verschillen in consulten tussen medisch specialisten en artsen in opleiding tot een specialisme op de polikliniek van de afdeling Orthopedie in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Naar aanleiding van eerder onderzoek is er vanuit deze afdeling de vraag ontstaan op welke wijze de consulten van specialisten verschillen van artsen in opleiding tot een specialisme.

De bestaande literatuur geeft aan dat medisch institutionele communicatie, als multimodaal fenomeen, een complexe vorm van interactie is. Goede communicatie tussen arts en patiënt is van belang voor effectieve gezondheidszorg en heeft een positieve invloed op onder andere de patiënttevredenheid. Ondanks het groeiende inzicht in arts-patiëntcommunicatie en een transitie naar meer patiëntgerichte communicatie, komen er nog steeds interactionele problemen voor op dit gebied. Verschillende onderzoekers hebben modellen voorgesteld die medische consultvoering in een aantal chronologisch geordende fasen plaatsen. Er bestaan echter verschillen in de wijze waarop deze modellen gestructureerd zijn. Daarnaast is het bekend dat ervaren artsen de fasering van het consult op een andere manier hanteren dan de minder ervaren artsen.

Voor dit onderzoek zijn in totaal acht gesprekken van vervolconsulten van specialisten en artsen in opleiding tot een specialisme geanalyseerd. Er is een kwantitatieve analyse uitgevoerd met behulp van het consultfaseringsmodel dat in het UMC Groningen gehanteerd wordt. Hiermee is de fasering van elk consult bepaald.

Uit analyse van de fasering blijkt dat de consulten van specialisten een langere tijdsduur hebben en dat zij de fasering van het consult meer comprimeren door het overslaan van de fase van de diagnose. Ook blijkt dat specialisten zowel relatief als absoluut, ongeveer tweemaal zoveel tijd besteden aan de fase van het behandelingsvoorstel ten opzichte van artsen in opleiding. In tegenstelling tot het behandelingsvoorstel, duren de fasen van het lichamelijk onderzoek en de afsluiting juist langer bij artsen in opleiding.

De resultaten over de fase van het behandelingsvoorstel zijn nader bekeken in een kwalitatieve analyse. Hiervoor is een inventarisatie van alle handelingen in het behandelingsvoorstel gemaakt. Hieruit blijkt dat specialisten meer tijd besteden aan het uitleggen van medische processen. Daarnaast komen adviserende handelingen bij specialisten wel voor en hanteren zij een minder fluctuerend handelingspatroon.

Een analyse van de transities naar de verschillende fasen laat zien dat conventionele transities een aanloop naar de wisseling vertonen, terwijl dit bij onverwachte of controverse transities niet het geval is. Zowel artsen als patiënten kunnen echter een non-conventionele transitie inzetten.

In vervolgstudies kan onderhavig onderzoek herhaald worden bij een groter corpus met andere consultvormen. Ook kan vervolgonderzoek zich richten op het in detail in kaart brengen van de onderliggende subfasen van de bestaande faseringsmodellen.



## 2 INLEIDING

Gedurende het opleidingstraject tot medisch specialist doen basisartsen veel ervaring op in de praktijk en leren zij onder andere het belang van goede communicatie tussen arts en patiënt. Effectieve en heldere communicatie is een belangrijk aspect in de medische institutie. Goede communicatie tussen arts en patiënt tijdens het consult draagt bij aan de patiënttevredenheid en zorgt ook voor meer begrip bij patiënten. In de praktijk blijken noemenswaardige verschillen te bestaan tussen de wijze waarop medisch specialisten communiceren, en de wijze waarop artsen in opleiding tot een specialisme (hierna AIOS) dat doen. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat deze verschillen voornamelijk tot uiting komen in het interactionele proces en structuur van het consult. AIOS lijken zich meer te richten op de aangeleerde procedure, in tegenstelling tot ervaren specialisten, die zich in de interactie meer richten op de patiënt (Jager 2010).

Er bestaat echter nog weinig helderheid over de achtergrond van deze verschillen bij specialisten en AIOS. Een duidelijk inzicht in wat de verschillen precies zijn en hoe dit tot uiting komt in de structuur van het consult, ontbreekt vooralsnog.

Meer onderzoek op dit gebied kan juist dit inzicht verschaffen. Het is derhalve relevant om dit fenomeen verder te onderzoeken, aangezien de bestaande literatuur niet toereikend is. Meer kennis over de communicatieve competenties van AIOS en specialisten binnen het medisch consult kan een zinvolle bijdrage leveren aan het curriculum van onderwijs in de medische sector. Daarnaast kan het inzicht hierin indirect bijdragen aan een verbetering van de communicatie in de zorg. Voor de gezondheidszorg is het van belang dat de communicatie tussen arts en patiënt goed verloopt. Het blijkt uit eerder onderzoek dat effectieve en heldere communicatie een positieve invloed kan hebben op het proces dat patiënten doorlopen (Heritage & Maynard 2006). Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in betere therapietrouw, minder vragen en een hogere patiënttevredenheid. Het uitvoeren van nader onderzoek op dit gebied

is derhalve zowel wetenschappelijk als maatschappelijk grond.

Binnen de afdeling Orthopedie van het UMC Groningen is reeds een serie onderzoeken gaande over de communicatie tussen artsen en patiënten tijdens consultgesprekken. Het onderzoek van Peters (2013) heeft aangetoond dat er bij consultgesprekken tussen AIOS en patiënten interessante vondsten gedaan kunnen worden op het gebied van consultfasering. Op basis van dat onderzoek rees de vraag over wat de verschillen zijn tussen AIOS en specialisten met betrekking tot de fasering van medische consultgesprekken. Dit onderzoek bouwt verder op het werk van Peters (2013) en kijkt naar het verloop van de fasering in de consulten bij AIOS en specialisten en tracht hier een vergelijking tussen te maken. Dit geeft meer inzicht in de ontwikkeling van competenties van consultvoering. De hoofdvraag voor dit onderzoek luidt als volgt:

*Op welke wijze verschillen de consultgesprekken van specialisten met die van artsen in opleiding tot een specialisme in termen van de fasering van het medisch consult?*

Er zijn een aantal deelvragen geformuleerd die de verschillende aspecten van de hoofdvraag zullen belichten. Elke deelvraag zal voor zowel de specialisten als AIOS beantwoordt worden. De deelvragen zijn de volgende:

- Welke fasen zijn er te onderscheiden in het consult?
- Wat is de relatieve duur van de fasen?
- Wie neemt het initiatief voor de wisseling van fasen?
- Hoe verlopen de transities van de fasen?

Om te onderzoeken wat de verschillen zijn in de consultgesprekken van beide onderzoeksobjecten is gebruik gemaakt van het bestaande corpus van AIOS gemaakt door Peters (2013). Dit is aangevuld met nieuw onderzoeksmateriaal van specialisten, dat in 2014 is opgenomen. Vervolgconsulten zijn de meest voorkomende soort consultgesprekken in het UMC Groningen. Derhalve wordt het onderzoek tot deze soort beperkt.

In hoofdstuk 2 zal er een theoretisch kader geschetst worden waarin de relevante literatuur voor dit onderzoek besproken wordt. De onderzoeksmethoden en data worden weergegeven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 vermeldt de uitwerkingen van de analyse en de bevindingen. Hoofdstuk 5 volgt met de conclusies uit het onderzoek en eindigt de scriptie met een discussie, waaronder suggesties voor vervolgonderzoek.

### 3 THEORETISCH KADER

Dit hoofdstuk begint met een bespreking van het leerproces dat de transitie van AIOS tot specialist kenmerkt, alsmede de verschillen tussen deze groepen in paragraaf 2.1. Hierna volgt een uiteenzetting van het belang van communicatie in de zorg en de veranderingen op dat gebied in paragraaf 2.2. Daarna wordt er aandacht besteed aan de wijze waarop institutionele communicatie verschilt van reguliere communicatie in paragraaf 2.3. Verder volgt een bespreking van de werking van het medisch consult in paragraaf 2.4. Paragraaf 2.5 behandelt de interactionele relevantie van het consult. Vervolgens wordt er in paragraaf 2.6 aandacht besteed aan de manier waarop een consult zich verbaal ontwikkelt van begin tot eind. Hierna worden de verschillende modellen voor de fasering van het medisch consult toegelicht in paragraaf 2.7. Een diepere uitwerking van de onderdelen van de fasering volgt in paragraaf 2.8 Het hoofdstuk eindigt in paragraaf 2.9 met een bespreking van de mogelijke conflicten in het consult.

#### 3.1 AIOS VERSUS SPECIALISTEN IN HET MEDISCH CONSULT

Naast het feit dat er verschillende communicatieve conflicten kunnen ontstaan in medische interactie, wijst eerder onderzoek uit dat er verschillen zijn op te merken wanneer men AIOS vergelijkt met ervaren artsen (Jager 2010). Er wordt door specialisten op een andere manier omgegaan met de interactie en mogelijke problemen dan door AIOS. Er bestaat echter nog relatief weinig literatuur over de verschillen tussen AIOS en specialisten, vooral vanuit de conversatieanalyse. Desondanks is er al enig onderzoek uitgevoerd wat hier als achtergrond kan dienen.

Hoewel AIOS als basisarts al consulten verzorgen, bevinden zij zich nog steeds in een leerproces om een expert te worden in een specialisme. Zowel op het medisch vakgebied, als op het gebied van communicatie moeten zij nog verschillende dingen leren.

Boshuizen (1989: 35) toont aan dat de verschillen tussen medisch experts en beginners vooral inhoudelijk en structureel van aard zijn. Hiervoor schetst hij een model van het leerproces dat artsen ondergaan om een specialist te wor-

den (p.36). In dit model bestaan er drie fasen die achtereenvolgens doorlopen worden. In de eerste fase wordt vooral medische basiskennis vergaard tot een kennisbank. De volgende fase kenmerkt zich door praktijkervaring waarbij clusters kennis aan elkaar gerelateerd worden en er zogenaamde 'ziektascripts' ontstaan. Een dergelijk script bevat inzicht in hoe men een bepaalde aandoening kan krijgen, wat de symptomen ervan zijn en welke consequenties dit heeft (p.137). De laatste fase betreft een beschikking over een grote hoeveelheid van flexibele 'ziektascripts' die snel tot stand kan komen en als een soort checklist kunnen fungeren voor de expert (p.138).

Onderzoeken die specialisten met AIOS vergelijken tonen een aantal interessante resultaten. Onderzoek van Roter & Larson (2001) heeft aangetoond dat er verschil bestaat in de manier waarop AIOS en specialisten gegevens verzamelen, uitleggen, behandelingen bespreken en patiëntparticipatie aanmoedigen. Artsen die in een vroeg stadium van hun opleiding zijn, hebben bijvoorbeeld te kampen met communicatieve problemen. Zij zijn wel empatisch, maar bezitten nog te weinig kennis van anatomie en fysiologie voor een vloeiende gespreksvoering. Hierdoor is vaak sprake van miscommunicatie (Hamer 2013: 10). Daarnaast geeft onderzoek van Peters (2013: 32) aan dat AIOS, wiens gesprekken volgens patiënten als 'goed' beoordeeld werden, zich beter aan de consultfasering (gebaseerd op het consultfaseringsmodel van Byrne & Long) hielden dan consulten van AIOS die slechter beoordeeld werden. Ervaren huisartsen gebruiken meer herformuleringen dan huisartsen in opleiding om hun oriëntatie op de patiënt kenbaar te maken (Jager 2010: 1). Ook lijkt de ervaren arts zich beter aan de patiënt aan te passen en ondanks dat de arts zich wel aan de indeling van fasen houdt, kan hij of zij directer inspelen op de informatie die de patiënt geeft (Jager, Schuling, Pols et al. 2011: 478). Volgens Stolper, Rutten & Dinant (2005: 18) zijn ervaren artsen beter en sneller in staat om een juiste diagnose te stellen omdat zij complexere ziektebeelden kunnen herkennen en kortere zoekpaden hebben.

Er bestaan dus aanwijsbare verschillen tussen specialisten en AIOS. Onder andere in de fasering van het consult. Er bestaat echter nog weinig inzicht in hoe dit tot uiting komt en wat hieraan ten grondslag ligt. Door te kijken naar de verschillende aspecten en faseringsmodellen van het medisch consult, zou het duidelijker kunnen worden wat de verschillen tussen deze groepen karakteriseert en waar ze uit bestaan. De medische institutie heeft in de afgelopen twee decennia aanzienlijke veranderingen ondergaan die een rol spelen in arts-patiëntcommunicatie. Dit wordt in de volgende paragraaf verder toegelicht.

### 3.2 HET BELANG VAN COMMUNICATIE IN DE ZORG

Ong, De Haes, Hoos et al. (1995: 903) zien communicatie als het belangrijkste onderdeel van de medische zorg. Hoewel steeds meer onderzoek plaatsvindt op dit gebied, blijft arts-patiëntcommunicatie, als multidimensionaal fenomeen, één van de meest complexe sociale relaties (p.912). Deze complexiteit brengt nog steeds communicatieve problemen met zich mee. Zo kwam uit onderzoek in 1972 naar voren dat ongeveer 20% van de 800 ondervraagde ouders niet tevreden was met hun consultgesprek, onder andere doordat de communicatie van artsen als te technisch werd ervaren (Korsch & Negrete 1972). Recenter onderzoek, uitgevoerd door Svarstad, (in Roter & Hall 2006: 93) heeft aangetoond dat slechts 15% van de patiënten in de onderzochte gesprekken aangaf dat zij iets niet hadden begrepen. Dit lijkt vooral te komen doordat de patiënt bang is om onwetend over te komen. Patiënten zijn relatief passief en stellen weinig vragen, terwijl deze handeling juist een positief effect heeft op de interactie (Robinson 2003: 28).

