

# Het gebruik van vragen in de medische interactie

Een vergelijkend conversatieanalytisch onderzoek naar het gebruik van vragen door ervaren specialisten en specialisten in opleiding op de afdeling orthopedie

**Michèle Reus**

UMCG, Afdeling Orthopedie  
Rijksuniversiteit Groningen,  
Communicatiekunde

Groningen, augustus 2014

UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN

**Studentenbureau UMCG**

Universitair Medisch Centrum Groningen





## Het gebruik van vragen in de medische interactie

Een vergelijkend conversatieanalytisch onderzoek naar het gebruik van vragen door ervaren specialisten en specialisten in opleiding op de afdeling orthopedie

Groningen, augustus 2014

Auteur

Studentnummer

Michèle Reus

s1881418

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

© 2013 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 conversatieanalyse, vragen, medische interactie.

## INHOUDSOPGAVE

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
<b>1 INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
<b>2 THEORETISCH KADER .....</b>	<b>5</b>
2.1 MEDISCHE INTERACTIE: EEN INSTITUTIONEEL KADER.....	5
2.1.1 Asymmetrie .....	7
2.2 VRAAG-ANTWOORD SEQUENTIES .....	8
2.3 VRAGEN.....	9
2.3.1 Vraagtypen .....	9
2.3.2 Functies .....	11
2.3.3 Receptiënt design.....	11
2.3.4 Dimensies van vragen .....	12
2.4 EPISTEMIC STANCE.....	12
2.5 ANTWOORDEN .....	14
2.5.1 Preferentieorganisatie.....	15
2.5.2 Type-conforming en nonconforming answers.....	15
2.5.3 Optimalisatieprincipe.....	16
2.5.4 Ruitme voor de patiënt.....	16
2.6 SPANNINGSVELD .....	17
2.7 VERSCHILLEN AIOS EN ERVAREN ARTSEN .....	17
<b>3 METHODE.....</b>	<b>19</b>
3.1 CONVERSATIEANALYSE.....	19
3.2 DATA.....	19
3.3 WERKWIJZE.....	20
<b>4 ANALYSE.....</b>	<b>23</b>
4.1 KWANTITATIEVE ANALYSE.....	23
4.1.1 Polaire vragen .....	25
4.1.2 Vergelijking kwantitatieve resultaten.....	26
4.2 KWALITATIEVE ANALYSE.....	27
4.2.1 Alle vraagtypen .....	27
4.2.2 Vergelijking vraagtypen .....	32
4.2.3 Fragmentarische vragen .....	32
4.2.4 Vergelijking fragmentarische vragen.....	35

4.2.5	Tag questions .....	36
4.2.6	Vergelijking tag questions .....	39
<b>5</b>	<b>CONCLUSIE EN DISCUSSIE .....</b>	<b>41</b>
5.1	VORMGEVING.....	41
5.1.1	Fragmentarische vragen .....	42
5.2	FUNCTIES.....	42
5.2.1	Functies van tag questions.....	42
5.3	ADVIES VOOR DE GEZONDHEIDSZORG .....	43
5.4	VERVOLGONDERZOEK .....	43
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>45</b>

## SAMENVATTING

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar de verschillende vraag vormen die specialisten op de afdeling orthopedie gebruiken. Een vraag kan verschillende vormen hebben en heeft hierdoor verschillende consequenties voor de antwoordmogelijkheden van de patiënt. Een polaire (ja/nee) vraag geeft beperkte antwoordmogelijkheden voor de patiënt, terwijl een open vraag de patiënten de gelegenheid geeft hun eigen antwoorden te formuleren. Dit laatste punt komt ten goede aan de participatie van de patiënt en zorgt er ook voor dat de arts de benodigde informatie krijgt om een zorgvuldige diagnose te kunnen stellen. Gesloten vragen zijn daarentegen een goede manier om snel gerichte informatie te achterhalen. Er is in deze scriptie gekeken of het gebruik tussen ervaren specialisten en specialisten in opleiding van elkaar verschilt. Er is eerst een kwantitatieve analyse uitgevoerd om te achterhalen hoe vaak een bepaalde vraagvorm door een ervaren danwel onervaren specialist wordt gebruikt. Vervolgens is een kwalitatieve analyse uitgevoerd naar de opvallende uitkomsten van de kwantitatieve analyse. De meest opvallende resultaten waren het grote verschil in gebruik van tags (23% verschil) en fragmentarische vragen (10% verschil) tussen ervaren en onervaren specialisten. Tags zijn vragen waar een aanhangsel als he, of niet, of wel, achter is geplakt (U heeft last van uw knie, of niet?). Fragmentarische vragen zijn vragen waarbij het onderwerp en de persoonsvorm zijn weggelaten. Het zijn onvolledige zinnen (Welke kant? Pijn?). Met behulp van de conversatieanalyse zijn deze fenomenen nader bestudeerd. Hieruit bleek dat de fragmentarische vragen vaak als een vervolgvraag worden gebruikt door onervaren specialisten, waarbij zij inspelen op het antwoord van de patiënt. Het gebruik van deze methode duidt erop dat onervaren specialisten wellicht meer informatie nodig hebben van een patiënt om tot een conclusie te kunnen komen. Zij stelden gemiddeld ook 9 vragen meer per consult dan ervaren specialisten. Doordat de ervaren specialisten de ziektescripts al beter beheersen zou het kunnen zijn dat zij al eerder een idee hebben van de diagnose en hiervoor

de vervolgvragen niet nodig hebben. Uit de kwalitatieve analyse bleek verder dat ervaren specialisten tags meer gebruiken als een manier om patiënten in het gesprek te laten participeren (in 67,6% van de gevallen). Hiermee geven zij een oriëntatie aan op de patiënt in de vormgeving van de vraag. De onervaren specialisten gebruikten de tag echter om van een bewering een vraag te maken (in 73% van de gevallen). Ze verzoeken hiermee om bevestiging van de informatie door de patiënt. Kortom, een combinatie van tags waardoor de patiënt bij het gesprek betrokken wordt en open vragen zou aan te raden zijn. Op die manier wordt er dan zo goed mogelijk rekening gehouden met de belangen van de patiënt.





## 1 INLEIDING

“The number of history-taking questions range between 20 and 33 with maximum totals of 80 or more questions per visit.” (West, 1984:81)

De meeste medische consulten bevatten een groot aantal vragen van artsen. Deze vragen worden voornamelijk gesteld tijdens de history-taking fase van het bezoek. In deze fase wordt verbaal onderzoek gedaan naar wat de klacht van de patiënt zou kunnen veroorzaken. Een vraag van een arts wordt gesteld om achter informatie te komen, maar dit doen zij op een bepaalde manier. De vragen worden niet gesteld zoals dit in bijvoorbeeld een enquête gebeurt. In een enquête worden vragen op een neutrale manier gesteld: “Wat is uw huwelijksstatus?” Wanneer een arts bijvoorbeeld tegenover een vrouw van middelbare leeftijd zou zitten zou hij eerder vragen: “Bent u getrouwd?” Een neutrale vraag zou dan vreemd overkomen. De arts houdt dus in de vormgeving van zijn vraag rekening met de gesprekspartner.

De manier waarop artsen vragen formuleren, heeft een effect op de participatie van de patiënten in het gesprek. Tegengwoordig neemt de participatie van de patiënten toe. Zij nemen actiever deel aan een gesprek en bij het komen tot een diagnose (Gill, Pomerantz & Denvir, 2010). Open vragen geven patiënten de gelegenheid hun eigen antwoorden te formuleren en alles te vertellen over hun klacht of de zorgen die ze hebben. Dit komt ten goede aan de participatie van de patiënt en zorgt er ook voor dat de arts de benodigde informatie krijgt om een zorgvuldige diagnose te kunnen stellen. Ondanks de voordelen van open vragen voor de participatie van de patiënt worden toch voornamelijk gesloten vragen gesteld in een arts-patiënt gesprek. Gesloten vragen hebben binnen een arts-patiënt gesprek ook interactionele voordelen die passen bij de doelen die de arts heeft in het gesprek. Zo zijn gesloten vragen een goede manier om snel gerichte informatie te achterhalen (Heritage & Clayman, 2010). Wanneer een arts een ja/nee vraag stelt kan dit de patiënt echter belemmeren in het soort antwoord dat hij kan geven (Heritage & Robinson, 2006: 91). Een arts moet dus steeds (onbewust) de voordelen en nadelen van de verschillende vraagtypen tegen elkaar

afzetten en de juiste keuze maken voor de afzonderlijke fasen binnen het gesprek.

Elk vraagtype projecteert dus een andere antwoordruimte voor de patiënt. De keuze voor een vraagtype heeft echter ook nog meer gevolgen. In de literatuur over vragen is de laatste tijd steeds meer aandacht voor de rol van de verdeling van kennis tussen gespreksdeelnemers (Heritage, 2012a, 2012b, 2013; Labov & Fanshel, 1977). Vragen spelen een belangrijke rol bij het interactieel vaststellen van de verdeling van kennis tussen de gesprekspartners. Zo kan de verdeling van kennis tussen gespreksdeelnemers verklaren waarom uitingen die traditioneel niet direct met de handeling “vragen” in verband worden gebracht, toch als zodanig functioneren. Bekijk hiervoor onderstaand fragment:

### Voorbeeld 1

18. A: in het begin wel of ze je want eh één van de  
19. → problemen die we u in het begin noemden die  
20. ik ook las gister (0.1) u had eh pijn maar  
ook instabiliteit  
21. P: ja da klopt ik ik heb een paar keer dat (. )  
22. heen en weer flipte zeg maar

In dit voorbeeld lijkt de arts in regel 19 een bewering te doen. Deze uiting is niet direct herkenbaar als vraag. Toch oriënteert de patiënt zich op deze uiting alsof het een verzoek om bevestiging is. In regel 21 formuleert de patiënt namelijk een antwoord waarin hij de informatie van de arts bevestigt. De verdeling van kennis tussen de gespreksdeelnemers kan dit verklaren. Een patiënt is namelijk de expert over zijn eigen lichaam (Gulich, 2003) en beschikt over de kennis om te beoordelen of hij pijn heeft of last van instabiliteit. De kennis over dit onderwerp valt binnen het *domein* van de patiënt. Deze verdeling van kennis zorgt er dus voor dat de uiting als vraag kan functioneren (B- event, Robinson, 2006: 6). Door het gebruik van een declaratieve vraag geeft de arts echter aan dat hij zelf ook al kennis heeft over het onderwerp; de informatie is niet nieuw voor hem. De keuze voor een vraagtype speelt dus een belangrijke rol bij het interactieel vaststellen van de verdeling van kennis over de gespreksdeelnemers.

De vraag geeft dus een indicatie van de aanwezige kennis bij de arts en heeft implicaties voor de hoeveelheid ruimte die een patiënt heeft om een antwoord te formuleren. Zo laat de gesloten vraag van de arts in bovenstaand fragment zien dat de arts al over voorkennis beschikt, maar geeft deze vraag tevens weinig ruimte voor participatie van de patiënt. Een gewenst antwoord is hier ja of nee. Het antwoord behoeft in principe geen verdere uitbreiding. In bovenstaand fragment breidt de patiënt zijn antwoord wel uit ik heb een paar keer dat heen en weer flipte zeg maar. Waarmee hij de klacht die de arts aankaart verder specificeert.

In een gesprek spelen dan meerdere overwegingen een rol: aangeven over voorkennis te beschikken en ruimte geven voor het antwoord van de patiënt. Deze doelen stemmen niet altijd overeen wanneer een vraagtype moet worden geselecteerd. Een arts moet dus vaak een keuze maken tussen de verschillende doelen.

Bij een eerste blik op de data bleek dat er een verschil zat in de manier waarop specialisten in opleiding en ervaren specialisten hun vragen formuleren. Bij een nadere bestudering bleek dat die verschillen ook op verschillende niveaus te zien zijn. Zowel in het totaal aantal vragen als in het gebruik van verschillende categorieën zat verschil. Naar aanleiding hiervan is besloten dit nader te analyseren.

Voor dit onderzoek wordt er gekeken naar de verschillende vragen die artsen stellen op de afdeling orthopedie van het UMCG. Op deze afdeling komen patiënten met klachten aan het steun- en bewegingsstelsel. Het steun- en bewegingsstelsel bestaat uit botten, gewrichten, spieren, pezen en banden. In dit onderzoek zal worden gekeken hoe specialisten op de afdeling orthopedie van het UMCG hun vragen formuleren en welke implicaties dit heeft voor het antwoord van de patiënt.

In dit onderzoek wordt ook gekeken of er een verschil bestaat tussen specialisten in opleiding en ervaren specialisten. Het UMCG is een academisch ziekenhuis waar studenten worden opgeleid en biedt hierdoor de mogelijkheid om deze vergelijking te maken. In 2011 is er onderzoek gedaan met de conversatieanalyse naar de verschillen in consultvoering tussen artsen in opleiding en ervaren huisartsen. Dit onderzoek richtte zich op één interactioneel

fenomeen, namelijk verbalisering (Jager, Schuling, Pols & Berenst, 2011). Hieruit bleek dat er significante verschillen zijn in de consultvoering tussen beginnende en ervaren huisartsen. Omdat er op dit gebied nog meer te onderzoeken valt zal dit vergelijkingsaspect meegenomen worden in het onderzoek naar de verschillen tussen ervaren specialisten en specialisten in opleiding met betrekking tot het gebruik in vragen. Verder moet nog opgemerkt worden dat er in tegenstelling tot het onderzoek van Jager, Schuling, Pols en Berenst in dit geval sprake is van specialisten op de afdeling orthopedie en niet van huisartsen. Deze bezoeken aan de specialist zijn vervolggesprekken in een langer traject. Patiënten komen voor het eerst bij de specialist en zijn vaak doorgestuurd door een huisarts. De gesprekken betreffen chronische klachten en niet acute klachten. Dit bracht mij tot de volgende onderzoeksvraag:

*In hoeverre is er een verschil tussen de vragen die gesteld worden door specialisten in opleiding en ervaren specialisten op de afdeling orthopedie?*

Om te onderzoeken in hoeverre er een verschil bestaat tussen de vragen die gesteld worden door specialisten in opleiding en ervaren specialisten, is een collectiestudie aangelegd die wordt geanalyseerd met behulp van de conversatie analyse. Dit onderzoek is van belang omdat het stellen van vragen voor de arts een belangrijk middel is om tot een diagnose te komen. Vragen maken een groot deel uit van de gesprekken zoals ook blijkt uit het citaat aan het begin van deze inleiding. Inzicht in het verschil van vragen tussen de consulten van ervaren artsen en aios kan ervoor zorgen dat duidelijk wordt waarom de consultvoering van aios nog lang niet altijd soepel lijkt te verlopen (Jager, Schuling, Pols & Berenst, 2011).

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden wordt in hoofdstuk 2 de relevante literatuur besproken om inzicht te verkrijgen in het onderwerp en de institutionele setting. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de methode die is gehandhaafd in dit onderzoek. De resultaten van de analyse worden in hoofdstuk 4 besproken. Tevens wordt na ieder onderdeel van de analyse een vergelijking gemaakt tussen ervaren specialisten en onervaren specialisten. Tot slot wordt in hoofdstuk 5 de conclusie gegeven en enkele discussiepunten voor toekomstig onderzoek in deze richting.

## 2 THEORETISCH KADER

De conversatie-analyse is een onderzoeksmethode naar de manier waarop mensen hun alledaagse gesprekken vormgeven (Mazeland, 2003). Een conversatie komt tot stand doordat gesprekspartners op elkaar reageren en zich ook op de beurt van de ander oriënteren. Een arts-patiënt gesprek is geen alledaags gesprek, maar een gesprek dat plaatsvindt in een institutionele setting. Een gesprek in een institutionele setting heeft veelal een vooraf gestructureerd verloop en er kan ook sprake zijn van een rolverdeling. Zo komt de patiënt bij de arts met een vraag over zijn gezondheid en voor een medisch advies. Om tot dit advies te komen is het voor de arts van belang informatie te achterhalen over de specifieke klacht van de patiënt. Dit kan hij doen door het stellen van vragen. Zoals in de inleiding al is vermeld leggen vragen beperkingen op aan het antwoord dat een patiënt kan geven (Heritage & Robinson, 2006). Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is het eerst noodzakelijk inzicht te verkrijgen in de context van dit gesprekstype. Aangezien het onderzoek zich richt op de vragen die gesteld worden, zal dit interactionele fenomeen met behulp van literatuur verder toegelicht worden. De verschillende vraagtypen en de eigenschappen van deze typen worden verder uitgewerkt. Ook wordt er ingegaan op het verschil tussen ervaren specialisten en specialisten in opleiding. Hier is nog niet veel onderzoek naar gedaan, maar het verschil wordt uitgewerkt aan de hand van psychologische literatuur.

### 2.1 MEDISCHE INTERACTIE: EEN INSTITUTIONEEL KADER

Een patiënt komt bij een arts met een zekere verwachting, namelijk dat de arts advies kan geven over het medische probleem van de patiënt. Deze verwachting schept ook een bepaalde context, die context wordt door Berenst (2006) het *participation framework* genoemd. Binnen het *participation framework* bestaan conventies over de manier waarop mensen met elkaar communiceren.

De traditionele manier om naar de relatie tussen context en interactie te kijken wordt *the bucket theory* genoemd

(Heritage & Clayman, 2010). De emmer staat symbool voor de context en het gesprek is het water in de emmer.

Gespreksdeelnemers stellen volgens deze theorie hun interactie af op de context. De context is dan een kader waarbinnen er verwachtingen bestaan ten aanzien van de gespreksdeelnemers. De gespreksdeelnemers passen hun uitingen aan, aan de context. Wanneer je bijvoorbeeld de institutionele setting van een medisch consult in overweging neemt, gedragen de participanten zich volgens de normen die geschikt zijn voor een medisch consult zodra ze de spreekkamer binnenlopen. Een andere manier die gebruikt wordt om naar context te kijken is volgens de *Yellow Brick Road* metafoor. Deze metafoor is geïnspireerd op de film *Yellow Submarine* van the Beatles. De theorie gaat ervan uit dat de context niet los kan worden gezien van de handelingen die gespreksdeelnemers verrichten. De uitingen die gespreksdeelnemers doen, laten zien welke context zij relevant maken. Zo wordt er als het ware een pad uitgestippeld door middel van de verschillende bouwstenen (beurten van de sprekers) (Heritage & Clayman, 2010). Beide theorieën zijn toepasbaar op het arts-patiënt gesprek. Wanneer er vanuit de *Yellow Brick Road* theorie naar het arts patiënt gesprek wordt gekeken is dit terug te zien in de sequenties binnen het gesprek. De interactionele handelingen die de arts en de patiënt doen, hebben invloed op de context van het gesprek. Vanuit the bucket theory gezien hebben zowel de arts als de patiënt bepaalde verwachtingen van het gesprek. Ze passen zich aan, aan de context. Een patiënt komt een spreekkamer binnen met een medisch probleem en verwacht hier een advies over van de arts. De arts en de patiënt gedragen zich naar de normen die horen bij een medisch consult.

Volgens Drew en Heritage (1992) is er sprake van een institutionele setting wanneer de professionele identiteit van in ieder geval één participant relevant wordt gemaakt in het gesprek. In het geval van een arts-patiënt gesprek is er een oriëntatie op de expertise van de arts. In een arts-patiënt gesprek wordt er door de patiënt een klacht of vraag voorgelegd aan de arts en van de arts wordt vervolgens verwacht dat hij de patiënt hierover adviseert. De oriëntatie op

de professionaliteit komt op een aantal punten naar voren in het arts-patiënt gesprek, onder andere in de fasering. Bij gesprekken in een institutionele setting is meestal sprake van een soort fasering tussen de opening en de afsluiting van een gesprek (Mazeland, 2003). Gesprekken in een institutionele setting zijn in zekere zin voorgestructureerd. Er is een zekere mate van pre-allocatie van beurten over typen van gespreksdeelnemers (Sacks e.a. 1974). Er hoeft niet meer onderhandeld te worden over de posities van de gespreksdeelnemers zoals dit gebeurt in alledaagse conversaties (Mazeland, 2003).

Een arts-patiënt gesprek is gewoonlijk ook op te delen in een aantal fasen. Deze worden hieronder schematisch weergegeven (Berenst, 2006:81; Ten Have, 1986; Byrne & Long, 1976; Robinson, 2003; Heritage & Clayman, 2010: 105):

1. Opening
2. Klachtpresentatie
3. Data gathering (lichamelijk onderzoek en history taking)
4. Diagnose
5. Advisering/behandeling
6. Afsluiting

In de openingsfase van het gesprek begint de arts veelal met een uitnodigende formulering met een open vraag: 'hoe gaat het met u', 'wat kan ik voor u doen' of 'zegt u het eens' (Berenst, 2006:81). Hierna begint de patiënt met de klachtpresentatie. Het is de arts die vervolgens via een aantal vragen informatie van de patiënt verkrijgt om een diagnose te stellen. Wanneer het stellen van vragen niet voldoende is om een diagnose te stellen, wordt ook nog een lichamelijk onderzoek uitgevoerd door de arts. Wanneer een arts een diagnose heeft gesteld, wordt overgegaan op de formulering van een advies en/of behandelplan door de arts. De mate waarin de patiënt wordt betrokken bij het gesprek en de fasen waarin de arts het initiatief toont kan volgens Robinson (2003) ook daadwerkelijk invloed hebben op de gezondheid van de patiënt. De patiënt moet de mogelijkheid krijgen al zijn klachten en de relevante informatie te geven om tot een goede diagnose te komen. De formulering van vragen kan hier een belangrijke rol spelen. Schlegloff en Sacks observeerden dat er geen garantie is dat

de loop van het gesprek de mogelijkheid biedt voor een onderwerp om 'spontaan' ter sprake te komen. Dit dilemma wordt versterkt door de organisatie van het arts-patiënt gesprek in die hierboven besproken fases. Een arts moet dus alert zijn dat hij de patiënt voldoende ruimte verschaft met zijn vragen (Schegloff & Sacks, 1973).

Vragen spelen ook in de laatste fase van het medisch consult een rol. Er is echter nog zeer weinig onderzoek gedaan naar de afsluiting van het arts-patiënt gesprek, terwijl het een belangrijk moment is in het gesprek (Robinson, 2001: 641). Een afsluitende groet als dag kan niet zomaar achter een voorgaande uiting worden geplakt. Om dag op te vatten als een voorstel om het gesprek af te sluiten moeten gespreksdeelnemers een reden creëren om af te sluiten, of een interactionele omgeving waarin een voorstel tot afsluiting ook wordt begrepen als voorstel tot afsluiting (Schegloff & Sacks, 1973). Dit worden *closing-relevant environments* genoemd (Robinson, 2001: 642). In een arts-patiënt gesprek volgt de afsluiting vaak nadat er een nieuwe afspraak is gemaakt voor de toekomst. Dit kan een vervolg afspraak zijn bij een arts, maar bijvoorbeeld ook de afspraak dat een patiënt bepaalde medicijnen gaat gebruiken etc. Robinson geeft de afsluitende fase als volgt weer (2001):

---

((closing-relevant environment))

1a-> DOC: Physician's proposal of a future arrangement )Future-Arrangement  
1b-> PAT: Patient's acceptance/non-acceptance of the proposal )Sequence

If patient accepts proposal in 1b, then:

2a-> DOC: Physician's request for confirmation of acceptance )Arrangement-Related  
2b-> PAT: Patient's confirmation/non-confirmation of acceptance )Sequence

If patient confirms their acceptance, then begin to close the consultation

---

**Figuur 1** Closing diagram van Robinson (2001: 643).

In het tweede gedeelte van deze sequentie (2a) produceren artsen vaak uitingen als *ja?* en *oke?*, vaak gevolgd door een oplopende intonatie. Deze uitingen zijn verzoeken om bevestiging van patiënten. Ze vragen specifiek om acceptatie van de voorstellen die de arts in de voorgaande sequentie heeft gedaan (voor bijvoorbeeld een behandelvoorstel of een nieuwe afspraak). Ook in dit materiaal bleek dat er vaak een vraag als *ja?* voorkomt aan het einde van de consulten. Deze uitingen maken een tweede paardeel relevant waarin een antwoord op de vraag wordt gegeven. Er wordt om bevestiging gevraagd van een afsluitend topic (*future arrangements*) en hierdoor worden ze geproduceerd in een relevante context voor afsluiting (Robinson, 2001). Wanneer patiënten op dit verzoek een bevestigend tweede paardeel formuleren, werken ze mee aan het creëren van een context waarin afsluiting een relevante volgende activiteit is (Robinson, 2001).