Door de explosieve groei in onderzoek naar arts-patiëntcommunicatie, is hier sinds de afgelopen twintig jaar meer inzicht in ontstaan en heeft er een internationale transitie plaatsgevonden in de gezondheidszorg (Stewart, Brown, Weston et al. 2003: 3). Dit betreft in het bijzonder een verschuiving van 'arts-georiënteerde' communicatie naar een vorm die meer 'patiënt-georiënteerd' is (Stewart, Brown, Weston et al. 2003: 8; Veening, Gans & Kuks 2009: 171). Deze nieuwe 'stijl' richt zich niet enkel op de biomedische status van de patiënt, maar heeft ook aandacht voor diens sociale en psychische aspecten (Engel 1977: 133; Stu-

art 1984). Deze ontwikkelingen hebben ook gezorgd voor meer zeggenschap van de patiënt over de behandeling. Dit is wat Ong, De Haes, Hoos et al. (1995: 905) '*shared decision making*' noemen. Berenst (2006: 85) stelt dat de 'arts-georiënteerde' stijl voornamelijk wordt gebruikt in interactie met specialisten en niet zozeer bij huisartsen.

Patiënten die zorg krijgen volgens de nieuwe vorm, zijn meer tevreden over de communicatie dan patiënten die meer traditionele 'arts-georiënteerde' zorg krijgen (Heritage & Maynard 2006: 354). Goede communicatie is essentieel voor een goede arts-patiëntrelatie, waarbij de arts zich inleeft in het perspectief van de patiënt (van Dalen 2013: 292). De nieuwe vorm heeft een positieve invloed op het gedrag en gezondheidstoestand van patiënten. Zo hebben die patiënten een betere fysieke en mentale gezondheid en houden zij zich ook beter aan behandelingsvoorschriften (Williams, Frankel, Campbell et al. 2000: 87).

Het is nu duidelijk dat onderzoek naar communicatie in de zorg heeft bijgedragen aan aanzienlijke veranderingen in de medische institutie. Wat medisch institutionele communicatie precies inhoudt, en hoe dit verschilt van reguliere vormen van communiceren, zal in de volgende paragraaf worden toegelicht.

### 3.3 DE BETEKENIS VAN MEDISCH INSTITUTIONELE COMMUNICATIE

Communicatie tussen artsen en patiënten in de context van een consult is institutioneel. Dit betekent dat de communicatie gebonden is aan een specifieke setting. Hierbij is sprake van een voorgestructureerd verloop met een bepaalde set aan regels. Het is tot zekere hoogte vastgesteld wie, wat, wanneer zal zeggen. Een voorstructurering zoals deze, waarbij het gespreksdoel vooraf bepaald is, wordt ook wel pre-allocatie genoemd. De structuur of fasering van het gesprek is dan ook tot op bepaalde hoogte te voorspellen (Mazeland 2003: 19). Andere voorbeelden van institutionele communicatie zijn rechtspraak en colleges. In contrast met reguliere conversatie, is het kenmerkend voor institutionele gesprekken dat zij een veel kleiner scala aan interactionele handelingen veronderstellen. Dit betekent dat er strenge restricties bestaan voor wat participanten interactieel 'mogen' doen (Heritage & Clayman 2010: 34). Men-

sen hebben in zo'n institutionele situatie minder vrijheid om communicatieve uitingen te doen. Zo zal men zich bijvoorbeeld in een consultgesprek niet gauw zo gedragen als tijdens een gesprek tussen goede vrienden. Daar gelden veelal andere en ook minder strenge regels voor interactie. Men zal in een consult vooral over de klachten van de patiënt spreken, terwijl twee vrienden het over veel verschillende onderwerpen kunnen hebben en zij zich ook anders kunnen gedragen tijdens zo'n gesprek.

Medisch institutionele communicatie heeft een aantal opvallende kenmerken die het verschil met de reguliere vorm van communicatie duidelijk maken. De arts beschikt over meer relevante kennis dan de patiënt. Dit in combinatie met de professionele omgeving waarmee de arts beter bekend is, maakt de arts tot een expert en de patiënt tot een leek. Er bestaat derhalve een zekere asymmetrie in de machtsverhouding in het gesprek (Jones 2001: 116; ten Have 1991). Dit zorgt ervoor dat de arts de leiding heeft over het consult. Deze asymmetrie wordt tevens gekenmerkt doordat de arts de structuur van het consult en de gestelde vragen nauwelijks verantwoordt (ten Have 1991: 2). Echter, ondanks dat de arts over de meeste medische kennis beschikt en de leiding heeft, is de patiënt juist expert en autoriteit over zijn lichaam en klachten (Roter & Hall 2006: 8). Men zou dus kunnen stellen dat er twee experts in het consult aanwezig zijn.

De context van institutionele communicatie en de totstandkoming ervan wordt op verschillende manieren beschouwd. Heritage & Clayman (2010: 21) beschrijven twee globale theorieën voor institutionele communicatie. De eerste is de zogenoemde *bucket theory*. Deze theorie neemt aan dat de interactie begrensd wordt door de bestaande institutionele omstandigheden, precies zoals water zich aanpast aan de vorm van een emmer. Deze theorie lijkt erg aannemelijk, aangezien participanten zich doorgaans lijken aan te passen aan de normen die gelden tijdens een bepaalde institutionele setting. Een voorbeeld hiervan is de collegezaal. Mensen in de zaal (zowel studenten als docenten) passen hun gedrag en uitingen aan naar de normen die daar gelden, in plaats van dat de ruimte zich aanpast aan de personen daarbinnen. Ook de structuur van het consultgesprek toont een oriëntatie op deze afgebakende normen. De (grotendeels) vooraf bepaalde fasering van het consult

is hier een voorbeeld van. Een ander voorbeeld is dat het doorgaans de arts is die een transitie van de ene fase naar de andere inzet.

De tweede vorm is de theorie van de *yellow brick road*. Deze theorie neemt aan dat de interactie juist de context vormt van de situatie en dat deze afhankelijk van elkaar zijn. Elke stap geeft de richting aan voor de volgende stap. De context wordt gaandeweg gecreëerd, aangepast of onderhouden door de participanten ondanks dat het lijkt alsof dit vooraf gedefinieerd is. Een voorbeeld daarvan is wanneer iemand een vraag stelt in een gesprek. De vraag veronderstelt een antwoord in de reactie van de ander. De eerste beurt geeft zo de richting aan voor de volgende beurt. Dit is het principe van de zogenaamde aangrenzende paren (Mazeland 2003: 73). In het medisch consult wordt deze theorie gereflecteerd doordat arts en patiënt tijdens het gesprek, via hun uitingen 'onderhandelen' over bijvoorbeeld de duur van verschillende fasen en wie er transities inzet.

Hoewel de *bucket theory* de traditionele visie is op medische interactie, komt het niet volledig overeen met de werkelijkheid. Deze theorie veronderstelt bepaalde grenzen bij de interactie, maar toch kan men vaak zonder moeite buiten die grenzen treden. Bepalen de acties de context of is het de context die de acties bepaalt? Als men zich gedraagt naar de normen van een arts-patiënt gesprek, is het dat dan ook? Of betreft het een arts-patiënt gesprek en gedraagt men zich er dus naar? Beide theorieën zijn relatief extreme uiteindes van het spectrum (Wiggers 2013: 8). Aangezien een consultgesprek niet uitsluitend één van deze theorieën lijkt te behelzen, is het aannemelijk dat de realiteit van medisch institutionele interactie een combinatie hiervan veronderstelt (Peters 2013: 7). Dit maakt het consult tot een soort continuüm waarbinnen beide vormen tot uiting komen.

Medisch institutionele communicatie verschilt dus aanzienlijk van alledaagse communicatie. Het is duidelijk dat medische consultvoering communicatief anders is, echter is het nog niet helder hoe een medisch consult in zijn werk gaat. De volgende paragraaf gaat hier verder op in door een toelichting op de algemene kenmerken van een consult en de verschillende vormen die zo'n consult kan hebben.

### 3.4 DE WERKING EN OPZET VAN MEDISCHE CONSULTVOERING

Er bestaan een aantal aspecten die kenmerkend zijn voor het medisch consult. Zo bestaat de interactie uit een aantal participanten die vaste rollen vervullen. Dit zijn in elk geval een arts en een patiënt. Eventueel zijn in sommige consulten derden aanwezig. Bijvoorbeeld een partner, vriend of ouder die met de patiënt meekomt of diens vertegenwoordiger is. Een arts kan ook een coassistent bij zich hebben die voor onderwijs of andere redenen bij het consult aanwezig is.

Daarnaast wordt het consult vormgegeven op twee verschillende niveaus ofwel 'sporen': een medisch inhoudelijk spoor en een communicatief spoor. Deze belichamen respectievelijk het deskundig, gestructureerd nadenken en handelen alsmede het contact met de patiënt met betrekking tot bejegening, gespreksvoering en interactie (Veening, Gans & Kuks 2009: 15). Het inhoudelijke spoor betreft wat men 'doet' en het communicatief spoor wat men 'zegt'.

Gill & Roberts (in Sidnell & Stivers 2013: 582) stellen dat voordat een consult plaatsvindt, de patiënt zich heeft afgevraagd of datgene waarvoor hij of zij wenst te komen wel professionele medische aandacht verdient of dat het iets is wat vanzelf overgaat. Door hun aanwezigheid geven patiënten aan dat zij menen met een legitiem medisch probleem te komen. De reden om met een bepaald probleem te komen kan echter verschillen.

Heritage & Maynard (2006: 23) stellen dat patiënten om drie verschillende redenen bij een arts kunnen komen. Dit heeft zeer veel invloed op de invulling van het gesprek. Deze redenen zijn:

- Nieuwe klachten (klachten die nog niet eerder zijn besproken);
- Vervolgafspraken (klachten die al eerder zijn besproken en/of behandeld en waarvoor nu een nieuwe afspraak is gemaakt);
- Chronische klachten (afspraken voor controle op een routine basis).

Er is nog relatief weinig bekend over de effecten van deze verschillende consultsoorten op de fasering. Wel is het aannemelijk dat bij elke consultsoort een andere indeling van fasen gehanteerd zal worden en ook dat de tijd die aan verschillende fasen geschonken wordt, zal verschillen. Dit komt omdat er verschillende doelen bestaan bij deze consultsoorten (Byrne & Long 1976: 29). Bij nieuwe klachten is het van belang om uit te vinden wat de klacht van de patiënt precies is. Hierbij zullen waarschijnlijk de meeste fasen worden doorlopen. Bij vervolgafspraken worden eerder de vorderingen besproken of zet men een nieuwe stap in de behandeling. Hierbij kan bijvoorbeeld de diagnosefase achterwege gelaten worden. De diagnose is immers al vastgesteld. Bij chronische klachten kijkt de arts of de patiënt nog steeds een stabiele gezondheid heeft. Hierbij zouden de meeste fasen overgeslagen kunnen worden (Byrne & Long 1976: 29). Dit komt overeen met de visie van Robinson (in Sidnell & Stivers 2013: 268), die stelt dat voor verschillende soorten consulten verschillende structurele organisatie vereist is.

Kenmerkend voor de drie consultsoorten zijn volgens Robinson de vragen die de arts formuleert (in Heritage & Maynard 2006: 28). Dit verschilt per soort consult en zowel patiënten als artsen lijken zich te oriënteren op welke soort het consult betreft (p.45). Echter, een verkeerde opvatting over de reden van het bezoek kan grote gevolgen hebben voor het verloop van het consult (Silverman, Kurtz & Draper 2006: 53; Heritage & Clayman 2010: 145). Daarom is het van belang dat artsen zich realiseren wat de consequenties zijn van bepaalde vragen (Silverman, Kurtz & Draper 2006: 56).

Naast de invloed op de fasering, is ook de interactie met de patiënt verschillend per soort consult. Voor zover bekend, is hier alleen onderzoek naar geweest met betrekking tot patiënten die voor een routineafpraak komen. Deze groep vertoont andere kenmerken dan de overige twee groepen. Zo is deze groep qua aantallen klein, maar kosten ze relatief veel tijd en moeite. Daarnaast hebben ze ook vaker een chronische aandoening, wat logischerwijs uitmondt in een hogere frequentie van consulten. Ook qua interactie bestaan er verschillen. Deze groep patiënten met chronische klachten hebben vaak evenveel contact met andere specialisten en in combinatie met de langere periode dat zij een



aandoening hebben, hebben ze meer kennis en ervaring hebben over hun aandoening (Heywood, Cameron-Blackie & Cameron in Ariss 2009: 909). Door deze verhoging in kennis zijn routineconsulten in potentie meer symmetrisch. Deze groep heeft echter ook vaker slecht begrepen symptomen of vertonen zij geen verbetering in hun aandoening (Macintyre & Oldman in Ariss 2009: 909). Hierdoor trekken beide partijen zich terug in hun eigen expertise: de patiënt als expert in zijn eigen lichaam en ervaring, en de arts als expert op medisch gebied (Ariss 2009: 909).

Het medisch consult verschilt qua vorm aan de hand van het soort consult dat gevoerd wordt. De interactie tussen arts en patiënt draagt ook bij aan de structuur van het consult. De manier waarop men een consult interactieel vormgeeft, wordt in de volgende paragraaf besproken.

### 3.5 INTERACTIONELE RELEVANTIE VAN MEDISCHE CONSULTVOERING

Uit paragraaf 2.2 komt naar voren dat patiënten vaak communicatief passief zijn in een consult. Robinson (2003: 29) stelt dat één van de oorzaken van die passiviteit de organisatie van de interactie is, oftewel de fasering. De fasering van het consult is een project van chronologische stappen. Bepaalde onderdelen zoals een lichamenlijk onderzoek of anamnese moeten logischerwijs worden afgerond voordat men een diagnose kan stellen of een behandelingsvoorstel kan doen (p.31). Zonder de informatie uit eerdere fasen, kan de arts de handelingen in latere fasen niet vervullen, juist omdat deze van elkaar afhankelijk zijn.

Het blijkt uit onderzoek van interactie in de verschillende fasen van het consult dat elke activiteit gedaan wordt in relatie tot het geheel. Het primaire doel van een medisch consult is het behandelen van de klacht van de patiënt of minstens een diagnose stellen. Maar een behandeling voorstellen is afhankelijk van de gestelde diagnose. Robinson (2003: 33) bewijst de interactionele relevantie van de fasering door aan te tonen dat beide partijen zich in elke fase oriënteren op het diagnosticeren en behandelen van de patiënt.