Elke fase in een medisch consult heeft dus zijn eigen doel en daardoor zijn eigen activiteiten. In de verschillende fasen zou je dus ook andere typen vragen verwachten. Zo zou bijvoorbeeld voor de hand liggen dat er in de history-taking fase voornamelijk gebruik wordt gemaakt van gesloten vragen om de medische achtergrond van de klacht in kaart te brengen terwijl in het lichamenlijk onderzoek voornamelijk vragen worden gesteld naar de 'pijn ervaringen' van de patiënt.

### 2.1.1 ASYMMETRIE

Een ander kenmerk van de medische interactie is de asymmetrische relatie tussen arts en patiënt. Gespreksdeelnemers bouwen in hun uitingen ook een relatie op met elkaar door de wijze waarop ze met elkaar praten. Voor een arts-patiënt gesprek is een ongelijkwaardige relatie dus kenmerkend (Heritage & Clayman, 2010). Twee aspecten spelen dan een rol: de medische kennis van de arts en de expertise van de patiënt. Deze zogenoemde non-expert is namelijk een expert in zijn of haar eigen ziekte. Hiermee wordt vooral de subjectieve zijde van de ziekte bedoeld: de ervaring van die ziekte en de ontwikkeling ervan, maar vooral ook in welke mate er pijn wordt gevoeld. Tot deze aspecten heeft alleen de patiënt toegang en niet de medische expert (Gulich, 2003; Barton, 2000). Nguyen (2006) beschrijft in zijn artikel over het tot stand komen van expertise in een conversatie dat er twee belangrijke kenmerken zijn. Allereerst zijn conversaties met experts gericht op de ontvanger (patiënt). De expert zijn bijdragen komen overeen met de verwachtingen of vragen van de leek. Een patiënt gaat naar de dokter voor advies over een medisch aspect en verwacht dat een advies ook het resultaat zal zijn van het gesprek. Een ander belangrijk kenmerk van conversaties met een expert is dat expertise niet alleen tot stand komt door professionele kennis maar ook door het strategische gebruik van bijvoorbeeld vragen of stiltes op specifieke momenten in de interactie. Er wordt binnen een gesprek steeds onderhandeld over de relatie. De relatie waar de arts en de patiënt uiteindelijk op uitkomen is het resultaat van deze interactionele onderhandeling waarin gespreksdeelnemers

steeds aan elkaar laten zien hoe ze de ander zien, maar ook hoe ze zelf graag zouden worden gezien.

Een ander punt dat bijdraagt aan de asymmetrische relatie is het verschil in kennis. In een alledaagse conversatie is er meestal een oriëntatie dat, ook wanneer participanten niet altijd in gelijke mate kennis over een onderwerp hebben, asymmetrie slechts van korte duur is. In een alledaags gesprek verandert dit van onderwerp tot onderwerp, maar bij institutionele conversaties is dit niet het geval. Onderzoek heeft aangetoond dat zelfs wanneer een patiënt een redelijke hoeveelheid kennis bezit over een medisch onderwerp, ze zich toch oriënteren op het feit dat deze kennis toebehoort aan een professional. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in gesprekken waar patiënten op een 'leek-manier' een medisch probleem uitleggen, het gebruik van jargon laten zij over aan de arts (Drew & Heritage, 1992; Silverman, 1987). Dit toont aan dat de verdeling van kennis een interactioneel verschijnsel is. Het gaat om de manier waarop de gespreksdeelnemers de verdeling van kennis lokaal tot stand brengen en hier soms ook over onderhandelen.

Drew en Heritage (1992) beschrijven dat bij gesprekken tussen een expert en een leek de asymmetrie van de relatie vaak op meerdere punten aan het licht komt. De asymmetrie komt naar voren in de kennis die de participanten bezitten, maar ook in de manier waarop omgegaan wordt met de organisationele routines. Bij dit laatste aspect is het voor artsen een dagelijkse bezigheid, maar voor patiënten niet.

Asymmetrie in een institutionele setting komt met name tot stand door het vraag-antwoord patroon van de interactie (Drew & Heritage, 1992). Dit is ook kenmerkend voor het arts-patiënt gesprek. De manier waarop artsen vragen formuleren kan implicaties hebben voor de antwoord mogelijkheden van de patiënt. Een open vraag als 'Hoe gaat het nu met u?' geeft een patiënt meer ruimte om te antwoorden dan een gesloten vraag 'U had last van de linkerschouder, hé?'. De vormgeving van de vragen heeft een groot effect op de antwoorden van de patiënt. Ook geeft de formulering van de vraag een indicatie van de hoeveelheid kennis die een arts claimt over zijn begrip van de situatie van de patiënt. Bij de vraag 'U had last van de linkerschouder, hé?' lijkt de arts over meer kennis van de situatie van de patiënt te beschikken dan bij de vraag 'Hoe gaat het nu met

u?'. Hoe de formulering van vragen een rol speelt in de verdeling van kennis binnen een gesprek wordt uitgebreider besproken in paragraaf 2.4. Dit onderzoek richt zich dus op de verschillende vormen van vragen die artsen gebruiken tijdens het gesprek met de patiënt. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de relatie tussen vragen en antwoorden.

## 2.2 VRAAG-ANTWOORD SEQUENTIES

Een arts-patiënt gesprek bestaat dus veelal uit vragen en antwoorden. Zulke bij elkaar horende handelingsparen worden in de conversatieanalyse aangrenzende paren (adjacency pairs) genoemd (Mazeland, 2003; Mazeland, 1992; Houtkoop & Koole, 2000; Ten Have 1986). De vraag lanceert in dit geval de sequentie en het antwoord maakt de interactionele activiteit af. De vraag is dan het eerste paardeel en het antwoord het tweede paardeel (Mazeland, 1992; 2003). Een aangrenzend paar heeft de volgende eigenschappen (Mazeland, 2003: 83-84; Houtkoop & Koole, 2000: 75):

- Het bestaat uit twee uitingen die elkaar opvolgen en door verschillende sprekers worden geproduceerd.
- Ze vertonen een 'relatieve ordening': het eerste paardeel gaat vooraf aan het tweede paardeel.
- De productie van het eerste paardeel projecteert een verwachting voor het tweede paardeel: er is een 'discriminerende relatie'. Het eerste paardeel laat alleen bepaalde type uitingen toe als die een passend tweede paardeel kunnen zijn.

Voor dit laatste punt gebruikt Mazeland de term *sequentieel implicatief*: "de uiting waarmee een eerste paardeel gerealiseerd wordt, projecteert de relevantie van het voorkomen van een beperkte verzameling van typen van voortzettingmogelijkheden" (1992: 61). De interactionele connectie tussen het eerste en het tweede paardeel wordt gekwalificeerd als een relatie van *conditionele relevantie* (Mazeland, 2003). De productie van het eerste paardeel creëert een verwachting op een specifiek vervolg. Zo projecteert een vraag de verwachting op een antwoord. Een tweede spreker is niet verplicht om het verwachte paardeel te produceren, er bestaat echter wel de verwachting dat hij

dit zal doen. Wanneer het relevante tweede paardeel uitblijft, is dit *observeerbaar afwezig* (Houtkoop & Koole, 2000). De spreker die het eerste paardeel heeft geproduceerd kan vervolgens zijn vraag opnieuw stellen of een en ander toelichten of besluiten dat de gesprekspartner de vraag niet heeft willen beantwoorden (Houtkoop & Koole, 2000).

Dat een specifiek tweede paardeel wordt verwacht, betekent dus niet altijd dat dit ook (direct) geproduceerd wordt. Er kan bijvoorbeeld eerst een toelichting nodig zijn. De sequentie die tussen de basissequentie (het aangrenzende paar) komt, wordt *insertie-expansie* genoemd. Wanneer een sequentie de basissequentie vooraf gaat, wordt dit een *pre-expansie* genoemd. Wanneer tot slot een uitbreiding volgt na de basissequentie wordt dit een *postexpansie* genoemd. Door middel van deze expansies kan een aangrenzend paar uitgebreid worden (Mazeland, 2003).

Een postexpansie wordt in het corpus van dit onderzoek bijvoorbeeld gebruikt wanneer het project dat wordt geprojecteerd in het eerste paardeel niet succesvol is afgerond nadat de patiënt het tweede paardeel heeft gegeven. De arts kan dan opnieuw een vraag stellen in de derde positie. Zie hiervoor ook onderstaand fragment.

### Fragment 1

(O4)

173. A: ja ja u voelt ook nu alleen in deze teen?=  
174. P: =ja  
175. → A: oke en niet in [deze,  
176. P: [nee

Hier stelt de arts opnieuw een vraag in de derde positie (→). De specialist lijkt hier nog niet alle informatie te hebben die hij nodig heeft nadat de patiënt een antwoord heeft gegeven op zijn eerdere vraag in regel 173. Dit type vragen in de derde positie wordt uitgebreider behandeld in paragraaf 4.2.2.2. Hieronder wordt eerst het fenomeen vragen meer uitgewerkt en vervolgens worden antwoorden behandeld.

## 2.3 VRAGEN

Er is al besproken dat vragen in verband kunnen worden gebracht met de al dan niet symmetrische relatie tussen

arts en patiënt en dat, dat te maken heeft met de antwoordmogelijkheden die vragen hebben. Zo maakt de vraag 'Waar heeft u pijn?' een ander antwoord relevant dan 'Doet de knie zeer?'. In het tweede geval is een antwoord gewenst met de strekking 'ja' of 'nee', terwijl de gesprekspartner in het eerste geval ruimte krijgt om een uitgebreider antwoord te formuleren. Ofwel, de gesprekspartner krijgt bij de open vraag ruimte voor een *discourse unit*. Om een goed beeld te krijgen van het functioneren van vragen moet eerst gekeken worden hoe vragen gerealiseerd kunnen worden in Nederlandse gesprekken. Traditioneel worden er drie verschillende typen onderscheiden: polaire vragen, vraagwoordvragen en alternatieve vragen (Englert, 2010).

### 2.3.1 VRAAGTYPEN

Polaire vragen hebben als kenmerk dat ze de mogelijkheid geven tot een positief of een negatief antwoord. Dit hangt af van de syntactische vorm van de vraag. De polaire vragen worden door Englert (2010) nog verder opgedeeld in drie verschillende subtypen: interrogatieve vragen, tags en declaratieve vragen. Bij interrogatieve vragen is het onderwerp en werkwoord omgedraaid (inversie), bijvoorbeeld: 'Jij loopt naar school' en 'Loop jij naar school?'. Een polaire vraag projecteert een antwoord, maar het antwoord dat geprojecteerd wordt is specifiek. Dit wordt preferentie genoemd: een actie maakt een vervolg relevant, maar heeft ook een voorkeur voor een specifiek vervolg. Een uitnodiging projecteert bijvoorbeeld een acceptatie of een afwijzing, maar prefereert een acceptatie. Een negatief geformuleerde interrogatieve vraag wordt bevestigend beantwoord met 'nee', een positief geformuleerde interrogatieve vraag wordt bevestigend beantwoord met 'ja'. Een voorbeeld van een negatief geformuleerde vraag is bijvoorbeeld: 'Heb jij ook geen zin om te sporten?' Waarop het geprefereerde antwoord 'nee' is (zie ook paragraaf 2.5.1.).

Bij tags is er sprake van een 'aangeplakt' partikel. Tags met een positief lexicaal item worden vaak achter een negatief geformuleerde zin geplakt en tags met een negatief lexicaal item zoals 'niet' worden vaak achter een positief geformuleerde zin geplakt. Bijvoorbeeld: 'Dat is een goede roman, is het niet?' Door een tag achter een uiting te plakken, verwerpt de spreker als het ware de implicatie dat hij het

meeste recht heeft om over het onderwerp te oordelen. Beweringen die worden gedaan in het eerste paardeel bevatten de impliciete claim dat de spreker de *primaire rechten* heeft om over het onderwerp te oordelen. Door een tag te gebruiken *downgraden* sprekers de bewering die hieraan voorafgaat wanneer deze bewering in de eerste positie wordt gedaan (Heritage & Raymond, 2005: 15-16). In de tweede positie functioneert een tag juist als *upgraden*. Het maakt van het tweede paardeel een eerste paardeel omdat er weer een reactie op moet volgen (Heritage & Raymond, 2005; 16-17).

Englert onderscheidt verschillende typen tags. Er zijn twee tags die de geprefereerde optie omdraaien (niet/of niet en of wel): 'Dit voel je niet, of wel?' of 'Deze teen deed meer pijn, of niet?' Verder zijn er twee soorten tags die de preferentie ongemoeid laten en alleen iets doen met de stelligheid van de uiting (*downgraden/upgraden*) dit zijn de tags he en toch.

In het corpus van Englert kwam de neutrale tag he the meeste voor (48%). Wanneer de tag he post-completie is geplaatst, is het volgens Mazeland een *response sollicitation* (1992: 208). De spreker verzoekt met deze tag zijn gesprekspartner om een reactie. Verder zijn aanhangsels (tags) technieken die sprekers hanteren om een bepaalde positie op illocutieve schaal aan te geven (Mazeland, 1992: 47). Met de illocutieve schaal wordt bedoeld dat de spreker een bepaalde intentie heeft met een opmerking. Het geïntendeerde effect van een illocutieve strekking wordt het *perlocutief object* genoemd. In het geval van een vraag zou dit perlocutieve object een antwoord zijn (Mazeland, 1992; 2003). Met de *tag* wordt dan van de bewering een vraag gemaakt.

Harres (1998) onderscheidt twee categorieën van tags die voorkomen in arts-patiënt gesprekken. De *modal meaning* categorie waarbij tags gebruikt worden om informatie te verkrijgen van de patiënt en de *facilitative* categorie waarbij de tags worden gebruikt om de patiënt te betrekken in de conversatie. Deze laatste functie sluit aan bij de *response sollicitation* van Mazeland (1992). Cameron e.a. (1988) hebben onderzoek gedaan naar het gebruik van tags in drie asymmetrische contexten: in een klaslokaal, in een talk-show en tijdens een arts-patiënt gesprek. Uit dit onderzoek

bleek dat de faciliterende en modale tags voornamelijk gebruikt werden door de autoritaire spreker. Zij verbinden dit frequente gebruik van tags aan het feit dat de autoritaire sprekers verantwoordelijk waren voor de voortgang van de interactie. Bij het arts-patiënt gesprek is de arts dan de autoritaire spreker. Dit is terug te zien in de fasering van het gesprek waar voor het grootste gedeelte de arts het initiatief neemt (Berenst, 2006) en in de asymmetrische relatie waarbij de arts over de medische kennis beschikt.

De laatste vorm van polaire vragen (Englert, 2010) zijn de declaratieve vragen. Deze vragen worden gekenmerkt doordat zij syntactisch de vorm hebben van een mededeling waarbij het onderwerp het werkwoord voorafgaat. Deze uiting wordt als vraag herkend door bijvoorbeeld intonatie, epistemische status (zie paragraaf 2.2) of door inferentiële connectieven zoals 'dan' en 'dus' en hedging tags als 'ofzo'. Englert (2010) stelt dat declaratieve vragen vaak niet in eerste instantie gebruikt worden om informatie te verkrijgen, maar om andere vormen van sociale interactie, zoals het initiëren van herstel, te bewerkstelligen. Een arts-patiënt gesprek is gericht op het verkrijgen van informatie van de patiënt over de klacht, dus is het in dit licht niet vreemd dat deze declaratieve vraag waarschijnlijk minder vaak voorkomt in een medische corpus.

*Vraagwoordvragen* hebben een vraagwoord aan het begin van de zin zoals: wie, wat, waarop, welke, waar, waarheen, wanneer, waarom, hoe en hoeveel (Englert, 2010: 2673). Op een vraagwoord vraag wordt een uitgebreider antwoord verwacht dan op polaire vragen. In onderstaand fragment stelt de arts een vraag met het vraagwoord waar. Er is te zien dat de patiënt eerst het antwoord uitstelt, maar vervolgens de locatie van de pijn geeft waar de arts om vroeg.

## Fragment 2

(O5)

85. A: toename (.) van de pijn (1.0) en waar zit de pijn?  
met name=  
86. P: =hHh nou is heel verschillend als ik em (.) zo  
87. optil zeg maar dan (.) is het hier en dan straalt  
88. het ook straalt het ook uit naar mijn arm  
89. A: ja

*Alternatieve vragen* zijn qua vorm gelijk aan polaire vragen. Bij een alternatieve vraag wordt er echter een keuze gege-



ven tussen alternatieven die genoemd worden in de vraag. In onderstaand Fragment 3 wordt zo'n keuze tussen twee alternatieven gegeven. De arts vraagt hier aan de patiënt waar de zooltjes voor worden gebruikt. Eerder zagen we al preferentie: vragen projecteren een specifiek soort vervolghandeling. Bij negatief geformuleerde polaire vragen is het geprefereerde antwoord bijvoorbeeld 'nee'. In dit fragment projecteert de vraag een specifiek antwoordslot (Raymond, 2003; 2010). De vraag maakt een bepaalde vorm van het antwoord relevant, namelijk één van de twee opties die de arts al geeft in zijn formulering. Er wordt hier dus een bepaalde interactionele ruimte voor het antwoord geselecteerd. De patiënt kan hier kiezen uit de twee antwoordmogelijkheden die de arts geeft en doet dit ook in regel 83. Antwoorden die overeenkomen met de beperkingen die de grammaticale vorm van de vraag aangeeft worden ook wel *type-conforming answers* genoemd (Raymond, 2003). In onderstaand fragment is er dus sprake van een *type-conforming answer* van de patiënt op de vraag van de arts (zie ook paragraaf 2.5.2).

### Fragment 3

(O2)

80. A: [...] want u hebt ook een beetje platvoeten zie  
81. ik ghe eh hebt u ze daarvoor, of voor deze plek?  
82. P: das voor wa- die plek eigenlijk  
83. A: voor die plek

### 2.3.2 FUNCTIES

We hebben nu drie soorten vragen gezien. De indeling is voor een gedeelte gebaseerd op vorm en voor een deel op het soort antwoord dat gegeven kan worden. Dat heeft in eerste instantie te maken met wat je in een gesprek wilt doen. Vragen kunnen verschillende functies hebben. Englert (2010) onderscheidt vijf verschillende functies:

1. Verzoek om informatie
2. Initiatie van herstel
3. Verzoek om bevestiging
4. Het doen van een bewering
5. Voorstellen, aanbieden en verzoeken

Uit het onderzoek van Englert (2010) bleek dat de meeste vragen een verzoek om informatie zijn of dat ze vragen om bevestiging. Een verzoek om informatie wordt voorname-

lijk gedaan door middel van een vraagwoord vraag of door polaire vragen (met name interrogatieve polaire vragen). In arts-patiënt gesprekken wordt voornamelijk gebruik gemaakt van verzoeken om informatie, verzoeken om bevestiging en het verzoeken om over te gaan tot een zekere handeling ('Wilt u uw arm even recht voor uit steken?'). Heritage en Clayman (2010) maken onderscheid tussen routinematige vragen en *life style* vragen. Met routinematige vragen wordt gepoogd de situatie betreffende de gezondheid van de patiënt in kaart te brengen, dit gebeurt 'checklist gewijs'. De *life style* vragen hebben betrekking op de levensstijl van de patiënt. Er kan dan gedacht worden aan vragen als 'Rookt u?' of 'Gebruikt u alcohol?'.

Naast deze functies kunnen de functies van vragen samen weer een 'hoger doel' nastreven. Artsen stellen vragen op een bepaalde wijze en vaak in een bepaalde volgorde om bepaalde informatie te achterhalen waarmee het institutionele doel kan worden volbracht (Raymond, 2003). Het doel van de vragen is tot een juiste diagnose te komen. De wijze waarop de vragen worden gesteld binnen de institutionele context verschilt ten opzichte van andere contexten. Zo is er in arts-patiënt gesprekken sprake van recipiënt design. Dit principe wordt nu meer uitgewerkt.

### 2.3.3 RECIPIËNT DESIGN

Artsen proberen informatie te achterhalen van de patiënt door het stellen van verschillende vragen zoals die hierboven zijn besproken. Er is echter nog meer te zeggen over de manier waarop artsen de vragen formuleren. In een enquête wordt een vraag bijvoorbeeld als volgt geformuleerd "Wat is uw burgerlijke staat?" terwijl een arts eerder de vraag stelt (aan bijvoorbeeld een vrouw van middelbare leeftijd) "Bent u getrouwd?". Uit de formulering van de arts blijkt dat hij zich oriënteert op de ontvanger, dit wordt ook wel *recipiënt design* genoemd. De aanwezigheid van *recipiënt design* duidt op een vragensteller die luistert naar en rekening houdt met de omstandigheden van de ontvanger. Sacks (1995) heeft een aantal regels opgesteld met betrekking tot *recipiënt design*. Bijvoorbeeld 'ontwerp je uitingen voor de specifieke ontvanger' en 'geef de ontvanger geen informatie waar hij al over beschikt' (Uit: Houtkoop & Koole, 2000: 72). Een gevolg hiervan is dat de redenering van de arts over de omstandigheden van de patiënt en de

verwachtingen die de arts heeft over de omstandigheden van de patiënt doorschemeren in de formulering van zijn vragen. Hierdoor wordt het stellen van vragen ook wel een *uitwisseling* van informatie in plaats van slechts een verzoek om informatie (Heritage, 2010: 44).

### 2.3.4 DIMENSIES VAN VRAGEN

Om te achterhalen welke aspecten van de vragen in een medisch consult bijdragen aan deze uitwisseling van informatie kan worden gekeken naar de formulering van de vragen door de arts. Heritage en Clayman (2010) beschrijven vier dimensies van vragen en antwoorden. Deze zijn in onderstaande tabel weergegeven:

Vragen van de Arts	Antwoorden door de Patiënt
<b>Set agendas:</b> 1. <b>Topical agendas</b> 2. <b>Action agendas</b>	Conform/does not conform with 1. Topical agendas 2. Action agendas
<b>Embody presuppositions</b>	Confirm/disconfirm presuppositions
<b>Convey epistemic stance</b>	Display congruent/ incongruent epistemic stance
<b>Incorporate preferences</b>	Align/ disalign with preferences

**Tabel 1** Dimensies van vragen en antwoorden (Heritage & Clayman, 2010: 136).

Bij de dimensie *agenda setting* geeft de vraag van de arts aan dat hij zich oriënteert op een bepaald antwoord. Er is zowel sprake van een oriëntatie op een bepaalde vorm als een oriëntatie op bepaalde inhoudelijke aspecten van het antwoord. Er kunnen meerdere vragen worden gebruikt voor één doel, ofwel één agenda. Heritage en Sorjonen (1994) geven aan dat vragen die worden voorafgegaan door het lexicale item en een rol spelen in het vormen en onderhouden van een gezamenlijke oriëntatie op de activiteit die de vragen implementeren. Vragen die worden voorafgegaan door 'en' worden voornamelijk gebruikt door professionals om de oriëntatie te behouden op het doel van de vraag-antwoord sequenties (Heritage & Sorjonen, 1994: 5). Zo kan een reeks vragen tot doel hebben te achterhalen waar de pijn van een patiënt precies zit.