In de fase van de klachtpresentatie komt deze oriëntatie naar voren in de formulering van de klacht. Vaak presenteren patiënten slechts een serie symptomen en artsen be-

schouwen dit als een voldoende klachtpresentatie. Ook lijken patiënten te begrijpen dat de presentatie van hun klachten een zekere medisch gegronde evaluatie met zich meebrengt (Robinson 2003: 35). Dit heeft uiteindelijk een diagnose als doel (p.38).

Een ander voorbeeld is het lichamenlijk onderzoek. Robinson (2003: 40) laat zien dat patiënten tijdens dat onderzoek additionele informatie geven over datgene wat onderzocht wordt. Daarmee geven zij aan dat het lichamenlijk onderzoek gezien wordt als iets wat in dienst staat van het geven van een diagnose. Artsen maken tevens hun oriëntatie op de diagnose kenbaar door in deze fase de patiënt verschillende vragen te stellen over hun lichaam om zo mogelijk verschillende diagnoses uit te sluiten (p.42).

In de fase van de diagnose wordt de oriëntatie op behandeling duidelijk doordat artsen het partikel 'dus' gebruiken om aan te geven dat ze de behandeling zien als een relevant vervolg van de diagnose (Robinson 2003: 44). Daarnaast laten artsen ook zien dat de behandeling het laatste onderdeel van het interactionele project is doordat zij juist na de behandeling kunnen wisselen naar ongerelateerde onderwerpen. Deze breuk met het voorgaande geeft derhalve het einde van het project aan (p.46).

Het is bekend dat de participanten van een medisch consult zich richten op de voortgang van het consult en daar naar toe werken. Maar daarmee is het nog niet duidelijk hoe zij zich in de interactie door het consult werken. De volgende paragraaf bespreekt deze werking.

### 3.6 FASERING ALS TOPICALE ONTWIKKELING VAN MEDISCHE CONSULTVOERING

In een medisch consult is het voor alle participanten doorgaans helder over welk onderwerp ofwel topic, zij spreken. Het is duidelijk dat er een begin en eind bestaat in het gesprek. Door topic-ontwikkeling, verandering in het onderwerp, komt het consult uiteindelijk ten einde terwijl de transities hierin verschillende vormen kunnen hebben (Mazeland 2003: 177).

Medisch consulten maken doorgaans gebruik van afgebakende topicveranderingen met topicnominaties. Dit zijn wisselingen in het onderwerp waarmee een breuk met het voorgaande wordt gemaakt. Daarnaast zijn topicnominaties vooral uitnodigingen om te vertellen over een bepaald onderwerp (Mazeland 2003: 193). De vraag “hoe is het met uw knie?” is hier een voorbeeld van. Hiertegenover staat topicsollicitatie, waarbij de uitnodiging veel minder afgebakend is. Deze topicnominaties komen vooral direct aan het begin van het gesprek voor en na een beurt waarin het vorige topic afgesloten wordt (p.199).

Globaler nog dan de afgebakende topicveranderingen, lijkt het consult in zijn geheel de vorm aan te nemen van zogenoemde ‘lopende-zaakttopics’. Bij deze segmentering be-roepen de participanten zich vooral op een procedure, in plaats van de inhoud (Mazeland 2003: 207). Dit betekent dat men meteen over een topic kan gaan spreken zonder een introductie van de inhoud te geven.

Wat in consulten voornamelijk schijnt te gebeuren is dat topics aan bod komen doordat zij juist de reden voor contactopname zijn of doordat zij worden gepresenteerd als consequentie van het afwerken van een soort interactionele agenda (Mazeland 2003: 227).

Tijdens het consult worden er frequent vragen gesteld om nieuwe topics te initiëren. Maar vragen en antwoorden zijn complexe berichten omdat de begrippen die erin gebruikt worden vaak meerdere definities kunnen hebben. Een patiënt kan derhalve met andere informatie komen dan dat door de arts bedoeld was (Veening, Gans & Kuks 2009: 36).

Er is in de voorgaande paragrafen meerdere malen gesproken over de fasering van het consult en hoe dat in relatie staat tot onder andere de consultsoort, de interactie en topicale ontwikkeling. In de volgende paragraaf wordt deze fasering in detail behandeld.

### 3.7 FASERINGSMODELLEN VAN HET MEDISCH CONSULT

Zoals eerder gesteld in paragraaf 2.3, heeft institutionele interactie een voorgestructureerd verloop. In het medisch consult uit zich dit in een zogenaamde ‘fasering’ van het consult. Dit betekent dat elk consult een bepaalde indeling

van deze fasen heeft die chronologisch doorlopen wordt om van een begroeting en klachtpresentatie, uiteindelijk tot een behandelingsvoorstel en afsluiting te komen.

Hoewel dergelijke structuren gebruikelijk zijn in institutionele communicatie (Robinson & Stivers 2001: 293), hebben onderzoekers verschillende theorieën over het aantal onderdelen van de fasering en waar die uit bestaan. Dit heeft voornamelijk te maken met het soort consult waarop de modellen gebaseerd zijn. Vervolgconsulten zijn anders dan eerste consulten (Terluin, Andeweg, Boendermaker et al. 2002: 54). Ook de deskundigheid van de arts is bepalend voor de structurering van het consult (Jager, Schuling, Pols et al. 2011: 481). Daarnaast is het mogelijk dat culturele verschillen een rol spelen in de fasering (Schouten & Meeuwesen 2006). Een eerste consult bij een Nederlandse arts zal er in termen van de fasering anders uitzien dan een vervolgconsult bij een Amerikaanse arts. Dit betekent dat er verschillende invalshoeken zijn om het consult te benaderen.

Uit het onderzoek van Andeweg, Terluin, Boendermaker et al. (2002: 59) komt naar voren dat huisartsen vinden dat een consult de volgende vaste onderdelen moet bevatten: hulpvraag, anamnese, lichamelijk onderzoek, samenvatting, uitleg en afronding. Ook stelt hij dat huisartsen zich lang niet altijd aan een vaste structuur houden, hoewel het voor onervaren artsen houvast kan bieden en ook dat ‘de structuur’ van het consult niet werkelijk bestaat (p.62).

De indeling van fasen is dus een belangrijk onderdeel van consultvoering, hoewel hier op verschillende manieren tegenaan wordt gekeken. Er zijn verschillende theorieën bekend die de fasering van het consult behandelen. Hieronder worden de meest gebruikte modellen van deze fasering besproken en met elkaar vergeleken.

Ten Have (1991) bespreekt een fase-indeling voor medisch institutionele gesprekken tussen artsen en patiënten. Hij deelt het consult op in vier fasen. Zijn indeling is als volgt:

- I. Complaint presentation.
  - II. Verbal and physical examination.
  - III. Diagnosis.
  - IV. Treatment prescription and/or advice.
- (ten Have 1991: 1)

Deze indeling komt in grote lijnen overeen met de andere theorieën maar betreft alleen specifieke taken en niet het consult van begin tot eind. De opening en afsluiting vallen niet binnen de huidige indeling van het consultgesprek, ondanks dat dit wel aparte fasen zijn, zoals uit de andere modellen blijkt.

Byrne & Long (1976) veronderstellen een andere indeling. Volgens hen verlopen dit soort gesprekken volgens zes verschillende fasen. Deze indeling komt in de praktijk lang niet altijd chronologisch voor, hoewel dit wel als ideaal gezien wordt. De indeling van de fasen is als volgt:

- I. The doctor establishes a relationship with the patient.
  - II. The doctor either attempts or actually discovers the reason for the patient's attendance.
  - III. The doctor conducts a verbal or physical examination or both.
  - IV. The doctor, doctor and patient, or the patient (in that order) consider the condition.
  - V. The doctor, and occasionally the patient, detail further treatment or further investigation.
  - VI. The consultation is terminated usually by the doctor.
- (Byrne & Long 1976: 21)

De indeling van Byrne & Long (1976) is gebaseerd op een groot aantal Engelstalige gesprekken tussen huisartsen en patiënten en richt zich daarmee op een andere tak van medische zorg dan gespecialiseerde artsen in een ziekenhuis.

Een derde gespreksindeling is die van Veening, Gans & Kuks (2009). Zij stellen een fase-indeling voor die grotendeels overeenkomt met de indeling van Byrne en Long. Deze indeling wordt op dit moment ook gebruikt voor onderwijs in het UMC Groningen. Zij stellen dat er zeven verschillende fasen zijn in een consult:

- I. Kennismaking: opening, begroeting, contact leggen.
- II. Verkenning hoofdklacht: exploratie, hulpvraag en zorgen.
- III. Anamnese: patiënt uitvragen.
- IV. Lichamelijk onderzoek: uitleg en uitvoeren lichamelijk onderzoek.
- V. Bevindingen: uitleg over diagnose, bevindingen meedelen.

- VI. Behandeling: afspraken maken, behandelplan opstellen, instellen en uitleg geven.
  - VII. Afronding: rapporteren, verwijzen, afspraak maken over eventueel nieuw consult.
- (Veening, Gans & Kuks 2009: 18)

Er bestaan meer faseringsmodellen van het medisch consult (Robinson 2003), maar deze komen veelal neer op dezelfde basis of lijken afgeleid van de eerder genoemde faseringsmodellen. In essentie komt de fasering van Veening, Gans & Kuks (2009) overeen met Byrne & Long (1976) behalve op het punt van de derde fase in beide indelingen. Byrne & Long (1976) scharen de anamnese (fase drie) onder dezelfde fase als het lichamelijk onderzoek maar in Veening, Gans & Kuks (2009) wordt dit gescheiden in twee fasen (respectievelijk fase drie en vier). In de praktijk blijkt een scheiding tussen deze fasen zeer evident (Robinson & Stivers 2001: 257).

Artsen op een specifieke afdeling in een ziekenhuis krijgen te maken met andere soorten consulten waarbij de patiënten zich ook in een ander stadium van het klachtproces kunnen bevinden. Het gaat hier dan om tweede- of derde-lijns artsen. Dit lijkt het gebruik van de modellen te limiteren, aangezien het niet helder is of deze modellen rechtstreeks kunnen worden toegepast op andere takken van de medische institutie. Robinson (2003: 52) stelt bijvoorbeeld dat de klachtpresentatie en de diagnose verschillende fenomenen zijn wanneer zij in een ander soort consult gepresenteerd worden. De indeling van Veening, Gans & Kuks (2009) lijkt echter de meest globale structuur te beschrijven die voor elk soort consult inzetbaar is.

Het meest complete en veelzijdige model voor medische consultfasering is derhalve die van Veening, Gans & Kuks (2009). Dit model zal in het onderzoek worden toegepast en verdient daardoor meer toelichting. Elke fase van het consult heeft bepaalde kenmerken en het inzicht in de werking daarvan verschilt. Hieronder wordt elke fase uit het model toegelicht en worden de transities tussen de fasen besproken.

De eerste fase uit het model is de kennismaking. Hier begroeten de patiënt en arts elkaar nadat de patiënt is opgeroepen. Vervolgens wordt de patiënt uitgenodigd om te

gaan zitten, waarna het consult inhoudelijk begint (Veening, Gans & Kuks 2009: 25). De eerste fase is vooral bedoeld om de condities te scheppen die de participanten in staat stellen om over het probleem te praten (p.26). Deze fase duurt vaak erg kort, vooral wanneer de participanten elkaar eerder hebben gezien, bijvoorbeeld tijdens een vervolgesprek of routineafspraak. Vooral de transitie van de eerste naar de tweede fase lijkt erg vloeiend te gaan en kan plaatsvinden zonder expliciete markeringen (p.26).

De tweede fase betreft de verkenning van de hoofdklacht en de verheldering hiervan. Hier nodigt de arts de patiënt uit om te vertellen over diens reden voor komst (de hulpvraag) of benoemt dit zelf al. De arts laat de patiënt aan het woord om zijn eigen verhaal te doen (Veening, Gans & Kuks 2009: 29). De arts vraagt zich constant af of de klacht-presentatie al compleet is (Heritage & Clayman 2010: 107). Wanneer het voor de arts duidelijk is wat de hulpvraag is, kan er gewisseld worden naar de volgende fase. Deze wisseling kan gemaakt worden vanaf het moment dat het eerste symptoom is gepresenteerd (p.110). De transitie is duidelijker dan de vorige, aangezien het interactiepatroon op het punt staat te veranderen en de patiënt in deze fase voornamelijk aan het woord is (Veening, Gans & Kuks 2009: 30).

In de derde fase wordt de anamnese uitgevoerd. Dit is het vraaggesprek waarbij de arts de patiënt verder uitvraagt over onder andere de klacht, diens medische voorgeschiedenis, biografische gegevens (Veening, Gans & Kuks 2009: 38). Het doel van deze fase is om de klacht in een medisch kader te zetten. Deze fase richt zich meer op de arts terwijl de vorige fase juist gericht was op de patiënt (p.35). De start van de derde fase wordt vaak gemarkeerd doordat de arts begint met het stellen van gesloten vragen in plaats van open vragen. Wanneer de arts een volledig beeld heeft gekregen van de situatie kan gewisseld worden naar de volgende fase (p.51).

De vierde fase betreft het lichamenlijk onderzoek. Hier is sprake van een grote verandering in het consult waarbij de arts de patiënt fysiek onderzoekt en daar uitleg over geeft (Veening, Gans & Kuks 2009: 53). De transities van deze fase zijn sterk gemarkeerd. De arts vraagt toestemming om de patiënt te onderzoeken bij de start van de fase en geeft

aan het eind ook aan wanneer het onderzoek is afgerond. Robinson & Stivers (2001: 258) geven aan dat de transitie naar het lichamenlijk onderzoek een multimodale wisseling betreft waarbij de verbale en non-verbale signalen samenwerken om de wisseling tot stand te brengen.