De tweede dimensie die Heritage (2010) aankaart is de aanwezigheid van zekere aannames in vragen. Wanneer een arts bijvoorbeeld vraagt aan een patiënt "Hoeveel alcohol gebruik je?" wordt de aanname gedaan dat de patiënt alcohol gebruikt. Wanneer een arts echter vraagt "Gebruik je alcohol?" verdwijnt deze aanname. Een patiënt kan op deze vragen een antwoord geven die de aanname bevestigt of de aanname kan worden afgewezen. De derde dimensie zegt iets over de kennis die de vragensteller al beschikt. Wanneer een arts vraagt "Je bent getrouwd?" laat hij blijken hier al enige kennis over te hebben. De vraag "Bent u getrouwd?" laat zien dat de arts hier geen weet van heeft en is duidelijk een verzoek om informatie. De eerste vraag is eerder een verzoek om bevestiging van de bewering is. Tenslotte zegt de dimensie preference iets over de voorkeur die de arts heeft voor een bepaald antwoord. Deze voorkeur komt naar voren in de formulering van de vraag. Een negatief geformuleerde polaire vraag geeft een oriëntatie aan op het antwoord 'nee' en dit antwoord is dan ook geprefereerd. Bijvoorbeeld: 'Jij bent niet getrouwd toch?' Het geprefereerde antwoord is hier 'nee'. De vorm die een vraag heeft kan op deze manier invloed uitoefenen op de vorm van het antwoord van de patiënt.

Een aspect dat aansluit bij de derde dimensie is *epistemic stance*. Volgens Heritage (2012a; 2012b; 2013) is de epistemische relatie tussen de gespreksdeelnemers de bepalende factor in wat een vraag nu eigenlijk een vraag maakt. Wat dit precies inhoudt wordt in onderstaande paragraaf verder uitgewerkt.

## 2.4 EPISTEMIC STANCE

In de literatuur naar vragen is de laatste tijd steeds meer aandacht voor de rol van de verdeling van kennis tussen gespreksdeelnemers. Het beweren, betwisten en verdedigen van kennisclaims door deelnemers in een gesprek wordt *epistemics* genoemd (Heritage, 2013). In de conversatie-analyse wordt *epistemics* gebruikt om te kijken hoe mensen zich in een gesprek oriënteren op de kennis van een andere deelnemer, ofwel op kennis waarvan ze verwachten dat de andere deelnemer die bezit. De verdeling van kennis tussen gespreksdeelnemers kan verklaren waarom uitingen die traditioneel niet direct met de handeling

“vragen” in verband worden gebracht, toch als zodanig functioneren. Zie hiervoor onderstaand fragment.

#### Fragment 4

(O3)

121. A: [...] en u hebt altijd dit soort schoenen aan  
122. P: ja ik heb nou altijd hoge [schoenen heb ik aan  
123. A: [ja

De vraag van de arts in regel 121 wordt vormgegeven als een B-event (Labov & Fanshel, 1977). B-events zijn uitspraken over een ander. Robinson beschrijft dit als volgt:

*“B-event statements are statements by one speaker (e.g., the physician) that include events (e.g., medical concerns) that another speaker (e.g., the patient) has primary authority over, including access, knowledge and so on.”* (Robinson, 2006: 6)

B-events zijn eigenlijk uitingen waarover de spreker (de arts) geen *primary authority* heeft. De arts haalt hier informatie aan dat eigenlijk binnen het kennis domein van de patiënt valt. De uiting is niet vormgegeven als een vraag, maar wordt toch als een vraag opgevat omdat het een onderwerp betreft waar de patiënt de meeste kennis over heeft. Dat de patiënt zich ook oriënteert op de uiting van de arts als een vraag blijkt uit het respons van de patiënt in regel 122. Hier bevestigt de patiënt de informatie van de arts als juist en geeft hiermee tevens aan dat de informatie binnen zijn kennisdomein valt.

Aan de andere kant gebruiken mensen hun uitingen, en dus ook hun vragen, om te onderhandelen over de verdeling van kennis. Door bepaalde vraagtypen te kiezen geven ze hun eigen inschatting van de verdeling van kennis over de gesprekspartners. De manier waarop een vraag wordt vormgegeven kan bijvoorbeeld een indicatie geven over de kennis die een vragensteller bezit. Wanneer iemand een vraag stelt geeft deze persoon aan van dit onderwerp niets te weten. Dit wordt door Heritage en Raymond (2005) als K- benoemd. De recipiënt wordt in dit geval gezien als iemand die de vraag kan beantwoorden en dus relatief veel kennis bezig. Dit wordt door Heritage en Raymond (2005) met K+ bestempeld. De termen K- en K+ worden de *epistemische gradiënt* genoemd. Deze gradiënt maakt de asymmetrische verhouding tussen de gespreksdeelnemers

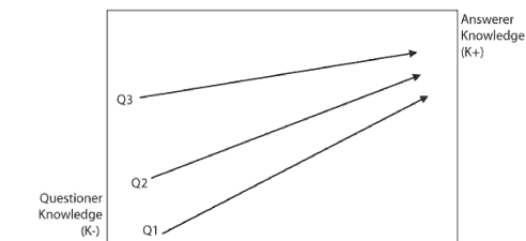
duidelijk (zie paragraaf 1.1.1) (Heritage, 2012a; 2012b; Heritage & Raymond 2005). De wijze waarop een vraag wordt geformuleerd, kan een indicatie geven van de informatie waarover een vragensteller beschikt. Dit verschilt per vraagtype. Wanneer de arts bijvoorbeeld een vraagwoordvraag stelt is de epistemische afstand in kennis groot. De arts claimt namelijk niets te weten van het subject en zich te oriënteren op meer kennis bij de patiënt. Bij gesloten vragen is dit verschil in epistemische gradiënt alweer een stuk kleiner. Een polaire vraag geeft aan dat de arts al over een zekere hoeveelheid aan kennis beschikt, terwijl een vraagwoordvraag echt een verzoek om nieuwe informatie is. Wanneer dit schematisch wordt weergegeven ziet dat er als volgt uit:



Figuur 2 Aanwezige kennis bij de vragensteller.

Onderling verschillen de polaire vragen (interrogatief, tag en declaratief) ook van elkaar. Heritage (2013) gebruikt hiervoor het volgende voorbeeld:

- Q1: “Are you married?” (interrogatief)  
Q2: “You’re married, aren’t you?” (tag question)  
Q3: “You’re married?” (declaratief)



Figuur 3 Epistemische gradiënt bij gesloten vraagvormen (Heritage & Raymond, 2010: 140).

Deze vragen impliceren ieder een andere mate van kennis bij de vragensteller. De vraag in (Q1) is een verzoek om informatie, (Q2) en (Q3) geven echter aan dat de luisteraar waarschijnlijk getrouwd is. Bij Q3 zijn de vermoedens ster-

ker dan bij Q2. De vragensteller geeft in Q3 een bewering en vraagt om bevestiging van het vermoeden.

De epistemische gradiënt kan op het gebied van taalhandelingen aantonen dat een vraag ook daadwerkelijk een verzoek om informatie is, of dat het een ander effect heeft. In het artikel *Epistemics in action, action formation and territories of knowledge* geeft Heritage (2012b) een overzicht van de verschillende betekenissen die gekoppeld kunnen worden aan een uiting afhankelijk van de *epistemic status* (zie Tabel 3). Met de *epistemic status* wordt de relatieve positie van de gespreksgedeelnemers bedoeld waar ze zich op oriënteren. Zo is er binnen het arts-patiënt gesprek een

oriëntatie op een meer ‘wetende’ status bij de arts op het gebied van medische kennis. Binnen de uitingen kan hier echter variatie in optreden. In een gesprek kan bijvoorbeeld naar voren komen dat de arts op een bepaald gebied toch niet zo geïnformeerd is dan dat de patiënt verwachtte. De relatie zoals die binnen het gesprek tot stand komt wordt dan epistemic stance genoemd (Heritage, 2013). Kortom de epistemische status is de verwachte kennis bij een gespreksgedeelnemer en de *epistemic stance* is de kennis zoals die naar voren komt door de turns at talk. Bijvoorbeeld door de manier waarop uitingen worden vormgegeven zoals ook te zien is in onderstaande tabel.

	<i>K+ epistemic status (within speaker's epistemic domain)</i>	<i>K- epistemic status (not within speaker's epistemic domain)</i>
<b>Declarative Syntax</b>	Informing	Declarative/ B-event question
<b>Declarative syntax with final rising intonation</b>	Continuing	Questioning
<b>Tag questions</b>	Mobilizing support for an assertion	Seeking Confirmation.
<b>Negative interrogative syntax</b>	Asserting information	Requesting information
<b>Interrogative syntax</b>	Pre-informing question Known answer question Rhetorical question	Requesting information

**Tabel 3** Epistemisiteit in taalhandelingen (<http://www.informaworld.com>)

Zoals gezegd wordt met een B-event question bedoeld dat de arts een uitspraak doet over de patiënt, terwijl de patiënt in dit geval meer toegang heeft tot die informatie (Robinson, 2006). Verder wordt er een onderscheid gemaakt bij een declaratieve zin waarbij aan het einde de intonatie hoger is tussen een persoon met een K+ en een persoon met een K- status. Wanneer een vraag op deze wijze wordt gesteld door een vragensteller met meer kennis over dit onderwerp dan zijn gesprekspartner, wordt deze declaratieve syntax gebruikt om een beurt aan te houden en door te gaan met een verhaal. Wanneer er echter een declaratieve syntax met oplopende intonatie aan het einde van de zin door iemand met minder kennis wordt gebruikt, wordt deze uiting gezien als een vraag. *Epistemic stance* en *epistemic status* spelen een belangrijke rol bij de interpretatie van verschillende uitingen. Dit principe is met een voorbeeld al eerder toegelicht in de inleiding.

## 2.5 ANTWOORDEN

In paragraaf 1.2 is al beschreven dat vragen tweede paarden projecteren, namelijk antwoorden. De ene actie projecteert een andere actie, maar de acties die geprojecteerd worden zijn specifiek. Aan de ene kant heb je preferentie: een actie maakt een vervolg relevant, maar heeft ook een voorkeur voor een specifiek vervolg. Een uitnodiging projecteert bijvoorbeeld een acceptatie of een afwijzing, maar prefereert een acceptatie. Daarnaast is er ook nog een vorm van structurele preferentie: elke vraag projecteert een specifieke vorm van een antwoord. Een vraag reserveert als het ware een specifiek antwoordslot (Raymond, 2003; 2010). Schegloff (2007) noemt deze twee effecten van een vraag *double barreled actions*. Een vraag maakt zowel een bepaalde actie als een bepaalde vorm van een antwoord rele-

vant. Het begrip preferentie is al even aan bod gekomen in paragraaf 2.3.1, maar zal hier verder worden uitgewerkt.

### 2.5.1 PREFERENTIEORGANISATIE

Schegloff en Sacks (1973) beschrijven hoe sprekers hun beurtten kunnen gebruiken om bepaalde sequenties te produceren. Wanneer een spreker een vraag stelt (het eerste paardeel) maakt hij daarmee een bepaalde actie relevant voor de andere gespreksdeelnemer, namelijk het geven van een antwoord (tweede paardeel). Wanneer een vraag bijvoorbeeld een verzoek om informatie is wordt hier een antwoord verwacht waarin deze informatie wordt gegeven. Wanneer een vraag echter een uitnodiging is wordt er een antwoord verwacht waarin deze uitnodiging wordt aangenomen of afgewezen. Dit zijn de *geprefereerde* voortzettingen. Er zijn meerdere vormen van preferentieorganisatie. De voorkeur voor projectsucces houdt in dat de invulling van het tweede paardeel bijdraagt aan het slagen van het project dat het eerste paardeel lanceert. Zo is er bij een uitnodiging een voorkeur voor acceptatie over afwijzing. Een ander type preferentieorganisatie is de voorkeur voor overeenstemming (Mazeland, 2003: 93). Mazeland onderscheidt hier de *inhoudelijke voorkeur* voor overeenstemming van de *formele voorkeur* voor overeenstemming. Het gaat bij de voorkeur voor overeenstemming om de manier waarop de beurt met het eerste paardeel tot stand wordt gebracht en hoe de gesprekspartner daar in het tweede paardeel rekening mee houdt (Mazeland, 1992). Bij de inhoudelijke voorkeur voor overeenstemming is het van belang dat de uiting in het tweede paardeel gereleerd is aan de uiting in het eerste paardeel. Dit gebeurt al de stellingname uit het eerste paardeel gevolgd wordt door een stellingname in het tweede paardeel waarbij de teneur overeenkomt (Mazeland, 2003: 97). Bij formele voorkeur voor overeenstemming gaat het om een afstemming van de vorm van de uitingen. De vormgeving van het eerste paardeel heeft consequenties voor de uiting in het tweede paardeel. De volgende paragraaf werkt di verder uit aan de hand van de terminologie van Raymond (2003).

### 2.5.2 TYPE-CONFORMING EN NONCONFORMING ANSWERS

Er zijn twee preferenties die bij de relatie tussen eerste en tweede paarden meespelen namelijk 1) de acties die het eerste paardeel relevant maakt voor het tweede paardeel

en 2) de vorm die het tweede paardeel kan hebben (Raymond, 2003: 943).

Antwoorden die overeenkomen met de beperkingen die de grammaticale vorm van de vraag aangeeft worden ook wel *type-conforming answers* genoemd (Raymond, 2003). Bij een polaire vraag is dit bijvoorbeeld een antwoord wat bestaat uit 'ja' of 'nee'. Bij een *type-nonconforming answer* geven sprekers hun beurt zo vorm dat ze afwijken van de beperkingen die in werden gezet door de grammaticale vorm van het eerste paardeel. In onderstaand fragment is sprake van een *type-conforming answer* op de vraag van de arts:

#### Fragment 5

(O3)

38. A: en nu is het dus weer minder,  
39 P ja

In dit fragment geeft de patiënt een *type-conforming answer* op de polaire vraag van de arts. De arts vraagt of het nu weer minder gaat (met de schouder). Deze positieve declaratieve formulering projecteert het geprefereerde antwoord 'ja'. De patiënt reageert hier met een positief *type-conforming answer* in regel 39. Het antwoord voldoet aan de vormpreferentie. Ook de actie is geslaagd, de arts vraagt hier om bevestiging van de bewering die wordt vormgegeven als een conclusie door het lexicale item *dus*. De patiënt geeft deze bevestiging met het respons 'ja'.

Vaak worden polaire vragen ook beantwoordt met uitingen die niet de vormpreferentie bevatten (ja/nee). Bekijk hiervoor onderstaand fragment.

#### Fragment 6

(E16)

91. A: heeft u er ook last van dat de knie dik wordt?  
92. P: eh ik heb 't idee dat m'n hele linkerbeen wat dikker is

In dit fragment wordt niet met ja of nee geantwoordt op de polaire vraag van de arts. De patiënt geeft hier een uitgebreider antwoord waarmee hij eigenlijk de veronderstelling van de arts uit de vorige beurt afwijst. De patiënt denkt niet dat alleen de knie dik wordt, maar *m'n hele linkerbeen* (r 92). Het betreft hier dus tevens een niet-geprefereerd tweede paardeel. Vooral aan het begin van de beurt is een

vorm van aarzeling en *redesign* te zien door de eh die vooraf gaat aan het tweede paardeel van de patiënt (Mazeland, 2003:111).

*Type-conforming answers* zijn geprefereerd. Zij conformeren zich aan de vorm van het antwoord zoals dat door het eerste paardeel wordt geprojecteerd. Uit bovenstaande fragmenten blijkt dat ook. Geprefereerde tweede paardelen zijn over het algemeen direct, kort en bondig geformuleerd (Mazeland, 2003: 111). Dit is ook het geval in het eerste fragment waar een *type-conforming answer* wordt gegeven. Bij het *type-nonconforming answer* is te zien dat er extra werk wordt verricht. Het antwoord wordt voorafgegaan door een aarzelend item *he*. De patiënt benadrukt hier tevens dat het om zijn eigen mening gaat *ik heb 't idee*, waardoor de uiting minder direct is en afgezwakt wordt (Mazeland, 2003).

Artsen oriënteren zich verder nog op een specifiek principe wanneer het gaat om preferentie, dit is het optimalisatieprincipe. In onderstaande paragraaf wordt dit principe nader uitgewerkt.

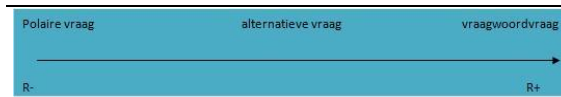
### 2.5.3 OPTIMALISATIEPRINCIPE

Het optimalisatieprincipe houdt in dat de arts een vraag zo formuleert dat er een antwoord wordt geprefereerd dat positieve uitkomsten bevat over de gezondheid van de patiënt. Zo stelt de arts eerder een vraag als *'leeft uw moeder nog?'* dan *'is uw moeder dood?'* (Heritage & Clayman, 2010:144). Vragen in de medische interactie moeten volgens dit principe zo worden vormgegeven dat de patiënt gunstige antwoorden kan geven over zijn gezondheid, zijn omstandigheden en over zichzelf. Dit principe is echter niet altijd geschikt om toe te passen (Heritage & Clayman, 2010: 145). Dit is voornamelijk het geval wanneer er tijdens de klachtpresentatie van de patiënt naar symptomen van de klacht wordt gevraagd. Het is bijvoorbeeld niet geschikt om een vraag te stellen als *'je hebt geen koorts, ofwel?'* wanneer een patiënt bij de dokter komt met een verkoudheid en tekenen van een voorhoofdholte ontsteking (Heritage & Clayman, 2010: 145). Een arts moet rekening houden met de inzichtelijkheid van het probleem, het optimalisatieprincipe kan dan niet altijd geschikt zijn.

Het optimalisatieprincipe kan worden afgezwakt door het principe recipiënt design. Door de oriëntatie op de specifieke omstandigheden van de patiënt kan een geoptimaliseerde vraag niet geschikt zijn. Wanneer een vrouw die net is bevallen bijvoorbeeld net heeft verteld dat de baby's schouders vast kwamen te zitten, is het vreemd om vervolgens te vragen 'Is de geboorte normaal verlopen?'. Hier moet de vraag worden aangepast aan de specifieke omstandigheden van deze patiënt en is een geoptimaliseerde vraag niet op zijn plaats (Heritage & Clayman, 2010: 147). Er moet een balans worden gevonden tussen de beide principes (Heritage & Clayman, 2010).

### 2.5.4 RUITME VOOR DE PATIËNT

De grammaticale vorm van een vraag kan dus beperkingen opleggen voor het antwoord. Dit verschilt per vorm, de polaire vraag geeft minder vrijheid voor de gesprekspartner om het antwoord zelf te formuleren dan bij een vraagwoordvraag. Dit is schematisch weergegeven in onderstaand figuur.



**Figuur 4** Ruimte voor de antwoorder.

De 'R' staat in dit figuur voor de ruimte die de gesprekspartner krijgt om naar eigen vrijheid het antwoord te formuleren. Bij een vraagwoordvraag heeft de patiënt meer ruimte om een antwoord in eigen termen te formuleren dan bij een polaire vraag. Toch komen polaire vragen twee tot drie keer meer voor dan open vragen in arts-patiënt gesprekken (Raymond, 2003). In dit onderzoek wordt gekeken welke vragen worden gebruikt door specialisten in opleiding en ervaren specialisten. In de literatuur wordt veelal benadrukt dat ja/nee vragen van de arts patiënten belemmeren in het antwoord dat zij kunnen geven (Heritage & Robinson, 2006:91). Om tot een juiste diagnose te komen, stellen Heritage en Robinson (2006) dat het belangrijk is dat patiënten de ruimte krijgen om al hun klachten en vragen te presenteren. Roter en Hall (1992: 83) vonden net als Raymond (2003) dat gesloten vragen twee tot drie keer meer voorkwamen in arts-patiënt gesprekken dan open vragen. Zij verbonden er echter de conclusie aan

dat dit de participatie van de patiënt beperkte. Ook Byrne en Long (1976) en Gill en Maynard (2006) concluderen dat er een conflict is binnen de medische interactie tussen de expertise en autoriteit van de arts en de participatie en 'normale' leefwereld van de patiënt. Door de autoriteit van de arts op het gebied van medische kennis komt de participatie van de patiënt in het geding. Peräkylä (2006) gaat ook in op de relatie tussen artsen en patiënten. Hij gaat ervan uit dat de autoriteit van de arts en de expertise van de patiënt over zijn eigen klachten zorgen voor een *dilemmatic relation* in arts-patiënt gesprekken. Hij verwerpt de visie dat artsen zich te autoritair opstellen in het arts-patiënt gesprek. Hij is van mening dat de autoriteit van de arts noodzakelijk is in de medische interactie. Zonder de autoriteit van de arts op medisch gebied zou een arts-patiënt gesprek niet meer medisch zijn. Peräkylä benadrukt ook dat de autoriteit van de arts op medisch gebied patiënt participatie niet uitsluit. Gesloten vragen zijn noodzakelijk om de klacht van de patiënt zo goed mogelijk te achterhalen. Heritage & Maynard zeggen echter dat door het gebruik van gesloten vragen artsen het gesprek domineerden en geen aandacht schonken aan de manier waarop patiënten hun ziekte ervoeren (2006). In dit geval zouden vraagwoord vragen de voorkeur hebben over polaire vragen, vraagwoord vragen geven immers meer ruimte aan de patiënt om hun antwoord te formuleren. Een vraagwoord vraag is echter niet altijd de juiste keuze binnen een arts-patiënt gesprek. Dit wordt in de volgende paragraaf verder toegelicht.

## 2.6 SPANNINGSVELD

In voorgaande paragraaf is gesproken over de relatie tussen vragen en antwoorden. Tussen de hoeveelheid ruimte die een vraag geeft aan de antwoordmogelijkheid van de patiënt en de kennis die een arts uitdraagt door het stellen van die vraag kan een spanningsveld ontstaan. Wanneer een arts namelijk een polaire vraag stelt laat hij hiermee zien van sommige aspecten van de patiënt zijn conditie al op de hoogte te zijn, of zich ingelezen te hebben in de omstandigheden van een patiënt. Een patiënt bij de afdeling orthopedie is namelijk doorgestuurd door bijvoorbeeld de sportarts of de huisarts. Hierbij wordt een verwijsbrief opgesteld door de huisarts of sportarts met hierin de specifieke omstandigheden van de klacht van de patiënt. Wanneer

een arts een gesloten vraag stelt, zoals bijvoorbeeld 'U heeft last van uw linkerschouder hé?' geeft dit aan dat hij zich ingelezen heeft in de klacht van de patiënt. Het zou vreemd zijn wanneer een patiënt binnenkomt op de afdeling orthopedie en de arts vraagt hem 'Vertel, waar komt u voor?'. Hierdoor lijkt het dan alsof de arts de verwijsbrief niet eens bekeken heeft. Soms is een gesloten K+ vraag relevanter dan een open vraag waarbij een K- status van de arts wordt gesuggereerd ook al geeft dit de patiënt niet veel ruimte in zijn antwoordmogelijkheden. In een gesprek spelen dan meerdere overwegingen een rol: aangeven over voorkennis te beschikken, ruimte geven voor het antwoord van de patiënt en effectief een diagnose stellen. Deze doelen stemmen niet altijd overeen wanneer een vraagtype moet worden geselecteerd. Een arts moet dus vaak een keuze maken tussen de verschillende doelen. Welke keuze een arts maakt kan per arts verschillen, maar wellicht bestaan er ook verschillen tussen de ervaren artsen en artsen in opleiding. Er is al eerder onderzoek verricht naar interactionele verschillen tussen artsen in opleiding en ervaren artsen, de resultaten hiervan worden in onderstaande paragraaf verder besproken.