De vijfde fase gaat over het stellen van een diagnose. Het betekent dat de arts een naam geeft aan datgene wat de patiënt mankeert, doorgaans na lang informatie verzameld te hebben en door overige mogelijkheden uit te sluiten (Veening, Gans & Kuks 2009: 149). De diagnose wordt gesteld en vervolgens uitgelegd (p.63). Heritage & Clayman (2010: 159) merken op dat de diagnose vaak op een autoritaire wijze gesteld wordt en dat patiënten hier vaak passief op reageren. Bijvoorbeeld met zogenaamde minimale responsen zoals 'oh' of 'hm'. Daarnaast stellen zij ook dat vragen over de diagnose geïnterpreteerd kunnen worden als weerstand tegen de diagnose, wat de autoriteit van de arts ondermijnt. Beide partijen zien dit als ongewenst en dat veroorzaakt zodoende de passiviteit (p.160). De transitie naar de volgende fase is vaak ook duidelijk gemarkeerd. Dit wordt gekenmerkt door een wisseling van het spreken over beleid in plaats van beschrijving van de diagnose (Veening, Gans & Kuks 2009: 73).

De zesde fase beslaat de behandeling, de meest belangrijke fase in het gesprek (zie fragment 1). Hier wordt een behandelingsplan opgesteld voor wat er aan het probleem te doen is, hoe dit in zijn werk gaat en welke gevolgen dit heeft voor de patiënt (Veening, Gans & Kuks 2009: 73). Hierna is de instemming van de patiënt vereist (p.74). Heritage & Clayman (2010: 165) stellen dat het behandelingsvoorstel precies als zodanig wordt gezien: iets wat geaccepteerd of geweigerd kan worden. Vervolgens kan het consult naar de volgende fase wisselen. De transitie naar de volgende fase wordt gekenmerkt doordat er nu een behandeling is ingesteld en het doel van het consult behaald is, tenzij er aanvullend onderzoek geadviseerd wordt of er een doorverwijzing plaatsvindt (Veening, Gans & Kuks 2009: 83).

- 
- 174 A: ja ja ik denk niet dat ik er iets aan kan  
doen op dit moment je
- 175 zou eh misschien iets met een zooltje kun  
je eh een zooltje
- 176 gebruiken waarbij je eh iets minder hier  
hebt dus dan dicht je en
- 178 dan omdat u eigenlijk zelf ook al weet
- 179 P: ja
- 180 A: op een kant ga je dan lope op de zij[kant
- 181 P: [ja
- 182 A: maar dan zou 'k ook eerst wille hebbe dat  
de voet lengte of de
- 183 been lengte gecorrigeerd is en dan heeft  
u met een eh aanpassing
- 184 dat je iets meer klein beetje naar buiten  
draait dat zou iets
- 185 kunne zijn dat je het aan de buitenkant  
probeert te corrigeren in
- 186 plaats van een operatie of iets dergelijks  
eraan te wijden
- 187 (3.0)
- 188 P: mj[a
- 189 A: [da[a-
- 190 P: [en en zooltjes heb ik nooit ge-  
werk[kt dat eh ook in het
- 191 verleden niet
- 192 A: [nee
- 

**Fragment 1** Fase 6 van consult 11.

De zevende en laatste fase betreft de afronding. Hier worden praktische zaken afgehandeld, waaronder het maken van afspraken over een nieuw consult waarna er afscheid wordt genomen (Veening, Gans & Kuks 2009: 83). De start van deze fase blijkt ook een relevante plaats te zijn waarop er additionele vragen en problemen gepresenteerd worden door uitingen zoals 'heeft u verder nog vragen?' (Robinson 2001: 653).

De modellen uit deze paragraaf wijzen uit dat consulten uit verschillende fasen bestaan. Maar deze indeling roept zelf ook vragen op. Als consulten uit fasen bestaan, waar bestaan de fasen dan uit? Deze vraag is het onderwerp van de volgende paragraaf.

### 3.8 SUBFASEN IN HET MEDISCH CONSULT

Hoewel er nog relatief weinig bekend is over structuur van individuele fasen, laat het onderzoek van onder anderen

Robinson (1998) zien dat deze op zichzelf weer opgedeeld worden in kleinere, meer lokale onderdelen. Dit zijn de zogenaamde subfasen. Bij deze indeling wordt gebruik gemaakt van de fasering van Byrne & Long (1976) en veronderstelt een consult waarbij men een nieuwe klacht presenteert.

Robinson (1998) stelt dat de eerste fase van het consult opgedeeld kan worden in een viertal afgebakende componenten, die samen het geheel van de fase vormen. Deze subfasen zijn:

- I. Begroeting.
- II. De patiënt laten zitten.
- III. Identiteit van de patiënt vaststellen.
- IV. Primaire klacht vaststellen.

(Robinson 1998: 102)

De acties die gedaan worden in de subfasen lijken net als de grotere fasen een chronologische volgorde te hanteren waarop arts en patiënt zich oriënteren (Robinson 1998: 106). Binnen de eerste fase lijkt een markering van de start of het einde van een subfase ook dikwijls non-verbaal te gebeuren. Bijvoorbeeld in de eerste en tweede subfase (p.107). Dit lijkt ook het geval te zijn voor andere activiteiten in het consult (p.118).

In het werk van Koenig (2011) wordt de fase van het behandelingsvoorstel nader bekeken. Hij deelt deze fase op in de volgende drie subfasen:

- I. Aanbeveling.
- II. Acceptatie van patiënt.
- III. Volgende activiteit.

(Koenig 2011: 1107)

Deze indeling geeft, net als de indeling van Robinson (1998), blijk van een chronologische volgorde. Wanneer de patiënt het behandelingsvoorstel geaccepteerd heeft, kan de arts doorgaan naar een andere activiteit binnen de behandelingsfase of naar de afsluiting toe werken, zeker niet eerder (Koenig 2011: 1107). Mocht een patiënt het behandelingsvoorstel niet accepteren, dan moeten er onderhandelingen plaatsvinden in de eerste subfase totdat men

overeenstemming bereikt en de volgende activiteit gestart kan worden (p.1108).

Op een meer lokaal niveau doen de subfasen hetzelfde als de grotere, algemene fasen. Ze vormen aspecten van het geheel en zonder een aantal componenten die per definitie afgesloten moeten worden, kan het consult niet vorderen. Elk van deze subfasen realiseert derhalve een handeling die bijdraagt aan het geheel van de overkoepelende fase (Veening, Gans & Kuks 2009: 19).

Er is aandacht besteed aan globale faseringsmodellen en aan meer gedetailleerde indelingen van subfasen. Deze modellen maken medische consultvoering inzichtelijker, maar lossen de bestaande problemen op in medische consultvoering nog niet op. De volgende paragraaf gaat hier dieper op in.

### 3.9 CONFLICTEN IN DE FASERING VAN HET MEDISCH CONSULT

Ondanks het inzicht in de topicale ontwikkeling van consulten en het feit dat de arts en de patiënt zich bewust zijn van het projectmatige verloop daarvan, blijven er problemen aanwezig op het gebied van medische communicatie.

Het feit dat het consult bestaat uit verschillende fasen en subfasen met elk eigen doelen veronderstelt ook wat een toegestane bijdrage is aan het gesprek op een bepaald moment. Deze pre-allocatie is één van de voornaamste kenmerken van institutionele communicatie (Mazeland 2003: 54). Gill & Maynard (2005: 116) stellen dat in een consult problemen kunnen ontstaan doordat patiënten en artsen verschillende visies hebben over de sequentiële organisatie van de fasen in het consult. Veening, Gans & Kuks (2009: 67) stellen ook dat de communicatie in de diagnosefase (fase vijf in hun model) het moeilijkst blijkt te zijn. Hier ontstaan de meeste conflicten, mede omdat de arts moet inspelen op de emotionele verwerking van de diagnose.

Het komt vaak voor dat in het gesprek geschakeld wordt tussen verschillende fasen. Dit kan door toedoen van de arts, wanneer hij ontevreden is over de beschikbare informatie. De patiënt kan dit ook initiëren door zelf vragen te stellen of inschattingen te doen die met andere activiteiten

te maken hebben dan de huidige activiteit (Byrne & Long, 1976: 20). Wel is het zo dat de arts terughoudend kan zijn in het geven van een adequate reactie wanneer een patiënt tracht te wisselen van fase (Maynard & Heritage 2005: 432). Vanuit het perspectief van de arts, zijn deze pogingen in potentie prematuur of storend (Robinson 2003: 49).

Het komt vaak voor dat patiënten graag eerst hun verhaal willen vertellen voordat zij overgaan op een gestructureerde gang van zaken (Veening, Gans & Kuks 2009: 26). Zo kan een patiënt bijvoorbeeld tijdens de anamnese zelf een diagnose geven. Namelijk de 'lekendiagnose' (Heritage & Maynard 2006: 147). Of zelfs al eerder, tijdens de tweede fase, de klachtbespreking (Gill & Maynard 2005: 116). De reden achter een lekendiagnose tijdens de klachtbespreking is dat de patiënt daar alle relevante informatie denkt te moeten geven omdat hij anders niet meer aan het woord komt, aangezien de fasen die erna komen nog minder geschikt zijn hiervoor (Heritage & Maynard 2006: 147). De patiënt verliest na de klachtpresentatie het interactionele initiatief. De lekendiagnose vergroot vermoedelijk de legitimiteitsclaim van het bezoek. Hiermee geven de patiënten de vermeende ernst van hun situatie aan (Heritage & Clayman 2010: 123).

Tijdens de presentatie van een probleem proberen patiënten vaak hun bezoek te verantwoorden, soms zelfs in de vorm van een verontschuldiging. Hierdoor ontstaat er een hiërarchie in de interactie. (Berenst 2006: 85). De patiënten nemen zo de rol van de patiënt aan door hun bezoek (een bezoek wordt niet als vanzelfsprekend beschouwd en krijgt daardoor een bepaalde lading) op deze wijze te verantwoorden (Heritage & Clayman 2010: 120).

De asymmetrische verhouding van het consult heeft ook invloed op de fasering. Volgens Meeuwesen, Tromp, Schouten et al. (2007: 184) lijken artsen in theorie de controle te hebben over de fasering van een medisch institutioneel gesprek. Dit wordt ook bevestigd door Robinson (2003: 28), waarbij hij stelt dat patiënten vooral reageren op acties van de arts. In deze globale structuur lijkt alleen de klachtpresentatie de fase te zijn waarin de patiënt de initiator is (Berenst 2006: 81). In de praktijk blijkt deze indeling vaak veel complexer te zijn. Er is sprake van een verschuiving van de verhoudingen tussen artsen en patiënten

waarbij de patiënt een grotere mate van autonomie heeft (Meeuwesen, Tromp, Schouten et al. 2007: 184), zoals ook behandeld in 2.2. De arts behoudt echter de autoritaire positie. Dit lijkt enerzijds voort te komen uit de culturele autoriteit en anderzijds de afhankelijkheid van de patiënt. Dit houdt in dat de arts, als expert op medisch gebied, als autoritair figuur gezien wordt door anderen. Daarnaast is de patiënt hulpbehoevend en niet in staat om zijn of haar gezondheidsproblemen op te lossen zonder professionele hulp (Heritage & Clayman 2010: 154).

De inzichten in de conflicten die ontstaan in het consult tonen aan dat artsen en patiënten verschillende ideeën hebben over hoe een consult er qua fasering uit hoort te zien en welke handelingen wanneer toegestaan zijn.





## 4 METHODOLOGIE

In dit hoofdstuk zal de werkwijze van het onderzoek nader worden toegelicht. Na de beschrijving van het corpus in paragraaf 3.1, volgt een uiteenzetting van de procedure van de conversatieanalyse als onderzoeksmethode in paragraaf 3.2. Tot slot wordt de werkwijze voor de analyse toegelicht in paragraaf 3.3.

### 4.1 CORPUS

Het corpus bestaat uit acht audiovisuele opnames van consultgesprekken gemaakt op de afdeling Orthopedie van het UMC Groningen. Deze opnames zijn onderverdeeld in drie gesprekken van twee verschillende AIOS en vijf gesprekken van drie verschillende specialisten. De opnames en transcripten van de AIOS zijn afkomstig uit het onderzoeksmateriaal van Peters (2013). De opnames van de specialisten zijn in het begin van 2014 gemaakt. De transcripten van deze groep zijn door andere studenten gemaakt. Voor de

vindbaarheid van de data zijn de bestandsnamen voor de consulten letterlijk overgenomen uit beide verzamelingen. Daarnaast hebben de opnames op volgorde van analyse een nummer gekregen.

Ongeveer 75% van de polikliniekbezoeken in het UMC Groningen betreft een vervolgsconsult (Terluin, Andeweg, Boendermaker et al. 2002: 54). Dit maakt vervolgsconsulten tot de grootste groep uit de drie soorten consulten. Het is derhalve het meest interessant om deze groep nader te onderzoeken. Vervolgsconsulten zijn gesprekken waarbij de patiënt niet voor de eerste keer bij de arts komt en zich al in een verder stadium van het zorgtraject kan bevinden. Deze consultsoort verschilt aanzienlijk qua indeling en inhoud van consulten waarbij er sprake is van een nieuwe klacht (Robinson & Heritage 2014: 206). De gegevens van de consultgesprekken staan in tabel 1 schematisch weergegeven.

Consult	Tijdsduur ~	Soort consult	Geslacht patiënt	Geslacht arts	Primaire klacht	Niveau arts
<b>Consult 1 (1 12-11)</b>	13:28 min	Vervolg	Man	Vrouw	Klachten in Enkel	AIOS
<b>Consult 3 (3 22-11)</b>	05:58 min	Vervolg	Man	Man	Klachten in heup	AIOS
<b>Consult 5 (4 12-11)</b>	09:44 min	Vervolg	Vrouw	Vrouw	Klachten in voet	AIOS
<b>Consult 8 (3 18-02)</b>	12:36 min	Vervolg	Vrouw	Man	Klachten in knie	Specialist
<b>Consult 9 (11 20-02)</b>	12:52 min	Vervolg	Vrouw	Man	Klachten in arm	Specialist
<b>Consult 10 (13 20-02)</b>	18:18 min	Vervolg	Vrouw	Man	Klachten in pols	Specialist
<b>Consult 11 (16 21-02)</b>	11:40 min	Vervolg	Vrouw	Man	Klachten in knie	Specialist
<b>Consult 12 (17 21-02)</b>	17:17 min	Vervolg	Man	Man	Klachten in heup	Specialist

Tabel 1 Metadata corpus vervolgsconsulten.

Voor het maken van de opnames zijn een aantal patiënten van de afdeling Orthopedie telefonisch benaderd. Hierbij is er uitleg gegeven en toestemming gevraagd voor het ma-

ken van audiovisuele opnames. Voordat de patiënten benaderd werden, is om toestemming van de arts gevraagd. Na het telefonisch contact kregen de geïnteresseerden een informatiebrief thuisgestuurd met additionele informatie

over het onderzoek en een toestemmingsformulier. Dit gaf potentiële deelnemers de ruimte om een weloverwogen beslissing te maken. Vervolgens zijn alle toestemmingsformulieren ingevuld op de polikliniek door alle partijen voordat de opnames gestart werden. Enkel de opnameapparatuur bevond zich in de spreekkamer bij de participanten. De verzameling van de data heeft geheel plaatsgevonden met inachtneming van alle voorschriften voor privacybescherming van het UMC Groningen. Alle opgenomen personen (inclusief derden, wanneer zij in beeld kwamen) hebben expliciet toestemming gegeven voor het maken en transcriberen van de opnames, alsmede het gebruik voor onderzoek en onderwijs. Alle participanten behouden het recht om op elk moment hun medewerking stop te zetten en hun opnames te laten verwijderen.

## 4.2 METHODE

De transcripten van het corpus worden geanalyseerd aan de hand van de conversatieanalytische methode. In de conversatieanalyse doet men onderzoek naar de principes van gespreksorganisatie waarmee mensen betekenis geven aan wat ze zeggen (Mazeland 2003: 11). Dit kan zich uiten in een zeer lokale analyse van bijvoorbeeld beurtwisselingen en sequenties of een meer globale analyse, wat zich kan richten op onder andere topicorganisatie. In de conversatieanalyse bestaan grofweg twee vormen: de reguliere conversatieanalyse en institutionele conversatieanalyse. Deze gaan respectievelijk over gesprekken die als regulier beschouwd worden en gesprekken in een institutionele setting, zoals het medisch consult (Heritage & Maynard 2006: 362). Drew & Heritage (2006: 7) geven aan dat de conversatieanalyse in dezelfde mate kan worden toegepast op institutionele communicatie als op reguliere communicatie. Medische zorg, als één van de vele vormen van institutionele communicatie, bestaat namelijk voor een groot deel uit interactie via conversatie.

Sinds de afgelopen decennia kent de conversatieanalyse een groeiende aanwezigheid in de medische institutie (Heritage & Maynard 2006a: 362). Drew, Chatwin & Collins (2001: 67) laten zien dat de conversatieanalytische methode een aantal voordelen met zich meebrengt. Het blootleggen van sequentiële patronen en de organisatie van beurtwisseling zijn hier enkele voorbeelden van. De medi-

sche institutie kan gebruik maken van de conversatieanalyse door de onderliggende structuur van gesprekken te doorgronden. Dit resulteert in een beter begrip van de communicatie, wat weer tot voordelen in de praktijk kan leiden.

De conversatieanalyse richt zich op de organisatie van gesprekken en hoe die door interactie tot stand komen. Conversatieanalyse is echter niet zomaar toe te passen op de data. Om van de opnames bruikbaar onderzoeksmateriaal te maken, zijn deze orthografisch getranscribeerd. Dit houdt in dat de gesprekken volledig worden uitgeschreven volgens specifieke conversatieanalytische conventies (Mazeland 2003). Alle opnames zijn daarnaast geanonimiseerd. Dit betekent dat de namen van de participanten en andere gesproken namen zijn aangepast in de transcripten.

## 4.3 WERKWIJZE

Deze scriptie betreft voornamelijk kwalitatief en exploratief onderzoek van communicatie. Dit betekent het analyseren van de aantekeningen van de onderzoeker, in dit geval, de transcripten. Het gaat hier ook om een collectiestudie in tegenstelling tot een *single-case* analyse. Er is een corpus opgesteld van verwante fragmenten en er is sprake van een vergelijking tussen twee groepen met betrekking tot een fenomeen. Binnen elk van de opnames is namelijk het verschijnsel (de fasering) aanwezig en dit kan vervolgens vergeleken worden met de andere fragmenten.

De analyse van het corpus bestaat globaal gezien uit twee onderdelen. Namelijk een kwantitatieve en een kwalitatieve analyse. Voor de analyse wordt het faseringsmodel gebruikt uit Veening, Gans & Kuks (2009). Allereerst wordt er met een kwantitatieve en exploratieve analyse gezocht naar verschillen in de data. Vervolgens kan er met een kwalitatieve analyse verder ingegaan worden op die verschillen.

De analyse start met het uitwerken van de fasering voor elk consult. Dit is waar overeenkomsten en afwijkingen gevonden kunnen worden ten opzichte van het faseringsmodel en tussen de twee groepen. Een vergelijking van de gevonden informatie levert nieuwe bevindingen op over de verschillen en overeenkomsten tussen AIOS en specialisten. Vervolgens kan er nader onderzoek gedaan worden naar

die bevindingen om meer inzicht te creëren. In de analyse worden ook de deelvragen beantwoord. De resultaten die hieruit volgen zullen het antwoord vormen op de hoofdvraag.



## 5 ANALYSE

Dit hoofdstuk behandelt de analyse van het corpus. Hierin worden alle deelvragen van het onderzoek beantwoord. Eerst zal een kwantitatieve analyse de relevante verschillen tussen AIOS en specialisten tonen in paragraaf 4.1, gevolgd door voorbeelden van die bevindingen. Hierna zal er in de kwalitatieve analyse van paragraaf 4.2 dieper ingegaan worden op de meest interessante bevindingen, aangevuld met prototypische elementen uit de consulten van zowel AIOS als specialisten.

### 5.1 VERSCHILLEN IN CONSULTFASERING

Een kwantitatieve analyse van de consulten laat zien hoe beide groepen vorm geven aan de fasering. De tijdsduur en percentages van de fasen in het consult staan weergegeven

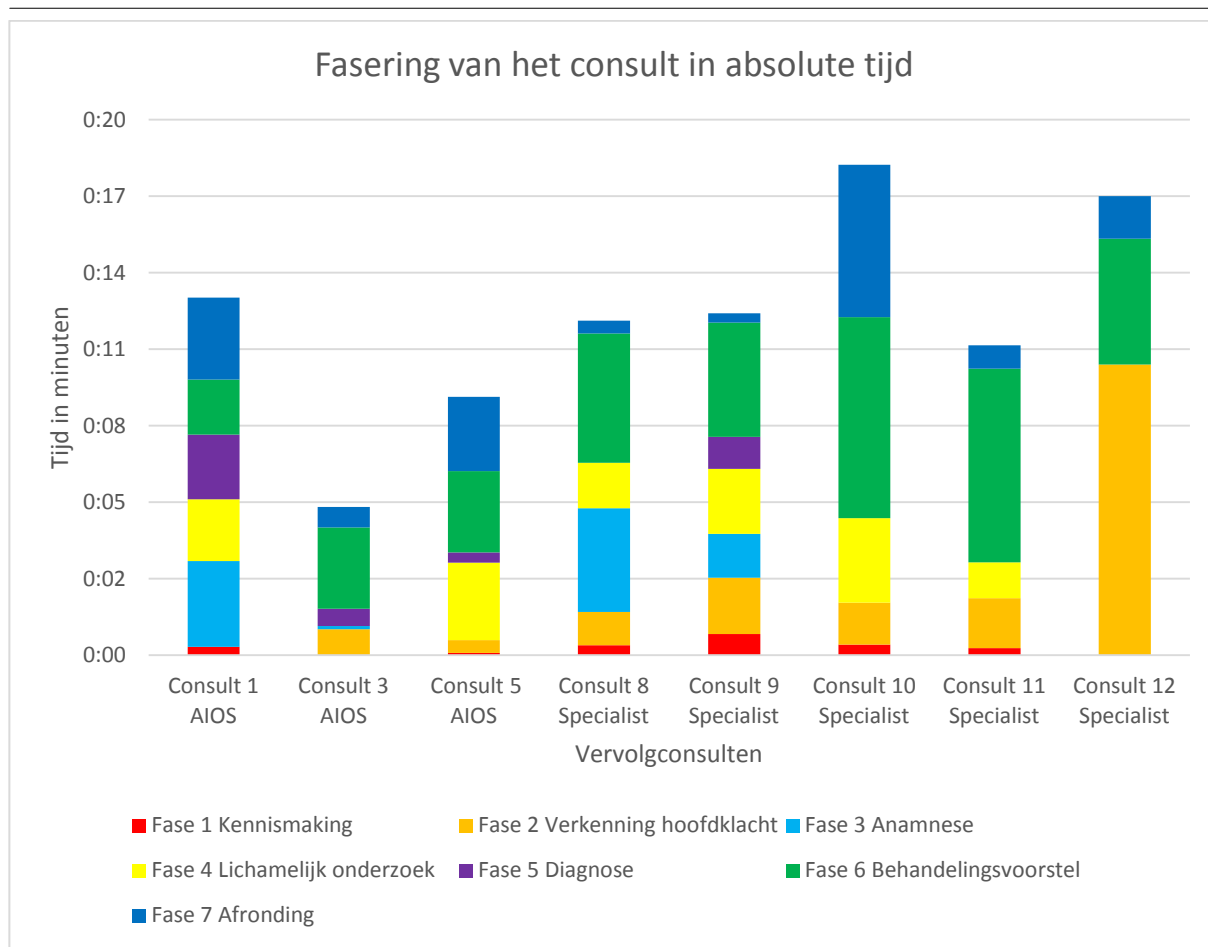
Consult Fasen	1 AIOS	3 AIOS	5 AIOS	8 Specialist	9 Specialist	10 Specialist	11 Specialist	12 Specialist
<b>Fase 1</b>	00:19 2,35%	~	00:05 0,85%	00:23 3,04%	00:48 6,21%	00:24 2,18%	00:16 2,28%	~
<b>Fase 2</b>	N.v.t.	00:59 16,48%	00:29 4,96%	01:15 9,92%	02:07 16,44%	01:35 7,73%	01:53 16,14%	10:57 63,35%
<b>Fase 3</b>	03:14 24,00%	00:07 1,95%	N.v.t.	03:54 30,95%	01:39 12,82%	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<b>Fase 4</b>	02:19 17,19%	N.v.t.	02:55 29,96%	01:43 13,62%	02:27 18,67%	03:11 17,46%	01:21 11,56%	N.v.t.
<b>Fase 5</b>	02:26 18,06%	00:39 10,89%	00:23 3,92%	N.v.t.	01:12 9,32%	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<b>Fase 6</b>	02:05 15,46%	01:40 27,93%	03:04 31,50%	04:52 38,62%	04:18 33,42%	07:34 41,34%	07:17 62,42%	04:44 27,38%
<b>Fase 7</b>	03:05 22,89%	00:46 12,84%	02:48 28,76%	00:29 3,83%	00:21 2,72%	05:44 31,32%	00:53 7,57%	01:36 9,26%
<b>Tijdsduur totaal</b>	13:28	05:58	09:44	12:36	12:52	18:18	11:40	17:17
<b>Transities totaal</b>	7	7	9	5	8	9	6	3

**Tabel 2** Absolute tijd in minuten en percentages per fase van het consult.

Het analyseren van de totale tijdsduur uit tabel 2 laat zien dat de consulten van AIOS een gemiddelde tijdsduur hebben van 09:43 minuten. Bij een specialist duurt het consult gemiddeld 14:32 minuten. Dit betekent dat een consult

in tabel 2. Deze tabel geeft daarmee antwoord op de eerste twee deelvragen: welke fasen er in de consulten bestaan en wat hun relatieve duur is.

Sommige fasen kwamen niet aan de orde in een aantal consulten en zijn daardoor niet vermeld in de tabel. Een kanttekening bij de tabel is dat de gefragmenteerde fasen voor de berekeningen zijn samengevoegd. In werkelijkheid zijn sommige fasen verdeeld over het consult (de tabellen en figuren tonen dit niet). Daarnaast laat de tabel voor consult 3 en 12 lichtelijk vertekende waardes zien, aangezien de eerste fase niet is meegenomen in de berekening omdat deze niet zijn opgenomen door de camera (hoewel zij echter wel bestaan).