## 2.7 VERSCHILLEN AIOS EN ERVAREN ARTSEN

Consultvoering is een erg belangrijk deel van de huisartsgeneeskunde. Een arts heeft volgens Pieters en Carlier drie belangrijke functies: het uitwisselen van informatie, het beslissen over een behandeling en het ontwikkelen van een goede arts-patiënt relatie. Deze vaardigheden van de arts kunnen de effectiviteit van een medische behandeling vergroten (Pieters & Carlier, 2002: 317). Recente onderzoeken naar de effecten van onderwijs op het gebied van consultvoering hebben echter teleurstellende resultaten geleverd. In 2011 is voor het eerst onderzoek gedaan met de conversatieanalyse als methode naar verschillen in consultvoering tussen artsen in opleiding en ervaren huisartsen door Jager, Schuling, Pols en Berenst. Bij de eerste landelijke evaluatie van de driejarige huisartsenopleiding die met de MAAS-Globaal als scoringsinstrument is gedaan, zijn geen significante verschillen gevonden tussen artsen in opleiding en ervaren huisartsen. In het onderzoek met de conversatieanalyse als methode zijn er echter wel significante verschillen gevonden. Dit onderzoek richtte zich op één

interactioneel fenomeen: verbalisering. Gebleken is dat artsen in opleiding verbalisering vaker inzetten als registrerend terwijl ervaren huisartsen verbalisering gebruiken als middel om interpretaties na te gaan en informatie eventueel verder uit te werken. Hieruit wordt geconcludeerd dat ervaren huisartsen beter in staat zijn de richting van het gesprek aan te passen aan de informatie die de patiënt op een bepaald moment geeft terwijl artsen in opleiding meer georiënteerd zijn op de structuur van het gesprek. Een arts in opleiding zal waarschijnlijk eerst door veel ervaring vertrouwd moeten raken met ziektescripts, wil hij zich minder op de structuur van het gesprek kunnen richten en beter aansluiten met de patiënt (Jager, Schuling, Pols & Berenst 2011).

Naast dit onderzoek met de conversatieanalyse als methode zijn er vooral vanuit de psychologische wetenschap onderzoeken gedaan naar de verschillen tussen artsen in opleiding en ervaren huisartsen. In een viertal experimenten van Boshuizen (1989) komt naar voren dat artsen gebruik maken van ziektescripts. Deze beschrijven hoe patiënten met bepaalde kenmerken een bepaalde ziekte kunnen krijgen, wat daarvan de verschijnselen zijn en welke variaties daarin mogelijk zijn. Studenten moeten zich eerst allerlei vakken eigen maken. Het is belangrijk dat deze vakken met elkaar geïntegreerd worden zodat er een samenhangend kennisbestand wordt gevormd. Daarna wordt de kennis in de praktijk toegepast. Er vinden ontwikkelingen plaats die ook na beëindiging van de opleiding nog lang door zullen gaan zoals het bijeenbrengen van kennis, het verrijken van kennis en het vergroten van de flexibiliteit van de kennis. Deze ontwikkelingen leiden uiteindelijk tot een kennisbestand bestaande uit ziektescripts. Ieder script heeft een aantal relevante kenmerken en symptomen, de attributen, en de range van bevindingen die op ieder attribuut toelaatbaar zijn. Wanneer een script wordt geactiveerd, komen deze attributen beschikbaar als een soort van checklist van eisen waaraan de patiënt moet voldoen, wil de diagnose toepasbaar zijn. Experts hebben in tegenstelling tot artsen in opleiding beschikking over een grote verzameling van ziektescripts die snel kunnen worden geactiveerd. Artsen in opleiding moeten daarentegen hun kennis nog actief en bewust toepassen en kennis over een aandoening en over de symptomen hiervan zijn nog niet sterk met elkaar verbonden (Boshuizen, 1989: 136-138). Een onder-

zoek van Stolper, Rutten en Dinant voegt hieraan toe dat kennis van experts beter is georganiseerd en dat de zoekpaden naar de juiste kennis korter zijn (Stolper, Rutten & Dinant, 2005: 995).

Schraagen stelt dat experts beter in staat zijn een nieuw probleem op te lossen dan minder ervaren artsen. Experts zetten namelijk strategieën in die resulteren in het oplossen van een probleem op een gestructureerde manier (Schraagen, 1993: 303). Uit al deze psychologisch wetenschappelijke onderzoeken komt naar voren dat ervaren artsen beter presteren dan artsen in opleiding. Ook het onderzoek met de conversatieanalyse als methode heeft significante verschillen getoond. Met dit onderzoek wordt ook een vergelijking gemaakt tussen ervaren specialisten en specialisten in opleiding.

Op grond van de literatuur zou gesteld kunnen worden dat de ervaren specialisten zich meer door het gesprek zelf laten leiden en specialisten in opleiding meer vragen stellen voordat zij tot een diagnose komen. Uit het onderzoek van Jager, Schuling Pols en Berenst (2011) is gebleken dat ervaren huisartsen beter in staat zijn de richting van het gesprek aan te passen aan de informatie die de patiënt geeft terwijl artsen in opleiding meer georiënteerd zijn op de structuur van het gesprek. Het is mogelijk dat specialisten in opleiding vasthouden aan de fasen en als het ware 'checklist gewijs' het gesprek voeren. Ervaren specialisten blijken beter in staat te zijn om in te spelen op informatie die in het gesprek aan de orde komt en hier vragen over te stellen.

Experts hebben in tegenstelling tot artsen in opleiding beschikking over een grote verzameling van ziektescripts die snel kunnen worden geactiveerd (Boshuizen 1989). Kennis van experts is volgens Stolper, Rutten en Dinant beter georganiseerd en de zoekpaden naar de juiste kennis zijn bij hen korter (2005: 995). Hierdoor is het mogelijk dat ervaren artsen eerder een beeld hebben van het probleem van de patiënt en hierdoor meer gesloten vragen stellen om deze hypothese bevestigd te krijgen.



### 3 METHODE

#### 3.1 CONVERSATIEANALYSE

Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de methodologische procedure van de conversatieanalyse. Deze methode kan bijdragen aan het begrip van de structurele fundamenteën van dagelijkse conversaties en conversaties in een institutionele setting zoals hier het geval is. De conversatieanalyse onderzoekt *interactionele handelingen*. Er wordt beschreven hoe mensen bepaalde handelingen uitvoeren (uitnodigen, groeten, vragen, interesse tonen etc.). De conversatieanalyse houdt zich echter afzijdig van psychologische achtergronden, omdat men vindt dat je niet iets kunt zeggen over de motieven van gespreksdeelnemers (Houtkoop & Koole, 2000). De conversatieanalyse richt zich op procedures waarmee gespreksdeelnemers hun interacties structureren (Mazeland, 2003; Houtkoop & Koole, 2000). Conversatieanalytisch onderzoek wordt steeds vaker toegepast op medische interacties. De conversatieanalyse biedt de mogelijkheid op zeer gedetailleerde wijze arts-patiënt gesprekken te bestuderen en op deze manier de relatie tussen de arts en de patiënt beter te begrijpen (Heritage & Maynard, 2006: 9; Heritage & Clayman, 2010: 103). In dit onderzoek wordt de relatie tussen arts en patiënt en hoe deze door onderhandelingen in een gesprek tot stand komt geanalyseerd aan de hand van het fenomeen vragen. Er wordt op een lokaal niveau naar de gesprekken gekeken, namelijk naar de vraag-antwoord sequenties in de verschillende consulten van de specialisten in opleiding en de ervaren specialisten. Dit onderzoek richt zich dan voornamelijk op het eerste paardeel van deze sequentie: de vraag die door de specialist wordt gesteld. Zoals in het theoretisch kader aan de orde is gekomen hebben vragen bepaalde implicaties voor de antwoord mogelijkheden van de patiënt. Dit onderzoek focust zich in de eerste plaats op alle vragen die de specialisten aan de patiënten stellen. Met al deze fragmenten wordt vervolgens een collectie samengesteld.

Kortom er wordt voor dit onderzoek één bepaald aspect van de interactie, namelijk het stellen van vragen, onderzocht in een verzameling fragmenten. Het analyseren van

één aspect van een interactie in een verzameling fragmenten wordt een *collectiestudie* genoemd (Mazeland, 2003). Door gebruik te maken van deze methode kunnen er patronen in gesprekken achterhaald worden die eventueel gegeneraliseerd zouden kunnen worden naar andere instituties. De omvang van zo'n collectie ligt niet vooraf vast, maar wordt door de analyse bepaald. Wanneer een volgend fragment geen nieuwe inzichten oplevert is er sprake van saturatie en worden er geen nieuwe fragmenten meer aan de collectie toegevoegd (Mazeland, 2003:249). De collectiestudie in dit onderzoek bestaat in totaal uit 379 vragen uit zowel de consulten van ervaren specialisten als onervaren specialisten. In de volgende paragraaf wordt er specifiek ingegaan op de data die voor dit onderzoek is gebruikt.

#### 3.2 DATA

De data voor dit onderzoek naar de verschillende vragen bestaat uit transcripties van gesprekken tussen orthopeden en patiënten binnen het UMCG. Er was materiaal beschikbaar van vorige studies naar gesprekken van onervaren specialisten (aios). Dit materiaal was getranscribeerd door Selma Wiggers (2013) en Marit Peters (2013). Er waren door hen zeven gesprekken getranscribeerd. Hiernaast zijn video-opnames gemaakt van gesprekken van ervaren specialisten binnen het UMCG. Deze opnames zijn beoordeeld op kwaliteit van de video (voornamelijk op het geluid) en uiteindelijk zijn er vijf gesprekken getranscribeerd. Alle transcripten zijn getranscribeerd aan de hand van de conventies uit de conversatieanalyse (Mazeland, 2003). Dit houdt onder andere in dat gesproken taal is omgezet naar geschreven taal (niet fonetisch). Ook overlap in gesprekken, pauzes en intonatie zijn opgenomen in de transcripten. De transcripties maakten deel uit van een groter onderzoek en zijn verdeeld onder drie studenten. Wanneer in dit onderzoek de analyse met fragmenten wordt geïllustreerd staat hierbij vermeld uit welk corpus dit fragment afkomstig is. De 'O' staat dan voor het onervaren corpus en de 'E' voor het ervaren corpus. De 'O' of 'E' wordt dan gevolgd door het nummer van het transcript (bijvoorbeeld O4 of E3).

Van het onervaren corpus zijn vier van de zeven gesprekken een eerste gesprek met de orthopeed. De patiënt is doorverwezen door een sportarts of huisarts en komt voor een eerste consult langs bij de specialist. Twee van de zeven gesprekken bevat een nieuwe klachtpresentatie van de patiënt. De patiënt is in deze twee gevallen al wel bekend met de orthopeed, maar heeft nieuwe klachten. Eenmaal is er sprake van een controle afspraak. De patiënt in kwestie is al eerder langs geweest bij de orthopeed en komt na de ingreep (een injectie) langs voor controle.

Bij het ervaren corpus zijn vier van de vijf gesprekken controle afspraken na een ingreep. De patiënten zijn in deze gevallen al bekend met de orthopeed en komen langs voor controle. Eén maal komt een patiënt langs bij de orthopeed omdat zij is gevallen met de fiets op haar heup. Dit betreft geen controle afspraak, maar vanwege de complicatie is de patiënt op controle gekomen aangezien zij net een heupprothese had gekregen.

Er is dus een corpus samengesteld van in totaal 379 vragen. Hiervan komen 133 vragen uit het ervaren corpus en 246 vragen uit het onervaren corpus. In onderstaande tabel is het verschil te zien tussen de gespreksduur van de consulten van ervaren specialisten en de specialisten in opleiding. Ook het gemiddelde aantal vragen per consult is berekend. Hieruit kan worden afgeleid dat de gemiddelde gespreksduur per consult niet heel veel van elkaar verschilt, maar dat de specialisten in opleiding gemiddeld 9 vragen meer stellen dan de ervaren specialist. Wat dit verder betekent voor het verloop van het consult wordt verder uitgewerkt in de kwantitatieve analyse.

	Ervaren specialisten	Specialisten in opleiding
Gespreksduur (gemiddeld)	13.23 min.	15.01 min.
Gemiddeld aantal vragen per gesprek	26,6	35

**Tabel 3** Aantal vragen per gesprek.

De fragmenten zijn verzameld uit de gehele gesprekken. Er is niet gefocust op een specifieke fase om een zo volledig mogelijk overzicht te krijgen. Omdat er niet met een even aantal transcripten is gewerkt wordt de hoeveelheid vragen

per categorie in percentages gegeven. Dit wordt verder toegelicht in de volgende paragraaf.

### 3.3 WERKWIJZE

Voor dit onderzoek is zowel een kwantitatieve analyse gedaan als een kwalitatieve analyse. Op deze wijze is er een zo volledig mogelijke analyse gedaan naar de vragen die gesteld werden door de specialisten.

#### Kwantitatieve analyse

Eerst is gekeken naar de gehele gesprekken en zijn alle vragen gecategoriseerd. In de transcripten zijn steeds alle vragen geïdentificeerd en vervolgens gecategoriseerd naar aanleiding van de categorieën en subcategorieën die Englert (2010) heeft gebruikt. Vervolgens zijn de vragen per categorie geteld en zijn hier de percentages voor berekend.

Hierbij moet opgemerkt worden dat vragen waarop geen antwoord werd gegeven door de patiënt buiten beschouwing zijn gelaten. Dit vond voornamelijk plaats tijdens het lichamelijk onderzoek waarbij de patiënt wellicht non-verbaal antwoord gaf (door te knikken of pijnlijk te kijken). Dit kon echter niet uit de opnames worden afgeleid omdat het lichamelijk onderzoek buiten beeld plaatsvond. Verder zijn ook de herstel initiërende vragen buiten beschouwing gelaten (*wat zegt u? of sorry?*). Deze vragen dragen verder niet bij aan het inhoudelijke verloop van het gesprek en zeggen niet iets over de epistemische verhoudingen tussen de gespreksdeelnemers. Daarom is er voor gekozen deze vragen na de categorisatie niet mee te nemen in de kwantitatieve analyse.

Er is een onderscheid gemaakt in polaire vragen, vraagwoord vragen en alternatieve vragen. Vervolgens zijn de polaire vragen verder opgedeeld in interrogatieve vragen, declaratieve vragen en *tag questions*. Tijdens de analyse bleek echter dat deze categorieën niet alle vragen dekten. Zo zijn er een aantal vragen die geen vraagwoord bevatten, niet meerdere antwoord opties geven en waarvan tevens niet is af te leiden of het een interrogatieve of een declaratieve polaire vraag is. Vergelijk hiervoor bijvoorbeeld de volgende vraag: *en deze knie?* Bij deze vraag is er geen sprake van een inversie van het werkwoord en de per-

soonsvorm zoals bij een interrogatief het geval is, noch valt te zeggen of de vraag de formulering van een 'normale' zin heeft. Deze vragen zijn in dit onderzoek in een aparte categorie ondergebracht en worden *fragmentarische vragen* genoemd. Dit zijn vragen waarbij vaak het onderwerp en de persoonsvorm ontbreekt waardoor deze vragen niet konden worden ondergebracht in één van de andere categorieën. Er is hierom een extra categorie toegevoegd. Aangezien deze categorie niet paste binnen de categorieën van Englert (2010) is het interessant om deze nader te bestuderen.

De categorisatie is gedaan voor zowel de consulten van ervaren specialisten als de consulten van de specialisten in opleiding. Na deze analyse zijn er 133 vragen gevonden in het ervaren corpus en 246 vragen in het onervaren corpus. Deze absolute getallen zeggen echter nog weinig omdat er gewerkt wordt met een oneven aantal transcripties. In de resultaten zijn de absolute getallen omgezet naar percentages zodat er een vergelijking gemaakt kan worden. Ook is er een chi-square test for independence gedaan om te kijken of er een verband bestaat tussen de ervaring van de specialisten en de keuze voor een bepaald vraagtype.

Naast de vormgeving van de vragen zijn voor twee transcripten per corpus ook de functies van de vragen bekeken. Uit de literatuur (zie paragraaf 2.3.2) bleek dat vragen voornamelijk een verzoek om informatie of een verzoek om bevestiging als functie hebben in de medische conversatie. Door ook in dit corpus te kijken naar de functies kan gekeken worden of deze overeenkomen met de gevonden resultaten uit de literatuur en of er verschillen zijn in de functies tussen de ervaren specialisten en de specialisten in opleiding.

Nadat de kwantitatieve analyse is gedaan, is er vervolgens ook een kwalitatieve analyse gedaan voor alle vraagtypen. Op deze wijze wordt de rol die kennis speelt bij de formulering van vragen duidelijk gemaakt. Vervolgens zijn de meest opvallende resultaten die uit de kwantitatieve analyse zijn gekomen nog gedetailleerder geanalyseerd. Zowel de fragmentarische vragen als de *tag questions* waren een opvallend resultaat. De specifieke aantallen worden besproken in de analyse, maar voor nu rest te zeggen dat bij

deze categorieën er een verschil bestaat tussen de ervaren specialisten en de specialisten in opleiding.

## Kwalitatieve analyse

### 1. Fragmentarische vragen

Uit de kwantitatieve analyse bleek dat de fragmentarische vragen opvallend veel vaker gebruikt werden binnen het onervaren corpus. Naar aanleiding van dit resultaat is dit fenomeen met de conversatieanalytische methode nader geanalyseerd. Deze fragmentarische vragen kunnen zowel een open karakter hebben als een gesloten karakter. Het antwoord van de patiënt op deze vragen kan dus zowel een discourse unit zijn als een minimaal respons.

### 2. Tag questions

Uit de kwantitatieve analyse bleek dat *tag questions* voornamelijk in het ervaren corpus veel voorkwamen. De tag 'he' wordt het meest toegepast in beide corpora. Er is alleen gekeken naar het gebruik van de tag 'he' omdat deze vorm het frequentst werd gebruikt. Met behulp van de conversatieanalytische methode is het gebruik van dit vraagtype verder onderzocht.

Tot slot is voor ieder onderdeel van de analyses een vergelijking gemaakt tussen ervaren specialisten en onervaren specialisten. Door met de verschillende onderzoeksmethodes naar de gesprekken te kijken kan de interactionele betekenis van het gebruik van vragen gedetailleerd en zo volledig mogelijk in kaart worden gebracht. Tot welke resultaten deze analyses hebben geleid, wordt in het volgende hoofdstuk besproken.



## 4 ANALYSE

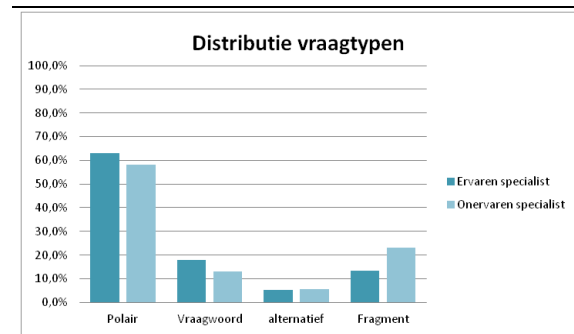
In totaal zijn er in het onervaren corpus en het ervaren corpus 379 vragen geïdentificeerd. Het gaat daarbij alleen om vragen die de specialist of de specialist in opleiding formuleert. Om inzicht te krijgen in het gebruik van vragen wordt, zoals in de methode al is vermeld, zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve analyse uitgevoerd. Er is eerst een kwantitatieve analyse gedaan voor beide corpora. Hierbij is eerst gekeken naar de vorm van de vragen, ofwel van welk vraagtype er sprake is (Englert, 2010). Vervolgens is de chi-square test for independence uitgevoerd. Dit is gedaan om na te gaan of er een verband bestaat tussen de ervaring van de specialisten en de keuze voor bepaalde vraagtypen of functies van vragen. De waargenomen frequenties worden vergeleken bij deze Chi-square test met de frequenties die verwacht kunnen worden wanneer er geen verband zou bestaan. De analyse is gebaseerd op een kruistabel. Er is in dit geval voldaan aan de voorwaarde van de chi-square test dat iedere verwachte cel grootte  $>5$  moet zijn.

Daarnaast is voor twee transcripten van elk corpus een uitgebreide analyse gedaan waarbij ook is gekeken naar de *functies* van de vragen. Deze resultaten worden ook besproken. Vervolgens wordt de kwalitatieve analyse behandeld waarbij er wordt gekeken naar de rol die kennis speelt bij de formulering van vragen. Vervolgens wordt gekeken naar wat fragmentarische vragen precies doen en hoe ze worden gerealiseerd. Tot slot wordt door middel van een kwalitatieve analyse nog gekeken naar het gebruik van de tag question 'he' in deze medische setting. Met behulp van voorbeeldanalyses worden de resultaten verder toegelicht.

### 4.1 KWANTITATIEVE ANALYSE

In de analyse van de verschillende vraagtypen is er eerst onderscheid gemaakt tussen polaire vragen (ja/nee vragen), vraagwoord vragen, alternatieve vragen en fragmentarische vragen. Met fragmentarische vragen worden vragen bedoeld waarbij geen volledige zin is geformuleerd. Bij deze vragen wordt geen gebruik gemaakt van een vraagwoord en er wordt ook geen keuze

gegeven tussen verschillende antwoord mogelijkheden. Het zijn onvolledige zinnen, wat betekent dat vragen worden geformuleerd zonder een onderwerp en een werkwoord. Alle vragen zijn ondergebracht in één van deze vier categorieën. De categorisering is gedaan voor zowel de specialisten in opleiding als de ervaren specialisten. De resultaten uit deze kwantitatieve analyse komen overeen met de bevindingen van Roter en Hall (1992: 83) en Raymond (2003). Uit hun resultaten bleek dat gesloten vragen twee tot drie keer meer voorkwamen in arts-patiënt gesprekken dan open vragen. Bij het ervaren corpus in dit onderzoek komen gesloten vragen zelfs 4.5 keer vaker voor dan open vragen en in het onervaren corpus 3.5 keer (Figuur 5). Ook bij Englert (2010: 2667) werd deze verdeling gevonden. In haar corpus werd in 72.9% van de vragen een polaire vraag gebruikt en in 20.6% van de vragen een openvraag. Ook in haar corpus werden polaire vragen dus (meer dan) drie keer zo vaak gebruikt dan open vragen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat Englert onderzoek heeft gedaan naar alledaagse gesprekken en niet naar medische gesprekken.



**Figuur 5** Distributie vraagtypen

Om te achterhalen of er een relatie bestaat tussen de ervaring van specialisten en de hierboven gegeven vraagtypen is er een chi-square test gedaan. Voor de chi-square test for independence is allereerst een nul-hypothese en een alternatieve hypothese geformuleerd:

H0= De ervaring van de arts en het gebruik van de verschillende vraagtypen zijn onafhankelijk.

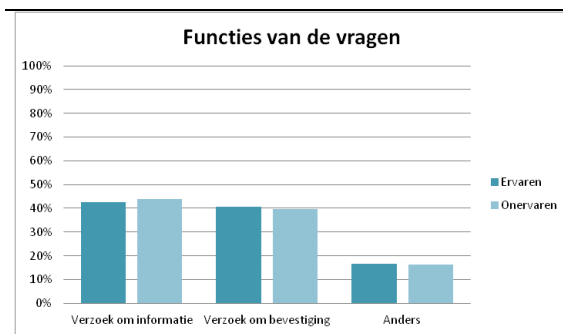
Ha= De ervaring van de arts en het gebruik van de verschillende vraagtypen zijn niet onafhankelijk.

	Polaire vragen	Vraagwoord vragen	Alternatieve vragen	Fragmentarische vragen	Totaal
<b>Onervaren specialisten</b>	143	32	14	57	246
<b>Ervaren specialisten</b>	84	24	7	18	133
<b>Totaal</b>	227	56	21	75	379

Tabel 4 Kruistabel Chikwadraattoets

De chi-square test for independence geeft aan dat er geen significant verschil is. De p-waarde is groter dan het significantieniveau (0.05). De nul hypothese moet dan worden geaccepteerd ( $\chi^2 = 5.87$ ,  $df=3$ ,  $p=.12$ ). Volgens deze toets heeft de ervaring van een specialist dan geen invloed op het gebruik van een bepaald vraagtype. Zowel de onervaren specialisten als de ervaren specialisten gebruiken de polaire vragen meer in gesprekken dan de overige vraagvormen. De keuze voor een bepaald vraagtype is dus niet afhankelijk van de hoeveelheid ervaring die een arts bezit. In de volgende subparagrafen worden de resultaten nog per vraagcategorie besproken aan de hand van de conversatie analytische methode.

Naast de vormgeving van de vragen is voor twee transcripten per corpus ook geanalyseerd wat de functies van de vragen zijn. De resultaten zijn weergegeven in Figuur 6.



Figuur 6 Functies van vragen

Uit het onderzoek van Englert (2010) bleek dat de meeste vragen een verzoek om informatie zijn of dat ze vragen om bevestiging. Een verzoek om informatie wordt voornamelijk gedaan door middel van een vraagwoord vraag gevolgd door polaire vragen (voornamelijk interrogatieve polaire vragen). In arts-patiënt gesprekken wordt voornamelijk gebruik gemaakt van verzoeken om informatie, verzoeken om bevestiging en het verzoeken om over te gaan tot een zekere handeling ("Wilt u uw arm even recht voor uit steken?") (Heritage & Clayman, 2010). Deze bevindingen van Heritage en Clayman (2010) en Englert (2010) komen overeen met de functies die in de transcripten van dit onderzoek zijn gevonden. Er is nauwelijks verschil in de functies tussen ervaren specialisten en onervaren specialisten. Bij beide corpora is +/- 43% van de vragen een verzoek om informatie en 40% van de vragen wordt gebruikt als verzoek om bevestiging.

Om te achterhalen of er een relatie bestaat tussen de hoeveelheid ervaring die een arts heeft en de functies van de vragen die worden gebruikt is ook hier een Chikwadraat toets uitgevoerd.

	Verzoek om informatie	Verzoek om bevestiging	Anders	Totaal
Onervaren specialisten	29	32	12	73
Ervaren specialisten	23	22	9	54
Totaal	52	54	21	127

Tabel 5 Kruistabel Chikwadraattoets

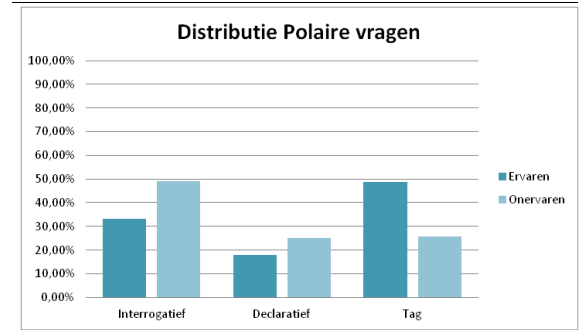
Uit de Chi-square test for independence kwam ook naar voren dat er geen relatie bestaat tussen de hoeveelheid ervaring die een arts heeft en de functies van de vragen die worden gebruikt ( $\chi^2 = 0.14$ ,  $df=2$ ,  $p=.93$ ). De p-waarde van deze toets was hoger dan het significantieniveau (0.05) waardoor er niet met 95% zekerheid kan worden gesteld dat de ervaring van de specialist invloed heeft op de functie van een vraag.

In de categorie 'anders' zoals die in de staafdiagram is weergegeven vallen de verzoeken om over te gaan tot een bepaalde handeling of het verzoek om een bepaald advies op te volgen. Deze laatste functie vindt voornamelijk plaats in de fase waar het behandelingsplan wordt behandeld. Het is duidelijk dat deze functie een stuk minder vaak wordt toegepast dan de andere twee functies.

De resultaten van de kwantitatieve analyse worden uitgebreider per categorie besproken in paragraaf 4.2 Kwalitatieve analyse. In de volgende paragraaf worden de polaire vragen opgedeeld in drie vraagtypen naar aanleiding van hun morfosyntactische vormgeving (Englert, 2010).

#### 4.1.1 POLAIRE VRAGEN

Uit de kwantitatieve analyse bleek dat polaire vragen in beide corpora het frequentst voorkomen (63,2%,  $n=84$  en 58,1%  $n=143$ ). Zoals in het theoretisch kader al is besproken kunnen polaire vragen nog verder worden opgedeeld in interrogatieve vragen, declaratieve vragen en *tag questions*. *Tag questions* zijn declaratieve vragen waar een aanhangsel aan vast wordt geplakt (Mazeland, 1992; Englert, 2010). Bij interrogatieve vragen is het onderwerp en werkwoord omgedraaid, bijvoorbeeld: 'Jij loopt naar school' en 'Loop jij naar school?' Declaratieve polaire vragen hebben de vorm van een gewone zin waarbij het onderwerp het werkwoord voorafgaat. De distributie van de polaire vragen binnen de zeven transcripten van onervaren specialisten en binnen de vijf transcripten van ervaren specialisten is in figuur 7 weergegeven.



**Figuur 7** Distributie polaire vragen

Uit dit figuur blijkt dat in het onervaren corpus de interrogatieve polaire vraag het frequentst wordt toegepast (49%,  $n=70$ ), terwijl in het ervaren corpus de aanhangselvraag (tag) het meest wordt gebruikt (48,8%  $n=41$ ).

	Interrogatief	Declaratief	Tags	Totaal
Onervaren specialisten	70	36	37	143
Ervaren specialisten	28	15	41	84
Totaal	98	51	78	227

**Tabel 6** Kruistabel Chikwadraattoets

Uit de Chi-square test for independence blijkt dat er een relatie is tussen de ervaring van de specialist en het gebruik van een bepaald type polaire vraag ( $\chi^2 = 12.33$ ,  $df=2$ ,  $p < .01$ ). De p-waarde is kleiner dan de het significantieniveau (0.05) waardoor de nulhypothese niet hoeft te worden geaccepteerd ( $H_0$ =ervaring en type polaire vraag zijn onafhankelijk). Kortom, er kan geconcludeerd worden dat er een relatie bestaat tussen het type polaire vraag en de ervaring die een arts heeft.

In beide corpora wordt de declaratieve vraag het minst toegepast hoewel er in het onervaren corpus slechts 0,4% verschil zit tussen de tags en de declaratieve vragen. Zoals in het theoretisch kader al is besproken geeft Englert (2010) aan dat declaratieve vragen vaak in eerste instantie niet gebruikt worden om informatie te verkrijgen, maar om andere vormen van sociale interactie, zoals het initiëren van herstel, te bewerkstelligen. In dit corpus de vragen die gebruikt worden voor het initiëren van herstel buiten be-

schouwing gelaten. De declaratieven die nog aanwezig zijn in het corpus zijn voornamelijk gebruikt als een verzoek om bevestiging in zowel het ervaren als het onervaren corpus.

Het percentage van het aantal declaratieve vragen kan in perspectief worden geplaatst. Tag questions worden namelijk voorafgegaan door een declaratieve formulering. Wanneer deze vraagtypen samen zouden worden genomen (declaratieven en tags), hebben in het ervaren corpus 66,7% van de vragen een declaratieve formulering en in het onervaren corpus 51%. De declaratieve vragen zouden in dit geval de meerderheid zijn binnen de corpora. Ze worden dan voornamelijk gebruikt door de ervaren specialisten. Bij declaratieve vragen is de afstand in kennis tussen de arts en de patiënt het kleinst. De arts laat door een declaratieve formulering zien al over veel voorkennis te beschikken. Dat deze declaratieve formulering voornamelijk wordt toegepast door ervaren specialisten zou kunnen betekenen dat ervaren specialisten wellicht beter in staat zijn beschikbare kennis uit het dossier in vragen te betrekken. In de kwalitatieve analyse zullen de vraagvormen uitgebreider worden behandeld en zal ook worden aangegeven hoe de formulering van zo'n vraag een indicatie kan geven over de aanwezige kennis bij de specialist.

#### 4.1.2 VERGELIJKING KWANTITATIEVE RESULTATEN

In totaal zijn er bij dit onderzoek 246 vragen gevonden in het corpus van de specialisten in opleiding en 133 in het corpus van de ervaren specialisten. Het lijkt een groot verschil maar dit moet in perspectief worden geplaatst. Voor het onervaren corpus was er namelijk de beschikking over zeven consulten en voor het ervaren corpus was er de beschikking over vijf consulten. De vijf consulten van ervaren specialisten hebben een gemiddelde duur van 13.23 minuten per gesprek en de zeven consulten van de specialisten in opleiding hebben een gemiddelde duur van 15.01 minuten per gesprek. Dit lijkt niet wezenlijk van elkaar te verschillen, maar wanneer deze tijdsduur wordt gekoppeld aan de hoeveelheid vragen per consult is er wel een verschil te zien (Tabel 7).

	Ervaren specialisten	Specialisten in opleiding
Gespreksduur (gemiddeld)	13.23 min.	15.01 min.
Gemiddeld aantal vragen per gesprek	26,6	35

**Tabel 7** Aantal vragen per gesprek

Uit bovenstaande Tabel 7 blijkt dat de specialisten in opleiding ongeveer negen vragen meer stellen per gesprek. Dit zou verklaard kunnen worden aan de hand van de gevonden resultaten uit het onderzoek van Jager, Schuling, Pols en Berenst (2011). Hieruit werd geconcludeerd dat ervaren artsen beter in staat zijn de richting van het gesprek aan te passen aan de informatie die de patiënt geeft terwijl artsen in opleiding meer georiënteerd zijn op de structuur van een gesprek. Wellicht moet een onervaren specialist eerst vertrouwd raken met ziektescripts. Een onervaren specialist kan dan meer vragen nodig hebben om tot een diagnose te komen dan ervaren specialisten omdat ervaren specialisten al bekender zijn met verschillende ziektescripts. Het kan zijn dat een ervaren specialist al eerder een diagnose (voor zichzelf) heeft gesteld en hierdoor minder informatie van de patiënt nodig heeft. Artsen in opleiding moeten hun kennis nog actief en bewust toepassen en kennis over een aandoening en over de symptomen hiervan zijn nog niet sterk aan elkaar verbonden (Boshuizen, 1989: 136-138).

Uit de kwantitatieve analyse bleek verder dat zowel ervaren (63,2% n=84) als onervaren (58,1% n=143) specialisten voornamelijk gebruik maakten van polaire vragen in het consult en dat alternatieve vragen het minst werden gebruikt. Bij het ervaren corpus werd de alternatieve vraag slechts in 5,3% (n=7) van de gevallen toegepast en in het onervaren corpus is 5,7% (n=14). Bij de ervaren specialisten werden na de polaire vragen achtereenvolgens de vraagwoordvragen (18% n=24) en de 'restvragen' (13,5% n=18) het meest toegepast. Bij het onervaren corpus is dit andersom: na de polaire vragen worden de fragmentarische vragen (23,2% n=57) het meest toegepast en daarna de vraagwoordvragen (13% n=32). De resultaten komen overeen met de resultaten van Roter en Hall (1992) en Raymond (2003) dat gesloten vragen twee tot drie keer meer voorkwamen in arts-patiënt gesprekken. Uit de chikwadraattoets bleek dat er geen relatie bestond tussen de ervaring van een specialist en de keuze voor een vraagtype wanneer gekeken werd naar de vraagtypen: vraagwoordvragen, alternatieve vragen en polaire vragen. Echter bleek er wel een relatie te bestaan tussen de ervaring van de specialist en het gebruik van de polaire vragen: tag questions, interrogatieve vragen en declaratieve vragen.



Binnen de categorie polaire vragen zijn ook verschillen gevonden tussen de beide corpora. In het onervaren corpus werd de interrogatieve polaire vraag het frequentst toegepast (49% n=70) terwijl in het ervaren corpus de tag questions (48,8% n=41) het frequentst werden gebruikt.

Tussen de functies van de vragen is nauwelijks verschil gevonden. Er werd voornamelijk gebruik gemaakt van vragen met de functies een *verzoek om informatie* of een *verzoek om bevestiging*. De distributie van deze functies verschilde nauwelijks tussen de specialisten in opleiding en de ervaren specialisten. In beide corpora werd net iets vaker gebruik gemaakt van een vraag met de functie verzoek om bevestiging. Dit sluit aan bij de resultaten uit het onderzoek van Englert (2010) waaruit bleek dat de meeste vragen uit haar corpus een verzoek om informatie of een verzoek om bevestiging zijn.

Uit de kwantitatieve analyse worden twee opvallende resultaten uitgelicht. Namelijk het gebruik van de fragmentarische vragen en de *tag question* 'he'. Het gaat te ver om binnen dit onderzoek alle vraagvormen en verschillen nader te bestuderen. Hierom zijn er twee opvallende resultaten uitgelicht, waarbij er duidelijke verschillen zijn gevonden tussen de ervaren en onervaren specialisten. De fragmentarische vragen worden nader bestudeerd om te achterhalen welke interactionele functie deze vragen hebben. De fragmentarische vragen functioneren (meestal) als een polaire vraag. Het onderscheid tussen declaratief en interrogatief valt echter weg doordat er geen gebruik wordt gemaakt van een subject en een persoonsvorm. Het is interessant om te bekijken welke functie het fragment heeft dat de arts als vraag gebruikt. Het andere interactionele aspect dat nader wordt geanalyseerd betreft de *tag question* 'he'. De *tag questions* werden voornamelijk gebruikt door de ervaren specialisten, het is interessant om te bekijken wat deze tag questions precies doen. Ook wordt gekeken of ze verschillend worden gebruikt door de onervaren en ervaren specialisten.

## 4.2 KWALITATIEVE ANALYSE

In deze paragraaf worden de resultaten besproken van de kwalitatieve analyse die is gedaan voor alle vraagtypen. Allereerst worden alle vraagtypen verder uitgewerkt om de

rol die kennis speelt bij de vraagformuleringen beter te duiden. Vervolgens worden twee vraagtypen uitgebreider besproken: fragmentarische vragen en tag questions. Deze beide vraagtypen kwamen als opvallende resultaten uit de kwantitatieve analyse en worden hierom nader geanalyseerd.

### 4.2.1 ALLE VRAAGTYPEN

#### ALTERNATIEVE VRAGEN

Uit de kwantitatieve analyse bleek dat de alternatieve vragen in beide corpora het minst worden toegepast. De percentages van deze vraagcategorie liggen ook dicht bij elkaar (5,3% n=7 en 5,7% n=14). De alternatieve vragen lijken qua antwoordrestricties op polaire vragen. De spreker verwacht dat de gesprekspartner een keuze maakt uit verschillende antwoordmogelijkheden die worden gegeven. Vergelijk hiervoor Fragment 7. De specialist geeft de patiënt hier drie verschillende antwoordmogelijkheden waaruit hij kan kiezen *pijn of ook doofheid of tintelingen*.

#### Fragment 7

(O4)

50. A: en wat voor pijn is dat in de teen uh:: [is dat pijn of ook  
51. P: [steekt  
52. A: doofheid of tintelingen  
53. P: uh:: tintelingen en uh:: (1.0) en stekende pijn  
54. A: oke

De patiënt kiest hier in eerste instantie voor één van de optie die de arts geeft in zijn vraag. De patiënt geeft na het *type-conforming answer* en een korte pauze een uitbreiding van zijn antwoord door de pijn verder te specificeren *stekende pijn*. Vrijwel de meeste alternatieve vragen uit beide corpora vinden plaats in de onderzoeksfase van het gesprek waarbij de arts door middel van vragen probeert te achterhalen wat de klacht van de patiënt veroorzaakt. Bij deze vraagcategorie is dus weinig verschil gevonden in gebruik tussen ervaren specialisten en onervaren specialisten. Door beide groepen wordt deze vraagvorm weinig toegepast.

#### VRAAGWOORDVRAGEN

Na de alternatieve vragen worden in het onervaren corpus de vraagwoordvragen het minst toegepast (13% n=32). Bij het ervaren corpus werd de vraagwoordvraag wel frequen-

ter gebruikt (18% n=24) dan bij de onervaren specialisten. Een vraagwoord vraag functioneert als een open vraag in het corpus om informatie te verkrijgen van de patiënt. Met een open vraag krijgt de patiënt de vrijheid om een discou-  
 se unit te beginnen (Heritage & Robinson, 2006). Open vragen werden voornamelijk geformuleerd met de vraag-  
 woorden *waar, wanneer en hoe*. Zie hiervoor de drie onderstaande fragmenten waar vragen met deze vraagwoorden worden gesteld.

### Fragment 8

(O1)

85. → A: waar doet het zeer?  
 86. P: hier  
 87. A: bovenop je schouder?  
 88 P: nee hier (.) precies hier

### Fragment 9

(O3)

62. → A: hmm ja en wanneer geeft het nu de meeste klachten?  
 63. P: eeh vooral ja 's morgens vroeg en vooral  
 64. natuurlijk na het werk ik heb een kantoorbaan  
 65. maar k bedoel ik merk het wel dat ehh

### Fragment 10

(E11)

30. → A: want hoe ist met de elleboog  
 31. P: ja  
 32. A: zit vast  
 33. P: hij zit vast maar dit dat plaatje ik weet  
 34. nu wel één van uw assistenten dat moet zit-  
 35. ten blijven (.) maar als ik 'm zo neerleg  
 36. A: voelt u het

In Fragment 9 en Fragment 10 heeft de vraagwoordvraag een discou-  
 se unit van de patiënt als gevolg. De antwoor-  
 den van de patiënt in deze fragmenten zijn dan ook *type-*  
*conforming answers*. Hoewel het antwoord van de patiënt in Fragment 10 wel een zekere aanmoediging van de arts nodig heeft. Hij geeft de patiënt in regel 32 al een voorstel voor een antwoord nadat het geprefereerde antwoord uit blijft. Uit deze aansporing blijkt ook de oriëntatie op het ontbreken van de discou-  
 se unit van de patiënt. De patiënt breidt zijn antwoord vervolgens uit in regel 33, de discou-  
 se unit vindt hier alsnog plaats. In Fragment 8 blijkt ook een oriëntatie op het uitblijven van de discou-  
 se unit van de patiënt. Het antwoord van de patiënt in regel 86 is een *ty-*  
*pe-conforming answer*, maar het is een minimaal antwoord en uit de reactie van de arts blijkt dat er een oriëntatie is op een uitgebreider antwoord van de patiënt. In regel 88 geeft

de patiënt dan ook een uitbreiding van het antwoord uit regel 86 en ondersteunt dit tevens met een non-verbaal gebaar (de patiënt wijst de plaats aan van de plek waar het pijn doet). Een open vraag geeft dus meer ruimte en vrijheid aan de patiënt om zijn eigen antwoord te formuleren. Een patiënt krijgt zo meer mogelijkheden om actief deel te nemen aan het gesprek en open vragen komen dus de participatie van de patiënt ten goede. Dat de ervaren specialisten meer gebruik maken van de open vragen dan de specialisten in opleiding zou kunnen aangeven dat de ervaren specialisten in hun interactiestijl meer gefocust zijn op de participatie van de patiënt dan onervaren specialisten.

### FRAGMENTARISCHE VRAGEN

Het is opvallend dat zowel in het ervaren corpus (13,5% n=18) als het onervaren corpus (23,2% n=57) de fragmentarische vragen nog veel gebruikt worden door de specialisten. Ook is het opvallend dat hier een groot verschil tussen de specialisten in opleiding en de ervaren specialisten zit. De specialisten in opleiding maken vaker (10%) gebruik van de fragmentarische vragen dan de ervaren specialisten. In onderstaand fragment wordt door de specialist een vraag gesteld in regel 77, zonder dat hiervan te achterhalen is of deze in één van de categorieën van Englert (2010) past.

### Fragment 11

(O3)

75. A: en hij wordt dus ook af en toe dik?  
 76. P: ja  
 77. A: altijd na het belasten?  
 78. P: nee jah ja ja (.) maar vooral in de zomer mis-  
 79. schien komt het door de warmte of zo hoor niet bij de dokter maar [d-

De specialist formuleert de vraag in regel 77 zonder gebruik te maken van een persoonsvorm en een werkwoord. In termen van *type conformity* functioneert de vraag als een polaire vraag. Het onderscheid tussen declaratief en inter-  
 rogatief valt hier echter weg. In plaats daarvan kiest de arts er voor om de vraag als fragment te realiseren. Het is inter-  
 essant om te kijken wat voor interactionele functie deze vragen hebben. Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 4.2.2.

### INTERROGATIEVE POLAIRE VRAGEN

De interrogatieve vraag kwam het meest voor in het oner-  
 varen corpus (49% n=70). Wanneer gekeken wordt naar de

epistemische gradiënt van vragen is de epistemische afstand in kennis bij een interrogatief groter dan bij een declaratief of een tag question. Interrogatieven hebben vaak een verzoek om informatie als functie. Bekijk bijvoorbeeld het volgende fragment:

### Fragment 12

(O1)

57. A: heeft u ook injecties aan de linker schouder gehad?  
 58. [(onverstaanbaar-)  
 59. P: [ja jajaja pfff  
 60. → A: had dat goed geholpen?  
 61. P: nee da ben uiteindelijk ben ik der aan geopereerd dus

De vraag van de specialist in regel 60 betreft een interrogatieve polaire vraag. Dit blijkt uit de inversie van het subject en het werkwoord *had dat*. De specialist stelt hier een vraag die verzoekt om informatie en tegelijkertijd al enige voorkeur voor de vormgeving van het antwoord aangeeft. De vraag is positief geformuleerd door het lexicale item *goed*. Dit is het optimalisatieprincipe waar artsen zich vaak op oriënteren (Heritage & Clayman, 2010: 143). Vragen worden volgens dit principe vaak gesteld met positieve beoordelingen wanneer een 'ja' als antwoord geprefereerd is. Dit is ook te zien in regel 60 waar de specialist gebruik maakt van dit principe. De patiënt reageert echter met een niet geprefereerd *type-conforming answer* dat hij vervolgens uitbreidt. Het lexicale item *dus* dat de patiënt gebruikt aan het einde van de uitbreiding van het niet geprefereerde tweede paardeel is opvallend. Het lijkt aan te geven dat de informatie die de patiënt hier aan de specialist geeft al bekend zou zijn. Er is hier sprake van een epistemische afstand in kennis aangezien de specialist hier om informatie vraagt van de patiënt. De specialist oriënteert zich hier op een K+ epistemische status bij de patiënt. De patiënt geeft hier een antwoord op de vraag waaruit blijkt dat de oriëntatie van de specialist juist was. Door de vraag te stellen positioneert de specialist zich als relatief 'onwetend' (K-). Echter geeft het lexicale item 'dus' van de patiënt aan dat de patiënt wat dit onderwerp betreft eerder uitging van een *common ground* en niet zozeer een verschil in kennis.

In onderstaand fragment is ook een interrogatieve polaire vraag geformuleerd door de specialist die verzoekt om informatie van de patiënt.