**Figuur 1** Visuele weergave van consultfasering in absolute tijd.

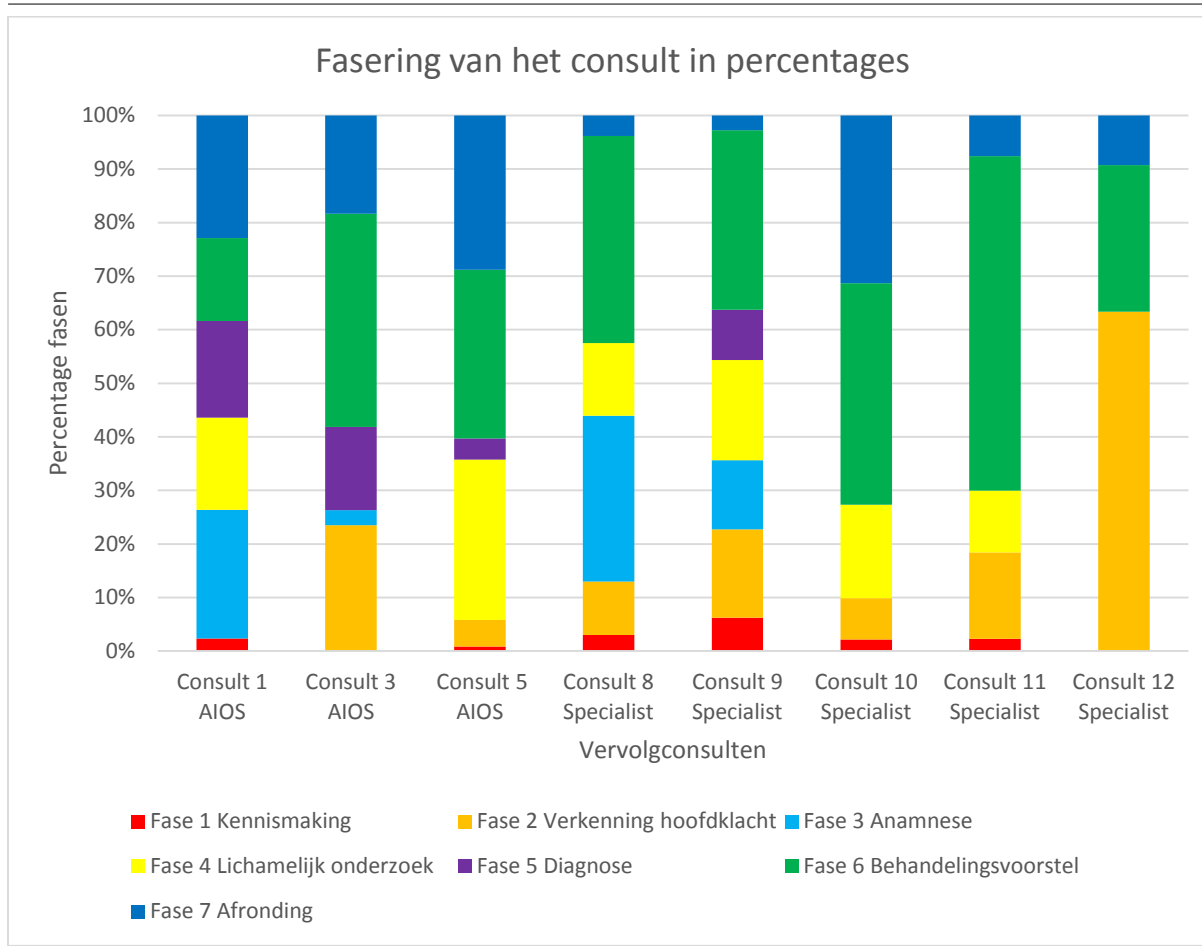
bij AIOS gemiddeld 02:16 minuten en bij specialisten gemiddeld meer dan tweemaal zo lang met 5:45 minuten. Belangrijker dan de absolute duur is de relatieve duur van de fasering. Een weergave van de percentages uit tabel 2 staat in figuur 2. Uit die figuur blijkt dat er voornamelijk verschillen zijn op te merken bij de fasen voor het lichamelijk onderzoek, afsluiting en behandelingsvoorstel. AIOS besteden gemiddeld meer tijd aan het lichamelijk onderzoek (23,57% versus 15,32%) dan specialisten. Ook nemen AIOS

ten opzichte van specialisten gemiddeld tweemaal zoveel tijd voor de afsluitingsfase (21,49% versus 10,94%). Daarentegen spenderen specialisten relatief bijna dubbel zoveel tijd van het consult aan de fase van het behandelingsvoorstel ten opzichte van AIOS (40,63% versus 24,96%).

Ook blijken specialisten volgens figuur 2 meer fasen in het consult over te slaan dan AIOS. Zij lijken het consult te comprimeren tot een gesprek met minder fasen. Dit is

voornamelijk te zien bij de diagnose. Specialisten lijken meer geneigd om deze fase over te slaan. AIOS slaan een diagnose echter niet over, specialisten wel. Het overslaan van de anamnese komt in beide groepen voor. De meest minimale vorm van een vervolgsconsult veronderstelt vier fasen: kennismaking, verkenning hoofdklacht of anamnese, behandelingsvoorstel en afsluiting. Ondanks dat vervolgsconsulten doorgaans een kleinere hoeveelheid aan fasen veronderstellen, kunnen zij nog steeds het maximale

aantal van 7 fasen bevatten. Vooral de fase van de anamnese en diagnose worden evident achterwege gelaten in vervolgsconsulten. Alleen consult 1 lijkt af te wijken van deze trend, hoewel er dan wel sprake is van een anamnese fase in plaats van een verkenning van de hoofdklacht. Dit wijst er op dat er altijd aandacht geschonken moet worden aan de klachten (hetzij fase 2 of 3) voordat men vordert naar de behandeling.



**Figuur 2** Visuele weergave van consultfasering in percentages

Opvallend is dat de fase van het behandelingsvoorstel bij specialisten zowel absoluut als relatief een langere duur heeft. Ondanks het lage aantal aan geanalyseerde consulten, lijkt deze bevinding erop te wijzen dat er noemens

waardige verschillen zijn in het behandelingsvoorstel tussen AIOS en specialisten. Als één van de belangrijkste fasen in het consult, is het nuttig om de verschillen hierin nader te bekijken in een kwalitatieve analyse.

Handeling	Voorbeeld	
<b>Argument</b>	192	P: ja
	193	A: (0.5) hHh dan gaan we daar iets aan doen (0.4) u moet <u>hoge</u>
	→ 194	schoenen dragen (.) das belangrijk want u hebt natuurlijk zes
	→ 195	weken zo anders gelopen
	196	P: jaja
<b>Uitleg</b>	→ 421	A: of dat er iemand een kijkoperatie doet in je darmen (0.6) he
	→ 422	he coloscopie [of eh gastroscopie
	423	P: [hmmh
	→ 424	A: dat zijn zogenaemde (.) vieze ingrepen (.) omdat er heel
	→ 425	veel bacteriën ook in de bloedbaan terecht kunnen komen
426	V: ja	
<b>Advies</b>	→ 354	A: dus dan moet je je afvragen van wat komt daar t meeste voor,
	→ 355	(0.6) he ik zou me van tevoren ook goed laten vaccineren daarvoor
	356	P: dat sowieso
<b>Stelling</b>	→ 208	P: °hmmhmm°
	→ 209	A: en ik vind dat zij moet kijken wat er verder uh moet gebeuren
	210	want zij kent uw voeten het beste
	211	P: °hmmhmm°
<b>Vraag</b>	→ 94	A: doet dit pijn, u hebt geen pijnklachten of wel
	95	P: nee nee
	96	A: nee oke
<b>Antwoord</b>	→ 273	P: oke ook een eh wat een eh lichaamsgewicht en [eh
	→ 274	A: [ja als u kracht wil zette mag dr
	→ 275	zette mag dr vol op
	276	P: Okee
<b>Voorstel</b>	→ 363	A: wondjes (.) ik zou misschien tweede kuur ook meenemen voor wondjes
	364	(.) en dat zou mijn voorkeur (floxopen) eh of (augmentin) zijn
	→ 365	(0.5) zou ik t op een briefje schrijven
	366	P: ja als u dat zou [willen graag
<b>Mededeling</b>	→ 246	P: oke
	→ 247	A: even kijken hoe ver u exact bent hoeveel maanden
	248	P2: hoever je bent twee drie maanden
	249	P: ja
<b>Opnieuw formuleren</b>	→ 254	P: ik heb dus verder wel gemerkt dat mijn linkerbeen dus eigenlijk
	255	eigenlijk helemaal 't is wat dikker
	→ 256	A: dikker dan de andere kant=
	257	P: =dan de andere kant
<b>Instemming</b>	→ 133	P: want ik ging dus op de buitenkant van mijn voet ging ik nu staan
	247	om hem te corrigeren
	→ 248	A: ja ja
	249	P: hij zegt tegen mij dat moet je niet doen zegt ie gewoon je voet

Tabel 3 Inventarisatie van prototypische handelingen van de arts in de fase van het behandelingsvoorstel



## 5.2 VERSCHILLEN IN HET BEHANDELINGSVOORSTEL

De kwantitatieve analyse heeft verschillen ontdekt tussen AIOS en specialisten. De meest opvallende en interessante bevindingen kunnen met een kwalitatieve analyse nader bekeken worden. Dit resulteert in een verklaring van de verschillen en levert meer inzicht op over de twee groepen. Daarnaast kan met de kwalitatieve analyse de werking van de transities tussen de fasen bekeken worden, wat resulteert in antwoorden op de laatste drie deelvragen.

De meest prominente bevindingen zijn de langere duur van het lichamenlijk onderzoek en afsluiting bij AIOS, ten opzichte van de specialisten, terwijl de specialisten juist tweemaal zoveel tijd besteden aan het behandelingsvoorstel. Hiervan is de discrepantie in het behandelingsvoorstel (fase 6) het meest interessant. Dit is één van de meest belangrijke fasen aangezien dat het einddoel van het consult is (zie paragraaf 2.5). Derhalve is deze fase ook in elk consult aanwezig, in tegenstelling tot bijvoorbeeld het lichamenlijk onderzoek.

De langere duur van het behandelingsvoorstel bij specialisten vraagt om meer onderzoek. Wat gebeurt er in deze fase en wat zorgt er in deze fase voor dat specialisten, ten opzichte van AIOS, tweemaal zoveel tijd hieraan besteden? Een inventarisatie van alle uitgevoerde handelingen tijdens de zesde fase in het consult kan helpen om de verschillen te verklaren. Dit staat weergegeven in tabel 3.

Tabel 4 toont alle handelingen die artsen verrichten in de zesde fase. Een vergelijking van de handelingen van AIOS en specialisten bij elk consult volgens de inventarisatie uit tabel 4 geeft een aantal opmerkelijke resultaten.

De meest interessante verschillen betreffen de hoeveelheid uitleg en adviezen die de arts geeft, alsmede de vorm van de handelingen en de wisselingsnelheid. Met betrekking tot de overige handelingen lijken de gesprekken erg op elkaar. Zowel AIOS als specialisten maken relatief weinig gebruik van voorstellen, argumenten, vragen, herformuleringen en dergelijke, hoewel er uitschieters kunnen bestaan in sommige gesprekken, zoals bij herformuleringen en instemmingen.

Ook is er gekeken naar de aanwezigheid van patronen in de volgorde van de handelingen. Hier is echter geen bewijs voor gevonden in het corpus. Verschillende handelingen

kunnen op elk moment in de fase voorkomen in vrijwel elke mogelijke combinatie, hoewel argumenten logischerwijs pas volgen na andere handelingen van dezelfde beurt.

### 5.2.1 UITLEG

De analyse van de handelingen bij AIOS en specialisten laat verschillen zien met betrekking tot het doen van uitleg. Specialisten besteden meer tijd van deze fase aan het redeneren, uitleggen van medische processen en gedachtegangen beschrijven (zie fragment 2). AIOS doen dit minder en in kortere stukken.

---

	202	A:	nou ja weeye ik heb niet alles kunnen reconstrueren [i
	203	P:	[nee
→	204	A:	ik heb gereconstrueerd zoveel mogelijk de stand is aanmerkelijk verbeterd het spaakbeen ik ben er heel blij mee je ziet hier verkalking bij 't kadretje je ziet hier dit fragment hier dat
→	205		die verhouding nog steeds niet heelkijk idealiter is dit
→	206		ongeveer ten hoogte van hier he,
→	207		ja
→	208	P:	ja
→	209	A:	kijk en je kan altijd nog zegge in tweede beurt we korte de ellepijp nog iets in we halen dat fragmentje dr uit en we make dat he we proberen dat nog een toevoeging te geven om het nog beter te krijgen (.) dat zou ik doen ook als u nu zegt ik heb
→	210		vooral pijn bij deze hoek nog bij deze beweging
→	211		(0.2)
→	212		
→	213		
→	214		
	215		
	216	P:	ja
	217	A:	dus als u die kant op gaat en hier blijft 't knelle
	218	P:	ja (zachtjes) maar dit kan eh dit 't is nu nog geen eh drie

---

**Fragment 2** Prototypische uitleg van specialist. Consult 10.

De uitleg van de specialist duurt van regel 202 tot aan regel 217, met continueringen van de patiënt op regel 203 en 209. Een acceptatie van de patiënt volgt in regel 216. De arts besteedt hier veel tijd aan het uitleggen van de huidige stand van zaken van een eerdere operatie en hoe een mogelijke nieuwe ingreep in zijn werk gaat. De uitleg van specialisten bestaat doorgaans uit meereenhedenbeurten in combinatie met instemmingen van de patiënt. Dit is te zien vanaf regel 204 en 210. Meereenhedenbeurten bestaan uit meer dan één beurtopbouw eenheid (Mazeland 2007: 45).

AIOS houden hun uitleg doorgaans bondiger en laten minder van het redeneringsproces zien aan de patiënt (zie fragment 3).

- 
- 78 A: wat moet u dan? ehm ik denk eh:: er zijn een aantal eh niet  
 → 79 operatieve maatregelen in de zin van de eh fysiotherapie  
 → 80 therapie pijnstilling eh de prik zoals u nu hebt gehad (.) ik  
 81 denk dat we daar eigenlijk toch even mee moeten kijken of we  
 82 daarmee de tijd nog even moeten rekken voordat u toe bent aan  
 83 die nieuwe heup  
 84 P: ja  
 → 85 A: nieuwe heup zal uiteindelijk wel een keer-  
 86 tje aan zitten te komen (1.3) als u dat wat langer kan uit-  
 stellen dan is dat  
 87 eigenlijk eh gunstig (1.5) o[ok omdat  
 88 P: [ja ik weet  
 het maar ja ik wil ook  
 89 wel een keer van de pijn af  
 90 A: ja
- 

**Fragment 3** Prototypische uitleg van AIOS. Consult 3.

De uitleg van de AIOS beslaat in dit voorbeeld slechts 4 regels. De arts legt kort uit wat de opties zijn in regel 78 tot 80, dit vervolgt hij met de stelling in regel 81. Meer uitleg over de toekomst volgt nog in regel 85 maar wordt gauw opgevolgd door het argument uit regel 86.

## 5.2.2 ADVISEREN

Het geven van adviezen verschilt ook sterk tussen specialisten en AIOS. In het behandelingsvoorstel geven specialisten doorgaans meerdere adviezen, terwijl AIOS dit vrijwel nooit doen. Er is slechts een enkel geval van het geven van advies door AIOS, waarbij het advies zelf een enkele, korte zin bedraagt. De adviezen van specialisten bestaan vaak uit meerdere of langere zinnen (zie fragment 4).