### Fragment 13

(E16)

3. A: hoe gaat 't?  
 4. P: ja z'n gangetje  
 5. A: volgens mij had u vorige keer nog wat klachte  
 6. → [heb je die nog steeds?  
 7. P: [jaa  
 8. P: ik heb 't idee dat m'n knie steeds verder naar  
 9. binnen draait ik draai mn voet nu ook naar  
 10. binnen toe heb ik 't idee als ik loop

De specialist opent het gesprek hier met een open vraag. Openingsvragen die de vorm hebben van *hoe is het* of *hoe gaat het* worden door Heritage en Robinson (2006) geclassificeerd als een *type 4 question*. Dit betreffen vragen met een meer algemene antwoord mogelijkheid. De vraag duidt (in tegenstelling tot andere typen openingsvragen) niet op specifiek een klachtpresentatie. De patiënt kan deze vraag namelijk opvatten als een alledaagse vraag waarop het antwoord 'goed hoor' wordt verwacht. Terwijl het waarschijnlijk niet goed gaat met de patiënt aangezien hij voor een consult bij de specialist is langsgesproken. De patiënt geeft hier vervolgens een vrij 'neutraal' antwoord op, hij begint hier niet met een klachtpresentatie. De arts stelt in regel 5 een vervolgvraag met een interrogatieve vorm *heb je die nog steeds*. Hiermee geeft de specialist aan dat er iets mis is met de voorgaande uiting van de patiënt. De specifieke institutionele setting maakt namelijk dat een openingsvraag van de arts een 'uitnodiging' is voor de patiënt om zijn klachtpresentatie te beginnen. De specialist vraagt met de interrogatieve vraag in regel 5 om meer informatie van de patiënt. Nadat de patiënt hier eerst een minimaal antwoord op heeft gegeven in regel 7, dat wel een *type-conforming answer* betreft, breidt hij zijn antwoord verder uit in regel 8. Hier wordt dan de informatie gegeven waar de specialist om vroeg.

Een enkele keer wordt een interrogatieve vraag in deze corpora gebruikt als een verzoek om bevestiging in plaats van een verzoek om informatie. Bekijk hiervoor onderstaand fragment..

### Fragment 14

(O3)

171. A: ja is het gevoel goed in de voet?  
 172. P: ja j[awel  
 173. A: [dat is prima

Dit fragment illustreert dat er sprake is van een epistemische afstand tussen de arts en de patiënt. De specialist stelt hier een positief geformuleerde vraag *is het gevoel goed* waardoor een positief geformuleerd antwoord geprefereerd wordt. De vraag wordt hier geoptimaliseerd door de specialist (Heritage & Clayman, 2010). Door de vraag met positieve bewoordingen te formuleren wordt een positief antwoord geprefereerd. De vraag van de specialist betreft het gevoel van de patiënt. Welk gevoel de patiënt heeft in de voet kan alleen door de patiënt zelf beoordeeld worden. De patiënt heeft hier de meeste toegang tot de informatie. De informatie ligt binnen zijn *epistemic domain* (Heritage, 2013). De patiënt bevestigt in regel 172 de informatie van de specialist. De specialist stelt de vraag aan de patiënt en oriënteert zich hier op een K+ epistemische status bij de patiënt. Wanneer de patiënt in regel 172 ook in staat blijkt te zijn de informatie te bevestigen lijkt deze oriëntatie van de specialist ook juist te zijn.

Kortom, interrogatieve vragen hebben van de polaire vraagtypen de grootste epistemische afstand in kennis tussen de gespreksdeelnemers. De interrogatieve polaire vragen worden het meest toegepast in het corpus van de specialisten in opleiding (49% n=70). Een interrogatieve vraag geeft dus een redelijk ongeinformeerde houding aan van de vragensteller. De epistemische afstand in kennis past bij de functie die de meeste interrogatieve vragen hebben: een verzoek om informatie. Dit sluit aan bij een K- epistemische status van de vragensteller. Dat deze vraagvorm meer is gevonden in het corpus van de specialisten in opleiding zou kunnen aangeven dat specialisten in opleiding misschien minder in staat zijn beschikbare kennis uit het dossier in de vragen te betrekken. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat specialisten in opleiding wellicht minder goed in staat zijn op lokaal relevant gemaakte informatie in te springen omdat het stellen van de diagnose al hun cognitieve aandacht vraagt. Het activeren van hun medische kennis kan meer van ze vragen dan dat dit bij de ervaren specialisten het geval is. Zoals Stolper, Rutten en Dinant ook al stelden is de kennis van experts beter georganiseerd en de zoekpaden naar de juiste kennis zijn bij ervaren specialisten korter (2005: 995). Ervaren specialisten zouden dus beter in staat zijn om op basis van hun kennis inferenties te trekken uit de woorden van de patiënt om die vervolgens met een vraag te controleren.

#### DECLARATIEVE POLAIRE VRAGEN

Bij declaratieve polaire vragen is de epistemische afstand in kennis tussen de specialist en de patiënt het kleinst. De vragen zijn vormgegeven als beweringen. *Epistemics* in combinatie met intonatie zorgt ervoor dat beweringen toch worden opgevat als vragen. In onderstaand fragment bespreken de ervaren specialist en de patiënt wat er gedaan kan worden aan de instabiliteit van de knie van de patiënt. De specialist stelt voor (niet opgenomen in het fragment) dat de patiënt gebruik maakt van een brace. In onderstaand fragment vertelt de patiënt dat hij al een specifiek soort brace in zijn bezit heeft.

#### Fragment 15

(E3)

336. P: ja want daarom na die tijd heb ik een ander soort brace gekregen  
 337. A: ja  
 338. P: met met een eh elastieken kous om m'n been  
 339. A: ja  
 340. P: aan m'n knie en daarover ook nog weer iets met eh klitteband en toen (arts kucht) was dat [veel te  
 341. [maar dat was ook een stabiliserende brace?  
 342. → A: ce?  
 343. P: ja ja alleen dus niet van kunststof  
 344.

In regel 342 lijkt de specialist tot een conclusie te komen naar aanleiding van de informatie die de patiënt heeft gegeven. Hoewel deze uiting een declaratieve syntaxis heeft wordt de uiting toch opgevat als een vraag. Dit is te verklaren aan de hand van epistemische status van de uiting. Declaratieven die informatie bevatten dat binnen het epistemische domein valt van de ontvanger worden opgevat als vragen die verzoeken om bevestiging (Heritage, 2012a; Labov & Fanshel, 1977). In Fragment 15 wordt bijvoorbeeld de declaratieve formulering over de brace van de patiënt – informatie waar de patiënt de meeste toegang tot heeft – opgevat als een vraag aan de patiënt. Dit blijkt uit de reactie van de patiënt in regel 344 waar zij de informatie die de specialist heeft gegeven bevestigt. Vervolgens voegt zij nog meer specifieke informatie toe *alleen dus niet van kunststof*.

Hetzelfde gebeurt in Fragment 16. De specialist geeft hier een declaratieve syntaxis met een ooplopende intonatie aan het einde van de zin.

### Fragment 16

(O1)

144. A: u bent overgevoelig voor diclofenak?  
145. P: ja:

Aangezien het over een overgevoeligheid gaat waar de patiënt last van heeft, kan de uiting in regel 144 worden opgevat als een verzoek om bevestiging. Het verzoek wordt in dit geval gedaan om te controleren of de patiënt echt overgevoelig is voor diclofenak.

In andere declaratieve gevallen richt de uiting zich op informatie dat voor beide gespreksdeelnemers bekend is, er is dan sprake van een relatief vlakke epistemische gradiënt. Bekijk hiervoor onderstaand fragment:

### Fragment 17

(E17)

4. A: je hebt nog wel een kruk,  
5. P: ik heb nog wel een kruk  
6. A: waarom heb je die kruk nog?  
7. P: ehm (0.4) ik neig als ik loop te compenseren  
8. voor mn zijbilspieren  
9. A: ja

In regel 4 geeft de specialist een declaratieve formulering. De zaak die hier wordt besproken is voornamelijk bekend voor de patiënt, die dus primaire toegang heeft tot deze informatie. De patiënt laat dit zien door de informatie te bevestigen. Dit wordt gerealiseerd door een partiële herhaling. Een *partiële herhaling* functioneert vaak als een bevestigende uiting (Mazeland, 2003). De specialist vraagt vervolgens in regel 6 om meer specifieke informatie door middel van een open vraag. Dit geeft ruimte voor een discourse unit van de patiënt die plaatsvindt in regel 7-8.

Kortom, bij declaratieve polaire vragen is de epistemische afstand in kennis tussen de gespreksdeelnemers het kleinst. De arts laat door een declaratieve formulering zien al over veel voorkennis te beschikken. Dat deze declaratieve formulering voornamelijk wordt toegepast door ervaren specialisten zou kunnen betekenen dat ervaren specialisten wellicht beter in staat zijn beschikbare kennis uit het dossier in vragen te betrekken. Doordat een onderwerp binnen het domein van de luisteraar valt wordt een declaratieve uiting toch als vraag opgevat door de patiënt.

### TAG QUESTIONS

De epistemische afstand in kennis tussen de gespreksdeelnemers bij *tag questions* zit eigenlijk tussen bovengenoemde polaire vragen in. *Tag questions* (zie ook 2.3.1) worden vaak op twee manieren opgevat: 1) als een manier om informatie te verzoeken, of 2) als een methode om respons te verkrijgen (Stivers & Rossano, 2010; Heritage 2012a). Wat deze functies van elkaar onderscheidt is de epistemische status van de spreker ten opzichte van de ontvanger. Wanneer een *tag question* gebruikt wordt door iemand met een lagere epistemische status (K-) geeft dit een verzoek om informatie aan. Wanneer zij eerst een declaratieve uiting geven, waardoor het lijkt alsof zij over de kennis over dit onderwerp beschikken, kunnen zij deze uiting tot een vraag maken door er een aanhangsel (tag) achteraan te gebruiken. Deze methode wordt ook gebruikt in onderstaand fragment:

### Fragment 18

(O4)

201. A: [...] steunzool die heeft u bij u of niet?  
202. P: ja  
203. (0.1)  
204. A: zou ik die ook even mogen zien?

In regel 201 van dit fragment doet de specialist eerst de bewering dat de patiënt haar steunzolen bij zich heeft. Dit kan de specialist echter niet zeker weten omdat deze zich bevinden in de schoenen van de patiënt. Door de negatief geformuleerde tag achter de positief geformuleerde bewering te plakken, wordt de bewering een vraag. Dit sluit aan bij onderzoek van Englert (2010: 2670). Uit dit onderzoek kwam als resultaat dat sprekers een negatief geformuleerde tag gebruiken om een positief geformuleerde uiting tot een vraag te maken. De patiënt bevestigt in regel 202 de bewering van de specialist met een *type-conforming answer*.

Wanneer tag questions echter gebruikt worden door sprekers met een K+ status zijn dit beweringen waarin een feit of mening wordt gegeven. De spreker is met deze uiting op zoek naar support (Heritage, 2012b). Vergelijk hiervoor onderstaand fragment:

### Fragment 19

(E17)

54. A: anders zou je überhaupt die operatie niet  
55. moeten doen (0.5) alleen soms kom je wel

56. → voor eh verrassingen te staan (0.7) dus dan heb je die spacerbehandeling gehad he
57. P: ja
58. A: en en dan denk je alles is rustig (0.4) lab
59. ziet er keurig uit (0.6) dan ga je ehm eh de
60. operatie doen (0.3) dat alles dr uit gehaald
61. wordt en plaats je nieuwe prothese (.) en dan vind je toch (.) een bacterie

In regel 56 formuleert de specialist een *tag question*. Hiermee refereert hij aan een *common ground*. De specialist spreekt hier over een operatie die hij zelf bij de patiënt heeft uitgevoerd en waarvan beide gespreksdeelnemers dus op de hoogte zijn. De *tag question* wordt hier niet gebruikt om informatie te achterhalen, maar enkel om de patiënt bij het gesprek te betrekken. Door gebruik te maken van het aanhangsel *he*, verzoekt de specialist om een reactie. Deze bevestigende reactie van de patiënt wordt gegeven in regel 57. De patiënt geeft hier een geprefereerd type-conforming answer op de *tag question* van de specialist.

Deze variant, met de neutrale tag *he* komt in beide corpora het meest voor. In het ervaren corpus werd *he* in 90% (n=37) van de gevallen gebruikt en in het onervaren corpus 70% (n=26) van de gevallen. Er is daarom besloten deze vorm van *tag questions* nader te bestuderen. De resultaten worden uitgebreider besproken in paragraaf 4.2.3.

#### 4.2.2 VERGELIJKING VRAAGTYPEN

Binnen de categorie polaire vragen zijn verschillen gevonden tussen de beide corpora. In het onervaren corpus werd de interrogatieve polaire vraag het frequentst toegepast (49% n=70) terwijl in het ervaren corpus de *tag questions* (48,8% n=41) het frequentst werden gebruikt. Wanneer naar de polaire vragen wordt gekeken in het licht van *epistemics* zeggen de vormen van de vraag ook iets over de verdeling van kennis over de gespreksdeelnemers. Bij interrogatieve polaire vragen is de epistemische afstand in kennis tussen de specialist en de patiënt het grootst. Bij declaratieve polaire vragen is deze afstand het kleinst. Nu wordt bij een *tag question* gebruik gemaakt van een declaratieve formulering. In het ervaren corpus lieten de specialisten dus vaker hun kennis (K+) zien in de formulering van een vraag dan dat de onervaren specialisten dit deden. Binnen het onervaren corpus werd door de specialisten dus minder voorkennis laten zien dan bij het ervaren corpus.

Wellicht zijn specialisten in opleiding minder in staat de beschikbare kennis uit het dossier in het lopende gesprek toe te passen. Ook lijkt het erop dat de ervaren specialisten beter in staat zijn op de informatie die lokaal wordt gegeven in te springen en te gebruiken in de formulering van een volgende vraag door middel van *tags* met een declaratieve formulering. Ervaren specialisten zouden dus beter in staat zijn om op basis van hun kennis inferenties te trekken uit de woorden van de patiënt om die vervolgens met een vraag direct te controleren. Dit sluit aan bij de vondsten van Stolper, Rutten en Dinant die ook stelden dat de kennis van experts beter is georganiseerd en de zoekpaden naar de juiste kennis bij ervaren artsen korter is (2005: 995).

#### 4.2.3 FRAGMENTARISCHE VRAGEN

Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat de fragmentarische vragen veelvuldig voorkwamen in beide corpora (ervaren 13,5% n=18, onervaren 23,2% n=57), maar dat het vooral een groot deel uitmaakt van de gesprekken bij onervaren specialisten.

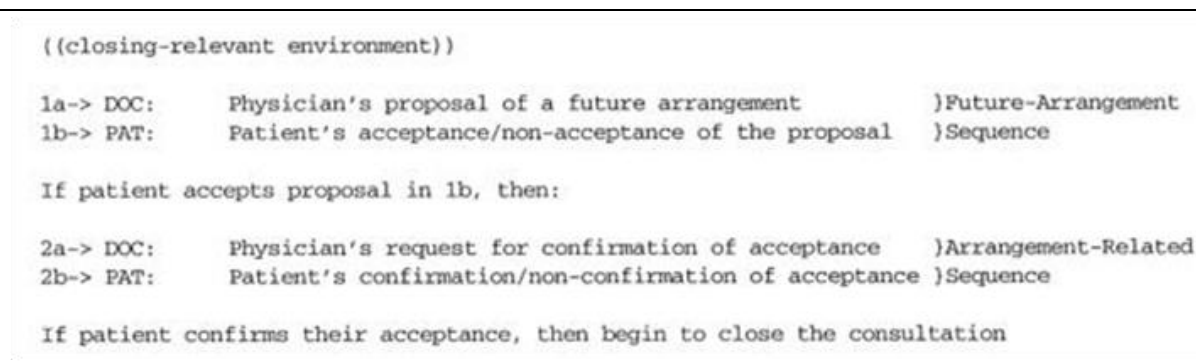
De categorie 'fragmentarische vragen' bevat vragen waarbij geen onderwerp of persoonsvorm in de zin staat. Het zijn vaak uitingen van slechts enkele woorden. Dit worden ook wel elliptische constructies genoemd (Mazeland, 1992: 29). Mazeland karakteriseert deze constructies als onvolledige zinnen. Bij een elliptische constructie worden de persoonsvorm en de thematische omgeving van naamwoord groepen weggelaten (Klein, 1981; Mazeland, 1992). Uitingen die elliptische worden geconstrueerd zijn context gebonden. Binnen deze context kunnen deze uitingen door gespreksdeelnemers worden begrepen (Mazeland, 2003: 48). De vragen zijn dus eigenlijk *fragmenten* van een volledige zinsconstructie. Je kunt dan spreken van *fragmentarische vragen*. In dit onderzoek zijn ook éénwoordvragen opgenomen in deze categorie.

#### ÉENWOORDUITINGEN

Tijdens de analyse van de fragmenten viel allereerst op dat in beide corpora éénwoorduitingen voorkwamen bij de afsluiting van het arts-patiënt gesprek. Dit gebeurde dan met *ja?*. Zoals in het theoretisch kader al is besproken komen deze tokens veel voor nadat de arts een voorstel heeft gedaan voor een *future arrangement*. Dit kan zowel een

vervolgafspraak zijn als een afspraak met de patiënt dat hij bepaalde medicijnen gaat slikken of oefeningen gaat doen

etc. (Robinson, 2001). Het schema van Robinson wordt hier weer even herhaald:



**Figuur 8:** Closing Diagram (Robinson, 2001:643)

In het tweede gedeelte van deze sequentie (2a) produceren artsen vaak uitingen als *ja?* en *oke?* Deze uitingen zijn verzoeken om een bevestiging van patiënten. Ze vragen specifiek om acceptatie van de voorstellen die de arts in de voorgaande sequentie heeft gedaan. Er worden twee voorbeelden gegeven waarin de organisatie van de afsluitende sequentie wordt gegeven. Deze sequentie wordt bekeken aan de hand van het schema van Robinson (2001) (Figuur 8). Bekijk hiervoor eerst Fragment 20. De patiënt is bij de specialist gekomen met een klacht over een eeltbult op haar voet. De specialist raadt haar aan eerst nieuwe zooltjes te proberen. Hij geeft verder aan dat de patiënt langs de huisarts moet gaan voor een verdere behandeling aangezien de huisarts de voeten van de patiënt het beste kent. In het afsluitende fragment uit dit gesprek bespreekt de specialist een datum voor de afspraak met de huisarts. In de regels 277-279 initieert de specialist een sequentie waarin er een voorstel voor de toekomstige behandeling wordt gedaan – en een voorstel voor bevestiging – voor wanneer dit gesprek is geëindigd (1a). Dit voorstel is geproduceerd in een relevante context voor afsluiting (na het behandelvoorstel). De patiënt accepteert het voorstel in regel 280 (1b). De uiting van de specialist in regel 281 (*ja?*) verzoekt wederom om een bevestiging van de patiënt (2a). Het geeft ook sterk aan dat het gesprek wordt afgesloten. Het is opvallend dat na een pauze van 0.4 seconden de specialist zelf *het agreement token* produceert, voordat de patiënt dit zelf doet in regel 282.

#### Fragment 20

(O2)

```
277.1a A: =21 december naar dokter tijdens (0.2) en
278.      dan hoop ik dat u voor die tijd uw zolen al
279.      hebt en dan kan ze ook zien of die een
           beetje helpen
280.1b P: ja nou is goed
281.2a A: ja:? (0.4) oke
282.2b P: doen we
```

In Fragment 21 is een tweede voorbeeld van een afsluitende sequentie te zien. De reden van het bezoek van de patiënt is een nieuwe klacht nadat ze een prothese heeft gekregen. Ze heeft een klacht over haar knie die voor haar gevoel ver naar binnen toe slaat. De specialist raadt de patiënt aan zich eerst goede zooltjes te laten aanmeten. Hij stelt voor om een van zijn collega's in te schakelen voor een advies over de juiste zolen omdat zijn collega daar gespecialiseerd in is.

#### Fragment 21

(E16)

```
286.1a A: ennem eh dan moete we even kijken of ik dan
287.      een advies heb of dan heb ik al wel een ad-
288.      vies van mijn collega dat zal ik ook gewoon
           vrage dan make we ook weer even een nieuwe
           foto
289.1b P: oke
290.2a A: ja?
291.2b P: ja
```

In regel 286 (1a) sluit de specialist het topic af door een afspraak te maken over het vervolg van de behandeling. De patiënt accepteert dit voorstel in regel 289 (1b). Nadat de patiënt het voorstel heeft geaccepteerd, vraagt de specialist nogmaals om een bevestiging van de acceptatie van de patiënt *ja?* (2a, r. 290). De *ja?* van de specialist initieert de afsluiting van het topic. Dit topic was gepositioneerd in een relevante context voor afsluiting. De uiting projecteert een voorwaardelijke verschuiving naar de activiteit van het afsluiten (Robinson, 2001: 645).

Deze éénwoordvragen zijn in zowel het ervaren als het onervaren corpus gevonden, er is hier geen verschil in gebruik tussen de beide corpora. In beide corpora functioneert een dergelijke éénwoordvraag als extra controle voor de acceptatie van het behandelvoorstel en initieert het de afsluiting van het topic.

#### FRAGMENTARISCHE VRAGEN IN DERDE POSITIE

Naast deze éénwoordvragen zijn er ook nog fragmentarische vragen die worden gebruikt als vervolgsequenties in de derde positie. Met deze vragen wordt ingespeeld op de informatie die de patiënt heeft gegeven in zijn antwoord of op een eerdere vraag die is gesteld. Vergelijk hier voor de volgende fragmenten. De fragmenten zijn afkomstig uit hetzelfde gesprek van een onervaren specialist.

#### Fragment 22

(O4)

164. A: het is alleen deze teen die u voelt?  
 165. P: ja  
 166. → A: niet deze teen ook?  
 167. P: nee

#### Fragment 23

(O4)

173. A: ja ja u voelt ook nu alleen in deze teen=?  
 174. P: =ja  
 175. → A: oke en niet in [deze,  
 176. P: [nee

In bovenstaande fragmenten wordt steeds in de derde positie een nieuwe vraag geformuleerd door de specialist. Beide vragen hebben een gesloten karakter. De vorm van de vraag maakt een ja/nee antwoord relevant. De antwoorden van de patiënt in regel 167 en 176 zijn beide *type-conforming answers*. De vragen bevatten beide een negatie-element, waardoor de specialist in de vragen al lijkt aan te nemen dat beide suggesties niet aan de orde zijn. De pa-

tiënt produceert beide keren een negatief *type-conforming answer* dat geprefereerd is doordat de specialist gebruik maakte van een negatie-element in zijn vraag. Het respons blijft beide keren minimaal en wordt niet verder uitgebreid. Het is opvallend dat in zowel Fragment 22 als Fragment 23 de vraag die door de specialist in opleiding wordt gesteld eigenlijk een redundante vraag is. Wanneer de patiënt immers aangeeft last te hebben van één bepaalde teen, vraagt de specialist toch twee maal of de patiënt toch niet ook nog last heeft van een andere teen. De specialist lijkt hier de vraag opnieuw te stellen omdat zijn project nog niet succesvol is afgerond. De specialist lijkt nog niet alle informatie te hebben die hij nodig heeft en stelt in beide fragmenten een vervolgvraag in de derde positie.

Door een vraag te gebruiken in de derde positie wordt er ingespeeld op het antwoord van de patiënt uit de voorgaande sequentie. De specialist speelt hier dus in op informatie dat in het gesprek aan de orde is gekomen. Deze derde positie vragen kwamen voornamelijk voor in het onervaren corpus. Dit is opvallend want uit eerder onderzoek van Jager (2010: 59) bleek dat ervaren huisartsen beter in staat zijn de richting van het gesprek aan te passen aan informatie die de patiënt in het gesprek geeft. In dit geval is het de onervaren specialist die inspeelt op de informatie die de patiënt geeft en het niet enkel registreert, maar ook een vervolgvraag formuleert naar aanleiding van deze informatie en er dus daadwerkelijk iets mee doet.

In Fragment 24 maakt de specialist op meerdere momenten gebruik van een fragmentarische vraag (□). Merk ook op dat op twee momenten in deze vragenreeks gebruik wordt gemaakt van een vraag die vooraf wordt gegaan door het lexicale item *en* (r. 161 en r. 165).

#### Fragment 24

(O3)

149. A: is dat pijnlijk?  
 150. P: ja ja hier voel ik het al of zo iets ja hier  
 151. → A: ja (.) ik snap het die kant?  
 152. P: nee daar komt geen bewegin[g  
 153. A: [is hartstikke stijf  
 154. P: [hij zit bijna helemaal vast  
 156. → A: ja ja ja ik zie het hier in de voet geen last?  
 157. P: nee nee  
 158. A: echt hier in de enkel  
 159. P: het is echt inderdaad hier en aan de buitenkant ook heel vaak daar eh  
 160.



161. → A: en als ik hier duw?  
 162. P: nee nee  
 163. → A: dan geen pijn,  
 164. P: nee  
 165. → A: en als ik aan de binnenkant duw?  
 166. P: nee dat valt ook wel mee ik heb meer in-  
 derdaad eh  
 167. A: hier echt precies boven

Met de vragenreeks die wordt getoond in het fragment wordt een *agenda* nagestreefd. *Agenda setting* is een van de dimensies die Heritage (2010) aan vragen in het medische consult verbindt. De vragen van de specialist geven aan dat er een oriëntatie is op bepaalde inhoudelijk aspecten. Hier worden meerdere vragen gebruikt voor één doel, ofwel één agenda. Het doel in dit fragment is achterhalen waar de patiënt precies pijn heeft. Heritage en Sorjonen (1994) geven aan dat vragen die worden voorafgegaan door het lexicale item en een rol spelen in het onderhouden van een gezamenlijk oriëntatie op de activiteit die de vragen implementeren. Hier is de activiteit het achterhalen van de plaats waar de pijn zich bevindt.

Het is opvallend dat alle antwoorden die de patiënt hier formuleert *no problem responses* zijn (Heritage & Sorjonen, 1994). Het zijn minimale antwoorden (behalve r. 152 en r. 166) op de vragen en het zijn tevens *type-conforming answers*. Met elke vraag wordt een voorwaartse beweging geprojecteerd binnen een grotere sequentie.

Bij een gesprek waarbij een agenda wordt nagestreefd door middel van een reeks vragen kan het zijn dat vragen korter worden geformuleerd dan een voorgaande vraag (ellips) (Heritage, 2010). In het bovenstaande fragment wordt eerst in regel 149 nog een volledige vraag geformuleerd *is dat pijnlijk?*. In regel 151 wordt dit vervolgens niet meer gedaan (*die kant?*). De vraag in regel 151 is nog verbonden met de formulering uit regel 149. Je zou de vraag kunnen formuleren als *die kant is pijnlijk?* of *is die kant pijnlijk?* Er kan over deze vraag dus niet gezegd worden of het een declaratieve of interrogatieve formulering is, maar de vraag kan wel worden begrepen door de patiënt. De patiënt formuleert zijn antwoord ook in deze context (*nee daar komt geen beweging*).

Vervolgens wordt in regel 156 opnieuw een elliptische vraag geformuleerd *in de voet geen last?* De persoonsvorm en het onderwerp worden weggelaten, maar het is duidelijk

door de context dat het hier om de voet van de patiënt gaat. In het licht van de context van vraag 156 kan ook vraag 161 worden begrepen. Met de vraag in regel 161 lijkt de specialist te willen achterhalen of de patiënt geen *last* heeft wanneer hij duwt op de plek op zijn voet. De specialist specificiert zijn vraag met een volgende ellips in regel 163. Het antwoord van de patiënt blijft hetzelfde als op de voorgaande vraag (*nee*). Tot slot kan ook de vraag in regel 165 worden begrepen wanneer deze in context wordt geplaatst met voorafgaande formulering. De specialist lijkt hier te bedoelen of de patiënt ook geen pijn voelt wanneer er op de binnenkant van zijn voet wordt geduwd.

Deze vorm van ellipsis bij vragen werd voornamelijk gevonden in het corpus van de onervaren specialisten. Dit is opvallend omdat de vragen die vooraf worden gedaan door en de *elliptische formuleringen* laten zien dat er wordt ingespeeld op de informatie die de patiënt eerder heeft gegeven en getuigd dus van adaptiviteit. Dit zou, wanneer wordt gekeken naar de literatuur, eerder worden verwacht in het corpus van de ervaren specialisten. Het zou kunnen zijn dat ervaren specialisten minder vragen nodig hebben omdat zij wellicht al eerder een idee hebben van de diagnose. Zij zouden minder informatie van de patiënt nodig kunnen hebben, terwijl onervaren specialisten meer vragen stellen omdat zij nog meer informatie nodig hebben.

#### 4.2.4 VERGELIJKING FRAGMENTARISCHE VRAGEN

Uit de kwantitatieve analyse bleek dat veel vragen niet in één van de categorieën van Englert (2010) konden worden ondergebracht. De vragen functioneerden vaak als polaire vragen, maar uit de formulering was niet af te leiden of het een declaratief of interrogatief was. De fragmentarische vragen zijn onvolledige zinnen. De persoonsvorm en de thematische omgeving van naamwoord groepen zijn weggelaten (Mazeland, 1992; Klein, 1981). Bij het ervaren corpus was dit 13,5% (n=18) van het totale aantal vragen en in het onervaren corpus 23,2% (n=57).

De éénwoorduitingen *ja?* werden in beide corpora gevonden in de afsluitende fase van het arts-patiënt gesprek. Deze uitingen vragen om een bevestiging van de patiënt. Ze vragen om acceptatie van de voorstellen die de specialist voorafgaand aan deze éénwoordvraag heeft gedaan (voor

een vervolg afspraak of over de verdere behandeling). Deze vraagsoort (*ja?*) werd in zowel het ervaren als het onervaren corpus gevonden.

Naast de éénwoordvragen zijn er ook fragmentarische vragen gevonden die gebruikt werden als vervolgsequenties in derde positie (zie paragraaf 4.2.2). Met deze vragen wordt ingespeeld op de informatie die de patiënt eerder in het gesprek heeft gegeven of ze worden gebruikt als vervolg op een eerdere vraag die is gesteld door de arts. Het is opvallend dat juist dit soort vragen voornamelijk is gevonden in het onervaren corpus. Aan de hand van de resultaten van Jager, Schuling, Pols en Berenst (2011) zou worden verwacht dat juist ervaren specialisten gebruik zouden maken van dit soort vervolg vragen waarmee wordt ingespeeld op de informatie van de patiënt. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de specialisten in opleiding deze vragen nog nodig hebben om het project dat zij in het eerste paardeel projecteren succesvol af te ronden. Doordat ervaren specialisten ziektescripts beter in hun hoofd hebben zitten zou het kunnen zijn dat zij eerder al een idee hebben van de diagnose en de vragen in derde positie dus wellicht niet nodig hebben om tot een diagnose te kunnen komen. Een andere mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de communicatieve training van de specialisten in opleiding hen nog vers in het geheugen zit en dat zij daarom beter in staat zijn in te spelen op de informatie die de patiënt geeft. Of dit in ieder geval zichtbaar maken in het gesprek.

#### 4.2.5 TAG QUESTIONS

Naast deze fragmentarische vragen bleek uit de kwantitatieve analyse ook dat *tags* voornamelijk werden toegepast in het corpus met de ervaren specialisten (48,8% n=41). Bij de onervaren specialisten was dit een stuk minder (25,8% n=37). Er bestaat dus een groot verschil tussen de ervaren en onervaren specialisten wat het gebruik van tags betreft. In beide corpora werd de neutrale tag '*he*' het frequentst toegepast (onervaren corpus 70% n=26 en ervaren corpus: 90% n=37).. Uit de kwalitatieve analyse blijkt dat de tag '*he*' op twee manieren wordt toegepast: als *response sollicitation* en om een uiting te *downgraden*. Deze categorieën sluiten aan bij wat eerder in de literatuur is gevonden (zie ook 2.3.1). Deze functies worden hieronder nog even kort weergegeven.

De *tag* kan twee verschillende functies hebben in medische interacties volgens Harres (1998). Zij onderscheidt de *facilitative category* en de *modal meaning category*. De facilitaire functie houdt in dat er een mogelijkheid wordt gecreëerd om de patiënt in het gesprek te laten deelnemen. Dit wordt door Mazelen (1992) *response sollicitation* genoemd. *Tags* in de *modal meaning category* worden gebruikt om informatie te verkrijgen van een patiënt. Deze categorie kan gekoppeld worden aan wat Heritage en Raymond (2005) het *downgraden* van een bewering noemen. Door een bewering te *downgraden* met een *tag* wordt een uiting een vraag.

In het onervaren corpus wordt in 73% (n=19) van de vragen met de tag '*he*' de tag gebruikt om een bewering te *downgraden*. In de overige 27% (n=7) wordt de vraag gebruikt als *response sollicitation*. In het ervaren corpus is dit het tegenovergestelde. In 67,6% (n=25) van de vragen met de tag '*he*' wordt dit gebruikt als *response sollicitation* en in 32,4% (n=12) van de gevallen wordt '*he*' gebruikt om een bewering te *downgraden*. Uit de chi-square test for independence blijkt dat er een relatie bestaat tussen de ervaring van een specialist en de functie van een tag question ( $\chi^2 = 10.06$ ,  $df=1$ ,  $p=.001$ ). De p-waarde bevindt zich onder het significantieniveau (0.05) en geeft dus een relatie aan tussen de beide toetsingselementen. De hoeveelheid ervaring die een specialist heeft beïnvloedt dus het gebruik van bepaalde *tag questions*. Hoe het *downgraden* van een declaratieve formulering en *response sollicitation* met een declaratieve formulering plaatsvindt, wordt in de volgende sub paragrafen verder uitgewerkt.

#### DOWNGRADEN VAN EEN DECLARATIEVE UITING

Het *downgraden* van een bewering kan plaatsvinden door gebruik te maken van een *tag*. In deze analyse wordt specifiek het gebruik van de tag '*he*' bestudeerd. Door een tag toe te voegen aan een uiting oriënteert de spreker zich op de primaire toegang tot het onderwerp van de andere gespreksdeelnemer (Heritage & Raymond, 2005: 20). Zo doet de specialist in onderstaand fragment een bewering over de klacht van de patiënt. Dit onderwerp valt echter binnen het epistemische domein van de patiënt. De patiënt is de expert in de subjectieve evaluatie van zijn klacht (ziekte, pijn) (Gulich, 2003).

### Fragment 25

(O1)

9. A: o:ke (0.5) maar u heeft nu last van de rechter he,  
10. P: JAhoha:  
11. A: ja  
12. P: word er niet vrolijk van

De specialist formuleert de uiting hier eerder als een vraag om te beantwoorden dan als een bewering om te accepteren; dus hij erkent de epistemische prioriteit van de patiënt. De specialist vraagt hier om een bevestiging van de informatie die binnen het epistemische domein van de patiënt valt. Door de tag *'he'* wordt deze bewering omgezet tot een vraag. Dit komt overeen met de *modal meaning category* van Harres (1998) waarbij een *tag* als functie heeft om informatie te verzoeken.

In een vergelijkbare situatie in Fragment 26 vertelt de patiënt schouderklachten te hebben en niet meer te kunnen trainen. In regel 62 vraagt de specialist om een specificatie van de plaats van de pijn met name *de linkerschouder die pijnlijk is hè?* Hij onderbreekt met deze uiting de patiënt die zijn beurt was gestart in regel 61.

### Fragment 26

(O5)

58. P: [als ik ga trainen dan uh:: ja dan slaap ik 's  
59. nachts niet dan moet ik gewoon pijnstillers  
60. A: ja  
61. P: anders [dan  
62. A: [met name de linkerschouder die pijnlijk is hè?  
63. P: hHh ja=  
64. A: =oke=  
65. P: =dus ik zit gauw op eh: op eh: op honderd op  
66. honderdtachtig gram eh: (1.5) arcoxia  
67. A: ja

Zoals ook in voorgaand fragment het geval was, is het onderwerp van gesprek de subjectieve evaluatie van de patiënt. De kennis over welke schouder nu het meest pijnlijk is, valt binnen het epistemische domein van de patiënt. Door het partikel *he* achter de declaratieve formulering te plaatsen erkent de specialist dat de patiënt primaire epistemische rechten heeft om zijn eigen gevoel te evalueren. Gewoonlijk wordt met een bewering in een eerste paardeel geclaimd dat de spreker de meeste toegang heeft tot de relevante informatie. Door hier een tag aan toe te voegen verwerpt de specialist deze claim en geeft hij hier aan dat de patiënt over de relevante informatie beschikt (Raymond & Heritage, 2005). Tags zijn technieken die sprekers hante-

ren om een bepaalde positie op illocutieve schaal aan te geven (Mazeland, 1992: 47). Met de illocutieve schaal wordt bedoeld dat de spreker een bepaalde intentie heeft met een opmerking. Het geïntendeerde effect van een illocutieve strekking wordt het *perlocutief object* genoemd. In het geval van een vraag zou dit perlocutieve object een antwoord zijn (Mazeland, 1992; 2003). Met de *tag* wordt hier door de specialist aangegeven dat de uiting is bedoeld als een vraag en niet als een bewering.

### RESPONSE SOLICITATION

*Tags* met als functie de patiënt uit te nodigen om deel te nemen in het gesprek vallen onder de *facilitative category* (Harres, 1998). Deze functie is met name gevonden in het corpus van de ervaren specialisten. In onderstaand fragment bespreekt de specialist een foto met de patiënt. De patiënt is langsgelopen met een klacht aan haar hand. Ze heeft hier een prothese gekregen en er steekt nu een puntje uit dat haar zeer doet. De specialist is in onderstaand fragment begonnen met het lichamelijk onderzoek. Hij vraagt de patiënt wat zij allemaal nog kan met haar hand en haar vingers en wanneer het haar pijn doet. In regel 33 verwijst hij vervolgens naar de foto die op het computerscherm getoond staat. Hij wijst aan met de muis waar een schroefje een beetje uitsteekt.

### Fragment 27

(E13)

31. A: kan u de duim ook optrekken,  
32. P: nn eh nn- dit gaat wel maar dit is wel een  
33. eh ik kan dit wel vernemen deze drie ja  
34. → A: zie je net dat puntje he [dat hier zit dat  
steekt net een beetje uit  
35.  
36. P: [ja  
37. A: dan gaat t over eh (4.0) ja twee millimeter  
38. en een en de schroeven gaan eh in een van  
39. twaaluf veertien zestien [achtien

De specialist verzoekt met de tag *'he'* in regel 33 niet om informatie van de patiënt. De patiënt en de specialist kijken immers naar precies dezelfde afbeelding op het computerscherm. De specialist refereert hier dus aan een *common ground*. De informatie op het scherm is voor beide gespreksdeelnemers in gelijke mate toegankelijk. Er is hier dus sprake van een vrij vlakke epistemische gradiënt en van een geringe afstand in epistemische status. De vraag met de tag doet hier dus iets anders. De specialist is hier bezig met een uitleg, door het partikel *'he'* verzoekt de specialist hier de

patiënt om een reactie. Door dit partikel controleert de specialist ook expliciet of de patiënt de uitleg volgt. Er wordt niet om meer gevraagd dan enkel een blijk van gesprek organisatorisch begrip. Na de *ja* van de patiënt volgt de specialist zijn discourse unit. Dit gebeurt zelfs al in overlap met het minimale respons van de patiënt. Het partikel van de specialist geeft blijk van een oriëntatie op de participatie van de patiënt. Er wordt als het ware gecontroleerd of de patiënt de uitleg volgt en actief deelneemt aan het gesprek. Het antwoord van de patiënt geeft weer dat er een oriëntatie is op het mogelijke voltooiingspunt van de lopende beurt van de specialist in regel 33. Na het minimale luisterrespons van de patiënt vervolgt de specialist zijn uitleg in regel 37.

Er vindt nog een aantal keer een zelfde situatie plaats in dit gesprek tussen de specialist en de patiënt. Bekijk hiervoor Fragment 28:

#### Fragment 28

(E13)

193. P: ja 't is een eh hier en deze hoek geeft 't een eh -  
 194. → A: ja dat is dit gebied he,  
 195. P: ja  
 196. A: je ziet dat ie nog steeds relatief ietsje aan de hoge kant  
 197. staat en hier heb je natuurlijk de bruk die niet helemaal  
 198. → genezen is he, dus dat puntje wat je ziet 't uiteinde hier  
 199. P: hmm hmm

Op twee momenten in dit fragment (→) stelt de specialist een vraag door een *tagte* plaatsen achter een declaratieve uiting. In regel 194 verwijst de specialist met zijn declaratieve uiting naar een *common ground*. De plaats van de pijn heeft de patiënt zojuist geduid in regel 193. De specialist herformuleert hier informatie die gegeven is door de patiënt. Dit wordt ook wel een *formulation* genoemd en is een manier waarop verbaliseringsen plaats kunnen vinden in een arts-patiënt gesprek (Jager e.a., 2011). Deze concluderende *formulation* bevat een inhoudelijke verandering ten opzichte van de vorige uiting van de patiënt. De uiting van de specialist specificeert het gebied waar de patiënt last van heeft. Door middel van deze *formulation* laat de specialist een oriëntatie zien op de patiënt. Er wordt direct ingesprongen op informatie die de patiënt zelf heeft gegeven. Door de *tag 'he'* te plaatsen achter de *formulation* verzoekt de specialist om een reactie van de patiënt. Nadat de patiënt een minimaal geprefereerd *type-conforming answer* heeft gegeven, vervolgt de specialist zijn discourse unit in regel 196.

De volgende tag '*he*' wordt geplaatst in regel 198. De specialist is wederom (net als in Fragment 27) naar het computerscherm gedraaid en verwijst naar de foto van de hand van de patiënt. Na zijn *tag* vervolgt hij zijn beurt nog met een concluderende uiting (*dus*), waarmee hij zijn voorgaande syntax verder specificeert. De patiënt reageert hierop met een minimaal luisterrespons *hmm hmm*. Beide *tag questions* in dit fragment geven aan dat de minimale responsen (*hmm of ja*) voldoende zijn voor de specialist om hem verder te laten gaan met zijn discourse unit (Mazeland, 1992: 208). Dat *tags* na een mogelijk voltooiingspunt van de lopende beurt vooral werken als een soort 'respons uitlokker' is ook te zien in Fragment 29.

#### Fragment 29

(E3)

172. A: nou de knie is niet ontstoken  
 173. P: nee  
 174. A: dat stelt me wel gerust  
 175. P: ja  
 176. A: ja ik was bang dat misschien is het ja misschien met die  
 177. medicijnen van u  
 178. P: =ja  
 179. → A: heb je ook eh meer kans op eh infectie he  
 180. P: oke  
 181. A: eh omdat het eigenlijk je immuun[systeem een beetje platzet

De patiënt komt in het consult van Fragment 29 met een klacht over haar knie. Ze is voor een controle afspraak bij de specialist nadat ze een totale knieprothese heeft gekregen. Na het lichamelijk onderzoek stelt de specialist vast dat de knie niet ontstoken is (r.172). Vanuit zijn medische expertise legt de specialist vervolgens uit waarom hij daar in eerste instantie bang voor was (r. 176). De declaratieve formulering die hij gebruikt in r.179 wordt dan ook niet opgevat door de patiënt als een verzoek om informatie, aangezien de specialist zelf over de relevante kennis beschikt (K+). De specialist verzoekt hier enkel om een 'luister bevestiging' van de patiënt. Dat ook de patiënt zich op deze uiting oriënteert als zijnde een verzoek om bevestiging blijkt uit het minimale respons in regel 180. Vervolgens vervolgt de specialist zijn discourse unit waarin hij verder uitleg verschafft aan de patiënt.

De resultaten van deze analyse komen overeen met de resultaten uit het corpus van Englert (2010). Ook zij vond dat de *tag 'he'* het meest werd gebruikt. In dit onderzoek werd 48% van de *tag questions* geformuleerd met het partikel *he*. Op interactioneel gebied kunnen de *tag questions* dus

verschillende functies hebben. Uit de analyse blijkt dat hierin verschillen zijn tussen het ervaren en het onervaren corpus. Zo wordt de tag 'he' in het ervaren corpus het meest gebruikt als respons uitlokker (67,6%) en in het onervaren corpus meer om een bewering te *downgraden* (73%).

#### 4.2.6 VERGELIJKING TAG QUESTIONS

Uit de kwantitatieve analyse bleek dat *tags* voornamelijk werden toegepast in het corpus met de ervaren specialisten (48,8%). Bij de onervaren specialisten was dit een stuk minder (25,8%). Wel werd in de beide corpora de neutrale tag 'he' het frequentst toegepast (Onervaren: 70% n=26, Ervaren: 90% n=37).

In het onervaren corpus wordt in 73% (n=19) van de vragen met de tag 'he' de *tag* gebruikt om een bewering te *downgraden*. Door een bewering te *downgraden* met een tag wordt een uiting een vraag. In de overige 27% (n=7) wordt de vraag gebruikt als *response sollicitation*. Dit houdt in dat er een mogelijkheid wordt gecreëerd om de patiënt in het gesprek te laten deelnemen. In het ervaren corpus is dit het tegenovergestelde. In 67,6% (n=25) van de vragen met de tag 'he' wordt dit gebruikt als *response sollicitation* en in 32,4% (n=12) van de gevallen wordt 'he' gebruikt om een bewering te *downgraden*. Uit de *chi-square test for independence* bleek dat er een relatie bestaat tussen de ervaring van een specialist en de functie van een *tag question* ( $\chi^2 = 10.06$ ,  $df=1$ ,  $p=.001$ ). De hoeveelheid ervaring die een specialist heeft beïnvloedt dus het gebruik van bepaalde *tag questions*.

Door het partikel *he* achter de declaratieve formulering te plaatsen erkent de specialist dat de patiënt primaire epistemische rechten heeft tot het onderwerp dat ter sprake is. Gewoonlijk wordt met een bewering in een eerste paardeel geclaimd dat de spreker de meeste toegang heeft tot de relevante informatie. Door een *tag* aan de bewering toe te voegen verwerpt de specialist deze claim en geeft hij hieraan dat de patiënt over de relevante informatie beschikt (Raymond & Heritage, 2005). Hiermee neemt de specialist dus afstand van de claim die hij eerder in de declaratieve formulering heeft gedaan. Hij verzoekt de patiënt om bevestiging van de informatie die in deze declaratieve formulering wordt gegeven. Het is opvallend dat deze vorm veel

minder voorkomt in het ervaren corpus. Door het ontbreken van dit *downgraden* in het ervaren corpus lijken de ervaren specialisten de informatie met meer zekerheid te presenteren dan de specialisten in opleiding. Wanneer een *tag* wordt gebruikt als *response sollicitation* verzoekt de specialist de patiënt niet om informatie. Hij nodigt de patiënt enkel uit om te laten blijken dat hij de informatie die de specialist geeft begrijpt en verzoekt om een luisterrespons. Door middel van deze *tags* laat een ervaren specialist de patiënt dus participeren in het gesprek. Hieruit blijkt een oriëntatie van de specialist op een actieve deelname van de patiënt aan het gesprek. De specialist stelt een gesloten vraag waarmee hij zijn medische autoriteit laat gelden, maar door de *tag* te formuleren als *response sollicitation* oriënteert hij zich tevens op de patiënt. Dit sluit aan bij het idee van Peräkylä (2006) dat de autoriteit van de arts op medisch gebied patiënt participatie niet uitsluit. Ervaren specialisten laten door dit gebruik van de tag zien over kennis te beschikken in plaats van om bevestiging te verzoeken.