- 
- 403 A: kijk als jij e- een vieze wond bijvoorbeeld  
 404 aan je voet of aan  
 je teen hebt of vlak bij je heup eh ja dan  
 zou ik eh (.)  
 → 405 eh je kunt zeggen van nou ik wacht (.)  
 één of twee dagen  
 → 406 gaat t niet over ja dan toch wel eh  
 (gaandeweg)  
 → 407 antibiotica  
 408 [oke  
 → 409 P: [je wil gewoon geen risico nemen  
 410 A: dus t is niet dat ik direct moet denken  
 ojee maar
- 

**Fragment 4** Prototypisch advies van specialist. Consult 12.

Het advies van de specialist start in regel 405 en duurt tot regel 409. De adviezen van specialisten zijn uitgebreider en duren derhalve ook langer dan het advies van de AIOS (zie fragment 5).

- 
- 192 P: ja  
 → 193 A: (0.5) hHh dan gaan we daar iets aan  
 doen (0.4) u moet hoge  
 194 schoenen dragen (.) das belangrijk want  
 u hebt natuurlijk zes  
 195 weken zo anders gelopen  
 196 P: jaja
- 

**Fragment 5** Prototypisch advies van AIOS. Consult 5.

Het advies van de AIOS in regel 193 betreft slechts de korte zin “u moet hoge schoenen dragen” en wordt gauw opgevolgd door een argumentatie.

### 5.2.3 FREQUENTIE VAN WISSELING

De handelingen van de specialisten zijn vaak groter en daardoor duurt het langer voordat men wisselt naar een andere handeling. Bij AIOS is hier minder sprake van. Hun handelingen zijn vaak korter waardoor er binnen de beurten meer wisseling plaatsvindt (vergelijk fragment 6 en 7 uit de subfase van de aanbeveling).

---

→	253	P:	[ja
	254	A:	[ik eh ik eh zou eh bl- in ieder geval drie maanden wachten
	255		drie maanden gewoon kijken hoe het gaat en hoe 't zich
→	256		ontwikkeld met een haluf jaar dan denk ik dat u grosso modo
	257		weet wat u wat u hebt misschien dat u dan een beetje vooruit
	258		sprokkelt in het tweede haluf jaar met ergens tussen nu en
	259		drie maanden zal u ongeveer 't eh patroon gaan bereike wat 't
	260		ongeveer gaat worde (.) na zes maanden na een operatie
	261		veranderen er geen grote dingen
	262	P:	oke oke en ook niet door eh een therapie of door bewegingen

---

**Fragment 6** Lage frequentie van wisseling door specialist. Consult 10. Rood staat voor een adviserende handeling, paars voor uitleg.

In fragment 6 wisselt de specialist slechts eenmaal naar een andere handeling (uitleg) in regel 256. Opnieuw valt op dat de uitleg hier langer duurt dan bij de AIOS in het volgende fragment.

In fragment 7 wisselt de AIOS maar liefst vier keer van handeling. De uitleg van de arts, gestart in regel 212 is de langste handeling in de beurt. Deze blijft vooralsnog korter dan dezelfde handeling van de specialist in fragment 6.

### 5.2.4 NON-CONVENTIONELE EN CONTROVERSIËLE TRANSITIES

De bevindingen over de verschillen in de fase van het behandelingsvoorstel werpen echter nog geen licht op de werking van de transities tussen de fasen. Een analyse van

de transities tussen de fasen kan de laatste twee deelvragen beantwoorden.

---

	211	P:	hmmhmm
→	212	A:	e:n (0.2) ja die die die eelbult ik het zou mijn voorkeur niet
→	213		zijn om erin te snijden maar misschien zegt ze wel van nou ja
	214		he hHh als allerlaatste redmiddel we gaan toch kijken of het
→	215		werkt dat weet ik niet precies uhm (.) maar dat ga ik aan haar
	216		over laten maar ik ga ook eerst kijken of uw zolen niet beter
→	217		kunnen want als ze al een paar jaar oud zijn voeten veranderen
→	218		een boel he in een paar jaar, (0.2) uhm (0.4) dus dat gaan we
	219		ook doen
	220	P:	hmmhmm

---

**Fragment 7** Hoge frequentie van wisseling door AIOS. Consult 5. Groen staat voor een stellingname, paars voor uitleg, blauw voor een mededeling en oranje voor argumentatie.

Een prototypisch consult, waarin alle fasen aan de orde komen, heeft zes transities. Consulten met minder transities geven aan dat een gesprek in elk geval niet conventioneel verloopt, hoewel dat niet direct op problemen wijst in de interactie. Een vervolgsconsult kan immers volstaan met minder fasen (zie consult 12 in tabel 2 en 3). Een consult met meer dan zes transities wijst echter eerder op interactie waarin iets niet goed is gegaan. Hierin zijn additionele wisselingen gemaakt. Aangezien ze niet in een prototypisch consult passen, zijn ze non-conventioneel.

Non-conventionele wisselingen zijn transities die afwijken van de prototypische fasering van Veening, Gans & Kuks (2009), maar geen duidelijke discrepantie veroorzaken tussen de arts en patiënt. Er bestaan ook meer controversiële transities, die zich kenmerken door de weerstand van één van de participanten om mee te gaan in de transitie (zie fragment 8).

- 118 A: nee ik wil hem wel even zien die enkel  
119 P: is er geen mogelijkheid met een brace of  
zo helpt dat niet meer
- 120 hier
- 121 A: misschien wel (.) en u hebt altijd dit soort  
schoenen aan
- 122 P: ja ik heb altijd ik had vroeger altijd kisten  
aan

**Fragment 8** Controversiële transitie. Consult 1.

In regel 118 start de arts het lichamenlijk onderzoek. Terwijl de patiënt non-verbaal zijn instemming geeft doet hij tevens in regel 119 een behandelingsvoorstel. De weerstand van de arts ten opzichte van deze transitie wordt duidelijk door haar zeer minimale reactie in regel 121. Direct na haar

respons initieert zij zelf een transitie terug naar het lichamenlijk onderzoek.

De hoeveelheid transities binnen een consult geeft aan hoe vaak er gewisseld wordt tussen de fasen van het consult (zie tabel 2). Een analyse van deze transities geeft aan hoe vaak er naar een bepaalde fase gewisseld werd en of dit initiatief vanuit de arts of patiënt kwam. De resultaten staan weergegeven in tabel 4. Hiermee is de derde deelvraag beantwoord: op wiens initiatief de transities plaatsvinden. De conventionele transities vinden plaats op initiatief van de arts, vanwege zijn autoritaire positie. Derhalve zijn transities op het initiatief van de patiënt op zijn minst non-conventioneel en soms zelfs controversieel. Dit wil echter niet zeggen dat een arts geen non-conventionele transitie kan inzetten (zie tabel 4).

Consult Fasen	1 AIOS	3 AIOS	5 AIOS	8 Specialist	9 Specialist	10 Specialist	11 Specialist	12 Specialist
<b>Fase 1</b>								
<b>Fase 2</b>			Patiënt 1x		Patiënt 1x	Patiënt 2x		
<b>Fase 3</b>		Arts 1x						
<b>Fase 4</b>			Patiënt 1x		Arts 1x	Arts 1x		
<b>Fase 5</b>			Patiënt 2x					
<b>Fase 6</b>	Patiënt 1x		Patiënt 1x				Arts 1x	
<b>Fase 7</b>								
<b>Totaal</b>	1	1	5	0	2	3	1	0

**Tabel 4** Initiator en aantal van non-conventionele transities.

Het blijkt dat artsen minder vaak non-conventionele transities inzetten dan patiënten (4 versus 9). Ook valt het op dat bij specialisten minder vaak een non-conventionele transitie wordt gedaan ten opzichte van AIOS (gemiddeld 1,2 versus 2,33 per consult). Daarnaast is bij specialisten geen sprake van een transitie op initiatief van de patiënt, die vooruit loopt op de fasering. Bij AIOS is dat wel het geval.

Het blijkt daarnaast dat de participanten de meeste van deze non-conventionele transities niet als controversieel ervaren. Ze worden zodanig uitgebreid dat het duidelijk is dat beide participanten de transitie geaccepteerd hebben. Controversiële transities daarentegen, worden gekenmerkt door hun korte duur. Een voorbeeld hiervan is de transitie naar het behandelingsvoorstel (zie fragment 8). Een dergelijke wisseling naar het behandelingsvoorstel (op initiatief van de patiënt) is doorgaans te vroeg en roept weerstand

op bij de arts. Non-conventionele transities kunnen ook kort zijn maar duren doorgaans langer.

### 5.2.5 PROTOTYPISCHE TRANSITIES

De aanwezigheid van controversiële transities veronderstelt ook dat er meer conventionele vormen bestaan, ofwel transities waarin de overgang juist gewenst is en zonder problemen verloopt. Dit zijn de prototypische transities, ofwel, de transitie 'zoals het hoort'. Dit is doorgaans de eerste keer dat men bij een bepaalde fase belandt, op initiatief van de arts. Deze wisselingen kenmerken zich door de inbedding in de interactie en het vloeiende verloop van de fasewisseling (zie fragment 9).

	110	A:	inmiddels dus erger geworden dus als u
			zegt bij herhaling bij bewegen
→	111		doet pijn in m'n lies dan [zou het uit de
			heup kunnen komen en
	112	P:	[ja
→	113	A:	misschien zit daar de volgende slijtage
			maar even nog niet [getreurd
	114	P:	[(lacht)
→	115	A:	want het moment dat dat het gewoon
			laat zitten mag ik dan even
	116		aan uw heup zitten en draaien om te
			kijken of ik dat ook vind
	117	P:	ja
	118	A:	ja
	119	P:	oke
	120		(0.3)
	121	P:	en dus ook als ik eh aant aanrecht sta
			en moet ik een beetje mijn

**Fragment 9** Prototypische transitie. Consult 9.

In regel 115 doet de arts duidelijk een verzoek voor lichamelijk onderzoek als gevolg van zijn eerdere uiting in 111 en 113. De patiënt stemt hier mee in en vervolgens wordt het onderzoek uitgevoerd.

Transities zijn daarnaast multimodaal. De initiator gebruikt zowel verbale als non-verbale uitingen om een wisseling te starten (zie fragment 10).

De transitie naar de 2<sup>e</sup> fase op regel 8 wordt gekenmerkt doordat de arts op het moment van spreken zijn blik af-

wendt van het beeldscherm, naar de patiënt toe kijkt en zijn lichaam in een 'luisterende' positie brengt door zijn handen op te vouwen en voor zijn mond te brengen aan het einde van de uiting.

	7		(0.10)
→	8	A:	oke HOE gaat het
	9	P:	nou ik ren weer dus dat eh [en ik fiets
			weer
	10	A:	[dat is wel
			belangrijk

**Fragment 10** Multimodale Kenmerken. Consult 10.

### 5.2.6 HET VERLOOP VAN TRANSITIES

De analyse van prototypische transities in het consult maakt duidelijk dat er een patroon bestaat in de structuur van de wisseling. Hiermee wordt een antwoord geformuleerd op de laatste deelvraag: namelijk hoe de transities van de fasen verloopt. Een dergelijke transitie lijkt doorgaans 'onder water' te beginnen doordat de arts impliciet en non-verbaal de wisseling aanzet terwijl er nog sprake is van een subfase in het lopende gesprek. Wanneer die subfase ten einde is, kan er dan een transitie gemaakt worden. Dit gebeurt doorgaans expliciet en verbaal (zie fragment 11). Het impliciete voorwerk voor een transitie is echter geen vereiste. controversiële transities vertonen dit niet omdat zij veel korter en directer zijn.

	26	P:	[hmm
	27		zijn we d'r uit
→	28	A:	de CT is voor het onderzoek
	29		(0.3)
→	30		want hoe ist met de elleboog
	31	P:	ja

**Fragment 11** Het 'onder water' starten van een transitie. Consult 9.

De transitie naar de klachtbespreking in regel 30 wordt voorafgegaan door het voorwerk wat de arts doet in regel 28 door de röntgenfoto te openen die in de klachtbespreking aan bod komt. Een andere vorm hiervan is dat de arts al aanstalten maakt om op te staan, nog voordat er een verzoek voor lichamelijk onderzoek is geweest (waarbij de arts

niet kan blijven zitten). Voorwerk en non-verbale handelingen impliceren derhalve een aankomende transitie.

Deze werking lijkt enigszins op een aantal aspecten uit de regels voor beurtwisseling in de conversatieanalyse. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen de zogenoemde overgangspek en de transitieruimte (Mazeland 2003: 59). De eerstgenoemde betekent het moment waarop de wisseling werkelijk plaatsvindt. De laatste beslaat echter de zone waarin die wisseling toegestaan is.

## 6 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Dit hoofdstuk vat in paragraaf 5.1 de onderzoeksvraag kort samen. Paragraaf 5.2 resumeert de conclusies uit de kwantitatieve analyse, gevolgd door de conclusies uit de kwalitatieve analyse in paragraaf 5.3. Vervolgens geeft paragraaf 5.4 een aantal kanttekeningen bij het onderzoek. Het hoofdstuk eindigt met suggesties voor vervolgonderzoek in paragraaf 5.5.

### 6.1 ONDERZOEKSVRAAG

Dit onderzoek heeft zich gericht op de verschillen tussen specialisten en AIOS op de polikliniek van de afdeling Orthopedie van het UMC Groningen. Met behulp van de conversatieanalytische methode is getracht verschillen te ontdekken in de consultfasering van beide groepen. In het onderzoek stond de volgende vraag centraal:

*Op welke wijze verschillen de consultgesprekken van specialisten met die van artsen in opleiding tot een specialisme in termen van de fasering van het medisch consult?*

De resultaten uit het onderzoek hebben tot de onderstaande conclusies geleid.

### 6.2 CONCLUSIE UIT KWANTITATIEVE ANALYSE

Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat er verschillen bestaan in de consultfasering tussen specialisten en AIOS. Vervolgconsulten van een specialist duren gemiddeld 33,15% langer dan eenzelfde consult van een AIOS (14:32 min. versus 09:43 min. respectievelijk). Er treden voornamelijk verschillen op bij de fasen van het lichamenlijk onderzoek, het behandelingsvoorstel en de afsluiting.