## 5 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit onderzoek zijn vragen die ervaren specialisten en specialisten in opleiding op de afdeling orthopedie stellen geanalyseerd. Een specialist kan gebruik maken van vragen met verschillende vormen. Welke vraag een specialist kiest heeft invloed op de antwoordmogelijkheden van de patiënt en zegt tevens iets over de verdeling van kennis tussen de specialist en de patiënt. Er is onderzocht wat ervaren specialisten en specialisten in opleiding precies doen met vragen (functies) en hoe deze vragen gerealiseerd worden (vorm). Om dit te onderzoeken zijn 379 vragen gecategoriseerd en geanalyseerd waarin specialisten een vraag stelden. De resultaten van deze analyse zijn in hoofdstuk 4 besproken en in dit hoofdstuk zullen daar conclusies aan verbonden worden. Verder wordt het onderzoek vergeleken met de resultaten uit andere onderzoeken naar de vragen van specialisten en wordt nog een advies geformuleerd voor de gezondheidszorg.

### 5.1 VORMGEVING

De manier waarop een vraag wordt vormgegeven kan een indicatie geven over de kennis die een vragensteller bezit. Dit verschilt per vraagtype. De vragen in de beide corpora zijn gecategoriseerd aan de hand van de categorieën van Englert (2010): vraagwoordvragen, alternatieve vragen en polaire vragen. Aan deze categorieën is nog één categorie toegevoegd: fragmentarische vragen. Hierin zijn vragen opgenomen die geen persoonsvorm en onderwerp bevatten.

Uit de kwantitatieve analyse is gebleken dat polaire vragen het frequentst worden toegepast (Ervaren 63,2% n=84, Onervaren 58,1% n=143). Bij deze vragen is de afstand in epistemische status tussen de gespreksdeelnemers het kleinst. De polaire categorie is in dit onderzoek verder opgedeeld in drie subcategorieën: interrogatieve, declaratieve en *tags*. Uit de chikwadraattoets bleek dat er een relatie bestond tussen de hoeveelheid ervaring van de specialist en het type polaire vraag dat werd gebruikt. In het onervaren corpus werden de interrogatieve vragen het frequentst toegepast (49% n=70). Bij dit type polaire vraag is de af

stand in kennis het grootst (van de polaire vragen). In het ervaren corpus werd echter het meest gebruik gemaakt van *tag questions* (48,8% n=41). De *tag questions* bevatten een declaratieve formulering. Bij deze vraag is de afstand in kennis kleiner dan bij de interrogatieve vraag. In het ervaren corpus lieten de specialisten dus vaker hun kennis (K+) zien in de formulering van een vraag dan dat de onervaren specialisten dit deden. De ervaren specialisten lijken hierdoor de informatie die ze in hun vragen geven met meer zekerheid te formuleren dan dat onervaren specialisten dit doen.

De formulering van een vraag zegt niet alleen iets over de aanwezige kennis bij een vragensteller, maar de vorm van een vraag heeft dus implicaties voor de antwoordmogelijkheden van de patiënt. Een vraag omvat een meerledige preferentiestructuur: ze geven zowel een preferentie weer voor de vorm als voor de inhoud van de vraag. Mede door de epistemische gradiënt bevatten vragen assumpties waarmee een bepaalde preferentie wordt aangegeven. Tussen de hoeveelheid ruimte die een vraag geeft aan de antwoordmogelijkheid van de patiënt en de kennis die een arts uitdraagt door het stellen van die vraag kan een *spanningsveld* ontstaan. Een specialist komt met een gesloten vraag geïnformeerd over, maar legt tegelijkertijd veel restricties op aan de antwoordmogelijkheid van de patiënt. Soms is echter toch een gesloten vraag relevanter dan een open vraag. Bij een open vraag heeft de patiënt veel vrijheid in het formuleren van zijn antwoord, maar er wordt tevens een K- status van de specialist gecommuniceerd. Aangezien het in deze corpora om een vervolg traject ging binnen de medische behandeling van de patiënt, is de orthopedisch specialist al enigszins op de hoogte van de klacht van de patiënt door middel van een verwijfsbrief van de huisarts (sportarts). Het zou in deze context vreemd zijn wanneer de specialist met open vragen aan zou geven nog niet op de hoogte te zijn van de klacht van de patiënt. Het wordt namelijk verwacht van de specialist dat hij zich inleest in het medisch dossier dat hij doorgestuurd heeft gekregen.

Verder bleek uit de kwantitatieve analyse dat ervaren specialisten gemiddeld 9 vragen minder stellen per consult. Wellicht hebben ervaren artsen al eerder een idee over de

diagnose en hebben ze minder informatie nodig van de patiënt. Dit sluit aan bij de resultaten van Stolper, Rutten en Dinant (2005). De zoekpaden naar de juiste kennis is bij ervaren specialisten korter. Hierdoor is het mogelijk dat ervaren specialisten al eerder een beeld hebben van het probleem van de patiënt en veel gesloten vragen stellen om deze hypothese te bevestigen.

### 5.1.1 FRAGMENTARISCHE VRAGEN

Uit de kwantitatieve analyse bleek dat de fragmentarische vragen nog een groot onderdeel uitmaakten van het totaal (Ervaren 13,5% n=18, Onervaren 23,2% n=57). Bij een nadere bestudering van deze vragen bleek dat dit sub corpus voornamelijk bestond uit éénwoorduitingen en elliptische constructies in de derde positie. Nu werd er in beide corpora gebruik gemaakt van de éénwoorduiting in de afsluitende fase. Door middel van een vraag als *ja?* werd door de specialisten gecheckt of de eerdere bevestiging van de patiënt van het toekomstige behandelplan nogmaals wordt gegeven.

Het gebruik van de elliptische constructies in de derde positie zijn voornamelijk gevonden in het corpus van de specialisten in opleiding. De constructies in de derde positie laten zien dat de specialist inspeelt op het antwoord van de patiënt. Hiermee laat de specialist zien zich aan te passen aan de gang van zaken in het lopende gesprek. Hij lijkt hierdoor niet 'checklist-gewijs' door de vragen heen te gaan om zo tot een diagnose te komen. De specialist in opleiding past de richting van het gesprek aan, aan de informatie die de patiënt op een bepaald moment geeft. Dit spreekt de resultaten van Jager, Schuling, Pols en Berenst (2011) tegen. Zij stelden dat juist ervaren specialisten beter in staat zijn de richting van het gesprek aan te passen aan de informatie die de patiënt geeft. In dit corpus worden echter de vragen in de derde positie voornamelijk gevonden bij de specialisten in opleiding. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat specialisten in opleiding meer informatie nodig hebben van de patiënt om tot een diagnose te kunnen komen. Dit sluit aan bij de conclusie die werd getrokken uit het feit dat specialisten in opleiding meer vragen gebruiken per consult. Doordat ervaren specialisten ziektescripts beter in hun hoofd hebben zitten zou het kunnen zijn dat zij eerder al een idee hebben van de diagnose en de vragen in derde

positie dus wellicht niet nodig hebben om tot een diagnose te kunnen komen. Een andere mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de communicatieve training van de specialisten in opleiding hen nog vers in het geheugen zit en dat zij daarom beter in staat zijn in te spelen op de informatie die de patiënt geeft of dit in ieder geval zichtbaar maken. Wel moet hierbij opgemerkt worden dat het onderzoek van Jager, Schuling, Pols en Berenst (2011) consulten van huisartsen betrof en dit onderzoek betreft specialisten op de afdeling orthopedie. Het zou kunnen zijn dat de verschillen door deze andere setting veroorzaakt worden.

## 5.2 FUNCTIES

Voor twee transcripten per corpus zijn ook alle functies van de vragen vastgesteld. Uit deze analyse kwam dat voor zowel het ervaren als het onervaren corpus voornamelijk gebruik werd gemaakt van de volgende functies: verzoek om informatie en verzoek om bevestiging. Dit sluit aan bij de resultaten van het onderzoek van Englert (2010) en ook Heritage & Clayman (2010).

Samen kunnen de functies van vragen weer een 'hogere doel' nastreven. Gezamenlijk kunnen vragen soms ook één agenda nastreven. Dit werd onder andere ook gedaan door middel van de elliptische constructies in de derde positie en met vragen die worden voorafgegaan door het lexicale item *en*. Opvallend was dat deze constructies dus voornamelijk in het onervaren corpus zijn gevonden.

### 5.2.1 FUNCTIES VAN TAG QUESTIONS

In beide corpora is gekeken naar het gebruik van de tag '*he*' omdat die in beide corpora de meest gebruikte vorm van een *tag question* was. Bij het gebruik van deze *tag* zijn twee functies naar voren gekomen. Zo blijkt dat een *tag* wordt gebruikt om een declaratieve bewering te *downgraden* en om een patiënt te betrekken bij het gesprek. Deze gevonden functies komen overeen met de resultaten van Harres (1998). Ook zij vond dat deze twee functies het meest werden toegepast in de medische interactie. Uit de *Chi-square test for independence* kwam ook een significant resultaat ( $p = .001$ ) waaruit blijkt dat er een relatie bestaat tussen het gebruik van de *tag questions* en de ervaring van de specialist.



In het ervaren corpus werd de tag 'he' het meest toegepast als *response sollicitation* (67,6% n=25), terwijl in het onervaren corpus de tag 'he' juist meer werd gebruikt om een declaratieve bewering te *downgraden* (73% n=19). De specialisten in opleiding gebruikten de tag meer om bevestiging te verkrijgen van de patiënt. Dat de toepassing van de tag met als functie het *downgraden* van de bewering veel minder vaak wordt toegepast in het ervaren corpus zou erop kunnen duiden dat de ervaren specialisten de informatie met meer zekerheid presenteren dan de specialisten in opleiding.

Tevens laat de toepassing van de tag 'he' als *response sollicitation* een oriëntatie zien op de participatie van de patiënt. De ervaren specialisten lijken de patiënten meer in het gesprek te betrekken dan dat de onervaren specialisten dit doen. Met de declaratieve uiting laat de ervaren specialist eerst zijn autoriteit op het medische gebied zien en vervolgens oriënteert hij zich door de tag op de patiënt. Dit resultaat sluit aan bij het idee van Peräkylä (2006) dat de autoriteit van de arts op medisch gebied de participatie van de patiënt in het gesprek niet uitsluit, maar juist ook naast elkaar in het gesprek kunnen bestaan. Wellicht zal een specialist in opleiding eerst door ervaring vertrouwd moeten raken met de ziektescripts wil hij zich minder op de structuur van het gesprek kunnen richten en zich meer oriënteren op de patiënt. Deze resultaten op dit specifieke gebied spreken dus eigenlijk de resultaten op het gebied van de fragmentarisch vragen enigszins tegen. Daar lijken de specialisten in opleiding zich wel te focussen op de informatie die de patiënt geeft, echter maken ze weinig gebruik van tags om de patiënt ook daadwerkelijk bij het gesprek te betrekken.

### 5.3 ADVIES VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Dit onderzoek vertoont aan de ene kant overeenkomsten met de resultaten uit eerdere onderzoeken, wanneer bijvoorbeeld wordt gekeken naar de functies van de vragen in het gesprek. Aan de andere kant vertoont het ook verschillen met eerder onderzoek wanneer wordt gekeken naar het gebruik van vragen in de derde positie door voornamelijk specialisten in opleiding.

Zo blijkt uit het gebruik van de elliptische constructies in de derde positie dat de specialisten in opleiding zich wel degelijk oriënteren op de informatie die de patiënt geeft en hier ook daadwerkelijk op ingaan. Aan de andere kant blijkt uit het gebruik van de tags dat ze zich niet zozeer oriënteren op een actieve participatie van de patiënten in het gesprek. Ook blijkt dat specialisten in opleiding meer vragen nodig hebben om tot een diagnose te komen dan de ervaren specialisten. Dit laatste komt wel overeen met eerdere bevindingen van ander onderzoek (Jager, Schuling, Pols & Berenst, 2011).

Door onderzoek te doen naar de functies en de vormgeving van de vragen heeft dit onderzoek de belangen van deze vragen voor de participatie van en de oriëntatie op de patiënt duidelijk gemaakt. Vooral de gesloten vragen lieten zien dat er een *spanningsveld* bestaat tussen de hoeveelheid kennis die een specialist laat zien met zo'n vraag en de restricties die hij met die vraag oplegt aan de antwoordmogelijkheden van de patiënt. Een aanbeveling voor de gezondheidszorg zou dan ook kunnen zijn om hier een goede balans in te vinden. Gesloten vragen zijn nodig om zo efficiënt mogelijk veel informatie te verzamelen voor een goede diagnose, maar door open vragen te stellen geven specialisten ook meer mogelijkheden voor de patiënt om actief deel te nemen in een gesprek. Dit kan echter ook gedaan worden door middel van *tag questions*. Door een respons uit te lokken van de patiënt laten specialisten zien zich te oriënteren op de participatie van deze patiënt. Echter, het gebruik van tags alleen is niet genoeg. Zo blijkt ook uit deze analyse dat patiënten hier vaak enkel op reageren met een luisterrespons. Een combinatie van zowel tags als *response sollicitation* en open vragen zou daarom aan te bevelen zijn. Specialist zouden hier in getraind kunnen worden om hun gesprek aan te passen om zo goed mogelijk rekening te houden met de belangen van de patiënt.

### 5.4 VERVOLGONDERZOEK

Bij vergelijkend vervolgonderzoek zou er beter gelet kunnen worden op het gebruik van exact dezelfde data voor beide corpora. In dit onderzoek zit er een verschil in de consulten binnen het ervaren corpus en het onervaren cor-

pus. Binnen het onervaren corpus waren vier van de zeven consulten een eerste gesprek met de orthopeed. Hier werden dus ook meer *history-taking questions* gesteld dan bij de overige consulten waarbij de patiënt langskwam voor een controle. Bij deze laatste consulten heeft de patiënt al eerder contact gehad met de orthopeed en zijn bijvoorbeeld allergieën etc. al genoteerd. Bij het ervaren corpus waren vier van de vijf gesprekken met de orthopeed controle gesprekken. De patiënten hadden allen net een operatie gehad en kwamen voor controle bij de orthopeed die soms ook zelf de betreffende operatie had uitgevoerd. Eénmaal kwam in het ervaren corpus een patiënt langs met een nieuwe klacht omdat zij met de fiets gevallen was op haar heup, maar ook deze keer had de patiënt deze orthopeed al wel eerder gezien. Doordat de gesprekken op andere momenten in het medische traject van de patiënt voorkomen, kan het zijn dat er ook andere vragen worden gesteld. Dit kan een vertekend beeld hebben opgeleverd. Voor vervolgonderzoek valt dan ook aan te raden hier op te letten en een vergelijking te maken tussen consulten die op exact hetzelfde moment binnen het medische traject van de patiënten plaatsvinden.

Een inhoudelijk discussiepunt voor toekomstig onderzoek aan de hand van epistemische status is het toewerken naar een meer multidimensionaal onderzoek, zoals Heritage (2013) ook aankaart. In dit onderzoek is al enig verschil in epistemische gradiënt aangegeven bij de verschillende vragen. Vervolg onderzoek zou dit kunnen verfijnen, zodat dit preciezer aangegeven kan worden. Verder is er misschien iets voor te zeggen dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen de expertise van de specialist en de subjectieve evaluatie van de patiënt. Patiënten zijn experts in de subjectieve evaluatie van hun ziekte, zij voelen de pijn en kunnen dit het beste beoordelen. Tegenwoordig nemen patiënten echter ook actiever deel in het vast stellen van het behandelingsprogramma waarbij ze gebruik maken van hun ervaringen van de symptomen als basis voor hun beoordeling (Heritage, 2013; Heritage & Clayman, 2010). Door het internet nemen veel leken tegenwoordig actief deel aan onderwerpen die eerst alleen toegankelijk waren voor experts. Hierdoor is er ook iets te zeggen voor de categorie „epistemics of experience”. Conversaties kunnen zo ook beoordeeld worden door middel van ervaringsgradiënten (bijvoorbeeld E+ en E-). Deze gradiënten kunnen

dienen als analysemethode naast de kennisgradiënten. Er kan dan bijvoorbeeld gekeken worden welke rol ervaring speelt náást kennis en of dit gevolgen heeft voor de sequentie-organisatie.

Vervolgonderzoek zou zich verder kunnen richten op het herhalen van de kwalitatieve analyse, maar dan bijvoorbeeld voor de andere vraagtypen. In dit onderzoek is zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve analyse gedaan. De fragmentarische vragen en de *tag questions* kwamen als opvallendheden uit de kwantitatieve analyse naar voren. Bij een herhaling van dit onderzoek zouden er andere opvallendheden uit de kwantitatieve analyse kunnen komen die nog verder geanalyseerd kunnen worden. Tevens kan het interessant zijn om in vervolgonderzoek andere interactionele fenomenen te beschrijven die kunnen verschillen tussen ervaren specialisten en specialisten in opleiding.

## 6 BIBLIOGRAFIE

- Atkinson, J.M., & Heritage, J. (Eds.) (1984). *Structures of Social Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barton, E. L. (2000). The interactional practices of referrals and accounts in medical discourse: expertise and compliance. *Discourse Studies*, 2(3), 259-281.
- Berenst, J. (2006). *Identiteiten en sociale relaties in gesprekken*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Boshuizen, H. P. A. (1989). *De ontwikkeling van medische expertise: Een cognitief-psychologische benadering*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Byrne, P. S., & Long, B. E. (1976). Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. Londen: Her Majesty's Stationery Office.
- Cameron, D., McAlinden, F. & O'Leary, K. (1988). Lakoff in context: The social and linguistic functions of tag questions. In J. Coates, & D. Cameron, (Eds.), *Women in their speech communities: New perspectives on language and sex* (pp. 74-93). London: Longman.
- Drew, P., & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: An introduction. In P. Drew, and J. Heritage, (Eds.), *Talk at Work* (pp. 3-65). Cambridge: Cambridge University Press.
- Englert, C. (2010). Questions and responses in Dutch conversations. *Journal of Pragmatics*, 42(10), 2666-2684.
- Gill, V. T., Pomerantz, A., & Denvir, P. (2010). Pre-emptive resistance: patients' participation in diagnostic sense-making activities. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 1-20.
- Gülich, E. (2003). Conversational techniques used in transferring knowledge between medical experts and non-experts. *Discourse Studies*, 5(2), 235-263.
- Harres, A. (1998). 'But Basically You're Feeling Well, Are You?': Tag Questions in Medical Consultations. *Health Communication*, 10(2), 111-123.
- Have, P. ten (1989). The consultation as a genre. *Text and Talk as Social Practice*, 115-135.
- Have, P. ten (1991). Talk and institution: a reconsideration of the 'asymmetry' of doctorpatient interaction'. *Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*, 138-163.
- Hayano, K. (2013). Question design in conversation. In J. Sidnell, & T. Stivers (Eds.), *The handbook of Conversation Analysis* (pp. 395-414). Oxford: Blackwell.
- Hee-Lee, S. (2013). Response design in conversation. In J. Sidnell, & T. Stivers (Eds.), *The handbook of Conversation Analysis* (pp. 415-432). Oxford: Blackwell.
- Heritage, J. (2010). Questioning in Medicine. In Freed, A.F. & Ehrlich, S. (Ed.), *Why do you ask? The function of questions in institutional discourse*. (pp. 42-68). Oxford: Oxford.
- Heritage, J. (2012a). The epistemic engine: Sequence organization and territories of knowledge. *Research on Language & Social Interaction*, 45(1), 30-52.
- Heritage, J. (2012b). Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Research on Language & Social Interaction*, 45(1), 1-29.
- Heritage, J. (2013). Epistemics in conversation. In J. Sidnell en T. Stivers (Eds.) *The Handbook of Conversation Analysis* (pp.370-394). Oxford: Blackwell.
- Heritage, J., & Clayman, S. (2010). *Talk in action: Interactions, identities, and institutions*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006). *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. New York: University Press Cambridge.
- Heritage, J., & Raymond, G. (2005). The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly*, 68(1), 15-38.
- Heritage, J., & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health Communication*, 19(2), 89-102.
- Heritage, J., & Sorjonen, M. (1994). Constituting and maintaining activities across sequences: And-prefacing as a feature of question design. *Language in Society*, 23(01), 1-29.
- Houtkoop, H. & Koole, T. (2000). *Taal in actie. Hoe mensen communiceren met taal*. Bussum: Coutinho.
- Jager, M., Schuling, J., Pols, J., & Berenst, J. (2011). Consultvoering van aios en ervaren huisartsen. *Huisarts En Wetenschap*, 54(9), 478-482.
- Klein, W. (1981). Some rules of regular ellipsis in German. In W. Levelt & W. Klein (Eds.) *Crossing het boundaries in linguistics* (pp. 51-78). Netherlands: Springer.
- Labov, W., & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Mazeland, H. (1992). *Vraag/antwoord-sequenties*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho.
- Nguyen, H. T. (2006). Constructing 'expertness': a novice pharmacist's development of interactional competence in patient consultations. *Communication & Medicine*, 3(2), 147-160.
- Peters, J.M. (2013). *Twee kapiteins op een schip* (masterscriptie). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Pieters, R., & Carlier, I. (2002). Consultvoering als klinische dansconsultvoering huisartsopleiding onderwijs. *Huisarts En Wetenschap*, 45(9), 317-319.
- Raymond, G. (2003). Grammar and social organization: Yes/no interrogatives and the structure of responding. *American Sociological Review*, 68, 939-967.
- Raymond, G. (2010). Prosodic variation in responses: the case of type-conforming responses to yes/no interrogatives. *Prosody in Interaction*, 23, 109.
- Raymond, G. (2013). At the intersection of turn and sequence organization: On the relevance of "slots" in type-conforming responses to polar interrogatives. In: G. Raymond & B. Szczepek Reed (Eds). *Units of Talk Units of Action*. California: John Benjamins Publishing.
- Robinson, J. D. (2001). Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Social Science & Medicine*, 53(5), 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. (2006). Soliciting patients' presenting concerns. Gevonden 23 maart 2014, via [http://comminfo.rutgers.edu/~jrob/Soliciting%20patients\\_.pdf](http://comminfo.rutgers.edu/~jrob/Soliciting%20patients_.pdf)
- Roter, D. & Hall, J. (1992). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport,CT: Auburn House.
- Sacks, H. (1995). *Lectures on conversation* (Vol. 1). Blackwell Publishing.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 696-735.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction: Volume 1: A primer in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schegloff, E. A., & Sacks, H. (1973). Opening up closings. *Semiotica*, 8(4), 289-327.

Schraagen, J. M. (1993). How experts solve a novel problem in experimental design. *Cognitive Science*, 17(2), 285-309.

Sidnell, J., & Stivers, T. (2012). *The handbook of conversation analysis*. Oxford: Blackwell.

Silverman, D. (1987). *Communication and medical practice: Social relations in the clinic*. London: Sage.

Stivers, T., & Heritage, J. (2001). Breaking the sequential mold: Answering 'more than the question' during comprehensive history taking. *Text-Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 151-185.

Stolper, C., Rutten, A., & Dinant, G. (2005). Hoe verloopt het diagnostisch denken van de ervaren huisarts? *Huisarts En Wetenschap*, 48(1), 993-997.

West, C. (1984). *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Indiana: University Press Bloomington.

White, J., Levinson, W., & Roter, D. (1994). Oh, by the way.... *Journal of General Internal Medicine*, 9(1), 24-28.

Wiggers, S.L. (2013). *Het vervolg na een vraag zonder antwoord* (masterscriptie). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.