AIOS besteden een kwart meer tijd van het consult aan het verrichten van lichamenlijk onderzoek (23,57% versus 15,32%). Daarnaast duurt de afsluitingsfase tweemaal zo lang bij AIOS ten opzichte van specialisten (21,49% versus 10,94%). De verschillen in het behandelingsvoorstel zijn het meest relevant, gezien deze fase het einddoel is van het consult (Robinson 2003: 46). Specialisten besteden bijna twee keer zoveel tijd aan de fase van het behandelingsvoor-

stel (40,63% versus 24,96%). Ook in absolute tijd duurt het behandelingsvoorstel langer bij specialisten dan bij AIOS (05:45 min versus 02:16).

Daarnaast comprimeren specialisten het consult door meer fasen uit het consult over te slaan ten opzichte van AIOS. Specialisten laten voornamelijk de diagnosefase achterwege in hun gesprekken. Bij AIOS komt dit niet voor. Wellicht voelen AIOS zich nog niet comfortabel met het loslaten van de aangeleerde structuur voor consultfasering en hebben specialisten hier minder moeite mee vanwege hun ervaring in diagnosticeren en consultvoering.

### 6.3 CONCLUSIE UIT KWALITATIEVE ANALYSE

De kwalitatieve analyse richt zich vooral op nader onderzoek in de fase van het behandelingsvoorstel. Een analyse van de verrichte handelingen in het corpus toont aan dat artsen ronduit tien soorten handelingen veronderstellen in deze fase. Voor een groot deel hanteren specialisten en AIOS deze handelingen op dezelfde wijze. Zij verschillen echter aanzienlijk in de vorm, wisselingsnelheid en frequentie van twee van deze handelingen. Dit betreft het geven van advies en het uitleggen van medische processen. Er is geen patroon gevonden in de volgorde van de verschillende handelingen.

In de fase van het behandelingsvoorstel besteden specialisten meer tijd aan het geven van uitleg in vergelijking met AIOS. De uitleg van de specialist is uitgebreider en toont meer van de voorafgaande redenering van de arts. Dit is vaak in de vorm van een meereenhedenbeurt (Mazeland 2007: 45). Dit komt overeen met de literatuur, gezien Roter & Larson (2001: 39) stellen dat specialisten meer uitleg geven in het consult dan AIOS, en dat meer van hun totale uitleg bestemd is voor het behandelingsvoorstel. Het doen van adviserende uitingen komt bij AIOS vrijwel niet voor. Er is slechts eenmalig een aanwijsbaar (korte) adviserende uiting te herkennen in de consulten van AIOS. Bij specialisten is er in elk consult sprake van één of meerdere, en langere adviserende uitingen. In het behandelingsvoorstel duren de handelingen van specialisten langer ten opzichte van de

AIOS. Dit betreft voornamelijk het geven van uitleg. Door deze langere duur kan er bij specialisten minder snel gewisseld worden tussen verschillende handelingen. De handelingen van AIOS daarentegen, neigen elkaar sneller op te volgen. Ze vertonen geen specifiek patroon, maar wisselen vaak tussen uiteenlopende soorten handelingen. Het lijkt mogelijk dat specialisten zich, vanwege hun ervaring, beter kunnen inleven in de patiënt en hem of haar tegemoet willen komen door meer uitleg te geven. AIOS hebben minder ervaring en lijken minder goed in staat om de patiënt te betrekken bij het behandelingsvoorstel.

Het aantal transities binnen een consult geeft waardevolle informatie over de fasering. Afwijkingen van het conventionele zestal transities in een prototypisch consult wijzen op afwijkingen in de interactie van het gesprek. Dit indiceert niet direct problemen in het consult, maar wijst wel op een onconventionele gespreksvoering. Wanneer een consult een hoger aantal transities heeft dan gebruikelijk, is het waarschijnlijk dat één of meerdere transities als controversieel zijn gemarkeerd. Op die punten kunnen problemen ontstaan in het consult door weerstand van de arts of de patiënt. Wanneer een consult een lager aantal heeft, worden er fasen overgeslagen. Dit is typerend voor vervolggconsulten.

Blijkens de kwalitatieve analyse maken artsen minder vaak gebruik van non-conventionele transities ten opzichte van patiënten (4 versus 9). Consulten van een specialist bevatten gemiddeld minder vaak een non-conventionele transitie dan AIOS (1,2 versus 2,33). Daarnaast is er bij specialisten geen sprake van een vooruitlopende transitie op initiatief van de patiënt. Bij AIOS is dit echter wel het geval. De meeste non-conventionele transities worden niet als controversieel beschouwd door de participanten. Een premature wisseling naar het behandelingsvoorstel lijkt echter wel op een controversiële transitie te wijzen. Deze resultaten reflecteren de eerdere bevindingen over dergelijke transities (Maynard & Heritage 2005: 432; Robinson 2003: 49). Het lijkt erop dat specialisten een betere regie houden over de consultfasering dan AIOS en dat zij beter kunnen anticiperen op transities.

Controversiële transities worden gekenmerkt door hun korte duur. Goed lopende transities hebben daarentegen

andere kenmerken. Ze lijken 'onder water' al ingezet te worden, nog voordat er in het lopende gesprek sprake is van een wisseling. Er lijkt dus sprake te zijn van impliciet voorwerk voor een transitie, wat expliciet tot uiting komt als men de wisseling maakt. Dit komt overeen met de theorie over beurtwisseling in de conversatieanalyse, waarbij er ruimte bestaat waarin een wisseling toegestaan is, en er een moment bestaat waarop de transitie plaatsvindt (Mazeland 2003: 59).

#### 6.4 KANTTEKENINGEN BIJ HET ONDERZOEK

Mede door de hoeveelheid voorwerk die vereist is om een bruikbaar corpus aan te leggen voor conversatieanalytisch onderzoek in de medische institutie, is het aantal consulten relatief laag in dit onderzoek. Er zijn weinig van de andere soorten consulten opgenomen in het corpus. In het licht van deze beperkingen en het overwegende percentage van deze soort gesprekken in het UMC Groningen, is het onderzoek derhalve afgebakend tot vervolggconsulten. Er bestaan echter wel opnames van andere consultsoorten in het corpus. Desondanks lijkt het niet onlogisch dat de bevindingen over de verschillen tussen AIOS en specialisten in vervolggconsulten ook van toepassing zijn op andere consultvormen. Ook moet er opgemerkt worden dat sommige opnames uit het corpus geen 1<sup>e</sup> fase bevatten, hoewel hier in de realiteit wel sprake van is. Dit vertekent de percentages uit de berekeningen enigszins.

#### 6.5 SUGGESTIES VOOR VERVOLGONDERZOEK

Voor dit onderzoek zijn slechts drie gesprekken van twee AIOS geanalyseerd in combinatie met vijf gesprekken van drie verschillende specialisten. Het is raadzaam voor vervolgonderzoek om een groter corpus van meer verschillende specialisten en AIOS aan te wenden en daarmee de bevindingen te valideren.

Het model van Veening, Gans & Kuks (2009) blijkt erg bruikbaar voor verschillende consultvormen, hoewel er nog vrijwel geen onderzoek is gedaan naar de toepasbaarheid van globale faseringsmodellen op specifiekere consultsoorten. Ook is er nog onvoldoende onderzoek verricht naar de subfasen binnen de structuur van de globale faseringsmodellen. Meer onderzoek hierin kan additionele subfasen in de structuur indiceren en derhalve een hoger niveau aan



inzicht en detail in de consultfasering en fasetransities bieden. Dit kan vervolgens de mogelijkheid bieden om de handelingen van artsen in verschillende subfasen te ordenen waardoor er mogelijk wel handelingspatronen zijn te ontdekken die in dit onderzoek niet gevonden zijn.



## 7 LITERATUUR

- Andeweg, M.E., Terluin, M., Boendermaker, P.M. et al. (2002) De structuur van een consult – een kwalitatieve benadering. Wat vinden huisartsen zelf?. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, Vol. 21, nr. 2, 57-63
- Ariss, S.M. (2009) Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with frequently attending patients: Limitations and opportunities for patient participation. *Social Science & Medicine*, 69 (6), 908–919.
- Berenst, J. (2006) *Identiteit en sociale relaties in gesprekken*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Boshuizen, H.P.A. (1989). *De ontwikkeling van medische expertise: een cognitief-psychologische benadering*. Meppel: Krips Repro.
- Brown, J.B., Stewart, M., Weston, W.W. (2002) *Challenges and Solutions in Patient-centered Care: A Case Book*. Abingdon: Radcliffe Medical Press
- Byrne, P.S., & Long, B.E.L. (1976). *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*. London: HMSO.
- Dalen, J. van (2013) Communication skills in context: trends and perspectives. *Patient education and counseling*, 92, 292-295.
- Drew, P., Chatwin, J., & Collins, S. (2001). Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health professionals. *Health Expectations*, 4(1), 58-70.
- Drew, P., & Heritage, J. (2006). *Conversation Analysis: Institutional interactions* (Vol. 4). Los Angeles: Sage.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 8, 1977, 129- 136
- Gill, V.T., & Maynard, D.W. (2005). Explaining illness: Patients' proposals and physicians' responses. In: Heritage, J., & Maynard D.W. (red.) *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 115-150.
- Hamer, H. (2013) *Voelt u zich verder ook ziek of gezond of zo?* Amersfoort: BBNC Uitgevers
- Have, P. ten (1991). Talk and institution: A reconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction. In: Boden, D., & Zimmerman, D.H. (red.) *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press: 138-63.
- Heritage, J., & Maynard, D.W. (2006). *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: University press
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006a). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351-374.
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39, 428-435.
- Heritage, J., & Clayman, S. (2010). *Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions*. West Sussex: Wiley Blackwell.
- Heywood, P., Cameron-Blackie, G., & Cameron, I. (1998). An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Family Practice*, 15(3), 198–204.
- Jager, M. (2010). *De interactionele werking van verbalisering in het medisch consult: Vergelijkende conversatieanalytische studie naar interactionele adaptiviteit van ervaren huisartsen en huisartsen in opleiding*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

- Jager, M., Schuling, J., Pols, J., et al. (2011). Consultvoering van aios en ervaren huisartsen. *Huisarts & Wetenschap*, 54(9), 478-82.
- Jones, C. M. (2001). Missing assessments: Lay and professional orientations in medical interviews. *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 113-150
- Koenig, C. J. (2011). Patient resistance as agency in treatment decisions. *Social Science & Medicine*, 72, 1105 – 1114.
- Korsch, B. M. & Negrete, V. F. (1972) Doctor-patient communication. *Scientific American*, 227, 66-70
- Macintyre, S., & Oldman, D. (1977). Coping with migraine. In A. Davis, & G. Horobin (1978), *Medical encounters: The experience of illness and treatment*. London: Croom Helm
- Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de Conversatie-analyse*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Meeuwesen, L., Tromp, F., Schouten, B., et al. (2007). Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? *Patient Education and Counseling*, 67, 183 – 190.
- Mulder, J. (2009) *Maatschappij en arts. Een explorerend onderzoek naar de relatie tussen de vraag om transparantie en de reactie daarop van de medisch specialistische opleidingen*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Neal, R., Heywood, P., Morley, S., et al. (1998). Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *British Journal of General Practice*, 48, 895–898.
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., et al. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918.
- Peters, M. (2013). *Twee kapiteins op een schip: Een conversatieanalytisch onderzoek naar de interactionele aspecten gedurende het arts/patiënt gesprek die van invloed zijn op de tevredenheid*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Robinson, J. D. (1998). Getting down to business: Talk, gaze, and body orientation during openings of doctor-patient consultations. *Human Communication Research*, 25, 98–124.
- Robinson, J. D. (2001). Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Social Science & Medicine*, 53, 639–656.
- Robinson, J. D. (2003). An Interactional Structure of Medical Activities During Acute Visits and Its Implications for Patients' Participation, *Health Communication*, 15: 1, 27 — 59.
- Robinson, J.D., & Heritage, J. (2014) Intervening with Conversation Analysis: The Case of Medicine. *Research on Language and Social Interaction*, 47:3, 201-218.
- Roter, D., & Hall, J. (2006). Doctors talking with patients/patients talking with doctors. Improving communication in Medical Visits. Westport: Greenwood publishing Group.
- Roter, D., & Larson, S. (2001). The relationship between residents' and attending physicians' communication during primary care visits: An illustrative use of the Roter Interactional Analysis System. *Health Communication*, 13, 33–48.
- Schegloff, E.A. (2007) *Sequence Organization in Interaction: Volume 1: A primer in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge university press.
- Sidnell, J., & Stivers, T. (2013) *The Handbook of Conversation Analysis*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2006) *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering*. Den Haag: Lemma
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64, 21-34.

Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., et al. (2003) *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Abingdon: Radcliffe Medical Press

Stolper, C.F., Rutten, A.L.B., & Dinant, G.J. (2005). Hoe verloopt het diagnostisch denken van de ervaren huisarts? *Huisarts & Wetenschap*, 48:1, 16-19.

Stuart, M.A. (1984) What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science & Medicine*, Vol. 19 (2), 167-175.

Svarstad, B.L. (1974) *the doctor-patient encounter: An observational study of communication and outcome*. Madison: University of Wisconsin.

Terluin, M., Andeweg, M.E., Boendermaker, P.M. et al. (2002) De structuur van een consult – onderwijs en praktijk. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, Vol. 21, nr. 2, 50-56

Veening, E.P., Gans, R.O.B., & Kuks, J.B.M. (2009) *Medische consultvoering. Hoofdlijnen en achtergronden*. Houten: Springer Uitgeverij

Wiggers, S. (2013). *Het vervolg na een vraag zonder antwoord: Een conversatieanalytisch onderzoek naar vragen van de arts en hun vervolg*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

Williams, G.C., Frankel, R., Campbell, T.L., et al. (2000) Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: a selfdetermination theory integration. *Families, Systems & Health*, Vol. 18 (1), 79-90